

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INTERVENCION MÍNIMA, LAS  
CARACTERÍSTICAS LABORALES Y LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DE  
MÉDICOS Y ENFERMEROS DE UNA SALA DE NEONATOLOGÍA DE UN  
HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GRANADERO BAIGORRIA**

POR:  
MENSEGUEZ, LILIAN ANDREA.

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC.BENAVIDEZ, RITA

DOCENTE ASESOR:  
LIC. CÓRDOBA, NATALI.

Rosario, 20 de marzo de 2020

*Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

**SABEMOS LO QUE SOMOS, PERO AÚN NO SABEMOS LO QUE PODEMOS  
LLEGAR A SER.**

**WILLIAM SHAKESPEARE.**

## **RESUMEN:**

Los nacimientos prematuros influyen a nivel mundial, son la principal causa de morbimortalidad infantil, el rol de enfermería en el cuidado del neurodesarrollo es sumamente importante y crucial para la sobrevivencia y calidad de vida, de los recién nacidos prematuros extremos.

Es por esto que el objetivo general de esta investigación es describir la relación que existe entre el cumplimiento del protocolo de intervención mínima, las características laborales y la organización del trabajo de médicos, residentes y enfermeros de una sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria.

El diseño metodológico consiste en un abordaje cuantitativo, el tipo de estudio es descriptivo, transversal y prospectivo y la recolección de datos se realizará mediante una lista de control, y encuestas a enfermeros, médicos y residentes de neonatología.

En el plan de análisis se aplicará estadística descriptiva aplicando medidas de tendencia central, presentando datos en cuadros de doble entrada, entrecruzando los porcentajes obtenidos de las variables independientes simples y complejas, con la variable compleja, representándolos a través de un gráfico de torta.

**Palabras clave:** Protocolo de intervención mínima, cuidados del neurodesarrollo, RNPT, Enfermeros, Médicos.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y palabras clave.....	3
Índice general.....	4
<b>Introducción</b>	
Estado actual y conocimiento o estado del arte.....	5/6
Planteamiento del problema.....	6
Hipótesis y objetivos.....	7/8
Marco teórico.....	9/29
<b>Materiales y métodos</b>	
Tipo de estudio o diseño.....	30
Sitio o contexto de la investigación.....	30
Población y muestra.....	31
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	31/32
Operacionalización de las variables.....	33/40
Plan de análisis.....	41/42
Plan de trabajo y cronograma.....	43
<b>Anexos</b>	
I. guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.....	45
II. instrumento de recolección de datos.....	46/55
III. resultado de estudio exploratorio.....	56
IV. resultado de la prueba piloto del instrumento.....	58
Bibliografía.....	59

## INTRODUCCIÓN:

En estas últimas décadas la sobrevivencia del recién nacido pretermino ha contribuido en la disminución de las tasas de mortalidad neonatal, sin embargo, la morbilidad y las secuelas neurológicas continúan siendo un desafío para los profesionales de la salud.

El desarrollo de la enfermería como profesión, el uso de la tecnología apropiada en conjunto con la atención del cuidado a cargo de profesionales calificados, ha logrado el cuidado individualizado y holístico, basado en la humanización de la atención al recién nacido pretermino, acompañado de una mirada integral sobre las necesidades individuales de cada bebé, viéndolo como ser humano único, junto a su familia.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.(OMS, 2019)

-Las últimas estadísticas presentadas en 2005 por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en Argentina nacen aproximadamente 7500 niños con un peso igual o menor a 1500 gramos, de los cuales se estima que vivirá solo uno de cada dos.(Fariña, D, 2018)

Con lo antes nombrado y los antecedentes de estudios anteriores a la fecha, centrados en el cuidado del neurodesarrollo, es necesario respetar un protocolo de intervenciones mínimas, adecuadas y consensuadas por médicos y enfermeros.

Muchos son los trabajos realizados en el cuidado del neurodesarrollo, a continuación se mostraran algunos:

La psicóloga de Harvard, Als, Heide, estudio la interpretación de la conducta de los recién nacidos prematuros, para saber si un recién nacido esta estresado u organizado, mediante observaciones en los subsistemas como el autónomo, el de la regulación de los estados y el de interacción, y resolvió que el estrés en los niños prematuros les implica un gasto innecesario de calorías que retrasa o impide la recuperación del peso y la evolución de la enfermedad.

Otro de los estudios realizados fue un ensayo sobre los efectos médicos y neurofuncionales del recién nacido prematuro de muybajo peso al nacer(antes de las 30 semanas de gestación con peso inferior a los 1250 gramos), con asistencia mecánica ventilatoria, los profesionales a cargo fueron un grupo de enfermeras especializadas en atención individualizada, la función fue la observación y documentación del comportamiento de los bebés dentro de las 12 horas posteriores al ingreso y posteriormente cada 10 días.Los resultados fueron: los lactantes del grupo experimental tuvieron una duración significativamente menor de ventilación mecánica y de soporte

de oxígeno suplementario, alimentación oral temprana, incidencia reducida de las hemorragia intraventricular, neumotórax y displasia broncopulmonar severa, aumento de peso diario mejorado, estancias hospitalarias más cortas, edades más tempranas al alta hospitalaria, y cargos hospitalarios reducidos en comparación con los bebés en el grupo control.(Als, H y Col., 2004)

Otro de los estudios Valoración de la calidad de un programa de seguimiento del neurodesarrollo de prematuros de muy bajo peso al nacimiento, teniendo como objetivo, analizar el cumplimiento de los indicadores en el programa de seguimiento del neurodesarrollo para los recién nacidos de muy bajo peso. Realizaron un estudio retrospectivo descriptivo de los 51 nacidos en el año 2000 e incluidos en el programa de seguimiento hasta los 6 años de edad. Los resultados evidenciaron que el cumplimiento de los datos médicos generales fue heterogéneo. Este programa de seguimiento para RNMBP cumple con la mayoría de los indicadores de calidad propuestos, este resultado fue necesario para utilizarse como herramienta para evaluar y mejorar los programas de seguimiento para este grupo de pacientes.(Agut Quijano, T, 2001)

