



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE MATERNO INFANTIL



Factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital De Clínicas

Autores:

Br. Chiarelli, María
Br. Fernández, Daniela
Br. Fonseca, Solanye
Br. Garay, Lourdes
Br. Nuñez, Rocio

Tutor:

Lic. en Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2008

INDICE

➤ Tema	Pág.4
➤ Planteamiento del problema	Pág.4
➤ Resumen	Pág.5
➤ Introducción	Pág.7
➤ Metodología:	
▪ Tipo de investigación	Pág.10
▪ Área de estudio	Pág.10
▪ Universo	Pág.10
▪ Muestra	Pág.10
▪ Variables	Pág.10
▪ Fuente de datos	Pág.10
▪ Instrumento de recolección de datos	Pág.11
➤ Resultados	Pág.12
➤ Discusión	Pág.25
➤ Referencias Bibliográficas	Pág.33
➤ Anexos:	
Anexo N° 1: Protocolo	Pág.35
Anexo N° 2: Instrumento de recolección de datos	Pág.119
Anexo N° 3: Normas éticas	Pág.122
Anexo N° 4: Cronograma de Gantt	Pág.123
Anexo N° 5: Recursos necesarios	Pág. 124

TEMA

Factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital Clínicas Dr. Manuel Quintela en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008 ?

RESUMEN

La investigación realizada tiene como objetivo principal conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Con el propósito de que a través del conocimiento de los mismos se pueda establecer cuales de ellos puedan ser modificables, para mejorar el proceso salud enfermedad del personal de enfermería en este ámbito laboral.

El estudio se efectuó en el período de tiempo comprendido del 22 de septiembre al 9 de octubre en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el servicio de cuidado intensivo neonatal.

La metodología aplicada se basa en un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal, donde la muestra seleccionada fueron 25 unidades de enfermería (auxiliares y licenciadas en enfermería). La información obtenida se recopiló a través de un formulario con preguntas estructuradas, cerradas; donde se estudian cuatro variables a saber: edad, profesión, factores intrínsecos y extrínsecos, otorgando a las mismas diferentes categorías, con sus correspondientes indicadores.

De los resultados se denota que los valores porcentuales obtenidos muestran que en un 22% influyen en alta medida los factores intrínsecos; y en un 54% influyen los factores extrínsecos.

La conclusión obtenida permitió destacar que los factores que se detectaron de mayor influencia negativa hacia el estrés son los extrínsecos , los cuales pueden ser modificables.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata aspectos significativos de una intervención en el área materno-infantil, con enfoque de salud laboral y en el área de salud mental.

Como objetivo a estudiar, se planteo conocer cuales son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería; a través de la medición de una serie de variables, tales como: edad, profesión, factores extrínsecos y factores intrínsecos.

La elección del tema surge, por la afinidad en la atención del recién nacido crítico durante las experiencias prácticas realizadas, donde se observó que el equipo de cuidados intensivos debe enfrentarse cotidianamente a la posibilidad de la muerte o a la rápida descompensación de los recién nacidos, situaciones conflictivas y relaciones interpersonales no siempre sencillas. Tienen que sobrellevar estas situaciones con sus propios mecanismos de defensa; dado que mayoritariamente en donde trabajan, no existen espacios de contención donde puedan identificar, expresar y trabajar los factores que contribuyen a el estrés, generando un alto índice de tensión personal y laboral; lo que supone un desgaste psicológico importante.

A través de la bibliografía citada, se pudo llegar a la conclusión de que todo el personal que trabaja en un servicio de cuidados intensivos neonatales, presenta en algún grado estrés laboral, por lo cual es de relevancia el estudio de factores que contribuyen al mismo, ya que a partir del conocimiento de los mismos, se puede actuar sobre ellos y encontrar

mecanismos para disminuirlos, contribuyendo a motivar al personal de enfermería en su desempeño.

Surge como interrogante del grupo ¿Cuáles son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008?

Se constata la existencia de estudios en el área, lo que proporcione mayor relevancia al tema y aumento las expectativas de concretar lo propuesto. Uno de los estudios citados por la Lic. María de Lourdes Marrero Santos¹, muestra la importancia del mismo para los profesionales de la salud y particularmente en las salas de Neonatología, que el equipo que trabaja en estas unidades opera, de modo cotidiano, en situaciones de estrés generadas por las condiciones de trabajo que el mismo se impone y por la naturaleza de la tarea que realiza, por lo que debe enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas. Las revistas de Enfermería Intensiva de la Sociedad Española², reveló que entre las principales causas de estrés se destaca la sobrecarga de trabajo y escasez de personal, los problemas de turnos, el conflicto entre los miembros del equipo, la insuficiencia de recursos materiales; entre otros estudios mencionados.

¹ Marrero Lourdes, “Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad de La Habana”, www.bvs.sid.cu/revistas/.

² Fomes. J, Gonzalez. R “Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional”, Revista Enfermería Intensiva, año 1992, Salvat.

Se realizaron los primeros contactos con el personal que trabaja en el área de cuidados intensivos neonatales de diferentes instituciones, para así poder disminuir sesgos al determinar las variables. Posteriormente se interiorizó en el servicio neonatal donde se llevó a cabo la investigación, trabajando con el total del personal del servicio, lográndose los objetivos propuestos con éxito.

Los resultados obtenidos reafirman el conocimiento de la existencia de determinados factores que influyen de forma negativa en el proceso salud enfermedad del personal de enfermería; pero fundamentalmente permitió identificar que los de mayor influencia son los factores extrínsecos y con menor influencia los factores intrínsecos. Lo que posibilita a la modificación de dichos factores para la disminución del estrés en el personal de enfermería.

MÉTODOS

DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva, prospectiva, transversal.

ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio se realizó en la ROU, Montevideo. En una institución sanitaria pública universitaria, HC Dr. Manuel Quintela situado en AV. Italia s/n, específicamente en el servicio de cuidados intensivos neonatales de dicho nosocomio.

UNIVERSO: Todo personal de enfermería que trabaja en el servicio de cuidado intensivo neonatal del HC Dr. Manuel Quintela (8 Lic. De enfermería, 17 Aux. de enfermería).

MUESTRA: Todo personal de enfermería que trabaja en el servicio de cuidado intensivo neonatal del HC Dr. Manuel Quintela y que se encuentre desempeñando su labor en dicho servicio en el período comprendido entre el 22 de septiembre al 9 de octubre del 2008.

8 Lic. De enfermería (Nocturno, Mañana, Tarde, Vespertino);

17 Aux. de enfermería (Nocturno, Mañana, Tarde, Vespertino);

VARIABLES A UTILIZAR:

- Edad
- Profesión
- Factores extrínsecos que contribuyen al estrés laboral
- Factores intrínsecos que contribuyen al estrés laboral

FUENTE DE DATOS: Personal de enfermería que trabaja en el cuidado intensivo neonatal de dicho servicio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: El método a utilizar fue una encuesta que se realizó a todo el personal de enfermería del UCIN del Hospital de Clínicas, la misma se efectuó de forma anónima e individual.

El instrumento constó de un cuestionario estructurado, cerrado. El mismo contiene cuatro variables, de las cuales se desprenden distintas categorías. Cada una de ellas se evaluó a través de una escala de medición, atribuyéndole el grado de influencia que cada una de las categorías tiene sobre el estrés laboral del personal de enfermería.

Dicha escala se describe a continuación:

- 1) Baja influencia
- 2) Mediana influencia
- 3) Alta influencia

Previamente a la aplicación del instrumento a la muestra se realizó una prueba piloto para obtener un mayor control de las variables a estudiar y profundización de las mismas, así como también una mayor validez y confiabilidad de nuestro instrumento.

Una vez probado el instrumento, se procedió a realizar su revisión y adecuación previo a su implementación definitiva.

RESULTADOS

La muestra seleccionada fue de 25 integrantes del personal de enfermería, de las cuales por razones ajenas al desarrollo de la investigación, se contó con 23 de ellas. Las causas fueron cumplimiento de licencia reglamentaria y licencia médica prolongada.

Tabla y Gráfico N° 1 Título: **Edad del equipo de enfermería**

EDAD	FA	FR
20 – 30 años	3	13%
31 – 40 años	13	57%
41 – 50 años	6	26%
Mayor a 50 años	1	4%
TOTAL	23	100%

Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: El 57% del personal de enfermería se encuentra en un rango de edad de 31 a 40 años.

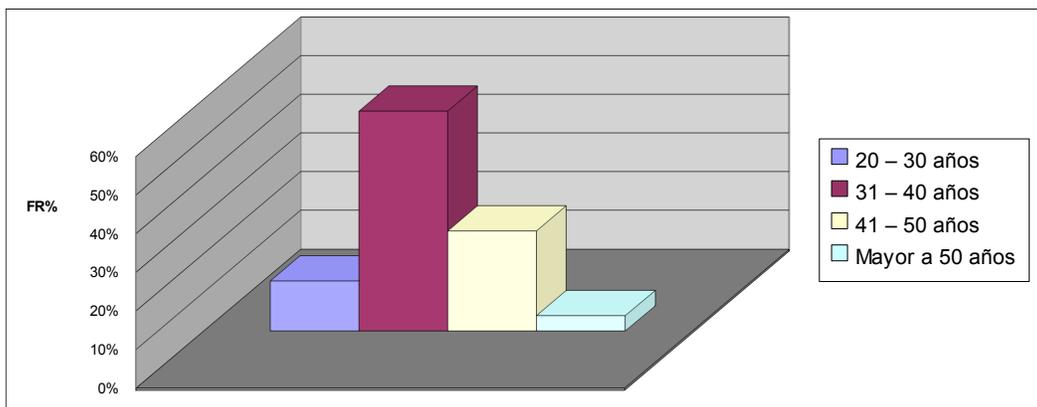
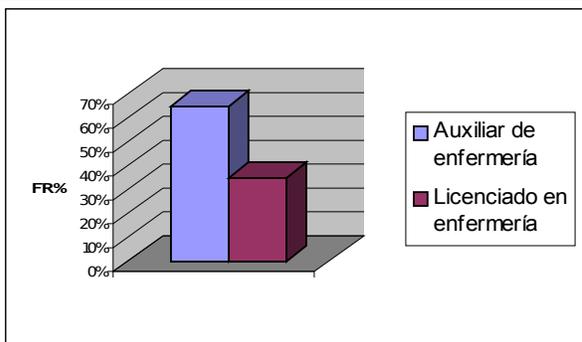


Tabla y Gráfico N°2

Título: Profesión del personal del servicio

PROFESIÓN	FA	FR
Auxiliar de enfermería	15	65%
Licenciado en enfermería	8	35%
TOTAL	23	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: El 65% del personal del servicio desempeña la profesión de auxiliar de enfermería.

Tabla y Gráfico N° 3

Título: Diagnósticos Médicos con Baja, Mediana y Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Diagnósticos del recién nacido	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
SDR	18	78%	4	17%	1	4%	23	100%
Cardiopatía	5	22%	13	56%	5	22%	23	100%
Conflicto Rh	11	48%	7	30%	5	22%	23	100%
Ictericia	22	95%	0	0%	1	4%	23	100%
Hipertensión pulmonar	3	13%	10	43%	10	43%	23	100%
Términos hipóxicos	6	26%	4	17%	13	56%	23	100%
Malformaciones	4	17%	4	17%	15	65%	23	100%
Otros	20	86%	0	0%	3	13%	23	100%

Gráfico N°3

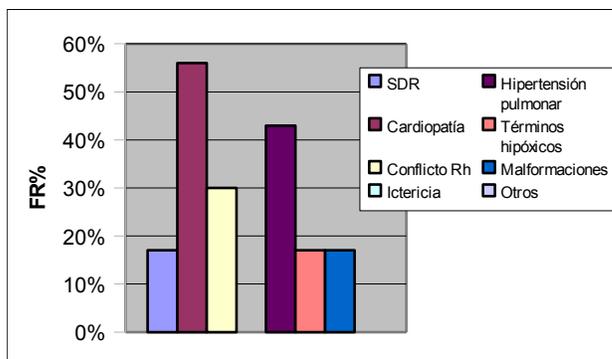
Título: Diagnósticos Médicos con Baja Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: con baja influencia en el personal de enfermería, son los diagnósticos médicos de ictericia, síndrome de distrés respiratorio y otros.

Gráfico N°4

Título: Diagnósticos Médicos con Mediana Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

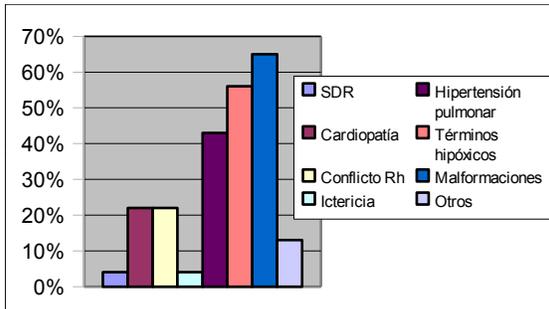


Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: con mediana influencia en el personal de enfermería, son los diagnósticos médicos de cardiopatías, hipertensión pulmonar y conflicto Rh.

Gráfico N°5

Título: Diagnósticos Médicos con Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

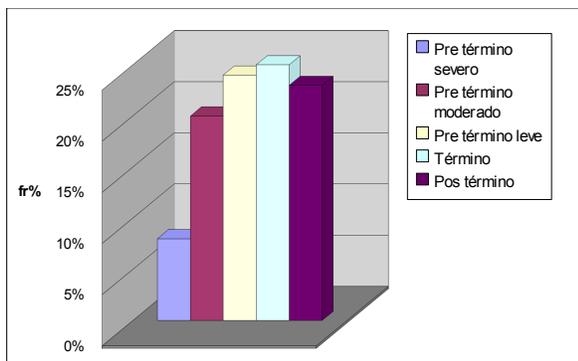
Resumen: con alta influencia en el personal de enfermería, son los diagnósticos médicos de malformaciones, términos hipóxicos y hipertensión pulmonar.

Tabla y Gráfico Titulo: Edad Gestacional de Baja, Mediana y Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Edad gestacional al nacimiento	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Pre término severo	6	8%	8	30%	9	52%	23	100%
Pre término moderado	14	20%	8	30%	1	6%	23	100%
Pre término leve	17	24%	5	18%	1	6%	23	100%
Término	18	25%	2	7%	3	18%	23	100%
Pos término	16	23%	4	15%	3	18%	23	100%

Gráfico N°6

Titulo: Edad Gestacional de Baja Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008



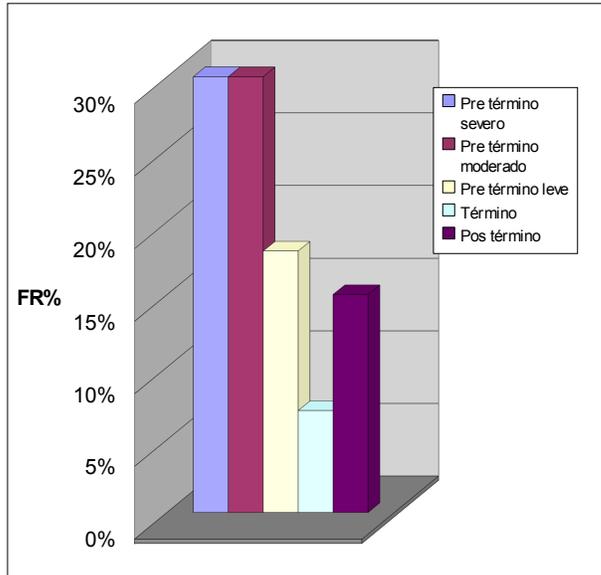
Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: la edad gestacional con baja influencia en el personal de enfermería son los usuarios términos, preterminos leves y los pos términos.

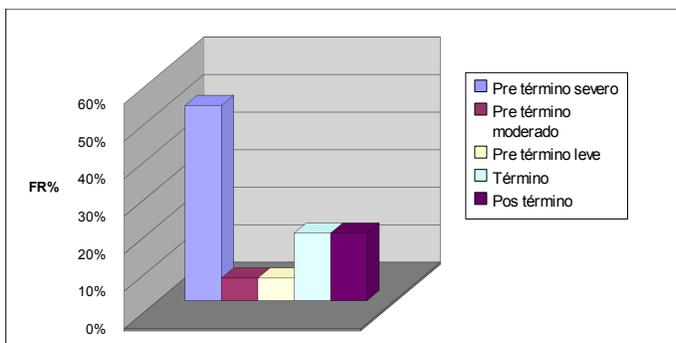
Gráfico N°7

Titulo: Edad Gestacional de Mediana Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Gráfico N°8



Título: Edad Gestacional de Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: a edad gestacional de alta influencia en el personal de enfermería son los usuarios pre términos severos.

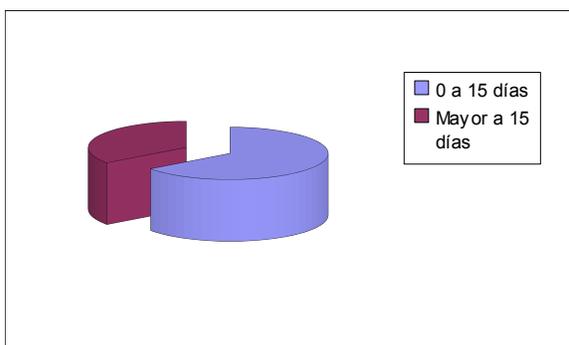
Tabla y Gráfico N°9

Título: Días de Internación de Baja, Mediana y Baja Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Días de internación	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
0 a 15 días	15	65%	7	47%	1	13%	23	100%
Mayor a 15 días	8	35%	8	53%	7	87%	23	100%

Gráfico N°9

Título: Días de Internación de Baja Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

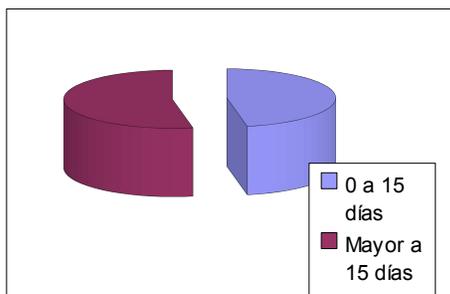


Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: tiene baja influencia, con un 65% de 0 a 15 días de internación.

Gráfico N°10

Título: Días de Internación de Mediana Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

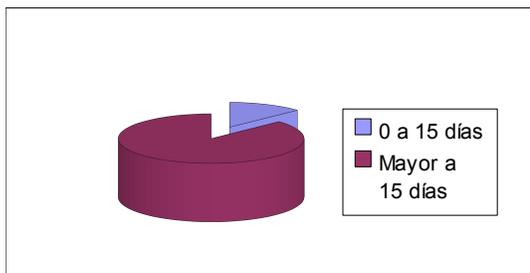


Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: influye medianamente en el personal de enfermería los usuarios internados mayor a 15 días de internación.

Gráfico N°11

Título: Días de Internación de Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: influye altamente en el personal de enfermería los usuarios internados mayor a 15 días de internación.

Tabla y Gráfico N°12

Título: Evolución Desfavorable en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Evolución desfavorable	3	13%	7	30%	13	57%	23	100%

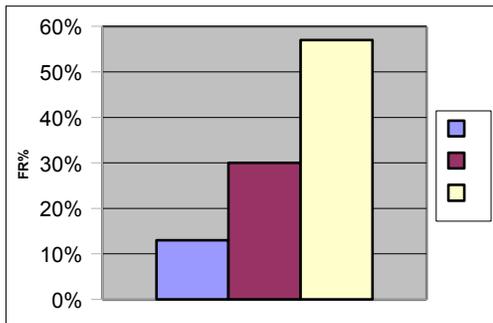
Tabla y Gráfico N°13

Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: la evolución de los usuarios de forma desfavorable influye altamente con un 57% al personal de enfermería.

Título: Demanda de cuidados según su influencia en el personal en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Demanda de cuidados en cada turno	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
30 minutos	18	78%	4	17%	1	4%	23	100%
30 a 60 minutos	7	30%	12	52%	4	17%	23	100%
Más de 60 minutos	4	17%	7	30%	12	52%	23	100%



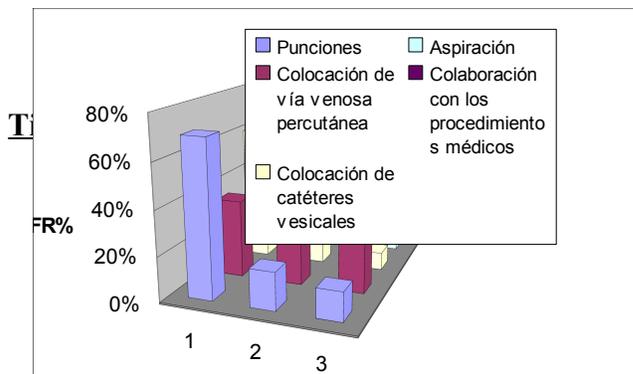
Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: Se denota que el de mayor influencia es la demanda de cuidados de 60 minutos, y mediana de 30 a 60 minutos.

Tabla y Gráfico N°14

Título: Procedimientos Invasivos en relación a la baja, mediana y alta influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

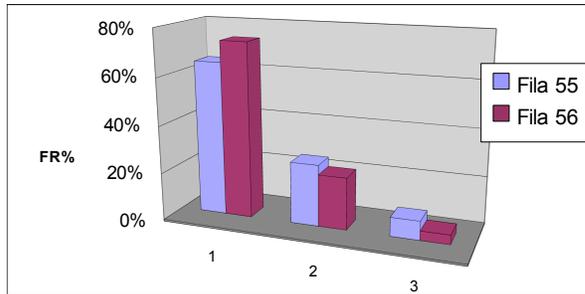
Procedimientos invasivos	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Punciones	16	70%	4	17%	3	13%	23	100%
Colocación de vía venosa percutánea	8	35%	9	39%	6	26%	23	100%
Colocación de catéteres vesicales	14	61%	7	30%	2	8%	23	100%
Aspiración	15	65%	7	30%	1	4%	23	100%
Colaboración con los procedimientos médicos	7	30%	10	43%	6	26%	23	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: dentro de los procedimientos invasivos con alta influencia en el personal de enfermería encontramos la colaboración con los procedimientos invasivos, con mediana influencia la colocación de vía venosa percutánea y de baja influencia son las punciones, colocación de catéteres vesicales y aspiraciones.

Participación y /o presencia de los padres	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	15	65%	6	26%	2	8%	23	100%
No	17	74%	5	22%	1	4%	23	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

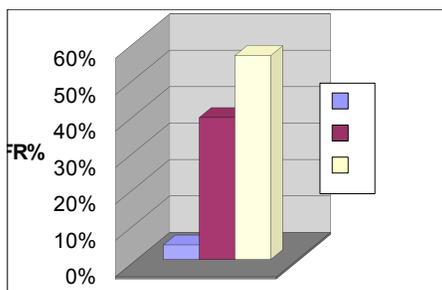
Resumen: la participación y/o presencia de los padres influye con un 8% altamente, medianamente con un 26% y en un 65% con baja influencia. Se destaca que la no participación de los mismos influye de manera baja con un 74%.

FACTORES EXTRÍNSECOS

Tabla y Gráfico N°16

Título: Multiempleo en relación a la influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Multiempleo	1	4%	9	39%	13	56%	23	100%



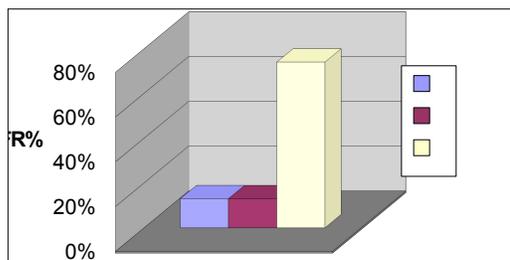
Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: Influye en el estrés del personal de enfermería altamente el multiempleo con un 56%.

Tabla y Gráfico N°17

Título: Horario Nocturno según su influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Horario nocturno	3	13%	3	13%	17	74%	23	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: se destaca que el 74% del personal de enfermería le influye altamente trabajar en horario nocturno.

Tabla y Gráfico N°18

Título: Antigüedad en el Servicio y su influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Antigüedad en el servicio	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
0 a 5 años	1	4%	3	13%	2	8%	23	100%
6 a 10 años	2	8%					23	100%
Mayor a 10 años	5	22%	5	22%	5	22%	23	100%

Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: en esta gráfica se observa que la mayoría del personal ha trabajado más de 10 años en este servicio, y refieren que ello no les influye en el estrés.

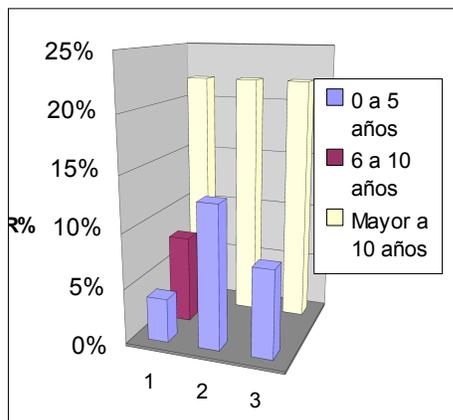


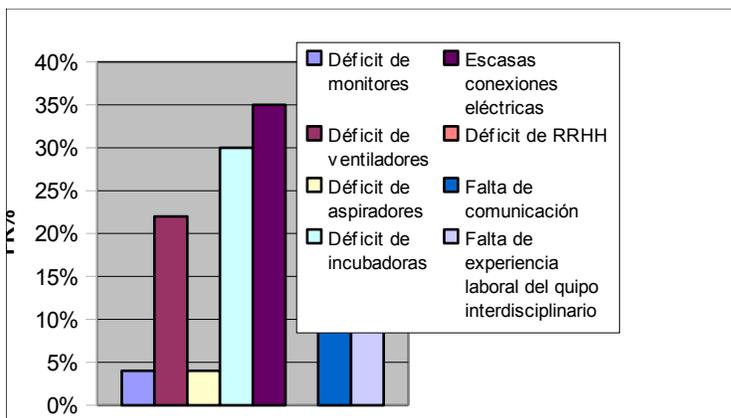
Tabla y gráficos N° 19

Título: Conformidad con las Condiciones Laborales de baja , mediana y alta influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

Conformidad con las condiciones laborales	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Déficit de monitores	1	4%	6	26%	16	70%	23	100%
Déficit de ventiladores	5	22%	6	26%	12	52%	23	100%
Déficit de aspiradores	1	4%	6	26%	16	70%	23	100%
Déficit de incubadoras	7	30%	9	39%	7	30%	23	100%
Escasas conexiones eléctricas	8	35%	5	22%	10	43%	23	100%
Déficit de RRHH	0	0	5	22%	18	78%	23	100%
Falta de comunicación	4	17%	7	30%	12	52%	23	100%
Falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario	3	13%	12	52%	8	35%	23	100%

Gráfico N°19

Título: Conformidad con las Condiciones Laborales de Baja Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

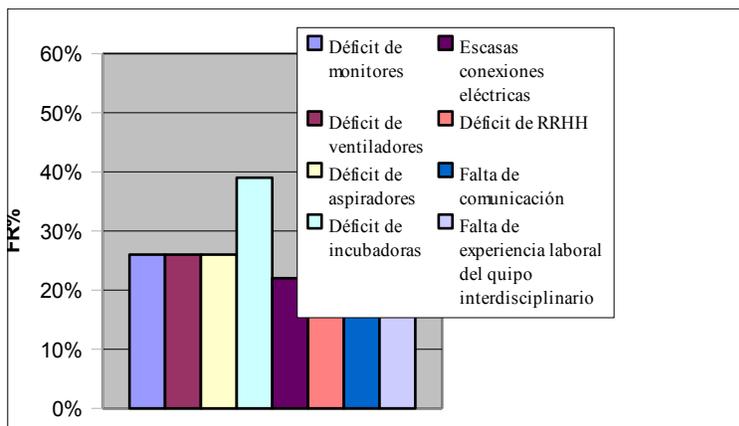


Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: En lo que respecta a la baja influencia mayoritariamente se ve en escasas conexiones eléctricas, déficit de incubadoras, déficit de ventiladores.

Gráfico N°20

Título: Conformidad con las Condiciones Laborales de Mediana Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

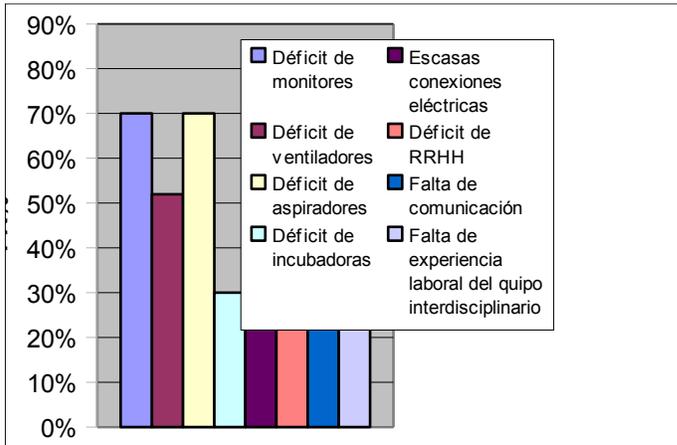


Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: Presentan mediana influencia en un 52% la falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario, y déficit de incubadoras 39%

Gráfico N°21

Título: Conformidad con las Condiciones Laborales de Alta Influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008



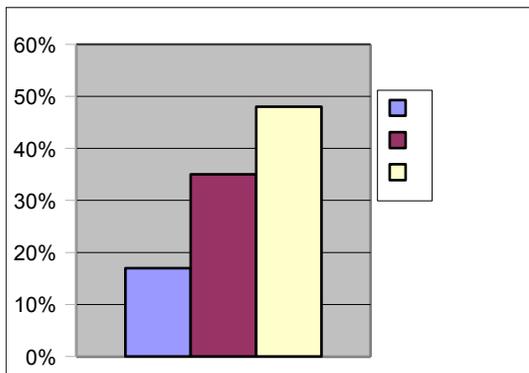
Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: En relación a la alta influencia hacia el estrés del personal de enfermería corresponde a déficit de RRHH con 78%, déficit de monitores y de aspiradores 70% respectivamente.

Tabla y Gráfico N°22

Título: Déficit de Reconocimiento y Estímulos según influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Déficit de reconocimientos y estímulos	4	17%	8	35%	11	48%	23	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

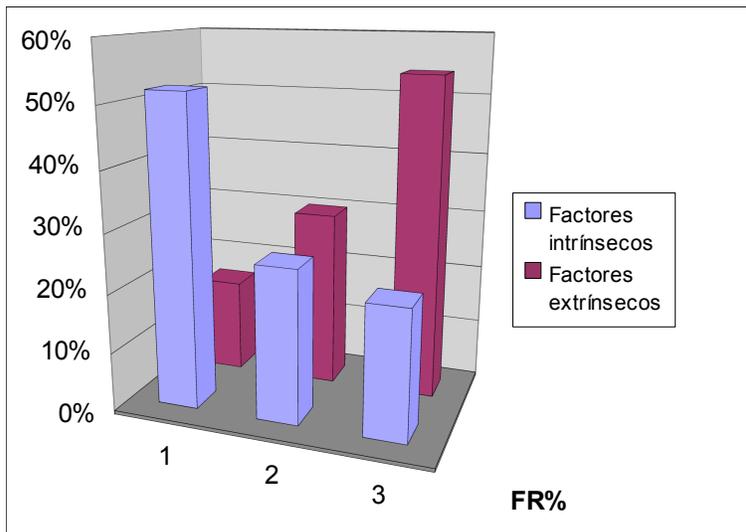
Resumen: Les afecta altamente al personal el déficit de reconocimiento y estímulos en un 48%.

Tabla y Gráfico N°23

Título: Factores extrínsecos e intrínsecos, en relación con la influencia en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas 2008

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Factores intrínsecos	307	52%	156	26%	137	22%	600	100%

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Factores extrínsecos	45	16%	84	30%	147	54%	276	100%



Fuente: Equipo de Salud de Enfermería, del servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas

Resumen: Se representa claramente la alta influencia sobre el personal de enfermería, de los factores extrínsecos.

DISCUSIÓN

Con respecto a los objetivos planteados, se constata la existencia de factores que contribuyen a generar estrés laboral en el personal de enfermería del servicio neonatal.

En especial el personal de enfermería es uno de los grupos de profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario, ya que se encuentra en contacto permanente con el recién nacido en situación crítica. La enfermería es considerada habitualmente como una ocupación muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores.

Al realizar la investigación propuesta se logro identificar cuales son dichos factores y como influyen en los integrantes de la muestra seleccionada.

Antes de llevar a cabo la investigación se realizo un acercamiento al servicio, a través de una entrevista a uno de los integrantes de la muestra, con la cual se logro identificar de forma fehaciente los factores que podrían considerarse estresantes, reafirmando los conocimientos adquiridos en el marco teórico.

Con el instrumento efectuado para la recopilación de los datos, se logro constatar de que las variables a estudiar eran confiables para responder el interrogante planteado.

Según las variables estudiadas, se determino que un 57% de la muestra se encuentran dentro de los rangos de edad entre 31 y 40 años, continuándole con un 26% entre 41 y 50, lo que se denota que prevalecen los adultos, siendo el 100% de la población de sexo

femenino, coincidiendo en general con el perfil poblacional de la enfermería a nivel nacional. La relación de licenciada en enfermería con auxiliar de enfermería es de 2 a 1, representadas con un 65% las auxiliares, y con 35% las licenciadas, destacando como positivo que la dotación de personal corresponde a superar el ideal en el CTI neonatal. De igual forma cabe destacar el alto ausentismo laboral.

En relación a los factores intrínsecos se observa que los diagnósticos médicos con alta influencia que contribuyen al estrés laboral en el total del personal de enfermería, son en un 65% las malformaciones, 56% términos hipoxicos, con influencia moderada las cardiopatías con un 56%, y por último de baja influencia ictericia, síndrome de distres respiratorio. Se detecta que la mayor influencia sobre el personal, de aquellas patologías como malformaciones y cardiopatías congénitas, se da debido a que la capacitación del personal le posibilita a identificar la gravedad o secuelas que pueden conllevar dichas situaciones.

La edad gestacional, con mayor y moderada influencia con 52% y 30% respectivamente, afecta al personal de enfermería cuando el recién nacido es pretermino severo. El estrés que se genera en el mismo, esta dado por el conocimiento que posee el personal de que el periodo neonatal es de fundamental importancia; porque representa una etapa en la que suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del neonato.

De acuerdo a los días de internación de los neonatos en el servicio, los que presentan alta y moderada influencia sobre el personal son los que permanecen más de 15 días, con 87 y 53%, respectivamente.

La evolución desfavorable del recién nacido se constato que en un 57% le afecta al personal en alta medida, ya que es mas probable el desencadenamiento de la muerte, generando gran carga emocional, frustrante, en el personal; asociado este evento con un largo período de internación del recién nacido , ya que se logra un lazo afectivo con los mismos.

La demanda de cuidados en cada turno, a un 52% de la población le genera mayor estrés cuando los mismos requieren más de 60 minutos, según la teoría de María de la Luz Balderas, la cual desarrollo un modelo de gestión actual en el que se basó en las horas de enfermería diaria según tipo de especialidad, donde se estipula que un recién nacido pre termino requiere una demanda de cuidados de 95 minutos por turno. No correspondiéndose esto con la realidad del servicio estudiado, en este se observa que es directamente proporcional, a mayor tiempo de cuidados que requiere el recién nacido mayor es el estrés que genera; dado que si demanda mas de 60 minutos de cuidados en el turno es por que ha presentado algún tipo de descompensación.

En relación a la categoría estudiada de realización de procedimientos invasivos, se denota que el personal le afecta altamente la colaboración con procedimientos médicos, no así los procedimientos propios de enfermería. Exceptuando la colocación de vía venosa percutánea que la realiza la licenciada en enfermería.

Con respecto a la participación y/o presencia de los padres no les afecta en mayor medida, dado que la presencia de los mismos es permitida cuando no se están realizando procedimientos invasivos; lo que les brinda seguridad, en la atención de sus hijos, y respaldo al personal del servicio.

Los factores extrínsecos, como el multiempleo, afecta alta y medianamente a un 96% del personal de enfermería, influyendo negativamente en su proceso salud enfermedad, siendo uno de los principales factores generadores de estrés laboral.

En cuanto al horario nocturno en un 87% les influye de igual forma que en el caso anterior destacando que es el segundo factor que contribuye en gran porcentaje al estrés laboral de la muestra estudiada.

La antigüedad en el servicio no repercute en forma significativa para la investigación porque no aporta datos relevantes para la misma.

En relación a la conformidad con las condiciones laborales, afecta altamente el déficit de recursos humanos en un 78%. En cuanto al déficit de recursos materiales se denota en un 70% el déficit de monitores, siguiendo con similares porcentajes el déficit de aspiradores, ventiladores (ARM), e incubadoras. La falta de comunicación entre el personal, influye en un 82% en forma alta y moderada; la falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario genera estrés a un 87% del personal de enfermería de igual forma que lo anteriormente mencionado. Destacándose que el personal refiere en forma específica que le afecta más la falta de experiencia a nivel del equipo médico, esto es debido a que el servicio

forma parte de un Hospital Universitario, y el equipo interdisciplinario se encuentra en constante proceso de formación académica.

Como **conclusión**, comparando los resultados obtenidos entre el estudio de los factores intrínsecos y extrínsecos, se valora que si bien todos los factores estudiados repercuten en el personal contribuyendo al estrés laboral; siendo los de mayor impacto los factores extrínsecos. Los valores porcentuales obtenidos muestran que en un 22% influyen en alta medida los factores intrínsecos; y en un 54% influyen los factores extrínsecos.

Comparando la investigación realizada con los antecedentes descriptos en el protocolo, se encuentran coincidencias con un gran número de los estudios presentados, como por ejemplo en el trabajo realizado en la ciudad de La Habana sobre las condiciones de trabajo llegaron a la conclusión que el personal que trabaja en esta área debe enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas. Se da de igual manera en la Revista de Enfermería Intensiva de la Sociedad Española que estudia la respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional, la que reveló que entre las principales causas de estrés de destaca la sobrecarga de trabajo y escasez de personal, los problemas de turnos, el conflicto entre los miembros del equipo y la insuficiencia de recursos materiales.

En comparación con los datos obtenidos, el 83% manifiesta que les afecta el déficit de reconocimiento y estímulos, esto se confirma en el estudio del Colegio Oficial de

Enfermería de Barcelona en año 2004 que solo el 40% ve sus esfuerzos reconocidos por la organización hospitalaria y la sociedad.

Se encuentra en discordancia con algunos datos obtenidos con un estudio de investigación del año 2001 tesis de Salud Mental, que concluye que de las personas que tienen un año de antigüedad en el servicio presentan manifestaciones psicológicas de estrés, el mismo coincide con los resultados obtenidos de la categoría estudiada como fue el multiempleo, coincidiendo que genera un alto porcentaje de estrés laboral.

Como conclusión se detectaron que dentro de los factores intrínsecos las categorías que afectan en mayor medida son las malformaciones congénitas, términos hipoxicos y cardiopatías con hipertensión pulmonar; los pre términos severos, la evolución desfavorable, la demanda de cuidados superior a 60 minutos, la colaboración con procedimientos médicos.

Dentro de los factores extrínsecos el multiempleo, el horario nocturno, los déficit de recursos humanos y materiales, la falta de comunicación y la falta de la experiencia laboral del equipo médico son las categorías que tienen alta influencia.

El alcance del trabajo de investigación , logró colmar ampliamente los objetivos planteados dado que no solo se pudo identificar los factores que contribuyen al estrés sino también en que medida afectan al personal de enfermería incluido en la muestra. El estudio se considera de gran relevancia ya que se realizo al total de la población que se desempeña en el servicio estudiado; por lo que es una muestra significativa.

Es importante resaltar que los factores que se detectaron de mayor influencia negativa hacia el estrés son los extrínsecos, los cuales pueden ser modificables, implicando esto que los mismos pueden ser revertidos o se puede trabajar para mejorar dichos aspectos.

Es de utilidad para el servicio, el trabajo de investigación ejecutado identificando los factores que contribuyen al estrés laboral, de esta manera se plantea como aporte, algunas *sugerencias* para disminuirlos; en el caso multiempleo lo ideal sería aumentar las remuneraciones, proporcionar a el personal horarios que le facilite espacios de descanso y que no le generen dificultades para coordinar sus empleos. En el personal que realiza horario nocturno, en caso de mostrar signos de agotamiento, sería aconsejable la rotación del mismo a otros turnos, posibilidad de rotación de servicio si el funcionario lo necesita, en caso de que le afecte la antigüedad en el mismo, otorgar días libres cada 3 meses de desempeño laboral, como forma de premiar al funcionario. Proporcionar estímulos al personal a través de: beneficios por y para capacitación continua, horas extras pagas en días o en remuneración según preferencia del personal. Referente al equipo medico sería importante el apoyo de guardia medica con experiencia laboral en el área, a residentes. En cuanto al mantenimiento de los equipos y materiales, tener un protocolo de revisión de los mismos, y cantidad acorde de materiales de acuerdo a la capacidad instalada de recién nacidos.

Se considera de gran importancia la implementación de áreas de apoyo en salud mental para el equipo de salud del servicio, brindando apoyo emocional y espacios de

comunicación entre los integrantes del mismo; para ello se podría solicitar el apoyo de la facultad de enfermería.

Dicho estudio sirve como base para la realización de otra investigación, como puede ser extrapolar el mismo a otra población en otra área o servicio tanto público como privado, de esta forma se podría realizar comparaciones entre los resultados de los distintos servicios. También se podría efectuar otra investigación con los datos obtenidos, modificando los factores extrínsecos, y luego valorando los efectos que se encuentren, para medir así la disminución del estrés laboral.

La salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición que se pretende alcanzar a través de la investigación realizada. Logrando identificar los factores que generen tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de Enfermería en la unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital de Clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo A, Benitez M. Manifestaciones psicológicas [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2001.
- Decreto 6/98 Régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales. Montevideo, 22 de enero de 1999.-
- El estrés en los trabajadores de la Salud <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/hfainstein/h10.htm>
- Fornes J, Gonzalez. R. Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional. Revista Enfermería intensiva. Salvat; 1992.
- Fuentes A. Emergencias en pediatría. Capítulo 14. [s.l.]: [s.n.]; 1996.
- Games Perales M. Enfermería intensiva. 3 (10); 1999.
- García N, Roca E. Síndrome de desgaste profesional en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitales catalanes. [s.l.]: [s.n.]; 2004.
- Hernández F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2a. ed. Washington: OPS; 1994.
- Hernandez L, Camacho G. Riesgo del trabajo del personal sanitario. [s.p.i.].
- Marrero L. Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de ciudad de la Habana. www.bvs.sid.cu/revistas/.

- Muniagurria G. Intervenciones psicosociales en la u.c.i.n cuidando al recién nacido y sus padres. Simposio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico Argentino. Bs As.: Servicio de Neonatología. S Neonatología. Sanatorio Mitre; 1998.
- Nirenberg O. Servicio de salud en la atención en la prevención de VIH/ SIDA en población adolescente. Artículo foro electrónico sobre juventud y prevención del VIH-SIDA Buenos Aires; 2003.
- Novel G, Lluch M, Miguel M. Enfermería Psicosocial II. Serie Manuales de Enfermería. Barcelona: Salvat; 1991.
- Polvorines S. Niveles de atención. Secretaria de Salud de la Municipalidad de Malvinas Argentinas. Buenos Aires. Disponible en: www.malvinassalud.com.ar
- Quintana. M. Prevención de Riesgos Laborales del Área 10 de Madri. Disponible en: www.10minutos.org.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería en Salud Mental. Entre sufrimientos y gratificaciones. Montevideo: Nordan; 1997.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Materno Infantil

Protocolo de tesis de Licenciatura en Enfermería

Título:

Factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital De Clínicas

Autores:

- Br. Chiarelli, María
- Br. Fernández, Daniela
- Br. Fonseca, Solany
- Br. Garay, Lourdes
- Br. Núñez, Rocío

Tutor: Lic. en Enf. Mercedes Pérez

Montevideo, octubre 2008

ÍNDICE

1. Planteamiento del problema	Pág.38
2. Objetivos	Pág.39
3. Justificación y Antecedentes del problema	Pág.40
4. Marco teórico	Pág.44
5. Aspectos Metodológicos	Pág.58
6. Plan para procesamiento y análisis de datos	Pág.71
7. Cronograma de Gantt	Pág.75
8. Recursos necesarios	Pág.76
9. Bibliografía	Pág.77
10. Anexos:	
k. Anexo N° 1: Hospital de Clínicas	Pág.80
l. Anexo N° 2: Nivel de dependencia	Pág.89
m. Anexo N° 3: Decreto 6/98 Régimen del funcionamiento de las unidades de cuidados especializados pediátricos y neonatales	Pág.91
n. Anexo N° 4: Bebes que necesitan cuidados especiales	Pág.102
o. Anexo N° 5: UCIN del Hospital de Clínicas	Pág.104
p. Anexo N° 6: Recién nacido en estado crítico	Pág.107
q. Anexo N° 7: Diagnósticos médicos prevalentes en el recién nacido	Pág.115
r. Anexo N° 8: Escala de Maslach	Pág.118

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital Universitario, Clínicas Dr. Manuel Quintela en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008 ?

OBJETIVOS

General:

- Conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Específicos:

- Caracterizar a la población de estudio.
- Identificar las actividades, que el personal de enfermería lleva a cabo con el usuario y las considera estresantes.
- Determinar otros factores que identifica el personal de enfermería como estresantes.
- Detectar los factores intrínsecos y extrínsecos que contribuyen al estrés del personal de enfermería.

JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES:

La elección del tema surge, en primera instancia, por la afinidad a la atención del recién nacido crítico durante la experiencia práctica del 1er módulo, tercer ciclo, realizado en el año 2007. En esta oportunidad se interactuó con el equipo de salud que trabaja en forma directa con el neonato en esa área. Observándose en el personal de enfermería, la influencia de factores en su proceso de salud enfermedad en forma negativa, al estar brindando atención a usuarios altamente lábiles y dependientes.

En su practica diaria, el personal realiza en forma continua procedimientos y técnicas cruentas, las cuales si bien son con el fin de contribuir a mejorar el estado de salud del recién nacido, los resultados no son siempre los deseados; y cuando el usuario presenta una mejoría, generalmente es trasladado a un área de cuidados de menor complejidad; donde no son vistos los logros alcanzados, por el personal de la UCIN. En su lugar ingresa un nuevo recién nacido con situación vital crítica, dando como resultado un ciclo permanente de demanda, desgaste emocional y físico, que genera pocas gratificaciones o no son evidenciadas en el equipo, lo que conlleva a la aparición de sintomatología estresante para enfermería.

El equipo de salud tiene exigencia no solo laboral sino social en este ámbito, por su especialidad, dado también que en ellos la familia de los usuarios depositan su confianza y responsabilidad para una nueva vida, requiriendo del equipo profesional apoyo holístico, ya que el niño imaginado no corresponde con el real, el cuál es un recién nacido en estado crítico con requerimientos de cuidados altamente dependientes.

El equipo de cuidados intensivos debe enfrentarse cotidianamente a la posibilidad de la muerte o a la rápida descompensación de los recién nacidos, teniendo que sobrellevar estas situaciones con sus propios mecanismos de defensa; dado que mayoritariamente en donde trabajan, no existen espacios de contención donde puedan identificar, expresar y trabajar los factores que contribuyen a el estrés.

Además de los anteriormente mencionados factores intrínsecos, se reconocen factores que podríamos llamarlos extrínsecos ³, que no dependen de la atención directa al usuario, sino propias del trabajador y que generan también situaciones de estrés en el personal de enfermería, de esta forma vemos que el trabajo no es un hecho neutro, sino que es el producto de varias relaciones, considerando al hombre inmerso en el dinamismo de un sistema abierto, y como tal, influyendo en los cambios del mismo.

Para realizar el estudio de investigación se interiorizo en una amplia gama de información sobre los temas que involucraban al recién nacido y al personal de enfermería. Estableciendo el interés de la investigación a elaborar la pregunta problema.

³-Hernandez. Luis, Camacho Gervás ; “Riesgo del trabajo del personal sanitario”, Capitulo 39.

La búsqueda de información en primera instancia fue guiada por nuestra tutora Licenciada Mercedes Pérez, la cual brindo fuentes bibliográficas específicas y centro de referencia (Colegio de Enfermeras del Uruguay). La demás bibliografía fue encontrada en la biblioteca de la Facultad de Enfermería, revistas de enfermería e Internet.

El marco teórico encontrado fue sobre las alteraciones emocionales, manifestaciones psicológicas, nivel de estrés, síndrome de Burnout y demás, evidenciando la existencia del estrés en las áreas de cuidados intensivos neonatales. Reafirmando lo experimentado en las experiencias prácticas realizadas en diferentes instituciones en los servicios de atención al recién nacido crítico.

Al comenzar esta investigación partimos de la base de que todo el personal de la salud que trabaja con neonatos en estado crítico están sometidos a factores que dan como resultado el estrés laboral. Esto se ve reflejado claramente en un estudio de investigación realizado en el año 2001 en el Instituto Nacional de Enfermería, Departamento de Salud Mental, en el cual se concluyó que “de las personas que tienen un año de antigüedad en el servicio el 100% presenta manifestaciones psicológicas de estrés”.⁴

Por otro lado en el libro Entre Sufrimientos y Gratificaciones se menciona que “la enfermera profesional posee un sufrimiento psíquico que se traduce en dificultades para llevar a cabo un ejercicio laboral gratificante”³.

Aurora Fuentes concluyó que “la internación del recién nacido en CTI nos introduce a la situación de crisis, ésta es una crisis vital para el desarrollo de la vida, pero también lo es por el impacto que la perspectiva de la muerte genera tanto en los padres, como en la familia y equipo de salud. A su vez el equipo se ve sobre-expuesto constantemente a diversos factores de estrés”⁴.

Se puede inferir la importancia del estudio de este síndrome para los profesionales de la salud y particularmente en las salas de Neonatología, ya que el equipo que trabaja en estas unidades opera, de modo cotidiano, en situaciones de estrés generadas por las condiciones de trabajo que el mismo se impone y por la naturaleza de la tarea que realiza, por lo que debe enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas; según se menciona en un estudio realizado en el servicio de neonatología de la ciudad de La Habana por la Lic. María de Lourdes Marrero Santos y la Licenciada en Psicología, especialista en Psicología de la Salud del Departamento de Psicología; realizaron un estudio observacional de tipo descriptivo en enfermeros de los servicios de neonatología de

⁴ -Araujo Andres, Benitez Margarita; Tesis N° 0091, “Manifestaciones psicológicas ...”, 2001.

³ -Departamento de enfermería en Salud Mental, “Entre sufrimientos y gratificaciones”, Editorial Nordan-Comunidad, 1997.

⁴ -Fuentes Aurora, “Emergencias en pediatría”, capítulo 14, 1996.

Ciudad de La Habana, donde se analizan los niveles y dimensiones del síndrome de burnout, así como las influencias que tienen en el mismo sus antecedentes y consecuencias. En él resulta que sólo un enfermero presenta altos puntajes de burnout. La mayoría de las afectaciones corresponden a un nivel " moderado".⁵

También se ha realizado un estudio descriptivo transversal, donde la muestra está formada por el personal de enfermería que ha sido valorado en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área 10 de Madrid, en el cual resultó que la mayor prevalencia de malestar psíquico la obtienen las auxiliares de enfermería con el 46,5%, seguido de las licenciadas en enfermería con el 30,7%.⁶

Una de las últimas investigaciones realizadas sobre el síndrome de desgaste profesional en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitales catalanes, publicada en *Metas de Enfermería*, concluye que "la incidencia del síndrome es elevada y que una proporción superior a dos pacientes por enfermera provoca desmotivación y aumenta los conflictos interpersonales", señalan las autoras, las enfermeras Natalia García y Alba Roca, del Hospital Joan XXIII de Tarragona.⁷ Diversos estudios revelan que estos profesionales son los que tienen mayor riesgo de sufrirlo, en especial aquellas profesionales que atienden a pacientes críticos o terminales debido a la complejidad y la dedicación emocional de su trabajo.

Un estudio sociológico realizado por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona durante 2004 con una muestra de 2.122 profesionales refleja que el 45% dudaría y el 9% no volvería a escoger esta carrera. De hecho, una mayoría cree que colegas y usuarios valoran bien su profesionalidad y dedicación, pero sólo el 40% ve sus esfuerzos reconocidos por la organización hospitalaria y la sociedad.⁸

En una de las revistas de *Enfermería Intensiva* de la Sociedad Española que estudia la respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional reveló que entre las principales causas de estrés de destaca la sobrecarga de trabajo y escasez de personal con un 46%, en este estudio le sigue con el 11% los problemas de turnos, el conflicto entre los miembros del equipo con un 9%, la insuficiencia de recursos materiales con un 7% y luego la muerte de pacientes con porcentajes menores.⁹

⁵ –Marrero Lourdes, "Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad de la Habana", www.bvs.sid.cu/revistas/.

⁶ –Quintana. Maria, "Prevención de Riesgos Laborales del Area 10 de Madrid", www.10minutos.org.

⁷ –Garcia Natalia, Roca Elba; "Síndrome de desgaste profesional en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Hospitales Catalanes", 2004.

⁸ –Novel, G., Lluch, M.T. y Miguel, M.D. (1991). *Enfermería Psicosocial II*. Barcelona. Salvat Editores. Serie Manuales de Enfermería.

Otra de estas revistas estudió el clima laboral, entendiendo éste como un conjunto de factores que influye en los profesionales de enfermería de cuidados críticos. El estudio es de tipo descriptivo, se llevó a cabo mediante una encuesta anónima, realizada a cuatro unidades de cuidados críticos. Se observó que más del 80% están de acuerdo con las funciones que desempeñan, aunque solo el 51% continuaría en la unidad de cuidados críticos, el 60% manifiesta que su trabajo le genera tensión y que a medida que avanzan los años de labor se requiere de mayor esfuerzo físico, el 60% piensa que a veces el trabajo repercute negativamente en su vida familiar y el 35% manifiesta que le afecta en su salud.¹⁰

Las revistas utilizadas para marco teórico fueron Actualizaciones en enfermería, donde el tema central es en síndrome de Burnout. Por otro lado, Temas de Medicina Perinatología, la cual hace referencia sobre los aspectos psicosociales de los recién nacidos patológicos. Revista de pediatría, capítulo XIV, donde el tema central es el impacto del recién nacido internado en el CTI, sobre la familia y el equipo de salud.

Interesa profundizar nuestro conocimiento sobre cuales son los factores extrínsecos e intrínsecos que inciden en forma negativa en la salud emocional del personal de enfermería, dado que pueden afectar tanto a la calidad de vida de estos, como a la calidad de los cuidados que brindan al recién nacido, y a las relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral. Se considera que el personal relacionado con el cuidado asistencial, debe afrontar a diario situaciones conflictivas, enfermedad, muerte, y relaciones interpersonales no siempre sencillas, que generan un alto índice de tensión personal y laboral. Supone un desgaste psicológico importante.

Es de relevancia el estudio de factores que contribuyen al estrés, ya que a partir del conocimiento de los mismos, se puede actuar sobre ellos y encontrar mecanismos para disminuirlos, contribuyendo a motivar al personal de enfermería en su desempeño.

Tomar medidas en el ámbito laboral, que recaerían sobre los aspectos organizativos y ambientales, y sobre el trabajador, dándole mayor información, fomentando la prevención y manteniendo espacios de trabajo grupal y de formación permanente, podrían significar cambios importantes en el proceso salud enfermedad del personal de enfermería, y por ende en los cuidados que brinda.

⁹ –Fornes. J, Gonzalez. R “Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional”, Revista Enfermería Intensiva, año 1992, Salvat.

¹⁰ –Games Perales. M, “Enfermería intensiva”, Volumen 10, número 3, 1999.

MARCO TEÓRICO

Desde tiempos remotos como lo marca la historia el proceso salud enfermedad a sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno. Actualmente se considera la salud, como un proceso de salud-enfermedad:

“Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En éste proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud- enfermedad en que se encuentre”.

Las **conductas de salud** se encuentran vinculadas con el Estilo de Vida que se define como "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona". La cultura determina valores para determinar aspectos de salud y enfermedad.

En el estilo de vida de las personas, se pueden adoptar diferentes tipos de conductas para proteger o promover y mantener la salud, son las conductas denominada Conductas Preventivas (se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal).

Los **hábitos de salud** son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de una forma automática y si tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal). Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen.

Las Reacciones Psicológicas ante la enfermedad son muy importantes, porque va a ser una vivencia y queda consciente o inconscientemente en el individuo, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida. Los servicios de salud deben organizarse en **niveles de atención**, según su complejidad creciente, con adecuada coordinación y complementación entre los mismos. Las características de los niveles deben definirse localmente según las necesidades de la población y los recursos disponibles. Pueden esbozarse tres niveles de atención:

- El primer nivel, o puerta de entrada de los servicios, son los Centros de Atención Primaria. En el primer nivel de atención se resuelve la mayor parte de la demanda de baja complejidad, mientras que los casos más complejos son referidos al nivel resolutivo más apropiado; es en el primer nivel donde es prioritario y resulta más fácil estimular el auto-cuidado, concretar la coordinación intersectorial y el trabajo con las familias, los jóvenes y las organizaciones de la comunidad en especial las educativas, laborales y de recreación. No necesariamente la atención allí debe ser siempre a través de profesionales, sino además de recursos humanos adecuadamente entrenados, sobre todo para las acciones de promoción, información, asesoramiento y orientación.

- El segundo nivel brinda la atención de baja y mediana complejidad. Brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas. Estos establecimientos son servicios con internación tales como hospitales o clínicas donde se prestan servicios de las especialidades médicas. En este nivel debe estimularse la organización de la atención diferenciada, con la constitución de equipos interdisciplinarios. Deben recibir casos referidos por el primer nivel para una atención especializada y disponer de una infraestructura adecuada para asegurar el acceso y las características de privacidad / confidencialidad.
- El tercer nivel de atención corresponde a la atención especializada y de alta complejidad. En este nivel la atención debe estar guiada por los equipos interdisciplinarios del segundo nivel, compartiendo responsabilidades con los especialistas y asegurando la integralidad y continuidad de la atención. Está encaminada a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.

Los niveles de prevención “Son el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad: conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y para promover la salud”.

La prevención primaria: La OMS define la prevención primaria como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

La prevención secundaria: La OMS define la prevención secundaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de una enfermedad.

La prevención terciaria: La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad.

La investigación es realizada en un **hospital universitario**, el cual es el centro formador de recursos humanos para la salud más importante del país. En él adquieren conocimientos, tanto teóricos como prácticos, alumnos de pregrado y de posgrado de varias facultades y escuelas.

Incluye asimismo propuestas académicas que se desarrollarán en un plano de máxima integración, basado en las premisas definidas en el perfil y el modelo asistencial propuestos para el Hospital Universitario.

La Investigación es función sustantiva del Hospital Universitario y se enlaza a la docencia y a la asistencia; los docentes las realizan conjuntamente en base a esfuerzo y dedicación.
Ver anexo N° 1 Hospital Clínicas

Según el Plan 93 del I.N.D.E la **Enfermería** “Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccionar del ser humano (persona, familia o grupo poblacional). Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes tipos de atención.”

La Enfermería es una disciplina enmarcada en las ciencias de la salud, cuyo fin es procurar mantener y cuidar la salud de las personas, los grupos y las comunidades sanas o enfermas. Concibe a la persona como un ser holístico, con potencialidades de recuperación e inserto en un entorno con el cual interactúa.

La **Licenciada en Enfermería** responde a las respuestas humanas frente a la enfermedad o a alteraciones situacionales tratando de satisfacer las necesidades alteradas con cuidados totales, parciales o de soporte. Lo hace en cuatro ejes: la administración, la asistencia, la educación y la investigación. En este siglo las demandas en relación con la salud seguirán aumentando, en medio de cambios sociales, laborales y tecnológicos de gran alcance. Como comunidad académica, la enfermería tiene que plantearse niveles de formación adecuado para aquello que las personas esperan de los profesionales, debiéndonos apoyar entre otras en una metodología científica que de seguridad a sus integrantes.

La complejidad y demanda de los cuidados de enfermería se centra en tres competencias: éticas, técnicas y administrativas, sin las cuales no es posible ejecutar los procedimientos, el tratamiento médico y la correcta gestión de los cuidados.

Para ello es necesario un **modelo de gestión de enfermería**. Uno de ellos la clasificación de los problemas, lo que implica hablar de *triage*, palabra francesa que se refiere a la flexibilidad, es decir, a la capacidad de ajustar rápidamente la utilización de los recursos humanos y no humanos a las condiciones y oportunidades del entorno cambiante, lo que permite mantener una posición competitiva. El modelo de gestión actual se basa en las horas de enfermería diaria según tipo especialidad.

Tipo de paciente	Horas necesarias de Enfermería por día
Prematuros	5
Pediátricos	4
Medicina y Geriátrica	37
Ginecología y Obstetricia	3
Traumatología	3
Urgencias	8
Terapia intensiva	10

Tabla I. Teoría María de la Luz Balderas.

En el momento de categorizar a los pacientes, se necesita saber: cuáles son las características del establecimiento de salud, en cuanto a infraestructura; qué necesidades existen en cuanto a cuidados de enfermería según el nivel de dependencia (*Ver anexo n° 2 Niveles de dependencia*); qué tipo de paciente se va a atender en ese establecimiento de salud, el tiempo promedio necesario para la atención directa e indirecta de enfermería para cada tipo de paciente; las camas disponibles; el porcentaje ocupacional de las camas y promediar el personal de enfermería necesario.

Las **actuaciones de enfermería** son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Se clasifican en:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Una **Unidad de Cuidados Intensivos** es una instalación especial de un centro asistencial, que proporciona medicina intensiva, así como también servicios integrales para recién nacidos de cero a 28 días; que presentan enfermedades crónicas complejas y requieren de atención especializada; ya que son prematuros, malformaciones congénitas, sepsis, depresiones neonatales severas, infecciones respiratorias o digestivas entre otras. *(Ver anexo n° 3 Decreto de UCI)*

La **UCIN** (unidad de cuidados intensivos neonatales) combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindarles cuidados especializados a los pacientes más pequeños. Las unidades de este tipo a veces cuentan con áreas de cuidados intermedios o continuos para los recién nacidos que no se encuentran graves, pero que necesitan cuidados de enfermería especializada. *Ver anexo n°4 ¿Qué bebés necesitan cuidados especiales?*

Habitualmente los servicios de Cuidados Críticos Neonatales deben de estar situados lo más próximo a donde están los riesgos más importantes en los Neonatos y este sitio es la sala de partos y/o proximidades. Se debe disponer de los medios que puedan garantizar el soporte de las necesidades vitales. Para ello las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) deben tener determinadas características. *(Ver anexo N° 5 UCIN del Hospital de Clínicas)*

El usuario de estos servicios es el **Recién nacido**, el cual se considera desde el nacimiento hasta las 28 días de vida, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pos término.

Según la edad gestacional al nacimiento se clasifican en :

- Pre termino severo (menor de 31 semanas)
- Pre termino moderado (31- 34 semanas)
- Pre termino leve (35-37 semanas)
- Termino (38 – 40 semanas)
- Post termino (mayor o igual a 41 semanas)

Durante los primeros 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva una serie de cambios, la

mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil y que tienden a señalar la aparición de signos patológicos.

El **neonato de alto riesgo** es el recién nacido que independientemente de su edad gestacional o peso al nacer, tiene una probabilidad de morbilidad o mortalidad superior a la media, debido a dolencias o circunstancias superpuestas al curso normal de los acontecimientos asociados al nacimiento y a su ajuste a la existencia extrauterina. El período de alto riesgo abarca el nacimiento y desarrollo del ser humano desde el momento en que es viable hasta los 28 días después del parto, e incluye las amenazas para la vida y salud ocurridas durante los períodos prenatal, perinatal y post natal. *Ver anexo N° 6 Neonato de alto riesgo*

Para poder llevar a cabo un adecuado plan de cuidados de enfermería a estos usuarios es necesario conocer su diagnóstico, entendiendo por éste el enunciado por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad; se establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones complementarias.

En enfermería, constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, donde se analizan los datos acerca del usuario para identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Los diagnósticos médicos más frecuentes son los siguientes: Síndrome de distrés respiratorio, ictericia, hipertensión pulmonar, malformaciones congénitas, cardiopatías, conflicto Rh. *Anexo N° 7 Diagnósticos Médicos.*

El rol de los padres en la UCIN La mayoría de los padres descubre que involucrarse en el cuidado de su hijo les provee una sensación de control y les ayuda a fortalecer el vínculo con su bebé. Esto, por supuesto, también es importante para el bebé, ya que se siente seguro y querido. Una vez que el bebé se estabiliza, se alienta a los padres a tomarlo y a acunarlo. El personal de la UCIN puede mostrarle cómo cuidar a su bebé de muchas maneras diferentes. Aprender estos aspectos del cuidado contribuye a su preparación para llevar a casa a su hijo.

El hecho de tener un bebé en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) puede ser conmovedor para muchos padres. Pocos piensan que surgirán complicaciones durante el embarazo o que su bebé nacerá enfermo o prematuramente. Es natural que los padres experimenten una variedad de emociones cuando deben enfrentar las dificultades que implica un bebé enfermo.

Algunas respuestas comunes a la experiencia de tener un bebé en la UCIN pueden incluir las siguientes:

- conmoción debido al nacimiento inesperado
- debilidad física de la madre luego del parto
- decepción por no tener un bebé saludable
- sentimiento de impotencia
- miedo a los procedimientos y a los estudios
- distanciamiento del bebé
- enojo con sí mismo y con los demás
- sentimientos de culpa por lo que se hizo o por lo que no se hizo
- llanto, tristeza, malestar emocional
- temor al futuro, preocupación por los resultados a largo plazo

Las respuestas de los padres a estos sentimientos son diversas. Algunos expresan abiertamente sus preocupaciones, mientras que otros reprimen sus sentimientos. Algunos padres pueden dudar acerca de desarrollar vínculos estrechos con su bebé, o incluso postergar la elección del nombre. Enfrentar todos estos sentimientos y todas estas emociones a menudo es más fácil con la ayuda y el apoyo de quienes ya han experimentado algo similar.

Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los **profesionales de la salud** y en especial el personal de enfermería. La enfermería es considerada habitualmente como una ocupación muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores. Entre ellos cabe citar: los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad del rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una calificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional sanitario, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo.

La OMS estima que en el año 2010, el **estrés** será la segunda causa de incapacidad en el mundo, en la actualidad, más de 1.500 millones de personas en el planeta sufren, según esta organización, en mayor o menor grado, frecuencia e intensidad, procesos relacionados con la mente. Son la causa directa del intento de suicidio de 10-20 millones de personas cada año y de un millón de suicidios consumados. Los trastornos de ansiedad afectan a 400 millones de personas y 340 millones padecen diferentes formas de depresión; además un 80% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento.

Esto coloca a las enfermedades mentales en el tercer puesto del absentismo laboral y pérdida de días de actividad, provocados por problemas de salud. Además para el 2020 se prevé un incremento del 50% sobre los datos actuales de muerte e incapacidad precoz. En la mayoría de los países occidentales, los problemas de salud mental representan una de las

principales causas de morbilidad en la comunidad y afectan principalmente a la población en edad laboral.

En las últimas décadas se ha producido un incremento de las patologías que desde el punto de vista físico (enfermedades cardiovasculares, digestivas, déficit inmunológico) y psicológico (depresión ansiedad, insomnio) se relacionan con situaciones de estrés. Además el estrés es considerado un factor de co-morbilidad y de agravamiento de los problemas somáticos que se presentan en el medio laboral.

En los últimos años, se ha desarrollado un gran interés por el estudio del estrés y los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la repercusión de estos sobre la salud de los trabajadores.

Dentro de los efectos negativos, tanto físicos y psíquicos como conductuales que el estrés laboral tiene sobre el individuo, y que pueden dar lugar a problemas a nivel colectivo, están el aumento del ausentismo laboral, la disminución de la calidad del trabajo y la productividad.

Como ya se mencionó, uno de los grupos profesionales más afectados es el del personal de enfermería que está expuesto a factores de riesgo relacionados con el trabajo, dado que el ejercicio profesional está orientado al servicio directo (trato con otras personas); es de vital importancia determinar las causas del síndrome, corregir y prevenir los efectos negativos con el fin de optimizar el ejercicio profesional.

Entre las muchas acepciones de *estrés*, José Navas utiliza una muy práctica: "cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación".