Otro de los estudios habla sobre la Evaluación de la atención de Enfermería en la aplicación del protocolo de intervención mínima al neonato grave. Utilizaron métodos teóricos, empíricos y matemáticos para la obtención, análisis y procesamiento de la información. Los resultados fueron morbilidad en los cuidados intensivos predominó los neonatos a término en un 57,3%, al 62,6% de los neonatos no se les aplicó protocolo de intervención mínima, el nivel de conocimientos del personal de Enfermería se evidenció que el 46,6% tiene conocimiento regular, mientras que ninguno obtuvo puntuaciones de excelente, entonces, resolvieron incrementar el nivel de conocimientos para lograr un cambio en el modo de actuación del personal de Enfermería en lo referido a este tema. (Reyes, Rodriguez, O, 2012)

En cuanto a los estudios realizados que existen, la comparación no sería lo más indicado, ya que hay muchos indicadores que no lo permiten por ser distintos, como la situación socio económica del año en curso, la complejidad de la sala, el equipo de profesionales que trabaja, su situación laboral y nivel de capacitación.

El cumplimiento del protocolo de intervención mínima, las características laborales y la organización del trabajo de médicos y enfermeros.

Es por esto que se plantea el siguiente **problema de investigación**:¿Qué relación existe entre el cumplimiento del protocolo de intervención mínima, las características laborales y la organización

del trabajo de médicos y enfermeros de la sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria durante el primer semestre de 2020?

Con el **objetivo general** de describir la relación que existe entre el cumplimiento del protocolo de intervención mínima, las características laborales y la organización del trabajo de médicos y enfermeros de una sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria.

Los **objetivos específicos** son:

- Identificar el control ambiental en las unidades neonatales.
- Conocer el control de ruidos en la sala de neonatología.
- Demostrar el control de la luminosidad adecuada de la sala de neonatología.
- Identificar la humedad y temperatura en las unidades neonatales.
- Comparar la situación contractual de médicos y enfermeros de la sala de neonatología.
- Conocer la carga horaria de médicos y enfermeros de la sala de neonatología.
- Conocerla turnicidad de médicos y enfermeros de la sala de neonatología.
- Identificar los tipos de comunicación que existen en la sala de neonatología.
- Determinarla distribución de las tareas de los enfermeros de la sala de neonatología.
- Establecer que sucede en las relaciones interpersonales entre los profesionales de la sala de neonatología.

Las **hipótesis**:

\*El personal de enfermería de planta permanente cumple en mayor medida con el protocolo de intervención mínima que el personal con situación contractual.

\*A mayor carga horaria de las enfermeras/os menor es el cumplimiento del protocolo de intervención mínima.

\*A mayor número de actividades de rutina de los profesionales, disminuye el cumplimiento del protocolo de intervención mínima.

\*A mayor cantidad de pacientes a cargo de enfermería, menor es el cumplimiento del protocolo de intervención mínima.

\* El personal médico cumple en menor medida con el protocolo de intervención mínima, en relación al cumplimiento de los enfermeros.

El **propósito** de esta investigación es proponer establecer una capacitación continua dirigida a los enfermeros, médicos y residentes de neonatología, fomentando la importancia del cumplimiento del protocolo de intervención mínima en recién nacidos prematuros extremos, favoreciendo

mediante charlas educativas mensuales sobre las distintas temáticas que hacen el protocolo de intervención mínima.

**Marco teórico:**

El cuidado del neurodesarrollo es una filosofía que permite la interpretación, la conducta y la implementación de estrategias para disminuir el estrés que sufren los prematuros en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Al haber mayor sobrevivencia en cada vez más prematuros pequeños surge la necesidad de disminuir las enfermedades a corto, mediano y largo plazo. Se conocen muchas enfermedades relacionadas al estrés que sufre el prematuro ocasionado por la prolongación de la estadía de internación en las UCIN, sumando a la inmadurez del cerebro. Por esto es clave conocer las respuestas positivas o negativas del recién nacido hacia las acciones de enfermería de los médicos, y de los padres a los estímulos externos para poder así utilizarlos en el pos de la recuperación.(Egan,F; y Col., 2012)

Para poder interpretar esta conducta se debe valorar cuatro subsistemas:

- El subsistema nervioso autónomo, regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir. Es el que comanda, es más preponderante a menor edad gestacional, e impacta en el resto de los subsistemas.
- El subsistema motor se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.
- El subsistema de los estados, categoriza el nivel de despertar del Sistema Nervioso Central, los estados de vigilia y sueño.
- El subsistema de atención- interacción es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener la alerta.

La autorregulación, es la presencia y capacidad que tiene el recién nacido de mantener el balance de los cuatro subsistemas anteriores con su propio esfuerzo. Se presenta a partir de las 32-35 semanas. Cuando un RN presenta signos de estrés se considera que el neonato se encuentra desorganizado. Cuando un RN presenta signos de autorregulación se considera que se encuentra organizado. Interpretación de las conductas del RN: Conductas en extensión, reflejan estrés; Conductas en flexión, reflejan autorregulación; Conductas difusas, reflejan estrés; Conductas claras y definidas, reflejan balance en la autorregulación.(Egan,F; y Col., 2012)

Es necesario observar la conducta de los RNPT, para lograr el balance de sus subsistemas, interpretando la conducta para establecer los cuidados apropiados, permitir una organización que beneficiará su desarrollo y crecimiento; Las estrategias para mejorar la desorganización de un RNPT son: Cuidado del ambiente de la UCIN, sobre todo disminución de ruidos y luces; el cuidado postural, la contención y anidamiento; El contacto piel a piel con su mamá o papá; Prevenir el estrés y el dolor, realizando tratamiento no farmacológico y farmacológico del mismo; Lactancia, succión no nutritiva; Organizar y agrupar las intervenciones en enfermería, respetando los periodos

de descanso conciencia y organización en los procedimientos; Brindar confort siempre. (Egan,F; y Col., 2012)

El ambiente de las UCIN se torna muy hostil al nivel de la intensidad de los ruidos y de la iluminación, esto afecta negativamente al RN, impactando directamente en su desarrollo. Los ruidos excesivos provenientes de los diferentes equipamientos como los respiradores, las alarmas de los monitores, las alarmas de las bombas de infusión, las conversaciones del personal son parte de la contaminación auditiva del ambiente de la UCIN. El neonato prematuro tiene una extrema sensibilidad al ruido, pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva irreversible. Actualmente el parámetro de calidad en la UCIN, según la Academia Americana de Pediatría (AAP) es un nivel máximo de ruido seguro de 45 dB de día y 35 dB de noche. Las Intervenciones de enfermería para evitar el exceso de ruidos son, cerrar las puertas y ventanas de la incubadora en forma delicada, apretando los pestillos para no hacer ruido; No apoyar objetos, ni golpear con los dedos sobre la incubadora; Cambiar el tono de voz e instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal que sea cuidadoso; Vaciar el agua de los nebulizadores, de los circuitos de respiradores y retirar las tubuladuras de aspiración de adentro de la incubadora; Cubrir la incubadora con manta gruesa o dispositivo adecuado para aislar de los ruidos, además de la luz; Bajar el volumen de las alarmas de los equipamientos; Reparar equipos ruidosos que no funcionen correctamente; Hablar al RN con voz suave; Disminuir el sonido de teléfonos e impresoras, y retirar radios; Colocar a los niños más lábiles en el lugar más tranquilo de la sala; Realizar una campaña de concientización acerca de la importancia de disminuir el ruido en la UCIN con carteles indicadores; Medir el volumen de ruido en la UCIN para hacer un diagnóstico sobre la contaminación acústica. (Egan,F; y Col., 2012)

En el cuidado neonatal es esencial, no solo la intensidad de la luz, sino también la posibilidad de regular la intensidad y ciclar con periodos de oscuridad. La disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la tensión arterial y aumenta la ganancia de peso. Las intervenciones de enfermería para evitar el exceso de iluminación son: graduar la intensidad de la luz, en lo posible utilizar la luz natural; cubrir las incubadoras con protectores de tela oscuros; utilizar luces individuales para observaciones y procedimientos, evitando que la luz le encandile los ojos, es importante cubrirlos mientras se realiza un procedimiento que requiera luz directa. Siempre que haya niños en fototerapia, utilizar pantallas para separar los neonatos que se encuentran alrededor, y no requieran de ese tratamiento. (Egan,F; y Col., 2012)

A su vez, la postura es también un cuidado para el neurodesarrollo, los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los profesionales de la salud los ubican, aunque ésta no sea fisiológica (brazos o piernas entablilladas por alguna vía periférica, extensión o flexión excesiva de los miembros). Estas posiciones anómalas pueden conducir a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos, así como a contracturas musculares. Como sus tejidos cartilagosos se encuentran en un proceso de maduración, y como los huesos, músculos y tendones son estructuras vivas y dinámicas, cuando los sujetamos con fuerzas externas inadecuadas pueden sufrir deformidades y provocar alteraciones en el desarrollo neuromotor. En esta situación no se produce equilibrio entre la flexión y la extensión lo que puede conducir a un retraso en el desarrollo motor normal y a la aparición de varias alteraciones: retracción y abducción del hombro; Aumento de la extensión del tórax con arqueamiento del cuello y del dorso; Problemas en las caderas debido a la posición de rana, cuando permanecen durante un tiempo considerable sin contención. Todas estas alteraciones pueden ser prevenidas por medio del equilibrio entre la flexión y la extensión, que se consigue con un posicionamiento correcto e individualizado del RN. El posicionamiento inadecuado puede alterar los parámetros fisiológicos y las estructuras musculares y óseas. El trastorno en el desarrollo motor y muscular normal trae secuelas a corto y largo plazo. En la UCIN frecuentemente se observan dificultades para alimentarse cuando no se ha tenido en cuenta el posicionamiento. Con un posicionamiento correcto se facilita: La flexión; El mantenimiento en la línea media; Llevar las manos a la boca; La noción del cuerpo en el espacio; La prevención de lesiones de la piel y deformidades óseas (cabeza más redondeada). El objetivo es que el RN mantenga una postura fisiológica. Esto implica la cabeza en posición neutral, ni flexionada ni muy extendida. El tronco debe permanecer recto de ambos lados. Los miembros inferiores deben estar flexionados; no tienen que estar en posición de rana. Hay distintas posturas para favorecer el cuidado del neurodesarrollo, por ejemplo, la posición **supina** es la más utilizada en cuidados críticos, ya que facilita los procedimientos, la visualización del recién nacido, la mirada, y la fijación de catéteres y tubos endotraqueales, aunque encontramos como desventaja que si bien promueve la simetría y evita el aplanamiento del cuerpo contra la superficie, lo desorganiza, porque dificulta la flexión, facilita la extensión, y aumenta la incidencia de apneas. También puede ocurrir hiperextensión del cuello y retracción escapular anormal que reduce la habilidad de rotar los hombros hacia adelante. Otra de las posiciones es la **prona** es la posición más cómoda; favorece la utilización de los músculos extensores del cuello y tronco; facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación, favorece el vaciamiento gástrico disminuyendo el reflujo gastroesofágico y el riesgo de aspiración. Favorece también la excursión diafragmática. La desventaja en esta posición es que dificulta la observación