Alberto Amador Pizá, autor de Técnicas para dominar el estrés y vivir mejor, también presenta una definición sencilla: "es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos" (citado en Barajas, 2001).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud lo define como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Visto así, el estrés no debiera ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Por ejemplo, ante una situación inesperada de peligro, los cambios físicos producidos por el estrés en nuestro cuerpo (aumento de la presión sanguínea, entre otros) hacen que éste reaccione rápidamente frente al hecho, lo que puede resultar fundamental para, incluso, salvar nuestra vida. Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su funcionamiento normal. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándola irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados. Estas reacciones pueden ser:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial).
- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino.
- Disminución de la función renal.
- Problemas del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Agotamiento.

Por otra parte, el estrés es diferente para cada persona. Lo que provoca estrés en una, puede ser un factor inocuo para otra. Varios factores explican esto: su estado psicológico y físico; el significado que otorga al evento perturbador; una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas). En resumen, cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, como cambiarse de casa, hablar en público, presentarse a una entrevista, podrían convertirse en estrés si a esos hechos les damos una connotación especial de amenaza, o si no estamos bien preparadas/os física y psicológicamente para enfrentarlos. Sin embargo, estudios efectuados desde el decenio de los ochenta, apuntan a demostrar la existencia de un agente bioquímico responsable del estrés. Este sería el cortisol. En efecto, el investigador Orm Bergold llegó a la conclusión, después de investigar durante varios años los síntomas y las causas del estrés en numerosos pacientes, de que el cortisol es el agente que lo causa, considerándolo "la hormona del estrés". Producida por la glándula suprarrenal, ayudaría al ser humano a enfrentar una situación de estrés provocando la liberación de una dosis de adrenalina. Una vez que el hecho de tensión ha sido superado, el nivel de cortisol volvería a normalizarse. Pero, si éste continúa manteniéndose elevado durante semanas, meses o años, el cortisol se convertiría en una fuerza destructora importante que afectaría prácticamente a cada célula u órgano del cuerpo humano.

Dentro de los factores desencadenantes según otro autor estudiado (Juan Gervás Camacho y Luis Mariano Hernández- Monsalve) se encuentran:

Factores generales que afectan a cualquier profesional, aunque en grado distinto según la responsabilidad, autonomía y formación. Estos factores generales pueden ser:

a) *intrínsecos*, inherentes a la propia actividad sanitaria, que se refiere sobre todo a los aspectos relativos a la atención de los pacientes, y **b) *extrínsecos***, que incluye el conjunto de circunstancias que caracterizan el contexto laboral, organizativo, social e institucional.

El término ***Burnout*** fue introducido en la década de los setenta y su empleo se ha incrementado a ritmo acelerado. Fue conocido por primera vez por el psicólogo clínico de familia Herbert Freudenberger en 1974 quien lo definió como: "El Burnout es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos", o "cuando un miembro de la organización se vuelve inoperante".

Para la investigadora Cristina Maslach (1982) "Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes".

Mientras que para José Francisco Figueroa el Burnout es una “condición fisiológica, psicológica y conductual que presenta un profesional cuyo trabajo está orientado al servicio directo hacia otras personas”.

Las **características** son agotamiento emocional excesivo, la negación o aislamiento, y un desempeño laboral pobre; como resultado de un proceso largo, tedioso, excesivo y repetitivo ante las demandas de otros, de trabajo o de ambos.

Incluye:

-*Agotamiento emocional*, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

-*Despersonalización o deshumanización*, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado. Implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas

-*Falta de realización personal*, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos.

-*Síntomas físicos de estrés*, como cansancio y malestar general.

Se dice también que es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de tratar exitosamente con otros seres humanos, especialmente cuando tienen problemas y la única condición que tiene es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que brinda la ayuda, al ocurrir esto, el que ofrece la ayuda pierde el interés y el tacto hacia el paciente presentando una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna.

Desde que en 1974 H. J. Fredenberger introdujera el término *burnout*, se han presentado distintas conceptualizaciones y modelos explicativos; unos autores lo consideran una forma particular de estrés laboral, pero la mayoría lo interpreta como una respuesta al estrés ocupacional crónico con manifestaciones específicas. La revisión de estos conceptos nos indica que las explicaciones sobre el síndrome fueron desplazándose desde el énfasis en los aspectos organizacionales hacia la perspectiva interaccionista propia de los actuales modelos transaccionales de estrés, donde se enfatiza en la interacción persona-ambiente, alcanzando un lugar primordial las variables personalógicas. C. Maslach y S. Jackson hicieron los primeros estudios de caracterización de este síndrome y lo concibieron como un fracaso para afrontar el estrés generado en la relación con los usuarios, pero lo definieron como un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio profesional (reducida realización personal en el trabajo) y una vivencia de encontrarse emocionalmente cansado. La definición que tiene mayor consenso es considerarlo como una “respuesta al estrés laboral crónico cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto”. El proceso de “estar quemado” es entendido como resultado de la influencia de agentes organizacionales y de las características personales. Los modelos transaccionales actuales permiten prever la interacción entre los *factores organizacionales* y *los individuales*, considerando a los primeros (entorno laboral) como variables desencadenantes, y los segundos (personales) como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora. Al igual que los antecedentes, también han sido estudiadas las *consecuencias* del síndrome en dos tipos de repercusiones: a) individuales: en la salud y las relaciones interpersonales con familia y amigos, y b) institucionales: en la insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad de los servicios, aumento de conflictos laborales, incremento de accidentes de trabajo y otros.

El personal de enfermería está sometido a múltiples **factores desencadenantes** tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión. La salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través del cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de Enfermería.

La práctica de la profesión requiere un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de mayor rigor ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones como por ejemplo el manejo del paciente con pronóstico sombrío y la necesidad de brindar cuidado, no solamente intensivo, sino también prolongado y en el cual también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental además de la exigencia de mantener en forma permanente el espíritu de compartir, con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

personales: son aquellas condiciones inherentes al personal de salud que le impiden ejercer su función con tranquilidad y efectividad. En general se encuentra en personas propensas al estrés (ansiosas), con poca tolerancia a la abstracción, al liderazgo y a la toma de decisiones; personas que acusan sentimientos de impotencia por la no mejoría del paciente; inseguridad y miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería; que se sienten insuficientemente preparados para ayudar emocionalmente al paciente; incapaces de resolver de manera satisfactoria las inquietudes del paciente; con dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio; con obligaciones familiares, mantenimiento de la casa, hijos y deberes como pareja con problemas personales falta de habilidad en el manejo de las personas e intolerancia ante las mismas; incapacidad para trabajar en equipo, dependencia absoluta de otras personas para trabajar y tomar decisiones.

Otros de los factores que se deben tener en cuenta son la edad, sexo y el estado civil.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Ambientales: condiciones físicas externas que alteran el curso normal de la labor del profesional en salud debido a que distorsionan la concentración y tranquilidad que requieren para ejecutar su labor de una manera óptima, por ejemplo: ruido (aparatos, personas); entorno laboral, iluminación, orden y asepsia del lugar, espacio inadecuado e insuficiente para realizar las labores específicas de enfermería; y presencia en el sitio de trabajo de gran cantidad de personal ajeno al servicio.

Contenido del trabajo: se refiere a las características propias del ejercicio profesional y que son independientes del lugar en donde se está trabajando, como realización de

procedimientos dolorosos para los pacientes; escuchar o hablar frecuentemente con los pacientes y sus familias sobre su muerte cercana; la muerte de un paciente cuando se ha establecido una relación estrecha; convivir diariamente con el sufrimiento; y el contacto continuo y permanente con personas deprimidas.

Condición del trabajo: aquellas que dependen y son inherentes a la institución donde se realiza la actividad profesional. Dentro de estos factores tenemos la responsabilidad del trabajo; interrupción frecuente en la realización de la tarea; recibir de manera constante crítica de otras personas, como médicos, superiores, familiares de los pacientes y el paciente mismo; falta de comunicación con los compañeros de trabajo sobre problemas del servicio y compartir experiencias y sentimientos positivos o negativos hacia los pacientes; ausencia de personal médico en situaciones de urgencia como paro cardiorrespiratorio o empeoramiento de la situación clínica del paciente, etc.; estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente o información insuficiente e inadecuada con respecto a la evolución del paciente; rotación permanente por diferentes servicios; ambigüedad en la asignación de las funciones de enfermería; tiempo insuficiente para dar apoyo emocional al paciente; falta de personal para atender adecuadamente el servicio; sobre - carga de trabajo y bajo salario.

Una definición de situación estresante sería aquella que se percibe como indeseable, impredecible e incontrolable.

Hay múltiples causas que determinan que quienes trabajan en una unidad de cuidados intensivos de neonatología (UCIN) sufran desgaste; entre ellas se encuentran:

- Largas jornadas de intensos esfuerzos en un ambiente restringido.
- Necesidad de adquirir y mantener destrezas técnicas complejas.
- Frecuente existencia de situaciones éticas de difícil solución.
- Exposición constante a intensas reacciones propias y de los padres.
- Cuidar de recién nacidos, cuyas condiciones rápidamente variables demandan decisiones correctas inmediatas y su rápida instrumentación.

Aún sin que se cometan errores, los pacientes ingresados en estas unidades tienen una alta tasa de mortalidad. Para Bartz y Maloney, si las metas del grupo son irreales, el fracaso en el alcance de los objetivos lleva a una pérdida importante de la autoestima; todo el tiempo y la energía disponible se dedican al paciente que no mejora y a investigar la posibilidad de que alguien cometa una equivocación. Uno de los problemas que más se ha estudiado es el de la comunicación; en la UCIN se espera que el personal sea firme y objetivo, pero que además transmita simpatía y calor humanos. A veces es posible observar una sobre valoración de los equipos de monitoreo electrónico, el personal se orienta hacia los equipos y percibe a los pacientes y padres como incapaces de comunicarse.

El Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas

En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.

En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica

En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

En general el Síndrome se caracteriza por ser insidioso, se tiende a negar, existe una fase irreversible.

Las manifestaciones son mentales; sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia. Depresión, desaliento y desesperanza, frustración y desencanto, resentimiento y hostilidad, sensación de aislamiento y culpa. Físicas cefaleas, insomnio, afecciones osteo musculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, fatiga crónica y tics, entre otros. Conductuales, predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. Pérdida de afecto hacia pacientes y familiares a los que se trata de forma deshumanizada, distante y hasta agresiva, actitudes negativas que transmiten desaliento “para qué esforzarse si...”, actitudes cínicas “espero que este paciente no sea trasladado a la unidad”, oposición a cambios; se considera aislado, no reconocido en su trabajo y se vuelve irritable y susceptible, no deja la unidad aun cuando se siente extenuado (sobre compromiso), se siente culpable y no comparte con otros lo que le pasa.

Por medio del **questionario Maslach**, de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34. *Ver anexo N° 8 Escala de Maslach*

Se entiende por **salud laboral** el concepto básico del conflicto que se produce entre condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social de este último.

La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas donde los trabajadores desarrollen una actividad con dignidad y donde sea posible la participación de los mismos.

El trabajo puede considerarse una fuente de salud porque con el mismo las personas conseguimos una serie de aspectos positivos y favorables para la misma. Por ejemplo con el salario que se percibe se pueden adquirir los bienes necesarios para la manutención y

bienestar general. En el trabajo las personas desarrollan una actividad física y mental que revitaliza el organismo al mantenerlo activo y despierto. Mediante el trabajo también se desarrollan y activan las relaciones sociales con otras personas a través de la cooperación necesaria para realizar las tareas y el trabajo permite el aumento de la autoestima porque permite a las personas sentirse útiles a la sociedad.

No obstante el trabajo también puede causar diferentes daños a la salud de tipo psíquico, físico o emocional, según sean las condiciones sociales y materiales donde se realice el trabajo.

El **estrés laboral** surge de la interacción entre el personal de enfermería y su trabajo. Es conocida la relación entre estrés y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor producirá una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores.

La respuesta al estrés es una respuesta del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación. Esto no es negativo en sí mismo, más bien al contrario, y además, cuando esto es episódico no produce problemas, ya que el organismo tiene la capacidad de recuperarse entre cada respuesta; pero si esto se repite con excesiva frecuencia, intensidad o duración, es posible que el organismo no se pueda recuperar aparezcan trastornos psicofisiológicos.

El estrés crónico originado por el efecto combinado de las características individuales del profesional, las características de los usuarios a los que atiende y los estresores psicosociales que se encuentren en el contexto laboral, constituyen los aspectos más relevantes y la base de toda propuesta de prevención e intervención.

Es importante destacar el hecho de que la mayor exposición al sufrimiento humano, por trabajar con personas enfermas, produce estrés interpersonal que disminuye los niveles de satisfacción laboral, al mismo tiempo que para otros las experiencias de satisfacción laboral pueden neutralizar el estrés en el trabajo. La calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de los equipos asistenciales (soporte social en el trabajo) va a mediar en las experiencias de satisfacción laboral y estrés ocupacional, así como en la calidad de vida.

Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Cuando este proceso dura mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, y la pérdida de rendimiento.

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- 1) por los cambios de hábitos relacionados con la salud

- 2) por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune) y
- 3) por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

Existen Puntos clave en la **prevención del Burnout:**

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral
9. Coordinación con la especializada, espacios comunes, objetivos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.

A pesar del estrés laboral, la motivación es un pilar que mantiene al personal de salud en su área de trabajo. Se puede definir como el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o meta.

Podemos decir entonces que la motivación es anterior al resultado, puesto que esta implica un impulso para conseguirlo.

La motivación es, en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.

La motivación es un termino genérico que se aplica a un amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares.

El síndrome de burnout se invoca como responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente, con la consiguiente disminución del rendimiento.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Cuantitativa, descriptiva, prospectiva, transversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizará en la ROU, Montevideo. En una institución sanitaria pública universitaria, HC Dr. Manuel Quintela situado en AV. Italia s/n, específicamente en el servicio de cuidados intensivos neonatales de dicho nosocomio.

UNIVERSO:

Todo personal de enfermería que trabaja en el servicio de cuidado intensivo neonatal del HC Dr. Manuel Quintela

MUESTRA:

Todo personal de enfermería que trabaja en el servicio de cuidado intensivo neonatal del HC Dr. Manuel Quintela y que se encuentre desempeñando su labor en dicho servicio en el período comprendido entre el 22 de septiembre al 9 de octubre del 2008.

8 Lic. De enfermería (Nocturno, Mañana, Tarde, Vespertino)
17 Aux. de enfermería (Nocturno, Mañana, Tarde, Vespertino)

VARIABLES A UTILIZAR:

- 2 Edad
- 3 Profesión
- 4 Factores extrínsecos que contribuyen al estrés laboral
- 5 Factores intrínsecos que contribuyen al estrés laboral

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

▪ **EDAD**

Variable cuantitativa continua.

Definición conceptual:

Período cronológico medido en años desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional:

Período cronológico medido en años desde el nacimiento hasta el momento actual de todo el personal de enfermería del cti neonatal del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores:

20-30 Años

31-40 Años

41-50 Años

> a 50 Años

▪ **PROFESIÓN**

Variable cualitativa ordinal

Definición conceptual:

Formación académica de un individuo que lo capacita para llevar a cabo diferentes actividades.

Definición operacional:

Formación académica de un individuo que lo capacita para llevar a cabo diferentes actividades de enfermería en el servicio de CTI neonatal del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores

Licenciada en enfermería

Auxiliar de enfermería

▪ **FACTORES INTRÍNSECOS QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS LABORAL**

Variable compleja, cualitativa nominal.

Definición conceptual: Aquellos factores inherentes a la propia actividad sanitaria, que se refiere sobre todo a los aspectos clínicos relativos a la atención a los pacientes.

Definición operacional: Todos los factores que generan estrés laboral en el personal de enfermería, inherentes al la atención de los recién nacidos que se encuentran internados en el cti neonatal del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Categorías: diagnóstico al ingreso, edad gestacional, días de internación, evolución desfavorable, demanda de cuidados, procedimientos invasivos, participación y /o presencia de los familiares.

Forma de medición de las categorías: se resumirá en índices de 3 categorías:

- Baja influencia
- Mediana influencia
- Alta influencia

CATEGORIAS

Diagnostico al ingreso:

Definición conceptual:

Percepción de la patología que presenta el usuario al ingreso del servicio.

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre la patología que presenta el recién nacido al ingreso del servicio de cti neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores:

SDR, Cardiopatías, conflicto Rh, ictericia, hipertensión pulmonar, términos hipóxicos, malformaciones, otros

Edad gestacional al nacimiento:

Definición conceptual:

Percepción del número de semanas de vida intrauterina al nacer

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre el número de semanas de vida intrauterina al nacer de todos los usuarios que ingresan al servicio de cti neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Pre termino severo: Recién nacidos menores de 31 semanas.

Pre termino moderado: Recién nacidos de 31-34 semanas.

Pre termino leve: Recién nacidos de 35-37 semanas.

Termino: Recién nacidos de 38-40 semanas.

Post termino: Recién nacidos igual o mayor a 41semanas.

Indicadores:

Pre termino severo

Pre termino moderado

Pre termino leve

Termino

Post termino

Días de internación

Definición conceptual:

Percepción de los días transcurridos desde el ingreso al servicio hasta el momento actual.

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre los días transcurridos desde el ingreso al CTI neonatal del hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores:

0-15 días

Más de 15 días

Evolución desfavorable:

Definición conceptual:

Percepción del progreso negativo del proceso de salud-enfermedad.

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre el progreso negativo del proceso de salud-enfermedad de los recién nacidos hospitalizados en el CTI neonatal del hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Demanda de cuidados:

Definición conceptual:

Percepción del requerimiento de los cuidados de enfermería.

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre el requerimiento de los cuidados de enfermería que necesitan los recién nacidos durante la internación en el servicio de CTI neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores

Demanda 30 minutos de cuidados de enfermería en cada turno, en los cuales se realizan procedimientos de baja complejidad.

Demanda entre 30-60 minutos de cuidados de enfermería en cada turno, en los cuales se realizan procedimientos de complejidad media.

Demanda mas de 60 minutos de cuidados de enfermería en cada turno, en los cuales se realizan procedimientos de alta complejidad.

Procedimientos invasivos:

Definición conceptual:

Percepción de la realización de técnicas cruentas a un individuo con fines diagnósticos y/ o terapéuticos.

Definición operacional:

Dicese de la percepción del equipo de enfermería sobre la realización de técnicas cruentas a los recién nacidos durante la internación en el servicio de cti neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008 con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Indicadores:

Punciones

Colocación de vía venosa percutánea central

Colocación de catéteres vesicales

Aspiración

Colaboración con procedimientos médicos invasivos

Participación y /o presencia de los familiares:

Definición conceptual:

Percepción del grado en que la familia se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial

Definición operacional:

Dicese de la percepción de la enfermera sobre el grado en que la familia se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial de todos los recién nacidos internados en el CTI neonatal de Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008

Indicadores:

Si: La familia se compromete, acompaña y colabora.

No: La familia no se compromete, ni acompaña, ni colabora.

■ **FACTORES EXTRÍNSECOS QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS LABORAL**

Variable compleja, cualitativa nominal

Definición conceptual:

Conjunto de circunstancias que caracterizan el contexto laboral organizativo, social, e institucional.

Definición operacional:

Todas las circunstancias que caracterizan el ámbito laboral que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el cti neonatal del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Categorías: multiempleo, horario nocturno, antigüedad en el servicio, conformidad con las condiciones laborales, reconocimientos y estímulos.

Forma de medición de las categorías: se resumirá en índices de 3 categorías:

- Baja influencia
- Mediana influencia
- Alta influencia

CATEGORÍAS

Multiempleo

Definición conceptual:

Número de lugares en los que una persona desempeña su profesión.

Definición operacional:

Estrés laboral que genera trabajar en mas de una institución, al personal de enfermería del servicio de CTI neonatal del Hospital de Clínicas desempeña su función, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Horario nocturno

Definición conceptual:

Horario de trabajo en el turno noche

Definición operacional:

Horario de trabajo entre 22 a 06, cumplido en el cti neonatal del Hospital de Clínicas.

Antigüedad en el servicio

Definición conceptual:

Tiempo en años de trabajo en un servicio

Definición operacional:

Número de años de trabajo en el CTI neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008 .

Indicadores:

0-5 años

6-10 años

Mayor a 10 años

Conformidad con las condiciones laborales

Definición conceptual:

Satisfacción del trabajador con el ambiente y recursos que dependen y son inherentes a la institución donde se realiza la actividad laboral.

Definición operacional:

Percepción del personal de enfermería con el ambiente y recursos del CTI neonatal del Hospital de Clínicas, que generan estrés laboral en el personal de enfermería, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

Indicadores:

Déficit de monitores

Déficit de ventiladores

Déficit de aspiradores

Déficit de incubadoras

Escasas conexiones eléctricas

Déficit de RRHH

Falta de comunicación en el equipo interdisciplinario

Falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario

Déficit de reconocimiento y estímulos

Definición conceptual:

Ausencia de gratificación, reconocimiento y estímulos que recibe una persona en relación a su desempeño laboral.

Definición operacional:

Ausencia de gratificación, reconocimiento y estímulos que percibe el personal de enfermería en relación a su desempeño en el servicio de CTI neonatal del Hospital de clínicas, en el período comprendido entre 22 de septiembre y 9 de octubre del 2008.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Materno Infantil

Este instrumento corresponde a una experiencia de recolección de datos para la realización de tesis. La misma será llevada a cabo para alcanzar el objetivo de conocer cuales son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el recién nacido crítico en el servicio de cuidados intensivos neonatales del hospital de Clínicas del Dr. Manuel Quintela.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Marque con una cruz

-Edad

- 20-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- Mayor a 50 años

-Profesión

- Auxiliar de enfermería
- Licenciada de enfermería

Factores intrínsecos que contribuyen al estrés laboral: se presentaran a continuación una serie de ítem, los cuales deberá clasificar según el grado de influencia, que estos tienen sobre usted.

- 1- Baja influencia
- 2- Mediana influencia
- 3- Alta influencia

Marque con un circulo

EN QUE GRADO LE AFECTA LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS?