adecuada y si el RN permanece en esta posición durante largo tiempo puede aumentar el trabajo respiratorio. Otra posición es el **decúbitolateral**, la cual permite mantener los miembros superiores en la línea media, llevar las manos a la boca, y facilita la flexión activa del tronco y pelvis. Posibilita la autorregulación y la simetría y favorece el vaciamiento gástrico en los RN. Es aconsejable realizar envoltura de contención, ya que logra estabilidad y organización así como también disminuye la incidencia de hemorragia intracraneana, otra manera de evitarlo sería la movilización del decúbito del recién nacido en forma lenta y en lo posible en dos tiempos, por ejemplo si se encuentra en posición supino, lateralizarlo lentamente y luego pasarlo a posición prona. La postura ideal es en la que el recién nacido refleje que pueda descansar cuando tenga sueño, que pueda comunicar sus necesidades, que pueda interactuar con sus cuidadores cuando esté dispuesto, para esto el profesional a cargo de su cuidado debe ser competente en la regulación de sus funciones fisiológicas para conseguir estabilidad y conservar energía. Por todo esto, es indispensable realizar intervenciones de enfermería que puedan incrementar el periodo de descanso, que tengan mayor tiempo de sueño profundo, que este lo más relajado posible y con el mínimo estrés, son necesarias para evitar las fluctuaciones de presión arterial e intracraneal, reducir el gasto calórico, reducir el estrés térmico y el exceso de estimulación y menor consumo de oxígeno, es necesario agrupar las intervenciones a realizar en el recién nacido para evitar que su sueño se vea interrumpido, no despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual del sueño a la vigilia. La idea es proporcionar cuidados individualizados de acuerdo a sus necesidades y no de forma rutinaria. (Egan, F; y Col., 2012)

Se suma a estos cuidados en el neurodesarrollo, el contacto piel a piel, es una estrategia de mejora para el cuidado del neurodesarrollo, que consiste en poner al recién nacido sobre el pecho descubierto de su madre o padre, es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a sus padres, al recién nacido y a la atención en general. La intervención puede realizarse diariamente o varias veces al día. Está comprobado que estabiliza la temperatura, les ayuda en su crecimiento y desarrollo, reduce el tiempo de hospitalización y aumenta el vínculo madre/ padre/hijo. En las unidades de cuidados intensivos, son indispensables para el cuidado de recién nacidos prematuros o recién nacidos enfermos, pero conllevan a situaciones desfavorables para su desarrollo neurológico y afectivo, dada la exposición a diversos estímulos durante internaciones prolongadas y la precoz separación de su grupo familiar. Es de suma importancia implementar prácticas que estimulen y protejan al recién nacido y a su familia, respetando el ingreso irrestricto a las salas a que puedan ser visitados por sus abuelos y hermanos, que la institución posea un lugar para una residencia de madres, que estén contenidos con atención

psicológica, y que los cuidados sean humanizados y centrados en la atención integral con la familia. (Egan,F; y Col., 2012)

### **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MÍNIMA:**

Representan a determinadas intervenciones organizadas destinadas a la atención del neonato pretermino (menor de 32 semanas de gestación o menor de 1500 gramos). Estas deben seguir por lo menos en la primera semana de vida y las horas de manipulación, deberán ser 01, 05, 09, 13, 17, y 21. Los objetivos de estas intervenciones serán para favorecer el descanso y lograr el mayor tiempo de sueño profundo, para esto se deberán disminuir las rutinas y procedimientos innecesarios, disminuir el gasto calórico de consumo de oxígeno, reducir el estrés térmico y la sobreestimulación, evitar las fluctuaciones de tensión arterial e intracraneal y disminuir el estrés del neonato. Estas manipulaciones se deberán realizar en un tiempo máximo de 10 a 15 minutos, dentro de los horarios ya establecidos. Se deberán organizar los procedimientos y estudios no urgentes dentro de estos horarios, se deberá respetar la temperatura del neonato entre 36,6°C y 36,8°C y la humedad de la incubadora entre 60% y 85%, para esto utilizar las ventanas de la incubadora y solo abrir la puerta en casos necesarios o de urgencias, rotar de posición al neonato cada 4 horas. En relación a los cuidados respiratorios, se deberán rotar los sensores durante las horas del protocolo, se deberán aspirar las secreciones según necesidad si el paciente lo requiere, evitar el balseo (ambu) en lo posible. No se deberá realizar percusión y vibración torácica. En relación a la manipulación táctil, se deberá evitar la sobreestimulación ya que favorece a un mayor consumo de oxígeno y mayor gasto calórico, y a consecuencia tendrá episodios intermitentes de hipoxia, hipercapnia y riesgo de acidosis respiratoria. (Rodriguez Gonzalez, L y Col., 2014)

El cuidado del neurodesarrollo es esencial para poder relacionar cuales son los efectos que impactan en el sistema nervioso central del neonato pretermino, producidos generalmente por el medio ambiental y que podamos modificarlos en la medida posible. El protocolo de intervención mínima debe ser eficiente, adecuado a cada paciente, basado en la evidencia, creado por el equipo de salud y debe ser revisado en un periodo de tiempo para que se puedan modificar las desventajas que puedan llegar a surgir.

La Dra. Als, Hes la autora de la teoría sinactiva y explica la capacidad del recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina. Describe que el recién nacido a término tiene la capacidad total de percibir todos los estímulos externos, y que el niño pretérmino no es un niño incapaz, sino que los estímulos no son tomados como tal por la inmadurez de la recepción de los mismos, además de la dificultad de sus respuestas. De esta manera, Als y colaboradores proponen un Modelo de Cuidado

Individualizado del Neonato Hospitalizado. Para lo cual identifica 5 subsistemas, que trabajan sinérgicamente para que el recién nacido enfrente los cambios que se dan fuera del vientre materno, a saber:

1. subsistema autonómico o fisiológico Se observa lo que el bebé hace de forma automática, como respiración, ritmo cardíaco, digestión / evacuación.
2. subsistema motor Se observa la postura y el movimiento del neonato. Además: tono, resistencia muscular y respuesta general.
3. subsistema estados funcionales Se observan los niveles de sueño y alerta; más la transición de estar dormido y despierto.
4. subsistema interacción y atención Es la habilidad de concentrarse en un estímulo.
5. subsistema autorregulador

Mantener el balance de los otros subsistemas. El modelo del cuidado del desarrollo del recién nacido incluye el cuidado postural, la modificación del ambiente, las estrategias de alimentación y el cuidado centrado en la familia. (Barboza Meca, J, 2019)

El cuidado postural está basado en el posicionamiento terapéutico, la adecuada postura simula la posición fetal dentro del útero, la cual permite el mejoramiento y la recuperación del recién nacido. A continuación se darán a conocer las diferentes posturas:

**DECÚBITO PRONO:** Presentación: Se adopta una postura flexionada. Sostiene el peso en forma unilateral en cara, pecho, antebrazos, parte anterior de rodillas y pies. Pelvis elevada Caderas y rodillas flexionadas alrededor de 90°. Soporte: Se orientan en tronco y cadera para liberar efectos de la gravedad. Se debe proporcionar cobijas o pañales enrollados, cojines de gel, cobijas de algodón, soportes en forma de U. Las ventajas que se presentan en cuanto al soporte médico son: mejorías en la oxigenación y ventilación, menor flujo por la cabecera a 30 °, menor riesgo de aspiración, mejor calidad de sueño, menor gasto energético, mejor exposición ante un eritema de pañal y mejor vaciamiento gástrico. Y las ventajas para el neurodesarrollo son: facilitar el tono flexor, facilitar el acercamiento de la mano a la boca, facilita la extensión del cuello y la elevación de la cabeza, mejoramiento de la adaptación del ambiente extrauterino, puede disminuir malformaciones craneales. Las desventajas son: dificultad para el acceso a la atención médica cara a cara, riesgo de extubación, estimulación visual limitada. (Barboza Meca, J, 2019)

**DECÚBITO SUPINO:** Presentación: Debe ser simétrica en niños a término, donde predomina la flexión y hay pro-tracción del hombro e inclinación pélvica. Sostienen su peso en la porción posterolateral de la cabeza (específicamente el lado derecho). Espalda y sacro. Soporte: Mediante hamacas. Cunas en U con elevación de la cabecera. Cobijas de algodón. Las ventajas son: mejor acceso para la recepción de los cuidados, aumenta el tiempo de sueño (en la hamaca), el neurodesarrollo, facilita la exploración y el seguimiento visual, facilita la posición en línea media en la hamaca y es más fácil la alienación de la cabeza. Las desventajas son: disminución de la tensión arterial de oxígeno, además que exige compromiso pulmonar y mayor esfuerzo respiratorio, mayor riesgo de aspiración, lloran más y duermen menos, puede disminuir el ritmo respiratorio en afecciones como el Síndrome de dificultad Respiratoria, mayor gasto de energía y mayor agitación, promueve la extensión más que la flexión, puesto que genera un tono muscular aumentado, hipertensión de la cabeza, cuello y hombros; promueve deformaciones por rotación de brazos y piernas y provoca un retraso del acercamiento de extremidades a la línea media. (Barboza Meca, J, 2019)

**DECÚBITO LATERAL:** Presentación: Óptima cuando el neonato se ha estabilizado. Su objetivo es acercar las extremidades a la línea media, facilitar patrones posturales en flexión y evitar posturas anormales. Soporte: Flexionar las extremidades de apoyo para evitar que se ruede a la posición prona. Proporcionar apoyo posterior de nido, de manera que se evite que ruede a la posición supina. Anidar las piernas en flexión. Simular contención intrauterina. Alternar posturas para evitar asimetría postural. Las ventajas son: mejor vaciamiento gástrico en el decúbito lateral derecho, mejor oxigenación en el decúbito lateral derecho, promueve orientación de la cabeza y extremidades a la línea media, contrarresta rotación externa de los miembros, facilita actividad mano - mano. Las desventajas son: sobre su costado izquierdo, puede disminuir el vaciamiento gástrico, se dificulta en un niño hipertónico en hiperextensión. (Barboza Meca, J, 2019)

El posicionamiento adaptativo permite facilitar la flexión, contrabalancear los efectos de una postura atípica extensora, que pueda resultar de un tono extensor aumentado y una postura aplanada inducida. Para un adecuado posicionamiento adaptativo, el principal motivo de transformación es el ambiente, por ejemplo, la utilización de mantas enrolladas, muñecos de trapo, amortiguadores flexibles que permiten proporcionar contención y seguridad similar al ambiente intrauterino. Fomentar la flexión y evitar la extensión, optimizar la estabilidad fisiológica y organización neuroconductual para promover la autorregulación. Promover la actividad mano - boca para facilitar el autoconsolamiento. Mantener la alienación del cuerpo apropiada para evitar asimetrías posturales. Exponer al lactante a una variedad de posturas. Mantener la variedad de la

piel y evitar escaras. Maximizar el potencial de desarrollo del recién nacido. Es aconsejable proporcionar apoyos posturales y permitir apoyo a la autorregulación, con el fin de mejorar las experiencias sensoriomotoras, para tener respuestas adaptativas similares a aquellas de los lactantes sanos a término. La capacidad de comunicación del recién nacido aún es materia de investigación, y no porque no se comprenda, sino porque se busca hallar respuesta al comportamiento del mismo en las unidades hospitalarias. El recién nacido es un SER de percepción y perceptible, puede percibir y es percibido por su entorno; Al ser el bebé un SER de percepción, tiene sensibilidad (que es la capacidad de sentir) y sensación (que es la capacidad de transmitir). Los factores no modificables (edad gestacional, factores prenatales y factores perinatales) influyen sobre la capacidad de sentir (a través de estímulos perceptibles), que modifican la interpretación del entorno. La diferenciación (es la capacidad de interpretación del entorno, es dependiente de la madurez del niño y del impacto que los factores no modificables tengan sobre el mismo) permite distinguir entre el ambiente intrauterino y extrauterino. Esto está comprobado por la capacidad de respuesta inherente y fisiológica del niño en cada uno de los ambientes. Los factores modificables como el ambiente, generan una reacción (respuesta) que altera o estimula la capacidad de transmitir del recién nacido (percepción), es muy importante conocer las señales en cuanto a esa percepción del niño ya que existe una notoria diferencia entre la capacidad de transmitir (sensación del niño) y la capacidad de percepción del entorno (profesionales de la salud), los motivos pueden ser, por un déficit de sensibilidad, por ignorancia de los profesionales o por desatención. (Barboza Meca, J, 2019)