(a) Diagnósticos del recién nacido

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ● SDR(síndrome de distrés respiratorio) | 1 | 2 | 3 |
| ● Cardiopatía | 1 | 2 | 3 |
| ● Conflicto Rh | 1 | 2 | 3 |
| ● Ictericia | 1 | 2 | 3 |
| ● Hipertensión pulmonar | 1 | 2 | 3 |

- Terminos hipóxicos 1 2 3
 - Malformaciones 1 2 3
 - Otros: _____ 1 2 3
- (b) Edad gestacional al nacimiento**
- Pre termino severo (menor de 31 semanas) 1 2 3
 - Pre termino moderado (31- 34 semanas) 1 2 3
 - Pre termino leve (35-37 semanas) 1 2 3
 - Termino (38 – 40 semanas) 1 2 3
 - Post termino (mayor o igual a 41 semanas) 1 2 3
- (c) Días de internación**
- 0-15 días 1 2 3
 - Mayor a 15 días 1 2 3
- (d) Evolución desfavorable** 1 2 3
- (e) Demanda de cuidados en cada turno**
- 30 minutos 1 2 3
 - Entre 30 -60 minutos 1 2 3
 - mas de 60 minutos 1 2 3
- (f) Procedimientos invasivos**
- Punciones 1 2 3
 - Colocación de vía venosa percutánea 1 2 3
 - Colocación de catéteres vesicales 1 2 3
 - Aspiración 1 2 3
 - Colaboración con procedimientos médicos invasivos 1 2 3
- (g) Participación y/o presencia de los familiares**
- Si 1 2 3
 - No 1 2 3

Factores extrínsecos que contribuyen al estrés laboral: se presentaran a continuación una serie de items, los cuales deberá clasificar según el grado de influencia, que estos tienen sobre usted.

1- Baja influencia

2- Mediana influencia

3- Alta influencia

Marque con un circulo

- | | | | |
|--|---|---|---|
| (a) En caso de multiempleo | 1 | 2 | 3 |
| (b) En caso de realizar horario nocturno | 1 | 2 | 3 |
| (c) Según su antigüedad en el servicio responda | | | |
| ● 0-5 años | 1 | 2 | 3 |
| ● 6-10 años | 1 | 2 | 3 |
| ● Mayor a 10 años | 1 | 2 | 3 |
| (d) Conformidad con las condiciones laborales | | | |
| ● Déficit de monitores | 1 | 2 | 3 |
| ● Déficit de ventiladores | 1 | 2 | 3 |
| ● Déficit aspiradores | 1 | 2 | 3 |
| ● Déficit de incubadoras | 1 | 2 | 3 |
| ● Escasas conexiones eléctricas | 1 | 2 | 3 |
| ● Déficit de recursos humanos | 1 | 2 | 3 |
| ● En caso de que exista falta de comunicación | 1 | 2 | 3 |
| ● Falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario | 1 | 2 | 3 |
| (e) Déficit de reconocimiento y estímulos | 1 | 2 | 3 |

Gracias.

Estudiantes de Facultad de Enfermería.

ÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método a utilizar será una encuesta que se realizará a todo el personal de enfermería del UCIN del Hospital de Clínicas, la misma se realizará de forma anónima e individual.

El instrumento a aplicarse será un cuestionario estructurado, cerrado. El mismo consta de cuatro variables, de las cuales se desprenden distintas categorías. Cada una de ellas se evaluará a través de una escala de medición, atribuyéndole el grado de influencia que cada una de las categorías tiene sobre el estrés laboral del personal de enfermería.

Dicha escala se describe a continuación:

- 1) Baja influencia
- 2) Mediana influencia
- 3) Alta influencia

Previamente a la aplicación del instrumento a la muestra se realizará una prueba piloto para obtener un mayor control de las variables a estudiar y profundización de las mismas, así como también una mayor validez y confiabilidad de nuestro instrumento.

Una vez probado el instrumento, se procederá a realizar su revisión y adecuación previo a su implementación definitiva.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez finalizada la elaboración del protocolo de investigación, se solicitará la aprobación del mismo por la cátedra de Materno Infantil, por intermedio de la docente tutora, Licenciada en enfermería Mercedes Pérez.

AUTORIZACIONES

Se elevará una carta de solicitud de autorización para realizar la investigación, en primera instancia a la división de enfermería del Hospital de Clínicas y luego a la jefa de enfermería del sector de neonatología, Licenciada en enfermería Mercedes Corbacho.

PROCESO

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procederá a aplicar el instrumento a la muestra ya mencionada. Mediante la entrega individual y anónima del cuestionario, con previa explicación sobre la manera en que debe ser completado, de todos modos se estará presente en el servicio para evacuar las dudas que surjan.

TIEMPO

Se adjudicará una semana para realizar dicha actividad, previendo la concurrencia al sector del personal, de acuerdo al horario que realiza y su régimen de libres, asegurándonos el 100% de la representatividad de la muestra.

Se concurrirá al sector en los cambios de turno, con un margen de dos horas, para ello el grupo se dividirá en dos, abarcando conjuntamente los turnos mañana – tarde y vespertino – noche.

El tiempo estimativo para completar el formulario es de 15 minutos.

RECURSOS HUMANOS

5 estudiantes de la facultad de enfermería, los cuales son las autoras de dicho trabajo.

RECURSOS MATERIALES

Formularios

Lapiceras

PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

TABULACIÓN DE DATOS

EDAD	FA	FR
20 – 30 años		
31 – 40 años		
41 – 50 años		
Mayor a 50 años		
TOTAL		

PROFESIÓN	FA	FR
Auxiliar de enfermería		
Licenciado en enfermería		
TOTAL		

FACTORES INTRÍNSECOS

Diagnósticos del recién nacido	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
SDR								
Cardiopatía								
Conflicto Rh								
Ictericia								
Hipertensión pulmonar								
Términos hipóxicos								
Malformaciones								
Otros								

Edad gestacional al nacimiento	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Pre término severo								
Pre-término moderado								
Pre término leve								
Término								
Pos-término								

Días de internación	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
0 a 15 días								
Mayor a 15 días								

Evolución desfavorable	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR

Demanda de cuidados en cada turno	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
30 minutos								
30 a 60 minutos								
Más de 60 minutos								

Procedimientos invasivos	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Punciones								
Colocación de vía venosa percutánea								
Colocación de catéteres vesicales								
Aspiración								
Colaboración con los procedimientos médicos								

Participación y /o presencia de los padres	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si								
No								

FACTORES EXTRÍNECOS

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Multiempleo								

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Horario nocturno								

Antigüedad en el servicio	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
0 a 5 años								
6 a 10 años								
Mayor a 10 años								

Conformidad con las condiciones laborales	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Déficit de monitores								
Déficit de ventiladores								
Déficit de aspiradores								
Déficit de incubadoras								
Escasas conexiones eléctricas								
Déficit de RRHH								
Falta de comunicación								

Falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Déficit de reconocimientos y estímulos								

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Factores intrínsecos								

	1		2		3		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR
Factores extrínsecos								

PLAN DE TRABAJO
CRONOGRAMA DE GANTT

Meses	12/07	1/08	2/08	3/08	4/08	5/08	6/08	7/08	8/08	9/08	10/08	11/08
Actividades												
Elección del Tema	*****											
Planificación	*****	***	***	***	***	***	***	***	***			
Aprobación del Protocolo									***			
Ejecución										**	*	
Plan de Tabulación y Análisis											***	
Elaboración Tesis Final											***	
Aprobación Tesis Final												***
Defensa												***

RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS

- 5 Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

EQUIPO	CANTIDAD	DETALLES	TOTAL (\$U)
Computadora	2	\$U 4.000	8.000
Hojas	1500	\$U 0,50	750
Lapiceras	5	\$U 5	25
Libros	7	\$U 150	1.050
Viáticos (transporte y alimentos)	40	\$U 350	14.000
Pendrive	5	\$U 300	1.500
Internet	16 horas	\$U 15	240
Calculadora	1	\$U 60	60
Cd	4	\$U 10	40
Impresora	1	\$U 1400	1.400
Teléfono (llamadas y sms)	200	\$U 20	4.000
Lápiz	4	\$U 4	16
Fotocopias	550	\$U 0,65	357,50
Impresiones	900	\$U 1,50	1.350
TOTAL	3235	\$U6316,65	32.788,50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo A, Benitez M. Manifestaciones psicológicas [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2001.
- Decreto 6/98 Régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales. Montevideo, 22 de enero de 1999.-
- El estrés en los trabajadores de la Salud <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/hfainstein/h10.htm>
- Fornes J, Gonzalez. R. Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional. Revista Enfermería intensiva. Salvat; 1992.
- Fuentes A. Emergencias en pediatría. Capítulo 14. [s.l.]: [s.n.]; 1996.
- Games Perales M. Enfermería intensiva. 3 (10); 1999.
- García N, Roca E. Síndrome de desgaste profesional en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitales catalanes. [s.l.]: [s.n.]; 2004.
- Hernández F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2a. ed. Washington: OPS; 1994.
- Hernandez L, Camacho G. Riesgo del trabajo del personal sanitario. [s.p.i.].
- Marrero L. Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de ciudad de la Habana. Disponible en: www.bvs.sid.cu/revistas/.

- Muniagurria G. Intervenciones psicosociales en la u.c.i.n cuidando al recién nacido y sus padres. Simposio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico Argentino. Bs As.: Servicio de Neonatología. S Neonatología. Sanatorio Mitre; 1998.
- Nirenberg O. Servicio de salud en la atención en la prevención de VIH/ SIDA en población adolescente. Artículo foro electrónico sobre juventud y prevención del VIH-SIDA Buenos Aires; 2003.
- Novel G, Lluch M, Miguel M. Enfermería Psicosocial II. Serie Manuales de Enfermería. Barcelona: Salvat; 1991.
- Polvorines S. Niveles de atención. Secretaria de Salud de la Municipalidad de Malvinas Argentinas. Buenos Aires. Disponible en: www.malvinassalud.com.ar
- Quintana. M. Prevención de Riesgos Laborales del Área 10 de Madrid. Dipsonible en: www.10minutos.org.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería en Salud Mental. Entre sufrimientos y gratificaciones. Montevideo: Nordan; 1997

ANEXOS

ANEXO N° 1

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Denominación: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Ubicación Geográfica: Está ubicado en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio Parque Batlle. La puerta principal se encuentra sobre la calle Avda. Italia sin número entre Gral. Las Heras y Américo Ricaldoni.

Reseña Histórica: Las primeras ideas sobre la necesidad de un Hospital Universitario correspondieron al Dr. Elías Regules en el año 1889, pero quien elaboró con claridad el concepto fue el Dr. Manuel Quintela.

En 1926 se aprueba la Ley de creación de lo que sería el Hospital más grande de América del Sur.

Inmediatamente a la creación de la ley se formó la Comisión Honoraria integrada por el Rector Elías Regules y presidida por el Profesor Dr. Manuel Quintela, vicepresidente Martirene y como Secretario Blanco Acevedo.

Se eligió como lugar para la construcción el terreno de once hectáreas frente al Parque de los Aliados (ubicación actual).

Se llamó a concurso a Arquitectos para diseñar la obra y fue designado el arquitecto Carlos A. Surraco y los Señores Acosta y Lara.

El 24 de diciembre de 1930 se colocó la piedra fundamental. No se escapó ningún detalle de los aspectos funcionales como ser la amplitud de los corredores, la iluminación, la ventilación, la separación de las camas, el sistema de boxes independientes, la protección de incendios, sistema de calefacción, etc.

Dicho hospital se inauguró el 21 de septiembre de 1953.

Las camas fueron compradas en la segunda guerra mundial, a precios módicos en el hospital naval de Washington, la mayoría eran camas mecánicas articuladas.

Generalidades.

Funciona como centro de referencia para las instituciones asistenciales de todo el país.

Realiza sus actividades sobre la base del concepto de atención integral a la salud, cumpliendo funciones de docencia, asistencia e investigación. Desarrolla actividades en el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención, siendo considerado por tal motivo un hospital de alta complejidad.

Arquitectura.

El área total edificada es de 104.101 metros cuadrados, estando situado el punto más alto del edificio a 97.80 metros.

Desde el punto de vista arquitectónico constituye una construcción “monobloque” que comprende:

1. Un edificio principal de 23 plantas.
 - Un edificio anexo de 4 plantas hacia el noroeste.
 - Un block sur de 4 plantas para cocina y laboratorios.
 - Una planta para sala de calderas, de bombas y talleres.
1. Un edificio de 2 plantas para lavadero.

Todos los edificios están unidos entre sí formando un solo block.

Dicho hospital cuenta con 2015 ambientes, y su material principal es hormigón armado.

Consta de doble pared de acuerdo al sistema absolutamente incombustible, y aísla de las temperaturas exteriores.

Los pisos se han construido con planchas que tienen “celdas”, creando un sistema antiacústico. Las paredes y los tabiques internos están también aislados de las estructuras principales por medio de planchas especiales.

Los ventanales que dan al exterior tienen en su totalidad marcos metálicos y vidrios de doble contacto, siendo triples los que dan al sur (por el viento “pampero”).

Las instalaciones electromecánicas están colocadas en conductos incluyendo las obras sanitarias, la calefacción, la electricidad, la ventilación.

La circulación vertical se hace por medio de ascensores, monta camillas, montaplatos. Cuenta también con escaleras que se encuentran ubicadas a ambos lados de dicho nosocomio, permitiendo el acceso a todos los pisos.

El hospital cuenta con equipos electrógenos que garantizan la energía total y permanente.

Existen 3 fuentes de abastecimiento de agua:

- Obras Sanitarias del Estado (OSE. Es la única considerada como potable).
- Drenaje de terrenos (agua de manantial).
- Pozo semisurgente. Esta junto a la anterior es la que se usa en los servicios higiénicos.

El hospital cuenta además con abastecimiento permanente de gas (por cañería) y con calefacción a través de calderas de vapor.

Tiene un sistema de pararrayos que consta de una cinta que desenvuelta en torno a los 22 pisos, que abarca un total de 300 Km.

La obra comienza a ascender desde un subsuelo destinado a las calderas, máquinas, y donde luego se instalaría la morgue.

El acceso al hospital es a través de 3 puertas que se encuentran en la planta baja o en el piso bajo, al nivel de la calle: la principal es por Av. Italia y las otras 2 están a ambos lados del mismo, una por el norte y otra por el sur.

Distribución de los Servicios de la Institución:

La arquitectura del Hospital fue diseñada en sentido vertical, posee 20 pisos sumando salas generales e individuales hay 2015 ambientes. El edificio tiene paredes dobles que lo aísla de temperaturas exteriores, los pisos están contruidos con planchas que tienen un sistema antiacústico. La circulación vertical se hace a través de ascensores y escaleras.

Cada piso tiene un sector clínico, uno docente y otro administrativo, hay un sector central donde llegan los ascensores con una gran sala de espera.

En éste Hospital funcionan más 65 servicios diferentes, hay consultorios externos de clínicas y especialidades diferentes. Para la hospitalización cuenta con 486 camas en servicio de medicina, cirugía y especialidades, centro de tratamiento intensivo, unidad de cuidados intermedios, centro de recuperación post-anestésica, centro de quemado y cirugía plástica, en la actualidad se cuenta con 300 camas funcionales luego de una reducción operativa relacionada con los presupuestos de los últimos años

Basamento: Registros Médicos, Medicina Nuclear, Admisión, Emergencia, Recaudación, Lavadero, Alimentación, Ropería, Fisiatría, Gerontología.

Planta Baja: Imprenta, Oncología, Enfermería, Radioterapia, Asesoría letrada, Comunicaciones, Anatomía Patológica, Higiene Ambiental, Economato Central, Recursos, Radiología, Oftalmología, Importaciones, Contaduría y Compras.

Piso 1: Farmacia, Servicio Social, Psiquiatría, Laboratorio, Odontología, Endocrinología, Cirugía Cardíaca, Neuropsiquiatría, Dermatología, Consulta Externa, Farmacología.

Piso 2: Electroencefalografía, Medicina Laboral, Neurología, Neurocirugía. Humanos, Secretaria General, Importaciones, Contaduría, Compras, Hemoterapia, U.N.E.T, Vigilancia, Policlínica de otorrinolaringología

Piso 3: C.E.N.D.I.M, Facultad de Enfermería, E.U.T.M, bibliotecas de Facultad de Enfermería y de Facultad de Medicina.

Piso 4: I.N.D.T, Endoscopia, Sala de Informática con servicio de internet para personal y estudiantes del Hospital de Clínicas.

Piso 5: Almacenes, Arquitectura, Clínica de Nutrición y digestivo, Mantenimiento, D.P.I (informática).

Piso 7: CIAT, Clínica Quirúrgica F.

Piso 8: Clínica Médica C, Hematología, CI.

Piso 9: Clínica Quirúrgica B, Clínica Urología

Piso 10: Clínica Quirúrgica A (ORL, OFT).

Piso 11: Médica A, Dermatología, Cardiología.

Piso 12: Clínica Médica B.

Piso 13: Cirugía Plástica, CE.NA.QUE.

Piso 14: Nefrología (incluye el programa de trasplante renal y reno pancreático), C.T.I. (polivalente + C.T.I. cardiológico y C.I. cardiológico).

Piso 15: Psicología Médica, Taller de costura, Medicina del Deporte.

Piso 16: Ginecología, Neonatología.

Piso 17: Anestesiología, Block Quirúrgico, Recuperación Post Anestésica.

Piso 18: CE.TE.CI, Fonotecnia, Centro de Materiales.

Objetivos de la Institución

- a) Presta asistencia médica a los internados en el Hospital, en consultas externas y domicilio.

- b) Función formativa en ciencias médicas para estudiantes de medicina; egresados y graduados así como también para profesionales afines con la medicina.
- c) Promueve y contribuye a la generación de conocimiento mediante la investigación científica.
- d) Contribuye a la prevención de enfermedades y promover la salud.
- e) Prestar educación sanitaria general.

Misión de la Institución

Brindar atención a la salud en un marco de integración de las diferentes profesiones y de desarrollo armónico de las diferentes funciones académico-universitarias, que asegure la excelencia en la calidad, la integralidad, la equidad, la eficacia y la continuidad del proceso de atención.

Contribuir a la formación de RRHH, integrando la docencia a la asistencia, de forma que en cada etapa del proceso de atención se identifique un acto docente y un potencial objeto de investigación.

Contribuir a la generación permanente del conocimiento en las ciencias de la salud.

Participar activamente en actividades de extensión universitaria, promoción y educación para la salud, contribuyendo al desarrollo general de la salud de la población.

Someter a crítica continua su modelo asistencial, basado en el estudio y revisión permanente del sistema de salud nacional como sistema de referencia.

Construir un ámbito académico fundado en la rigurosidad científica, la interacción multidisciplinaria y principios éticos y de excelencia.

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" cuenta con un marco conceptual sobre el cual basa sus acciones y asegura las líneas de la doctrina institucional.

Existen normas y disposiciones generales referidas a sanciones, investigaciones administrativas e instrucciones de sumarios por inasistencias, así como también normas y disposiciones que rigen el ingreso de usuarios, el régimen de acompañantes, de visita y otros.

Existen sistemas de información en lo referente a leyes, condiciones laborales, compensaciones, licencias y seguros pre-establecidos por la ley nacional vigente.

La dirección del Hospital, esta formada por una comisión directiva integrada por representantes docentes, egresados, estudiantes y funcionarios del hospital, siendo el presidente un profesor designado por la asamblea del claustro de la Facultad de Medicina y por la dirección del hospital.

Desde el punto de vista de la organización es un hospital departamentalizado por funciones y su sistema de organización es lineal-staff.

La autoridad fluye por canales de mando verticales, pero en cada nivel existen comités asesores en lo que se refiere a cada nivel de decisiones.

Es parte de la política hospitalaria que cada repartición de la Institución sirva como órgano de asesoramiento en asuntos relacionados en el área de su competencia y no exclusivamente hacia el nivel de la Dirección del Hospital.

Perfil

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un

Hospital Universitario que forma parte de esta Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y practica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud.

El Hospital funcionará como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que competa.

El Hospital estará inserto en la Red de Servicios de Salud y estará abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional. El espectro de usuarios estará constituido, de acuerdo a las definiciones operativas acordadas y convenidas:

Por un sector determinado de la población beneficiaria de ASSE. Por poblaciones beneficiarias de sistemas grupales de salud, como el de los funcionarios de la Universidad de la República y eventualmente otros que opten por recibir atención. Por la población beneficiaria de ASSE de todo el país, para aquello en lo cual el Hospital es referencia.

Aquella población que con cualquier tipo de cobertura en salud opte por los servicios de medicina altamente especializada del Hospital.

Aquella población de otros servicios de salud que demanden determinada asistencia o servicio en el Hospital Universitario.

Aquella población que teniendo otra cobertura en salud, opte privadamente por atenderse en el Hospital Universitario, abonándose los servicios correspondientes.

A los efectos de profundizar la inserción en la Red de Servicios Asistenciales a nivel nacional, se promoverá una efectiva coordinación con los otros efectores del sistema, que permita evitar la duplicación de servicios, apuntando a la optimización de los recursos y a la articulación del Hospital con servicios de diferente nivel de complejidad.

Población y área de influencia

Es un hospital general de adultos, destinado a cubrir las áreas de medicina y cirugía, y con especialidades de casi todas las ramas de la medicina. Atiende a niños solamente en algunas especialidades, para cuya asistencia se requieren recursos de alta complejidad.

Brinda atención a toda la población habilitada para la utilización de los servicios públicos, pero también a todos aquellos que requieren atención inmediata en caso de emergencia, a usuarios referidos de otras instituciones públicas o privadas por razones asistenciales.

La atención que brinda está dirigida a personas que presenten carné de asistencia otorgado por el M.S.P. ya sea aquellos que sean de la capital del país como del interior. No obstante por excepción, se puede asistir a otras personas en calidad de pagantes en los siguientes casos.

- Si la asistencia ha de prestarse mediante recursos que sólo el hospital posee.
- En caso de Emergencia.

El rango etario es para aquellos mayores de 14 años.

Programas de la Institucion.

Programa de atención médica.

Programa de educación.

Programa de investigación.

Programa de servicios generales.

Programa de administración general.

Organización.

La organización del Hospital Universitario se estructura sobre la base de niveles de decisión y ejecución, en una organización matricial que asegure una gestión ágil y eficiente.

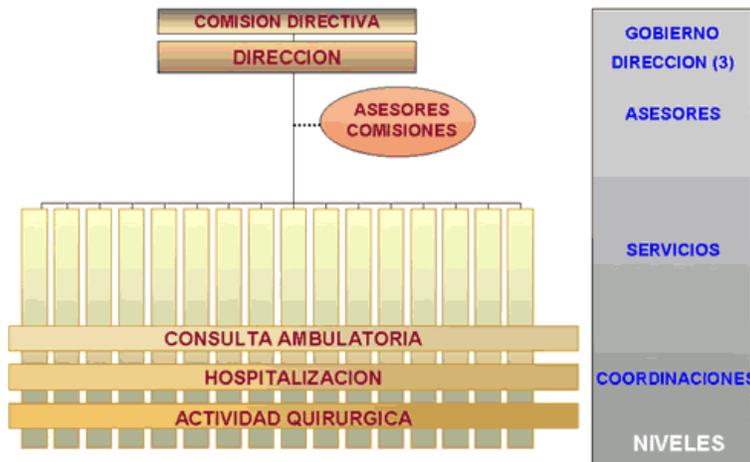
**Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”
Organización**

Estructura del Hospital de Clínicas
(criterio general de división del trabajo)

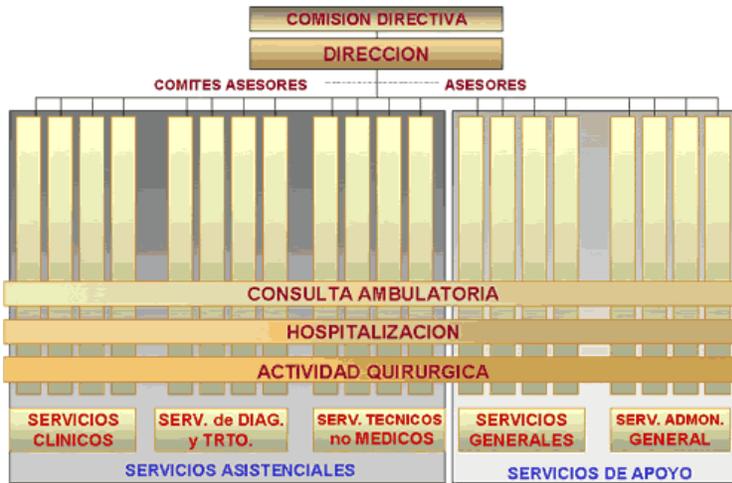


**Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”
Organización**

Visión general actual



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Organización. Visión general.