A continuación se detallaran las Características ambientales de la UCIN

SONIDOS: Durante la vida intrauterina, el feto percibe entre 40 a 60 dB de intensidad del sonido. En la UCIN, los ruidos superan los 70 a 80 dB. Las consecuencias de superar los niveles establecidos son: pérdida de la audición o hipoacusia, por largos periodos de adaptación al ambiente, pueden interferir en el descanso y sueño, produciendo fatiga, agitación, llanto, irritabilidad y aumento de la presión intracraneal. Aumenta el consumo de oxígeno y la frecuencia cardiaca, por la demanda metabólica, lo que genera un descenso de peso o una ganancia lenta del peso. ILUMINACIÓN: La Iluminación interfiere sobre el ritmo circadiano. Puede aumentar el riesgo de retinopatía de la prematuridad cuando la intensidad se enfoca directamente al recién nacido. Se debe reducir la intensidad de la luz durante las noches, cuando no amerite acercarse al niño. OLORES: Los niños se ven estimulados por el alcohol y las demás soluciones utilizadas en la unidad. Se recomienda: Humedecer el algodón o gasa con el mínimo posible de solución. Desechar los algodones o gasas con antisépticos después de usarlos. Cuidar que nada se quede en

las incubadoras. Es importante tener en cuenta la intensidad del sonido y de la iluminación que se genera en la UCIN. La principal recomendación es entender que se deben minimizar los sonidos agudos y de disminuir al máximo la intensidad de la luz, incluso, abstenerse de usarla en horarios de manipulación mínima. El personal de salud que forma parte del entorno del recién nacido, tiene que ser sensible y conocer las características principales de estrés en el niño que atiende, así como la fuente que genera este estado. Se debe buscar, en la medida que sea posible, restablecer el equilibrio ante un sistema disfuncional, teniendo en cuenta la participación total del entorno y al recién nacido como un todo.(Barboza Meca, J, 2019)

### **CARACTERISTICAS LABORALES:**

Situacióncontractual: La relación laboral entre el trabajador y el empleador se inicia desde el mismo momento en que el trabajador comienza a trabajar. Es a partir de entonces que nace en cabeza de ambas partes una serie de obligaciones, de las cuales las más relevantes son la realización de actos, ejecución de obras o prestación de servicios por parte del trabajador y el pago de la remuneración por el empleador (realizar el trabajo y pagar el sueldo)No obstante, el trabajador irá conociendo que en su vida laboral cuenta con muchos derechos, como el goce de vacaciones, el pago de aguinaldo, el usufructo de licencia por enfermedad, entre otros que se detallan más adelante.El contrato de trabajo se rige principalmente por la Ley de Contrato de Trabajo, así como por algunas leyes especiales o estatutos profesionales y las Convenciones Colectivas de Trabajo.Estas normas sólo regulan (amparan, protegen) el trabajo que es realizado en relación de dependencia y para su configuración se deben reunir las siguientes características:a. El trabajador debe realizar tareas en una organización ajena; no es dueño de los medios de producción, no se beneficia con los mejores resultados ni puede ser perjudicado por las pérdidas. b. El trabajador debe encontrarse en una situación de subordinación respecto del empleador; no es quien organiza el trabajo sino que se somete al poder de dirección y organización de aquel, que lo ejercerá directamente o a través de sus representantes (personal de dirección, capataces, gerentes, jefes). A diferencia del trabajador dependiente, el trabajador autónomo (dueño de sus instrumentos de trabajo, de su tiempo y sus ingresos) no es protegido por la legislación laboral sino que su actividad se regula por el Código Civil.Interesa destacar que se haya o no firmado un contrato de trabajo, se haya registrado como corresponde o no, se entreguen facturas de monotributista o la denominación que se le haya impuesto, siempre que una persona trabaje en relación de dependencia (subordinación) para otra, nacen los derechos y obligaciones propios del contrato laboral y éstos pueden ser plenamente ejercidos.( Acosta, M.V, 2011)

### **Modalidades de contratación**

Contrato de trabajo por tiempo indeterminado: es la regla o principio general de los contratos laborales, basado en la vocación de permanencia y continuidad que inspira e impone nuestra legislación. Comienza sin fecha de finalización, termina solo en caso de renuncia, despido, jubilación y /o muerte de empleado. El trabajador, en principio, siempre es contratado por tiempo indeterminado, salvo que se den circunstancias excepcionales y expresamente previstas por la ley que autoricen la celebración de otro tipo de contrato. Estas circunstancias excepcionales son escasas y limitadas. Si no se constatan en la realidad, no es legal la celebración de un contrato distinto al de tiempo indeterminado. El contrato de trabajo por *tiempo indeterminado* no posee requisitos formales para su celebración, y su modo de prestación puede ser: de prestación continua es cuando es celebrado para desarrollar tareas en forma continuada en el tiempo, es decir, todos los días o determinados días durante todo el año. Son los contratos más comunes y responden a la modalidad adoptada dentro de la actividad económica en general. ( Acosta, M.V, 2011)

Los contratos de prestación discontinua. (Contrato de temporada) es cuando el trabajo se realiza sólo en cierta época del año y está destinado a repetirse nuevamente en el mismo período o ciclo del año siguiente, conocido como contrato de trabajo de temporada. Se trata de un contrato que se celebra también por tiempo indeterminado pero se ejecuta sólo en los ciclos de temporada, ejemplo de éstos son los que se realizan durante la cosecha o siembra en el trabajo rural, o en los servicios de hotelería, los guardavidas, o la gastronomía en algunos casos. También en la industria cervecera o de aguas y gaseosas se convoca personal en época o zonas de veraneo. También por otra causa (como es el inicio del año educativo) la impresión de textos escolares. Estos trabajadores tienen derecho a ser convocados cada vez que se reinicia la temporada, en caso que no sean llamados a trabajar pueden darse por despedidos y reclamar la indemnización por despido sin causa. ( Acosta, M.V, 2011)

Contrato de trabajo a plazo fijo: Se fijan en forma expresa, por escrito, el tiempo de duración del contrato de trabajo y se justificara razonablemente esa duración según la actividad o tarea de la que se trate. Este es un Contrato de Trabajo a Plazo Fijo y no puede celebrarse por más de cinco años. Contrato de trabajo eventual: Cuando se trate de una tarea circunstancial destinada a satisfacer servicios o exigencias extraordinarias y transitorias de la empresa y esa tarea se agota en el tiempo con la realización de la actividad, ejecución de la obra o prestación del servicio extraordinario por el cual fue contratado el trabajador. Ejemplos de este tipo de contrato son: las coberturas de licencias, las superproducciones por algún pedido en especial, o aquellas acciones que no son las habituales (como pintar la fábrica), o la cobertura de puestos en ferias, congresos, exposiciones, o para promociones temporarias de un producto. Los trabajadores contratados bajo la denominación

de Contrato a Plazo Fijo o Contrato de Trabajo Eventual tienen los mismos derechos salariales y se les aplica el Convenio Colectivo de la actividad en la que están prestando sus tareas. Los contratos deben hacerse por escrito consignando la causa y objeto (por y para que se contrató al trabajador). Al inicio de la relación del contrato por tiempo indeterminado tiene un período de prueba de tres meses y los otros dos no. Durante el desarrollo de la relación los derechos y obligaciones de las partes son prácticamente iguales con excepción de las licencias que duran hasta que finalice el plazo en el contrato a plazo fijo o que se agote la actividad o servicios extraordinarios en el contrato eventual. Algunas de las características de este tipo de contrato son: si el contrato a plazo fijo fuere de una duración superior a un mes, existe el deber de preavisar con una anticipación no menor a un mes ni superior a dos. Si el contrato a plazo fijo tuviera una duración no inferior a un año, corresponde al trabajador una indemnización equivalente al 50% de la correspondiente al despido sin causa. Al finalizar el contrato eventual no es necesario el preaviso ni se abona indemnización. El contrato por tiempo indeterminado sólo finaliza por renuncia o jubilación del trabajador, si el empleador lo quiere extinguir antes sin existir causa para el despido, debe preavisar e indemnizar al trabajador. Las consecuencias de no cumplir con los requisitos para este tipo de contrato son: Si se celebraran sucesivos contratos a plazo fijo sin encontrar justificación en las características de la tarea o actividad de que se trate, o la actividad extraordinaria por la cual se formalizó el contrato eventual se convirtiera en normal y habitual para el giro de la empresa, esos contratos (cualquiera fuere su denominación) se convierten en contratos por tiempo indeterminado, generando todos los derechos de éste. (Acosta, M.V, 2011)

Otras formas de contratación: Aprendizaje: encuentra previsto para jóvenes sin empleo de entre 16 y 28 años. Sólo está autorizado para el trabajador que nunca hubiera prestado tareas para ese empleador y el número total de aprendices contratados no puede ser superior al 10% del total de los trabajadores permanentes del establecimiento. Este contrato debe hacerse por escrito y expresar la finalidad formativa que contiene (el empleador tiene que detallar el contenido de la enseñanza). Tiene que prever horas de labor y horas de formación teórica; la jornada total de trabajo no puede superar las 40 horas semanales, estando prohibida la realización de horas extras. Respecto de las personas entre 16 y 18 años de edad la jornada de trabajo no puede ser superior a las 36 horas semanales. Si no se cumplen los requisitos exigidos el contrato se entiende como un contrato de trabajo por tiempo indeterminado, teniendo una duración mínima de tres (3) meses y una máxima de un (1) año. Antes de finalizar el contrato, el empleador debe ratificar su voluntad de extinguirlo preavisando al trabajador con treinta días de anticipación o abonar una indemnización sustitutiva de medio sueldo. Pasantías: es la relación que se establece entre un empleador y un estudiante teniendo como fin primordial la práctica relacionada con su educación y formación. Las pasantías

son contratos de carácter educativo no laboral, aunque a veces se constate en la realidad que se utiliza su denominación para encubrir una verdadera relación de trabajo. El pasante tendrá la posibilidad de reclamar derechos como cualquier trabajador, cuando se encuentre realizando tareas propias y teniendo la misma jornada laboral que un trabajador común. Trabajo registrado: pasa una vez que el empleado ha sido inscripto en un Libro Especial, debidamente rubricado, que debe llevar el empleador (conocido como el Libro del artículo 52 de la Ley de Contrato de Trabajo) y se le otorga la Clave de Alta Temprana en la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) Con esta última inscripción comienzan a correr las obligaciones fiscales y previsionales: depositar ante la AFIP los aportes y contribuciones de la seguridad social. Un contrato registrado es aquel en el que se verifican esas inscripciones, pero, además, el empleador debe cumplir con otra serie de recaudos obligatorios como otorgar recibos de sueldo, contratar una póliza de riesgos del trabajo, entre otros: Por esto se entiende al trabajo regular con las siguientes características: estar registrado en la AFIP, se respeta la mayor jornada, máxima legal de trabajo, se abona la remuneración prevista en el Convenio Colectivo de Trabajo, la remuneración se abona mediante depósito en cuenta bancaria, se depositan los aportes y las contribuciones a la obra social. Cuando el empleador no denuncia el contrato ante la AFIP, está evadiendo sus contribuciones al fisco y cuando no deposita los aportes jubilatorios hace lo mismo respecto al sistema previsional (ANSES). Esto perjudica: al propio trabajador, que al momento de acceder a la jubilación no contará con, la cantidad de aportes necesarios; Al sistema previsional y a los jubilados, ya que se desfinancia; Y a la competencia, que cumple con sus obligaciones. Esta información es de importancia que el empleado conozca, y reconozca su modalidad de contrato, en caso que no se cumpla con lo acordado en el contrato, el empleado deberá recurrir al Sindicato para que gestione ante el empleador su registración; Podrá denunciar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Provincia la existencia de trabajo no registrado en su establecimiento, para que el organismo de control realice una inspección, intime a la registración del personal no inscripto y aplique las sanciones correspondientes; podrá denunciar ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación con igual finalidad; podrá denunciar la situación ante la AFIP, que en caso de constatar la infracción multará al empleador que no hubiera registrado el contrato; Intimar el trabajador, o la entidad gremial que lo represente, al empleador para que regularice su situación en un plazo de 30 días y remitir copia de ese requerimiento a la AFIP dentro de las 24 hs. Y Cuando el empleador intimado no registrara la relación laboral dentro de ese plazo (30 días) este deberá abonar al trabajador afectado una indemnización equivalente a una cuarta parte (el 25%) de las remuneraciones percibidas en negro desde el comienzo de la vinculación; Y si el empleador despidiera sin causa justificada al trabajador dentro de los dos años de cursada la

intimación, el trabajador tendrá derecho a percibir el doble de las indemnizaciones que le hubieren correspondido como consecuencia del despido. Respecto del cobro de los aportes jubilatorios y los beneficios sociales no abonados por haber estado en negro, le corresponderá la acción a la AFIP, ANSES u Obra Social según cual sea el rubro no ingresado al sistema.( Acosta, M.V, 2011)