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Organización. Actual.



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Organización. Actual.



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Organización. Actual.



Comisión Directiva y Dirección del Hospital

De acuerdo a la Ordenanza del Hospital de Clínicas, la Comisión Directiva y la Dirección del Hospital son sus órganos de administración.

La integración y las competencias de la Comisión Directiva, están definidas por la Ordenanza. Existen propuestas, en estudio, para la modificación de dicha Ordenanza al respecto.

La Dirección del Hospital, que también tiene definidas sus competencias en la misma Ordenanza, es el órgano ejecutivo de primer nivel. Los directores de los Departamentos o Divisiones son los órganos ejecutivos de segundo nivel. La Dirección del Hospital está integrada según la Ordenanza por el Director y dos Directores Asistentes. El Director puede contar con Asistentes Académicos designados de la misma forma.

Coordinadores de áreas.

En el nivel operativo la estructura se refuerza de modo matricial con los Coordinadores de Áreas. En la actualidad existen Coordinadores de Hospitalización, Actividad Quirúrgica y Atención Ambulatoria (Consulta Externa y Emergencia), pudiendo crearse otros en el futuro (Docencia e Investigación, Diagnóstico y Tratamiento Especializado).

La figura de Coordinador será evaluada y revisado su perfil. Los Coordinadores, cuya actividad cruza sobre las estructuras de organización, tienen como misión enlazar y articular las actividades de las unidades de organización, para contribuir al cumplimiento cabal de las funciones sustantivas del Hospital.

ANEXO N° 2

	CUIDADOS UNIVERSALES		
	1	2	3
	DEPENDENCIA TOTAL (7 A 9 PUNTOS)	DEPENDENCIA PARCIAL (3 A 6 PUNTOS)	AUTOVALENCIA PARCIAL (0 A 2 PUNTOS)
RIESGO TERAPEUTICO			
A MÁXIMO RIESGO TERAPÉUTICO (25 A 33) PTOS	A1	A2	A3
B ALTO RIESGO TERAPÉUTICO (12 A 24 PUNTOS)	B1	B2	B3
C MEDIANO RIESGO TERAPÉUTICO (6 A 11 PUNTOS)	C1	C2	C3
D BAJO RIESGO TERAPÉUTICO (0 A 5 PUNTOS)	D1	D2	D3

Tabla II. Categorización de cuidados universales según riesgo terapéutico o complejidad del paciente.

Existen cuatro niveles de dependencia, lo que genera la necesidad de acciones de enfermería. Aquí se clasifica a los pacientes según su grado de dependencia en relación al cuidado de enfermería, para lo cual se utilizan 16 variables de necesidades, cada una de ellas con puntuación de 1 a 4. Esto genera una escala de clasificación de 4 niveles y de 16 a 64 puntos, según la necesidad de cuidados.

Las variables que se consideran son:

1. Edad
2. Peso
3. Alimentación
4. Higiene
5. Actividad
6. Eliminación
7. Oxigenación
8. Educación
9. Relación con el medio
10. Estado de conciencia
11. Observación clínica
12. Tratamientos enterales

- 13. Tratamientos parenterales
- 14. Curaciones
- 15. Catéteres
- 16. Exámenes de laboratorio

Por ejemplo, en el punto 10, que señala el estado de conciencia del paciente, un paciente que está en coma en una unidad de UCI se clasifica con 3 puntos y un paciente que está incoherente, como ocurre en el delirio nocturno del paciente geriátrico, está en nivel 4 (Tabla III).

10. Estado de conciencia	1. Lúcido 2. Ligeramente desorientado 3. confuso, desorientado, coma 4. Perturbación grave, incoherencia
14. Curaciones	1. Ninguna 2. Curaciones simples 3. Curaciones medias, retiro de puntos, drenajes. 4. Curaciones amplias, irrigación, desbridamiento.

Tabla III. Variables de clasificación según dependencia: estado de conciencia-curaciones.

Los niveles de dependencia, según la gestión de cuidados, son:

- Nivel 1, cuidados básicos (16 a 23 puntos): Pacientes lúcidos, autovalentes, con tratamiento mínimo.
- Nivel 2, cuidados medios: (24 a 33 puntos): Pacientes parcialmente desorientados, con síntomas subagudos, que requieren ayuda y tratamiento moderado.
- Nivel 3, cuidados intermedios (34 a 41 puntos): Pacientes confusos, desorientados, con amplia dependencia de enfermería, observación y control frecuente, pacientes incontinentes, inmóviles y con tratamiento amplio.
- Nivel 4, cuidados intensivos (42 a 64 puntos): Total dependencia (perturbación grave), observación y control continuo, pacientes postrados, tratamiento y cuidados constantes.

ANEXO N° 3

Decreto 6/98 Régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales

Montevideo, 22 de enero de 1999.-

VISTO: que por resolución de fecha 2 de febrero de 1996 se creó un grupo de trabajo con el cometido de estudiar la normativa vigente sobre Centros de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal, Título Habilitante exigible para el desempeño de tareas en las áreas de neonatología y pediatría y proponer las modificaciones que se estimen del caso;

CONSIDERANDO: I) que el desarrollo de las nuevas tecnologías exige una dinámica de funcionamiento que es necesario revisar y adecuar a las reales necesidades del servicio;

II) que el presente Decreto establece criterios de calidad de asistencia en las áreas de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales, regidos por pronósticos de calidad de asistencia, que permitan la evaluación en las diferentes Instituciones Públicas y Privadas;

III) que se establecen criterios sobre ingreso y egreso a dichas áreas que permiten el acceso de los pacientes que realmente puedan beneficiarse y que posean patologías recuperables;

IV) que la realización de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de valor probado garantiza la calidad para el paciente, se optimiza la relación costo-beneficio;

V) que a tales efectos se crean las Auditorías Internas y Externas;

ATENTO: a lo dispuesto en los artículos 44 de la Constitución de la República y 2º. Ordinal 6º de la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 - Orgánica de Salud Pública;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

D E C R E T A

Artículo 1º.- El régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales se regulará por las normas del presente Decreto y las Reglamentaciones que al respecto dicte el Ministerio de Salud Pública;

Artículo 2º.- Se consideran instrumentos técnicos de la atención progresiva del paciente a las Unidades de Cuidados Especiales y como tales integran la cobertura asistencial que brindan las Instituciones de Asistencia Médica;

Artículo 3º.- Se consideran pasibles de cuidado intensivo aquellos pacientes con desequilibrios de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación pero potencialmente reversibles.

Artículo 4°.- Se consideran pasibles de cuidados intermedios aquellos pacientes con patología grave que requieren atención y controles especiales a los efectos de prevenir su posible descompensación.

Artículo 5°.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo debe contar necesariamente con una Unidad de Cuidados Intermedios; asimismo toda Unidad de Cuidado Intermedio, debe contar con una Unidad de Cuidado Intensivo. Se valorará la calidad de la asistencia de la Unidad de Cuidados Especiales tanto en lo estructural como en el proceso asistencial cuanto en los resultados.

No se habilitarán áreas de Cuidados Intermedios si los Centros Asistenciales no poseen área de Cuidados Intensivos accesibles dentro de la misma planta física.

CAPITULO I

Artículo 6°.- Toda Unidad de Cuidados Especiales que se instale deberá ser previamente habilitada y autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

DEL PACIENTE

Artículo 7°.- Todo paciente que ingresa a una Unidades de Cuidados Especiales deberá ser evaluado previamente por el médico actuante y el médico intensivista en forma conjunta examinándose las indicaciones y contraindicaciones de su ingreso.

Artículo 8°.- El seguimiento de un paciente durante su estadía en una Unidad de Cuidados Especiales es de responsabilidad del equipo médico intensivista el que podrá vincularse con el médico tratante externo y especialista, a los fines de realizar interconsultas médicas habituales.

Artículo 9°.- El alta de un paciente que se encuentre en una Unidad de Cuidados Especiales deberá ser otorgada por el médico intensivista conjuntamente con el médico tratante externo de existir el mismo.-

CAPITULO II

Artículo 10°.- La ubicación de las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurar una adecuada cercanía con las vías de circulación vertical y horizontal con la Sala de Emergencia y Operaciones.

Artículo 11°.- Las Instituciones Médicas que posean Unidades de Cuidados Especiales deberán contar necesariamente con una Sala de Operaciones accesible a su planta física.-

Esta disposición es aplicable incluso a las Unidades Cardiorespiratorias.-

Artículo 12°.- Los reglamentos internos de las Instituciones Médicas establecerán una necesaria coordinación entre las Unidades de Cuidados Especiales con el Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Imagenología. Los mismos deberán estar instalados en áreas

accesibles a aquellas en que se encuentre la Unidad, manteniendo guardias de 24 horas y contar con un Director Técnico responsable.-

Artículo 13°.- Las Unidades de Cuidados Especiales contarán con espacios adecuados para el cumplimiento de las siguientes funciones:

- Atención de pacientes y recepción de llamados,
- Enfermería limpia.
- Enfermería sucia.
- Almacenamiento de materiales.
- Servicios sanitarios y vestuarios
- Departamento de administración.
- Cuarto de estar para enfermería.
- Cuarto médico compuesto por estar y dormitorio.

Artículo 14°.- El área de la Unidad de Cuidados Especiales destinada a la atención del paciente deberá con:

- a) Tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal y de succión centralizada regulable.
- b) Correcta iluminación.
- c) Suministro de energía eléctrica de la red y otras fuentes sustitutivas, con conexión automática.
- d) 6 (seis) tomacorrientes como mínimo por cama, los cuales deberán tener puesta a tierra independiente del resto de la Institución.
- e) Suministro de agua fría y caliente.
- f) Lavados suficientes a razón de 3 (tres) para una Unidad que posea 6 (seis) camas en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales , y de 1 (uno) por cama en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- g) Medidas de seguridad contra electrocución, incendio y explosión.
- h) Equipo de mantenimiento de la Unidad.
- i) Cada área de internación de Cuidado Intensivo tendrá una distribución en la planta física que permita desde el área de control respectivo de enfermería una visualización directa del paciente y/o de los registros electrónicos del mismo para detectar alteraciones funcionales y permita una rápida acción asistencial.
- j) La comunicación desde el área de Cuidado Intensivo entre enfermería y los médicos responsables de la asistencia debe realizarse a través de un sistema que permita la

conurrencia del mismo al sector sin demora, cualquiera sea el lugar de permanencia. El mismo debe estar detallado en forma escrita en el sector.

Artículo 15°.- En toda Institución Pública o Privada será recomendable que exista un área de servicio informático altamente especializado dedicado a la Unidad de Cuidados Especiales.

Artículo 16^a.- Las Unidades de Cuidados Intermedios podrán contar con hasta 24 (veinticuatro) camas, deberán tener una relación de por lo menos 1 a 1 con respecto a las camas existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Artículo 17°.- La superficie por cama deberá abarcar un espacio físico mínimo de:

a) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos, 10 m² con dimensiones no menores a 3,30 mts. X 3 mts, ubicada en un espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.-

b) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, de 3,30 mts con dimensiones no menores de un 1,80 mts X 1,80 mts, ubicado en el espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.

Artículo 18°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán contar en su planta física con ambientes climatizados, buena iluminación, sus paredes deberán ser lavables; y dispondrán de por lo menos un área para aislar pacientes con lavabo y disposiciones de desecho exclusivos.

CAPITULO III

DEL EQUIPAMIENTO

Artículo 19°.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico contará como mínimo con:

- a) Cardioscopio con alarma para cada cama.
- b) Dos salidas de oxígeno y una de aire comprimido medicinal en cada cama.
- c) Materiales de intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas pediátricas, sondas de intubación oro y naso traqueal.
- d) Tomas de aspiración central para cada cama.
- e) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador adecuado al tipo de paciente.
- f) Un marcapasos necesario en el área.
- g) Un equipo de monitoreo respiratorio integrado por: capnógrafo, oxímetro, espirómetro, manómetro para medir presión en vía de aire y cánulas traqueales.
- h) Equipo de monitoreo de presiones directas no invasivas e invasivas con manguitos adecuados a la edad.
- i) Bomba de infusión para uso enteral y paraenteral.
- j) Un electrocardiógrafo.
- k) Un respirador para cada cama, aconsejándose que el 25% de ellos sean volumétricos.
- l) Aparato para hemodiálisis y hemofiltración con sus accesorios correspondientes para pacientes pediátricos en caso de no existir una Unidad de Diálisis dentro de la Institución.
- m) Equipo para diálisis peritoneal.

Artículo 20°.- Toda Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal contará con el siguiente equipamiento como mínimo:

A) Para cada cama

- a) Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal
- b) Monitor de pO₂ transcutáneo u oxímetro de pulso.
- c) Respirador ciclado por tiempos con posibilidad de IMV
- d) Dos salidas de oxígeno y aire comprimido medicinal
- e) Tomas de aspiración central
- f) Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura

B) Para el área

- a) Medidor de presión arterial no invasivo
- b) Medidor de presión arterial por método invasivo intra-arterial
- c) Aparatos de fototerapia incorporados a la Unidad o portátiles
- d) Transiluminador de luz fría
- e) Bombas de infusión continua de microgotero para soluciones parenterales y enterales
- f) Electrocardiógrafo
- g) Oxímetro
- h) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- i) Materiales para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de intubación oro y naso traqueal, sondas de aspiración oro y naso traqueal
- j) Colchón térmico de agua para procedimientos
- k) Carpas cefálicas para oxígeno terapia
- l) Incubadora de traslado

Artículo 21°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán tener a su disposición las 24 horas, un equipo para determinación de gases en sangre.-

Artículo 22°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricas deberán contar con el Equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

- a) Un cardioscopio con alarma cada dos camas
- b) Un electrocardiógrafo
- c) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- d) Salida de oxígeno y aire comprimido medicinal para cada cama
- e) Toma de aspiración central en cada cama
- f) Un marcapaso transitorio
- g) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal.
- h) Un respirador de presión para uso en situaciones de emergencia
- i) Oxímetro de pulso cada tres camas
- j) Medidores de presión arterial (manguitos apropiados)

Artículo 23°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Neonatales deberán contar con el equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

A) PARA CADA CAMA

- a) Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura
- b) Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal
- c) Salida de oxígeno y aire comprimido neonatal
- d) Toma de aspiración central

B) PARA EL AREA

- a) Electrocardiógrafo
- b) Carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- c) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal
- d) Carpas cefálicas para oxígeno terapia
- e) Monitor de pO₂ u oxímetro de pulso
- f) Oxímetro
- g) Bombas de infusión continua, microgoteros para soluciones parenterales y enterales
- h) Aparatos de fototerapia.

Artículo 24°.- Las Unidades de Cuidados Especiales que por su configuración brinden distintos niveles de complejidad, complementarán su equipamiento mínimo y específico descrito en los artículos anteriores, con aquel que se requiera según el tipo de pacientes que se traten en la misma ya sean: coronarios, quemados, nefrológicos, neuroquirúrgicos, post operatorios de cirugía cardíaca y otros.-

Artículo 25°.- La dotación de camas de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán incluir camas grandes, medianas y cunas.-

CAPITULO IV

DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA

Artículo 26°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán poseer tres niveles de atención con los siguientes grados:

- a) Un jefe de Servicio que reúna las siguientes características:
 1. Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
 2. Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
 3. Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas

b) Uno o más Supervisores.

c) Médicos intensivistas de guardia, Grado 3 y 2.

Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título habilitante de Pediatría Intensivista expedida por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 27°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales deberán contar con tres niveles médicos de atención con los siguientes grados:

a) Un Jefe de Servicio que reúna las siguientes características:

1. Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
2. Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
3. Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas.

b) Uno o más Supervisores

c) Médicos neonatólogos de guardia, Grado 3 y 2.

Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título habilitante de Neonatólogo expedido por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 28°.- Los Jefes de Servicios de las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto pediátricos como neonatales, tendrán las siguientes competencias:

- a) Establecer la política asistencial de la Unidad aplicando los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos establecidos.
- b) Intervenir en las diferencias de conductas u opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados que provengan de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- c) Supervisar y controlar la relación de los médicos y personal de enfermería de la Unidad con respecto a los médicos tratantes de los pacientes que sean referidos por aquellos.
- d) Supervisar y controlar la relación del personal médico con el resto del equipo asistencial, así como con los diferentes servicios de apoyo.
- e) Evaluar la atención brindada en la Unidad de la que será responsable.
- f) Concurrir regularmente a la Unidad, visitando periódicamente los diferentes turnos, de manera de interiorizarse de la problemática propia de cada uno de ellos.-

Artículo 29°.- El o los Supervisores tendrán las siguientes competencias:

- a) Colaborar con el Jefe de Servicio en la política asistencial de la Unidad.
- b) Intervenir en la ausencia del Jefe de Servicio en las diferencias de conducta y opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados, y cuando se trate de pacientes que provengan de Instituciones de Asistencia Médica conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- c) Supervisar y controlar la relación existente entre los médicos intensivistas o intensivistas neonatólogos de guardia de la Unidad - según se trate de una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico o Neonatal - con respecto a los médicos tratantes externos de los pacientes allí internados.
- d) Concurrir regularmente a la Unidad visitando periódicamente aquellos turnos que no le sean habituales.
- e) Realizar la auditoría médica según lo establece la presente reglamentación sin perjuicio de la auditoría que disponga la Institución.
- f) Planificar programas de educación y capacitación del personal médico a su cargo, dependiendo de los avances realizados en el área perinatal.
- g) Será necesario un mínimo de 2 Supervisores cada 10 camas en Cuidados Intensivos o Intermedios .-

Artículo 30°.- Los Médicos Intensivistas o Intensivistas Neonatólogos de guardia - según se trate de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos o Neonatales _ tendrán la siguiente competencia:

- a) Llevar a cabo las acciones diagnósticas y terapéuticas en coordinación con el Supervisor y/o Jefe de Servicio.
- b) Actuar en los casos de emergencia efectuando las indicaciones y acciones que correspondan.
- c) Controlar la evolución clínica y asesorar en su área al médico tratante externo.
- d) La cobertura asistencial por intensivista pediátrico o intensivista neonatólogo de guardia (según el caso) será permanente, las 24 horas del día, estableciéndose en ambos casos, un mínimo de un médico cada 4 camas de Cuidados Intensivos o 6 de Cuidados Intermedios.

Artículo 31°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán de disponer de personal de enfermería con entrenamiento en Cuidados Intensivos. La organización del equipo de enfermería deberá establecer por lo menos los siguientes niveles:

- a) Enfermera Universitaria Jefe. Este cargo estará ocupado por una Enfermera Universitaria con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.

Tendrá como competencia: - establecer y mantener las normas de atención en el área de enfermería; determinar reglas de niveles de trabajo; planificar programas de educación continua para el personal; orientación del personal de enfermería a su ingreso a la Unidad de Cuidados Especiales; asegurar en todo momento la continuidad en la calidad de la atención de la Unidad .

b) Enfermera Universitaria Asistencial. Estos cargos deberán estar ocupados por Enfermeras Universitarias con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 32°.- En la organización del equipo de enfermería en la Unidad de Cuidados Especiales deberá contarse con una dotación mínima de : una Enfermera Universitaria cada 4 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y una cada 6 en las Unidades de Cuidados Intermedios; un Auxiliar de Enfermería cada 2 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y uno cada 3 camas en las Unidades de Cuidados Intermedios.-

Artículo 33°.- En las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurarse el cumplimiento de las siguientes funciones: fisioterapeuta; archivista; dietista; mensajería y servicios generales; economato y administración; auxiliares de servicio (como mínimo uno cada seis camas).-

CAPITULO V

DEL CONTROL DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Artículo 34°. Se evaluará la calidad de la asistencia de las Unidades de Cuidados Especiales tanto sea en lo estructural, en el proceso asistencial, y en sus resultados.

Artículo 35°. El Ministerio de Salud Pública a través de sus oficinas de control comprobará los requisitos en cuanto a idoneidad y número del recurso humano en las Unidades de Cuidados Especiales, así como respecto a la integridad de recursos materiales establecidos en el presente reglamento.

Artículo 36°. El proceso asistencial, realizado según estándares diagnósticos y terapéuticos preestablecidos, será controlado a través de un proceso de auditoría inicialmente interno en cada Unidad de Cuidados Especiales.

A tales efectos se establecerá una Comisión de Recomendaciones integrada por un delegado de la Dirección General de la Salud, de la Dirección General de Administración de los Servicios de Salud del Estado, la Cátedra de Medicina Intensiva Pediátrica de la Facultad de Medicina, la Cátedra de Neonatología y la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva.

A partir de la publicación de la presente reglamentación, y a través de reunión periódica de la citada comisión, se redactarán normas de diagnóstico y tratamiento, las que servirán de base para las auditorías.

Los supervisores de cada Unidad de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales realizarán auditorías de Historias Clínicas de pacientes fallecidos, pacientes con internación mayor de 10 días y aquellos que por problemas diagnósticos y terapéuticos lo necesiten, elevando sus informes a sus jefes.

Artículo 37°. Será responsabilidad de los jefes de Servicio de las Unidades de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales evaluar la calidad de los resultados asistenciales en base a:

- uso de índices de severidad y pronósticos.
- Índices de morbimortalidad de la Unidad.
- Metodología utilizada en base a normas vigentes del Centro.
- Resultados de auditorías internas.

Artículo 38°. El Ministerio de Salud Pública realizará auditoría independiente, rutinaria e incidental, complementaria de la auditoría interna realizada en las Unidades de Cuidados Especiales.

Artículo 39°. La Comisión de Recomendaciones mencionada en el artículo 36°. Calificará sobre la base del control de la estructura instalada y las auditorías y evaluaciones descriptas a todas las Unidades de Cuidados Especiales que quedarán clasificadas de la siguiente manera:

Clase 1 - actuación sin objeciones.

Clase 2 - actuación con objeciones que deben subsanarse o corregirse en un plazo a determinar.

Clase 3 - actuación con objeciones que implica la suspensión de la habilitación hasta tanto se subsanen las causas de observaciones formulada, o los defectos encontrados.

La periodicidad de estos controles será decidida por el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO VI

DE LOS CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LAS UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES.

RELACION MEDICO - PACIENTE Y MEDICO - FAMILIARES.

Artículo 40°. Debe utilizarse el criterio de asistencia progresiva, que permita utilizar el máximo de los recursos existentes en los niveles correspondientes de asistencia, de modo que a la Unidad ingresen solo aquellos paciente que no pueden ser resueltos en otras áreas.

Artículo 41°. En el área neonatal, ingresan a CTI los recién nacidos:

- Con peso igual o menor a 1000 grs. Y/o edad gestacional menor a 28 semanas.

- Con síndrome de dificultad respiratoria que requiera asistencia ventilatoria (o cualquier patología que la requiera).
- Apneas que requieran asistencia ventilatoria.
- Exanguíneotransfusiones
- Estado de mal convulsivo
- Malformaciones congénitas que comprometan la vitalidad y/o requieran intervención quirúrgica inmediata
- Cardiopatía congénita grave con compromiso de vitalidad
- Hemorragias que comprometan la vitalidad
- Enterocolitis necrotizante en estadio II y III
- Todo cuadro de shock
- Deprimidos severos (Apgar < 3) al 1° y 5° min.

Todo paciente que de acuerdo a las normas actualizadas por la Comisión lo amerite.

En el área pediátrica el ingreso está reservado a pacientes con razonables posibilidades de recuperación. A modo de ejemplo, sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar:

- pacientes neoplásicos sin posibilidad oncológica razonable de sobrevida determinada en procedentes de CTI en etapa de recuperación
- Recién nacidos que requieran hidratación parenteral o corrección metabólica.
- Pacientes con imposibilidad de Alimentación por vía oral
- Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria que requieran oxigenoterapia
- Apneas que no requieran asistencia ventilatoria
- Convulsiones
- Infección comprobada mediana o grave
- Hemorragias que requieran repocisión
- Malformaciones congénitas que requieran intervención quirúrgica para compensación preoperatoria sin compromiso vital
- Deprimidos severos con Apgar < 3 al 1° min. Y menor a 6 al 5° min.

Respecto a las áreas de Cuidados Intermedios pediátricos, y sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar en ellas:

- (a) Pacientes sin diagnósticos cuyo único objetivo sea el nivel de estudio.
- (b) Pacientes con desequilibrios humorales cuya compensación pueda realizarse en niveles de menor complejidad.
- (c) Pacientes de post-operatorios cuya vigilancia pueda realizarse en niveles habituales de menor complejidad.

Artículo 43°. Egresarán de las Unidades de Cuidados Especiales aquellos pacientes que dejen de revestir las condiciones de admisión.

Artículo 44°. Los profesionales actuantes podrán excepcionalmente apartarse de los procedimientos establecidos en este capítulo fundamentando su actitud por escrito y en cada caso, ante el superior que corresponda.

Artículo 45°. Los Comités de Ética Médica de las Instituciones en el marco de sus cometidos generales, deberán atender las situaciones planteadas en el ámbito de la asistencia de los pacientes críticos.

Artículo 46°. Disposición transitoria. Es función de la Comisión de Recomendaciones analizar la situación de las Unidades que no se adecuen a la reglamentación. Las mismas contarán con un plazo de seis meses para presentarse ante la comisión de Recomendaciones para plantear su situación. Para estos casos, como excepción, y por única vez, y en interés de la Salud Pública Nacional, se podrán habilitar Unidades de Cuidados Intensivos con el 50% de su personal Técnico según artículos 26 y 27. Se establece que quienes no reúnan las condiciones establecidas por la Reglamentación, contarán con un plazo de 18 meses para cumplir la totalidad de los requerimientos.

Artículo 47°. El Ministerio de Salud Pública deberá integrar la Comisión de Recomendaciones referida en el artículo 36°, contando para ello con un plazo de 60 días a partir del relacionado en el artículo siguiente.

Artículo 48°. La presente reglamentación entrará en vigencia a nivel nacional, a partir de su aprobación por el Poder Ejecutivo, y una vez transcurridos 10 días de su publicación en el Diario Oficial.

ANEXO N° 4

¿Qué bebés necesitan cuidados especiales?

La mayoría de los bebés que ingresan en la UCIN son prematuros (es decir, nacen antes de las 37 semanas de embarazo), tienen bajo peso (menos de 2250 gramos o 5,5 libras) o padecen un trastorno médico que requiere cuidados especiales. En Estados Unidos, casi el 12 por ciento de los bebés nacen prematuramente y muchos de ellos también tienen bajo peso. Los bebés que nacen de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, o más) con frecuencia ingresan en la UCIN, puesto que tienden a nacer antes y ser más pequeños que los bebés de partos de un único feto. Los bebés con trastornos médicos como por ejemplo, problemas cardíacos, infecciones o defectos congénitos, también reciben cuidados en la UCIN.

Los siguientes son algunos factores que pueden poner a un bebé en situación de alto riesgo y aumentar las probabilidades de su ingreso en una UCIN. Sin embargo, cada bebé debe ser evaluado individualmente para determinar la necesidad de admisión. Los factores de alto riesgo incluyen:

- los factores maternos:
 - edad menor de 16 o mayor de 40 años
 - consumo de drogas o alcohol
 - diabetes
 - hipertensión (presión sanguínea alta)
 - hemorragias
 - enfermedades de transmisión sexual
 - gestación múltiple (mellizos, trillizos o más)
 - escasez o exceso de líquido amniótico
 - ruptura prematura de las membranas (también llamadas saco amniótico o bolsa de aguas)
- los factores del parto:
 - sufrimiento fetal/asfixia en el nacimiento (cambios en los sistemas orgánicos debidos a la falta de oxígeno)
 - parto en presentación pelviana (de nalgas) u otra presentación anómala
 - meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico)
 - circular de cordón (cordón alrededor del cuello del bebé)
 - parto con fórceps o por cesárea
- los factores del bebé:
 - nacimiento con menos de 37 o más de 42 semanas de gestación

- peso al nacer menor que 2500 gramos (5 libras y 8 onzas) o mayor que 4000 gramos (8 libras y 13 onzas)
- bebé pequeño para la edad gestacional
- administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos
- defectos congénitos
- dificultad respiratoria, incluidas la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración)
- infecciones como por ejemplo, herpes, estreptococos grupo B, clamidia
- convulsiones
- hipoglucemia (bajo nivel del glucosa en sangre)
- necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia por vía endovenosa (IV) o medicamentos
- necesidad de tratamiento o procedimientos especiales, como por ejemplo, transfusiones de sangre

ANEXO N° 5

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

La misma se distribuye en sectores.

Primer Sector:

Al entrar encontramos un armario con sobre túnicas (las mismas se la colocan los padres antes de entrar al sector de cuidados intermedios e intensivos), un perchero, una pileta con jabón liquido antiséptico quirúrgico, secador de manos, en la pared hay un cartel que describe la técnica de lavado de manos, una heladera donde se guardan la alimentación para los Recién Nacidos y una repisa con distintos materiales para información. En el mismo sector y separado por una puerta esta la Enfermería de Limpieza donde hay una silla y mesa, y una mesada con grifo.

Segundo sector:

Encontramos 2 incubadoras limpias, de las cuales 1 es para traslado con todo el material necesario: balón de oxígeno, un pequeño monitor, ambú, maletín con medicación para un paro, jeringas de 1 y 20 cm, guantes, sondas de aspiración y set endotraqueal de distintos tamaños, laringoscopio con pilas y 2 palas y clic para el cordón.

Pileta con grifo sin jabón, 2 armarios, 4 sillas, microondas, archivero, teléfono, reloj de pared y cartelera informativa.

Este sector consta con 3 tubos de luz.

Tercer sector (Unidad de cuidados Intermedios)

El número de incubadoras puede variar de acuerdo a los ingresos y a la cantidad de recién nacidos derivados del sector de cuidados intensivos, pero la misma no supera las 4.

En este momento hay una incubadora y una cuna ocupada.

Encontramos una mesa con balanza, termocuna donde se realizan distintos procedimientos, con material a utilizar (sondas, mariposas, guantes y gasas estériles), con fuente de oxígeno central, fuente de aspiración y máscara con ambú.

Papeleras con bolsa amarilla, una mesada con pileta con grifo, equipos a reparar y una caja con ropa y pañales, 3 estantes con hood para la administración de oxígeno.

Armario con : medicación en ampolla- ATB, dipirona, vitamina K, atropina, corodex, ranitidina.

Soluciones para nebulización, ferro C en gotas , penicilina en polvo y tegretol en jarabe.

Estetoscopios, fórmula, guantes y ropa de recién nacido.

En la pared hay una pizarra con fecha y nombre del recién nacido, madre y el médico tratante.

Cada incubadora cuenta con 4 tomas corrientes y el sector cuenta con 2 tubos de luz.

Cuarto sector (Unidad de cuidados intensivos neonatales)

Tiene una capacidad para 5 recién nacidos, si se requieren más ingresos se aceptan a no ser que no hallan más respiradores disponibles.

Cada unidad cuenta con: incubadora, fuente de oxígeno central, fuente de aspiración, monitores de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca, bomba de infusión y fuente de fototerapia si se requiere.

Encontramos armario con material de consumo estériles (guantes, gasas), mascarillas faciales de distintos tamaños, y una repisa con sondas de aspiración, frascos para extracción de sangre, jeringas de 20, 10, 5 y 1cc, tubos endotraqueales, micro y macrogoteros, pezoneras y mamaderas.

Hay una mesada con pileta y grifo con jabón líquido antiséptico, jarra con agua bidestilada en suero, sanitas, bandeja con alcohol, torundas de algodón, cajas con jeringas.

Recipiente cilíndrico con sábanas estériles, descartex, recipiente de residuos contaminados y no contaminados.

Habitualmente los servicios de Cuidados Críticos Neonatales deben de estar situados lo más próximo a donde están los riesgos más importantes en los Neonatos y este sitio es la sala de partos y/o proximidades; pero esto no ocurre así siempre, por lo tanto dentro de las proximidades de paritorio debe de haber ubicado un sitio donde se pueda hacer una atención inmediata a un neonato en estado crítico, habitualmente estas circunstancias se suelen atender dentro de las salas de partos, siendo este sitio no el más idóneo y atendido no por personal altamente entrenado en estas circunstancias. En muchas circunstancias más del 80% de los resultados va a depender del grado de preparación de los profesionales que circundan el estado crítico del neonato y de los medios que se dispongan en el lugar donde se realiza la atención al estado crítico.

Un estado crítico fuera de un entorno donde no se pueda atender a las necesidades de soporte para preservar las funciones vitales es altamente peligroso para el paciente, en estas circunstancias el paciente debe de ser trasladado con extrema urgencia a un lugar donde se pueda garantizar el soporte de las necesidades vitales.

El lugar donde esta circunstancia se da es: Cuidados Intensivos Neonatales. Este servicio tiene una serie de características principalmente:

- Existe un personal altamente entrenado en soporte vital avanzado
- Se disponen de dispositivos de monitorización adecuados a las circunstancias
- Se disponen de Ventiladores Mecánicos

Las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) deben tener las siguientes características:

- Personal altamente calificado
- Personal bien retribuido respecto a su nivel de responsabilidad real
- Zona de acceso restringido
- Cada Box debe tener al menos 10 metros cuadrados
- Estar bien ventilada, con luz natural
- Exenta de ruidos tediosos para los pacientes
- Zonas de Almacenamiento
- Zonas de Instrucción para el personal de nueva incorporación
- El ambiente debe ser calido y acogedor: Pinturas adecuadas de color pastel, temperatura rondando los 26 grados centígrados, nivel de humedad por encima del 35%, música ambiental, etc.
- Cada Box debe de contener un lavadero para lavarse las manos antes y después de tocar al paciente
- Cada Box debe de contener al menos:
 - Material para monitorización (ECG, respiración, presión arterial, temperatura, etc.)
 - Ventilador Mecánico Neonatal
 - Cuna térmica ó Incubadora (a ser posible las dos)
 - Bolsa de resucitación adecuada
 - Alargaderas de oxígeno
 - Tomas de gases: 2 tomas de oxígeno, 2 tomas de vacío y 1 toma de aire
 - Monorreductor de oxígeno
 - Sistema de vacío
 - Material específico según circunstancia clínica
- Los box deben de estar bien delimitados en el espacio y bien señalizados
- Dotación de aislamientos cerrados para infecciosos e inmunodeprimidos
- Salas de hemodinámica
- Se debe indicar cual es la correcta circulación del personal en la unidad: Puertas de Entrada y Salida
- A ser posible la enfermera debe de controlar no más de un paciente en estado crítico
- En ningún caso debe de controlar más de dos pacientes críticos, de no ser así su trabajo podría comprometer mucho la calidad que deben de recibir estos pacientes
- En casos donde el control sea extremadamente comprometido la ratio puede llegar incluso hasta 2-3 enfermeras por paciente
- Ubicación de asientos para la visita de los padres

ANEXO N° 6

Estado Crítico es toda aquella situación clínica en la que el paciente tiene ó puede tener severamente alteradas una o más constantes vitales, por un periodo de tiempo determinado o indeterminado; en neonatología las constantes vitales que se ven alteradas con más importancia son:

- Frecuencia Cardíaca (menor de 80 ó mayor de 200 latidos por minuto)
- Frecuencia Respiratoria (menor de 20 ó mayor de 70 respiraciones por minuto)
- Temperatura (menor de 34 grados ó mayor de 40 grados centígrados)
- Presión Arterial:
 - Sistólica: (menor de 50 ó mayor de 80 mmHg)
 - Diastólica: (menor de 30 ó mayor de 50 mmHg)

A continuación vamos de describir cada una de las eventualidades clínicas que pueden producir un estado crítico en un neonato, estas son:

- Trastornos del ritmo cardíaco
- Malformaciones cardíacas graves
- Malformaciones que comprometan la función pulmonar
- Trastornos severos del Sistema Nervioso Central (SNC)
- Problemas de distocias severas durante al parto, en la que se ven afectados varios órganos vitales
- Bronco-aspiraciones de contenido gástrico ó de alimento

Constantes vitales

Frecuencia cardíaca: Habitualmente esta se puede obtener DE FORMA AISLADA: por medio de un estetoscopio adecuado (campana neonatal) se sitúa en la parte media del esternón ligeramente hacia el lado izquierdo, justamente donde situaríamos V3 en las derivaciones del electrocardiograma, contabilizando los latidos que se producen en un minuto (reloj con segundero), o bien por medio de un monitor de E.C.G. DE FORMA CONTINUA: habitualmente estos monitores nos dan una cifra (frecuencia cardíaca) y una curva de E.C.G., esta curva debe de contener las ondas: P- Complejo QRS y T. Habitualmente los electrodos se colocan: El amarillo y el rojo en los costados y el negro por debajo de la punta del esternón. Hay que procurar que se mermen lo más posible los artefactos, para ello es casi fundamental que se utilicen electrodos adecuados y monitores adecuados para ello.

Frecuencia respiratoria: Se puede obtener por medio de observaciones (DE FORMA AISLADA) de los movimientos respiratorios y medimos las contracciones torácicas que se producen en un minuto (reloj con segundero), así también podemos observar las pausas de apnea que se realiza y evaluar el tipo de respiración. Habitualmente los monitores llevan también incorporado un modulo de medida de la respiraciones (DE FORMA CONTINUA), no orientará de la la frecuencia y del tipo de respiración que hace.

Temperatura: De forma aislada la podemos tomar por medio del clásico termómetro neonatal (DE FORMA AISLADA), esta toma se suele realizar de forma rectal, aunque se aconseja que sea en pliegues de la piel, pero ello reporta gran dificultad en muchas ocasiones en los servicios de neonatología o bien (DE FORMA CONTINUA) por medio de sensores que tienen incorporadas las camas neonatales (incubadoras y cunas térmicas)

Presión arterial: Se toma DE FORMA AISLADA con maguitos neonatales, estos deben de ser adecuados al tamaño del miembro del neonato y DE FORMA CONTINUA por medio de catéteres intraarteriales que unidos a un traductor de presión nos reflejan en dígitos y curva la presión arterial

Para más información ir a técnica de **Monitorización No Cruenta Y Monitorización Cruenta**
Monitorización

La monitorización es uno de los aspectos más importante para llevar el control del neonato, ya que con el control exhaustivo de esta podemos evidenciar los cambios que se producen respecto a la evolución como de los efectos que está produciendo el tratamiento. En Cuidados Críticos es imprescindible tener al menos monitorizadas la Frecuencia Cardiaca, la Frecuencia Respiratoria y la Presión Arterial, ya que el mismo concepto de estado crítico así lo exige.

Monitorización Cardio-respiratoria:

Está debe de producirse al ingreso en la Unidad de Críticos. Se hace con el siguiente material:

- (h) Monitor con al menos 1 derivación que nos dé una curva electrocardiográfica en la cual detectemos morfología básica de las ondas electrocardiográfica, Onda P, Complejo QRS y Onda T. Este se prolonga hasta el neonato por medio de unos cables que llegan a unos terminales que son los que adhieren al neonato, a estos terminales le denominamos electrodos.
- (i) Los electrodos son elementos importantes de la monitorización, estos deben de ser adecuados al tamaño del bebe, se suelen colocar en las regiones anatómicas que detecten lo que nosotros deseamos, habitualmente la zonas donde los colocamos son: uno por debajo del apéndice xifoides, otro el la línea asilar media en el 5° espacio intercostal derecho y el ultimo línea asilar media en el 5° espacio intercostal izquierdo. De tal forma que represente un triangulo y en el centro se encuentre el corazón. De esta forma vamos a obtener un vector resultante generalmente idóneo y vamos a tener libre la zona torácica por si tenemos que actuar sobre ella. Antes de adherir los electrodos es aconsejable eliminar con alcohol los restos de grasa de la

piel para que haga contacto eléctrico con la piel y no produzca artefactos esta circunstancia. colocación de los electrodos en esta posición descrita también nos va detectar adecuadamente una curva adecuada de respiración.

- (j) Los cables habitualmente tienen tres colores (rojo-amarillo y negro), el cable rojo se adhiere al electrodo situado en la línea asilar media en el 5° espacio intercostal derecho, el cable amarillo en la línea asilar media en el 5° espacio intercostal izquierdo y el negro por debajo del apéndice xifoides.
- (k) Que vamos a tener en cuenta en este tipo de monitorización y por tanto vamos a vigilar:
 - (a) ECG:
 - (a) Ritmo: Rítmico - Arrítmico
 - (b) Frecuencia: Taquicardia - Bradicardia
 - (c) Cambio en la morfología de la curva:
 - (a) Onda P: Bloqueos - Identificar trastornos de la conducción
 - (b) Onda QRS: Ectopias ventriculares (QRS anchos o estrechos)
 - (b) Es imprescindible que todo el personal sepa exactamente donde se colocan los electrodos y porque se hace así. Un cambio de un electrodo no controlado por la persona encargada de la vigilancia puede enmascarar una patología inexistente, y de hacer cambios incontrolados puede que no se le haga caso a la evidencia del control de la monitorización de ECG
 - (c) La morfología de la curva de respiración es tan importante como la de la ECG, siempre y cuando cumpla con su función, no orienta en la profundidad de la respiración y como no en la ritmicidad de esta
 - (d) El control de la monitorización es responsabilidad de la Enfermera, por tanto debe de conocer los cambios que se producen en todo momento, y comunicarlos de inmediato a Médico responsable para conozca el cambio que se ha producido
 - (e) La monitorización no tiene por objeto solo el control de si hay o no bradicardias o taquicardias, tiene muchas utilidades si se controla adecuadamente
 - (f) La enfermera debe de conocer todas las eventualidades clínicas que se pueden producir durante la monitorización tanto cardiaca como respiratoria y debe de identificar:
 - (a) Taquicardias
 - (b) Bradicardias
 - (c) Arritmias con repercusión hemodinámica
 - (d) Arritmias sin repercusión hemodinámica
 - (e) Apneas
 - (f) Bradicneas
 - (g) Taquipneas

(g)Es muy raro que estas eventualidades se produzcan de golpe, casi siempre vienen precedidas de otra eventualidades clínicas

Monitorización presión arterial:

La monitorización de la presión arterial puede ser:

- No cruenta: Esta se realiza por medio de manguitos neumáticos que abrazan uno de los miembros: tercio inferior de las piernas y tercio superior de los brazos. Esta medición se realiza por medio de aparatos electrónicos, y habitualmente esta puede ser programada por los aparatos hasta cada 5 minutos hasta cada 3 horas. Los manguitos van numerados por tamaño, van desde el 00 al 5 para neonatología. Se colocan donde la flecha coincide con una arteria principal, principalmente, arteria humeral y arteria tibial. Se monitoriza Presión Arterial Sistólica, Presión Arterial Diastólica y Presión Arterial Media.
- Cruenta: Consiste en introducir un catéter arterial en una luz de una arteria, generalmente unas de las arterias umbilicales y de no poder coger arteria umbilical, se puede canalizar arteria femoral, arteria radial ó arteria pedia. Estas son conectadas a un sistema de alta presión que va conectada a un sensor de monitorización y este a su vez a un sistema de transcripción de presiones. Dando como resultado una curva en la que el limite superior es la presión sistólica y el limite inferior es la presión diastólica. Esta monitorización siempre es continua y se suele utilizar para casos donde el estado hemodinámico está muy deteriorado o pudiese estarlo.

Habitualmente en los estados críticos la presión arterial suele ser monitorizada continuamente por medio de medición de presiones cruentas y de no poder existir esta posibilidad al menos se debe de registrar por medio de la no cruenta al menos cada hora

Monitorización del saturación de O₂ y pulso:

Esta se suele hacer con un terminal con una luz que transcribe una onda de pulso y nos da cifras de oximetría en el capilar. Esta célula de luz debe ser colocada en superficies que traspase bien la luz (habitualmente en partes más distales del organismo) dedos de los pies, dedos de las manos, cara anterior del pie en la raíz del primer dedo del pie o de la mano y en casos de poco volumen incluso en el lóbulo de la oreja. Esta se monitoriza constantemente y hoy día se puede considerar como una monitorización básica en neonatología.

Monitorización de la Presión Venosas Central:

Esta mide la presión de llenado de la Aurícula Derecha, así que el catéter que mide esta presión debe de estar situado en las proximidades de la aurícula derecha, al menos en territorio que incluya la cavidad torácica. Se puede hacer mediante una técnica manual por medio de una regla centimetrada colocándose el 0 a nivel de la línea media asilar, se coloca un sistema de goteo sobre la regla milimetrada y se llena la columna de agua con suero hasta llegar a 15 cc de agua, debemos de observar que la columna de agua al conectarla con el paciente exclusivamente (no infundir ningún liquido mientras se realiza la

medición ya que esta podría ser alterada al alza) observando que la columna de agua fluctúa con los movimientos del tórax, se deja que baje la columna de agua hasta que se establezca en un nivel, cuando esto ocurre es PVC (Presión Venosa Central). Cuando disponemos de sensores de presión estos pueden ser utilizados de igual modo que los de la PA, algunos de estos aparatos las cifras nos las dan en mmHg el factor de conversión a cm^3 de agua es de 1.6.

El Entorno

Habitualmente los servicios de Cuidados Críticos Neonatales deben de estar situados lo más próximo a donde están los riesgos más importantes en los Neonatos y este sitio es la sala de partos y/o proximidades; pero esto no ocurre así siempre, por lo tanto dentro de las proximidades de paritorio debe de haber ubicado un sitio donde se pueda hacer una atención inmediata a un neonato en estado crítico, habitualmente estas circunstancias se suelen atender dentro de las salas de partos, siendo este sitio no el más idóneo y atendido no por personal altamente entrenado en estas circunstancias. En muchas circunstancias más del 80% de los resultados va a depender del grado de preparación de los profesionales que circundan el estado crítico del neonato y de los medios que se dispongan en el lugar donde se realiza la atención al estado crítico.

Un estado crítico fuera de un entorno donde no se pueda atender a las necesidades de soporte para preservar las funciones vitales es altamente peligroso para el paciente, en estas circunstancias el paciente debe de ser trasladado con extrema urgencia a un lugar donde se pueda garantizar el soporte de las necesidades vitales.

El lugar donde esta circunstancia se da es: Cuidados Intensivos Neonatales. Este servicio tiene una serie de características principalmente:

- Existe un personal altamente entrenado en soporte vital avanzado
- Se disponen de dispositivos de monitorización adecuados a las circunstancias
- Se disponen de Ventiladores Mecánicos

Las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) deben tener las siguientes características:

- Personal altamente cualificado
- Personal bien retribuido respecto a su nivel de responsabilidad real
- Zona de acceso restringido
- Cada Box debe tener al menos 10 metros cuadrados
- Estar bien ventilada, con luz natural
- Exenta de ruidos tediosos para los pacientes
- Zonas de Almacenamiento
- Zonas de Instrucción para el personal de nueva incorporación
- El ambiente debe ser cálido y acogedor: Pinturas adecuadas de color pastel, temperatura rondando los 26 grados centígrados, nivel de humedad por encima del 35%, música ambiental, etc.

- Cada Box debe de contener un lavadero para lavarse las manos antes y después de tocar al paciente
- Cada Box debe de contener al menos:
 - Material para monitorización (ECG, respiración, presión arterial, temperatura, etc.)
 - Ventilador Mecánico Neonatal
 - Cuna térmica ó Incubadora (a ser posible las dos)
 - Bolsa de resucitación adecuada
 - Alargaderas de oxígeno
 - Tomas de gases: 2 tomas de oxígeno, 2 tomas de vacío y 1 toma de aire
 - Monorreductor de oxígeno
 - Sistema de vacío
 - Material específico según circunstancia clínica
- Los box deben de estar bien delimitados en el espacio y bien señalizados
- Dotación de aislamientos cerrados para infecciosos e inmunodeprimidos
- Salas de hemodinámica
- Se debe indicar cual es la correcta circulación del personal en la unidad: Puertas de Entrada y Salida
- A ser posible la enfermera debe de controlar no más de un paciente en estado crítico
- En ningún caso debe de controlar más de dos pacientes críticos, de no ser así su trabajo podría comprometer mucho la calidad que deben de recibir estos pacientes
- En casos donde el control sea extremadamente comprometido la ratio puede llegar incluso hasta 2-3 enfermeras por paciente
- Ubicación de asientos para la visita de los padres

Papel del profesional de críticos neonatales

El personal de enfermería que deben de estar en estos servicios deben ser los mas preparados para atender neonatos, es imprescindible que al menos tenga una experiencia de dos años con el manejo de niños ingresados en sala de Neonatología. Lo pericia más importante que debe de tener un enfermero en Cuidados Críticos Neonatales es: IDENTIFICAR PROBLEMAS Y RESOLVERLOS CLARAMENTE, por tanto, debe:

- **Conocimientos:**
 - Anatomía y fisiología fetal y neonatal
 - Fisiopatología neonatal:
 - Nervioso
 - Cardio-circulatorio
 - Equilibrio ácido-base
 - Metabólico
 - Pulmonar
 - Digestivo

- Excretor
 - Tegumentos
 - Nivel de expertos en RCP básica y avanzada
 - Ventilación Asistida en su utilización
 - Tratamiento avanzado del sistema respiratorio
 - Tratamiento avanzado del sistema neurológico
 - Tratamiento avanzado del sistema digestivo
 - Tratamiento avanzado del sistema cardio-circulatorio
 - Tratamiento avanzado del sistema excretor
 - Conocimientos avanzados de monitorización
 - Conocimientos en electrocardiografía básica
 - Fisioterapia respiratoria
 - Control aparatos utilizados
 - Valoración avanzada de Enfermería del pacientes neonatal en estado crítico
 - Seguimiento del paciente neonatal en estado crítico
 - Manejo de medicación neonatal avanzado
 - Conocimientos avanzados de proceso enfermero en neonatología
 - Estadística básica/Média
 - Epidemiología básica en el entorno neonatal
 - Resultados analíticos frecuentes
- **Habilidades:**
 - Canalización de catéter corto a nivel de experto
 - Canalización de catéter largo a nivel de experto
 - Sondajes gástricos
 - Sondajes vesicales
 - Modalidades de monitorización
 - Control y manejo de mecanismos de infusión
 - Control y manejo de Monitorización
 - Control y manejo de mecanismos para mejorar la ventilación
 - Control y manejo del paciente neonatal grave
 - Control y manejo de camas neonatales
 - Entender rápidamente una situación crítica
 - Control y manejo del proceso enfermero en neonatología
 - Control y manejo de la vía aérea
 - Control y manejo de punciones capilares
 - Control y manejo de punciones arteriales
 - Control y manejo del ingreso
 - Control y manejo del alta
 - Control y manejo de la medicación prescrita
 - Control y manejo de la documentación del neonato

- Manejo y extracción de muestras biológicas
- **Actitudes:**
 - Altas prestaciones humanistas
 - Desarrollo de aprendizaje continuo
 - Alto grado de resolución de problemas
 - Metódico en el trabajo
 - Alto grado de capacitación para el trabajo en equipo
 - Alto grado de compromiso con el equipo

Cuidados específicos en neonatos en estado crítico

El neonato en cuidados críticos tiene los siguientes cuidados específicos:

- **Sistema Cardíaco:**
 - Monitorización ECG: Vigilancia de arritmias
 - Monitorización Presión Arterial Cruenta: Vigilancia de estados comprometidos
 - Monitorización Presión Venosa Central: Vigilancia de estados comprometidos
 - Monitorización del pulso y sus cualidades
- **Sistema Respiratorio:**
 - Vigilancia y control de Dificultad respiratoria: Test de Silverman
 - Vigilancia de la monitorización respiratoria:
 - Frecuencia de la respiración
 - Simetría de la respiración
 - Vigilancia de los parámetros del ventilador:
 - Volumen minuto
 - Volumen tidal
 - Presiones de aire
 - Resistencias
 - Compliance
 - Presiones medias en la vía aérea
 - Vigilancia del equilibrio acido-base:
 - O₂
 - pCO₂
 - pH
 - SaO₂
 - Control de la rehabilitación pulmonar:
 - Sistemas de conducción de gases:
 - Tubuladuras
 - Sistemas de humidificación de aire
 - Filtros antibacterianos
 - Administración de gases medicinales: óxido nítrico

- Sistema Termorregulador y tegumentario:
 - Color de la piel
 - Relleno capilar
 - Control de la integridad de la piel en zonas de riesgo:
 - Ostoromías: Cuidado y control
 - Occipucio
 - Lóbulos de la orejas
 - Zona sacra
 - Codos y rodillas
 - Zonas trocantéreas
 - Zona ano-genital
 - Control de la temperatura de piel y de la temperatura central cuando sea necesario
 - Control de la mucosas haciendo hincapié en zonas de riesgo:
 - Comisuras labiales
 - Cavidad oral
 - Fosas nasales
 - Zona genital externa en la mujeres y prepucio y glande en los varones
- Sistema Nervioso:
 - Control del perímetro cefálico
 - Control de las fontanelas
 - Control de la integridad de los reflejos
 - Control de las pupilas:
 - Tamaño
 - Reacción a la luz intensa
 - Estado de consciencia: Escala Glasgow modificada para lactantes
 - Control de los movimientos atípicos
 - Control del dolor: Escala de Susan Givens
- Sistema Excretor:
 - Control cuantitativo de la orina
 - Control cualitativo de la orina
 - Control de anomalías de excreción (glucosuria, cetonuria y proteinuria)
 - Control de los dispositivos de excreción de orina (sondas)
- Sistema Digestivo:
 - Control del aporte de alimentos: cantidad y concentraciones
 - Control de sondas
 - Control del reflejo de succión
 - Tamaño del abdomen
 - Medición de retenciones alimenticias: cantidad y calidad
- Metabólico:

- Control Nutrición Parenteral:
 - Cantidad
 - Características (aporte energético)
- Control del peso
- Control del equilibrio ácido-base e iones:
 - pH
 - Bicarbonato
 - Exceso de bases
 - Sodio en sangre
 - Potasio en sangre
 - Calcio en sangre

Control de la Bilirrubinemia

ANEXO N° 7

Síndrome de distrés respiratorio (SDR), también es denominado Enfermedad de la membrana hialina, Síndrome de dificultad respiratoria en bebés (IRDS) o Síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

Este trastorno es frecuente entre los recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecerlo. Los pulmones inmaduros no producen suficiente cantidad de surfactante, una sustancia similar a un detergente que reviste los pequeños sacos aéreos (alvéolos) de los pulmones y que permiten que éstos se abran y se cierren. Si estos diminutos sacos no se abren con facilidad, los pulmones no pueden llenarse de aire y hacer llegar el oxígeno necesario al torrente sanguíneo.

Se manifiesta con respiración rápida, retracciones de las costillas y del centro del tórax con cada respiración, gruñido o quejido con cada respiración y ensanchamiento de la nariz al respirar.

A muchos niños prematuros se les administra el agente surfactante después del nacimiento directamente en los pulmones, para suplementar el propio surfactante natural del niño y aliviar los síntomas del SDR. También se trata con oxígeno suplementario o mediante asistencia respiratoria con un ventilador o respirador.

De manera preventiva, si las contracciones prematuras y el parto precoz parecen evidentes, el médico puede administrar corticosteroides para acelerar la maduración de los pulmones del feto y con ello prevenir este tipo de problemas respiratorios.

El **conflicto Rh** se da por la incompatibilidad Rh (D), es una situación clínica producida durante el embarazo, debida a que la madre carece de la proteína Rh (D) y el feto la tiene. Dada la presencia del grupo Rh (antígeno D) en aproximadamente un 75% de la población y con un 25% de personas que carecen del mismo, la posibilidad de una madre Rh negativa con feto Rh positivo es muy alta.

Los problemas potenciales de esta asociación derivan de la fabricación por la madre de anticuerpos contra la proteína Rh (D). Este proceso se llama sensibilización Rh. En caso de sensibilización Rh en el embarazo por un feto Rh positivo origina la enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad Rh (D).

Durante el embarazo a la paciente Rh negativa se le realizaran exámenes de sangre periódicos para descartar la presencia de anticuerpos anti D (anti Rh), este examen se denomina test de Coombs indirecto, al nacimiento también se practicará un test de Coombs directo de la sangre extraída del cordón umbilical, si este es negativo(o sea que la madre no se ha inmunizado) se le administrará gammaglobulina anti D, para prevenir su inmunización y complicaciones en futuros embarazos. Si la paciente Rh negativo esta inmunizada esto puede traer complicaciones al feto, que dependerán del grado de inmunización. Es una patología muy complicada que necesitará de severos controles y que puede llevar desde la anemia fetal a la muerte del feto, o a que este requiera al nacer una ex sanguíneo transfusión (recambio total de su sangre). Hay que recordar que esta patología no afectará en mayor grado a la madre, la que solamente estará expuesta a eventuales complicaciones de las maniobras y técnicas que se realicen para el estudio y tratamiento fetal.

La **ictericia** es la coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (valores normales de 0,3 a 1 mg/dl) que se acumula en los tejidos, sobre todo aquellos con mayor número de fibras elásticas (paladar, conjuntiva). Se hace clínicamente evidente cuando la bilirrubina es mayor de 2 a 2,5 mg/dl. El aumento de la bilirrubina puede ser a expensas de la fracción no conjugada o "indirecta" de la bilirrubina (BI); ésta es liposoluble y no se filtra por el riñón, por lo que no aparece coluria. Cuando el aumento es a expensas de la bilirrubina conjugada o "directa" (BD), al ser ésta hidrosoluble, se filtra por el riñón, apareciendo coluria. Puede haber aumentos de ambas fracciones: se habla entonces de hiperbilirrubinemia mixta.

La ictericia neonatal es una decoloración amarillenta de la piel y la parte blanca de los ojos causada por la acumulación de un pigmento amarillo llamado bilirrubina en la sangre. Se produce en aproximadamente el 50 al 60 por ciento de los bebés recién nacidos y hace que su piel se torne amarilla, por lo general pocos días después de su nacimiento. En la mayoría de los casos, la ictericia desaparece sin tratamiento y no afecta a la salud del bebé ni causa ningún malestar. No obstante, en los casos más graves puede acarrear un riesgo de daño cerebral.

La ictericia causada por un hígado que todavía no ha terminado de madurar suele denominarse ictericia fisiológica. Éste es el tipo de ictericia más común en los bebés recién nacidos y suele ocurrir tanto entre los bebés amamantados como entre los alimentados con fórmula. Por lo general, la ictericia fisiológica desaparece dentro de las dos semanas, aunque puede durar más de dos a tres semanas en los bebés amamantados.

Ciertos problemas de salud en el bebé también contribuyen a la ictericia. En estos casos, la ictericia puede comenzar durante las primeras 24 horas de vida del bebé y volverse más grave. Un pequeño número de bebés tiene un tipo de sangre diferente del de su madre (como incompatibilidad de ABO o Rh), lo cual puede provocar una descomposición particularmente rápida de los glóbulos rojos e ictericia.

La **hipertensión pulmonar** ocurre cuando las pequeñas arterias del pulmón se estrechan, lo cual dificulta la circulación de la sangre. La presión arterial aumenta. El lado derecho del corazón tiene que trabajar más fuerte para bombear sangre y finalmente puede agrandarse. A la larga, se puede desarrollar una insuficiencia cardíaca progresiva.

La hipertensión pulmonar puede ser causada por una anomalía genética, ciertos medicamentos para dietas o afecciones médicas, tales como neumopatía o enfermedad de las válvulas cardíacas, o antecedentes de coágulos sanguíneos en el pulmón. En algunos casos, la causa se desconoce.

Si la enfermedad ocurre sin una causa conocida, se denomina hipertensión pulmonar primaria.

Si es causada por un medicamento o por una afección subyacente, se denomina hipertensión pulmonar secundaria.

En sentido amplio, el término cardiopatía puede englobar a cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular. Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por aterosclerosis (coronariopatía). Entre ellas se pueden mencionar: infarto agudo de miocardio, Miocardiopatías, **Arritmias cardíacas**, **Aterosclerosis**, Insuficiencia cardíaca, Hipertensión arterial, Cardiopatías congénitas, entre ellas Comunicación interventricular (CIV), Tetralogía de Fallot (TF), Ductus arterioso persistente, Comunicación interauricular (CIA), Estenosis aórtica, Coartación aórtica, Atresia tricúspide.

La **malformación congénita** es la alteración del desarrollo anatómico que se presenta durante la vida intrauterina.

La **encefalopatía hipóxico-isquémica** en recién nacidos de término, es la consecuencia neurológica de un cuadro encefalopático no progresivo del síndrome hipóxico-isquémico, que se produce por la mezcla de una disminución de la oxigenación sanguínea con elevación del anhídrido carbónico (asfixia) y un déficit de la perfusión tisular (isquemia). Es la mayor causa de mortalidad en el período neonatal y del déficit neurológico no progresivo de la infancia.

Respecto a los factores fisiopatológicos, se resalta la importancia de la re perfusión-re oxigenación en la hipoxia-isquemia, con aumento del estrés oxidativo, acúmulo de oxígeno y radicales hidroxilos que provocan una reducción del flujo local, alteraciones del ADN, sistemas enzimáticos y membranas celulares. Gran parte del daño cerebral en el síndrome hipóxico-isquémico se debe a la activación de la propia respuesta inflamatoria que se produce en el sistema nervioso central.

ANEXO N° 8

ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

PUNTOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral
9. Coordinación con la especializada, espacios comunes, objetivos compartidos.

10. Diálogo efectivo con las gerencias.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Materno Infantil

Este instrumento corresponde a una experiencia de recolección de datos para la realización de tesis. La misma será llevada a cabo para alcanzar el objetivo de conocer cuales son los factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el recién nacido critico en el servicio de cuidados intensivos neonatales del hospital de Clínicas del Dr. Manuel Quintela.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Marque con una cruz

-Edad

- 20-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- Mayor a 50 años

-Profesión

- Auxiliar de enfermería
- Licenciada de enfermería

Factores intrínsecos que contribuyen al estrés laboral: se presentaran a continuación una serie de ítem, los cuales deberá clasificar según el grado de influencia, que estos tienen sobre usted.

- 1- Baja influencia
- 2- Mediana influencia
- 3- Alta influencia

Marque con un circulo

EN QUE GRADO LE AFECTA LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS?

(l) Diagnósticos del recién nacido

- SDR(síndrome de distrés respiratorio) 1 2 3
- Cardiopatía 1 2 3
- Conflicto Rh 1 2 3
- Ictericia 1 2 3
- Hipertensión pulmonar 1 2 3
- Terminos hipóxicos 1 2 3
- Malformaciones 1 2 3
- Otros: _____ 1 2 3

(m) Edad gestacional al nacimiento

- Pre termino severo (menor de 31 semanas) 1 2 3
- Pre termino moderado (31- 34 semanas) 1 2 3
- Pre termino leve (35-37 semanas) 1 2 3
- Termino (38 – 40 semanas) 1 2 3
- Post termino (mayor o igual a 41 semanas) 1 2 3

(n) Días de internación

- 0-15 días 1 2 3
- Mayor a 15 días 1 2 3

(o) Evolución desfavorable

1 2 3

(p) Demanda de cuidados en cada turno

- 30 minutos 1 2 3
- Entre 30 -60 minutos 1 2 3
- mas de 60 minutos 1 2 3

(q) Procedimientos invasivos

- Punciones 1 2 3
- Colocación de vía venosa percutánea 1 2 3
- Colocación de catéteres vesicales 1 2 3
- Aspiración 1 2 3
- Colaboración con procedimientos médicos invasivos 1 2 3

(r) Participación y/o presencia de los familiares

- Si 1 2 3
- No 1 2 3

Factores extrínsecos que contribuyen al estrés laboral: se presentaran a continuación una serie de items, los cuales deberá clasificar según el grado de influencia, que estos tienen sobre usted.

- 1- Baja influencia
- 2- Mediana influencia
- 3- Alta influencia

Marque con un circulo

(f) En caso de multiempleo 1 2 3

(g) En caso de realizar horario nocturno 1 2 3

(h) Según su antigüedad en el servicio responda

- 0-5 años 1 2 3
- 6-10 años 1 2 3
- Mayor a 10 años 1 2 3

(i) Conformidad con las condiciones laborales

- Déficit de monitores 1 2 3
- Déficit de ventiladores 1 2 3
- Déficit aspiradores 1 2 3
- Déficit de incubadoras 1 2 3
- Escasas conexiones eléctricas 1 2 3
- Déficit de recursos humanos 1 2 3
- En caso de que exista falta de comunicación 1 2 3
- Falta de experiencia laboral del equipo interdisciplinario 1 2 3

(j) Déficit de reconocimiento y estímulos 1 2 3

Gracias.
Estudiantes de Facultad de Enfermería.

NORMAS ÉTICAS

Al momento de ser aprobado el protocolo de la investigación y el instrumento para recabar los datos, por la tutora de tesis Licenciada en Enfermería Mercedes Pérez, se procedió a solicitar la autorización para llevar a cabo la misma a: División de enfermería, Jefatura del servicio de neonatología, y la dirección neonatología del Hospital de Clínicas.

Antes de recopilar los datos para la investigación se solicitó el consentimiento verbal de todo el personal del servicio de cuidado intensivo neonatal del hospital de clínicas, para la aplicación del instrumento.

Cabe destacar que no se presentaron inconvenientes para llevar a cabo la investigación, ni para hacer referencia a la denominación de la institución, ya que la misma es un hospital universitario.

Carta de autorización para la investigación.

Montevideo, septiembre 2008

Dirección de Neonatología, División de enfermería, Jefa del servicio de neonatología:

Por la presente nos dirigimos a usted, con el motivo de solicitarle autorización, para llevar a cabo el trabajo de investigación titulado: “factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el recién nacido crítico en el servicio de cuidados intensivos neonatal del Hospital de Clínicas”. El objetivo del mismo es conocer cuales son los factores que contribuyen al estrés de dicho personal.

Este será realizado por cinco estudiantes de la facultad de enfermería actualmente cursando primer modulo, cuarto ciclo, correspondiente al trabajo de investigación final: Br. Chiarelli, María, Br. Fernández, Daniela, Br. Fonseca, Solange, Br. Garay Lourdes, Br. Núñez, Rocío; bajo la tutoría de la Profesora Licenciada en Enfermería Mercedes Pérez, de la cátedra Materno-Infantil.

Luego de ser autorizado dicho trabajo de investigación, se procederá a la recolección de datos en el corriente mes; mediante el instrumento adjunto.

Desde ya muchas gracias. Esperamos una pronta respuesta. Saludan atentamente

Chiarelli María

Fernández Daniela

Fonseca Solange

PLAN DE TRABAJO
CRONOGRAMA DE GANTT

Meses	12/07	1/08	2/08	3/08	4/08	5/08	6/08	7/08	8/08	9/08	10/08	11/08
Actividades												
Elección del Tema	****											
Planificación	****	***	***	***	***	***	***	***	***			
Aprobación del Protocolo									***			
Ejecución										**	*	
Plan de Tabulación y Análisis											***	
Elaboración Tesis Final											***	
Aprobación Tesis Final												***
Defensa												***

RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS

- 5 Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

EQUIPO	CANTIDAD	DETALLES	TOTAL (\$U)
Computadora	2	\$U 4.000	8.000
Hojas	1500	\$U 0,50	750
Lapiceras	5	\$U 5	25
Libros	7	\$U 150	1.050
Viáticos (transporte y alimentos)	40	\$U 350	14.000
Pendrive	5	\$U 300	1.500
Internet	16 horas	\$U 15	240
Calculadora	1	\$U 60	60
Cd	4	\$U 10	40
Impresora	1	\$U 1400	1.400
Teléfono (llamadas y sms)	200	\$U 20	4.000
Lápiz	4	\$U 4	16
Fotocopias	550	\$U 0,65	357,50
Impresiones	900	\$U 1,50	1.350
TOTAL	3235	\$U6316,65	32.788,50