### **CARGA HORARIA DIARIA**

Las condiciones laborales actuales involucran modelos de producción y prestación de servicios con características de trabajo aceleradas e intensificadas. Los modelos determinan el aumento de la productividad, mediante la combinación del ritmo de trabajo, de la carga de responsabilidad y de la reducción de los intervalos de descanso en la jornada de trabajo. Esos hechos pueden llevar a la tendencia progresiva de riesgos ocupacionales, lo que puede originar efectos crónicos a la salud de los trabajadores. En este sentido, la jornada de trabajo constituye una dimensión importante en la calidad de empleo, influyendo en la seguridad y salud del trabajador, en los aspectos personales y familiares, y también en la organización laboral dentro de la institución. (OIT, 2009)

Así mismo, la jornada de trabajo puede convertirse en un elemento que propicia desgaste y sufrimiento al trabajador; cuando el contexto organizacional causa sufrimiento, el individuo busca desarrollar mecanismos de defensa para intentar disminuirlo. Sin embargo, cuando hay intensificación de conflictos y el trabajador entra en estancamiento con la organización, no más logrando dar salida a los deseos y procesos creativos/ incentivos, acabará adoleciendo y los ambientes de las organizaciones pueden volverse estresantes a los trabajadores. Por otra parte, el trabajo es una forma de ser del hombre y es posible sí que obtenga remuneración y satisfacción a través de su trabajo, evitando o amenizando situaciones de estrés.(Rotenberg L., 2004)

Para esto es importante saber y conocer los signos y síntomas del estrés, y como puede estar influyendo en nuestro trabajo. El estrés puede ser agudo o crónico, y las consecuencias de altos niveles de estrés crónico son percibidas por el ausentismo, caída de productividad, desmotivación, dificultades interpersonales, enfermedades físicas variadas, depresión, ansiedad e infelicidad en la esfera personal. En la esfera del trabajo, las consecuencias del estrés pueden incluir además falta de ánimo, falta de involucramiento con el trabajo y la organización, faltas y atrasos frecuentes, exceso de visitas al ambulatorio médico y farmacodependencia(Sadir, M y Col., 2010).

Se deben reconocer inmediatamente las consecuencias producidas por el estrés en los trabajadores. En el trabajo de enfermería, la preocupación con el sufrimiento y el placer de estos profesionales surge con cuestionamientos relativos a la manera como logran soportar situaciones

desgastantes, principalmente debido al constante convivio con el sufrimiento, dolor, muerte y tantos otros sentimientos y reacciones desencadenadas por el proceso de enfermedad. La enfermería se tiene dedicado a asistir al ser humano y, para eso, adquiere conocimientos y principios científicos y fundamentan su práctica. Sin embargo, las condiciones de trabajo de los enfermeros se reflejan en desgaste físico y emocional. Paralelamente, se observó que la experiencia de estrés es multifacética, existiendo una amplitud razonable de dimensiones que pueden contribuir a los problemas laborales de los enfermeros. (Santos, J y Col., 2009)

Se deben visibilizar las problemáticas laborales para incluir estrategias dirigidas a mejorar tanto la relación enfermero paciente, como las estrategias que ayude a los trabajadores a controlar el estrés en el temor a cometer errores. Enfermeros estresados están más susceptibles a la ocurrencia de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y pueden además desarrollar sus actividades de forma ineficiente, resultando ciertamente en consecuencias negativas al individuo y/o a la población asistida. Se añade a esta problemática la cuestión de la alta carga horaria que los trabajadores del área de la salud, incluso los de enfermería, suelen llevar a cabo, haciéndoles trabajar de forma excesiva. (Moustaka, E y Col., 2010)

Es importante respetar tanto la carga horaria como los días de descanso del personal, para evitar el agotamiento y los errores que comúnmente suelen suceder. El exceso de trabajo parece favorecer enfermedades mentales y/o físicas en trabajadores del área de la salud, además de facilitar la ocurrencia de ausentismos, accidentes de trabajo, agotamiento, sobrecarga laboral y ausencia de ocio. Enfermeros, a fin de superar las adversidades de su trabajo, buscan motivación, como el dinero y el conocimiento, para seguir una doble jornada laboral, desafiando los factores extrínsecos e intrínsecos que surgen constantemente. (Robazzi, M y Col., 2002.)

## **TURNICIDAD**

Las condiciones de trabajo constituyen un determinante muy directo del estado de salud de las personas. La aparición de enfermedades profesionales o de accidentes de trabajo está en íntima relación con las condiciones de riesgo en que se desarrollan las actividades laborales, por lo que al planificar la vigilancia de la salud de los trabajadores debe tenerse en cuenta todas aquellas circunstancias que entrañen un riesgo para la salud psicofísica en el sentido más amplio y que puedan influir en la aparición de una enfermedad profesional o accidente de trabajo. Los horarios de trabajo, especialmente los trabajos a turnos y nocturnos, suponen una agravante directa sobre las condiciones de riesgo laboral preexistentes por dos motivos: en primer lugar porque aumentan las posibilidades de exposición a agentes físicos, químicos o biológicos por el aumento del horario

de trabajo porque: No todos los sistemas organizativos del trabajo a turnos tienen el mismo número de horas. Generalmente cuando se alternan cuatro turnos (trabajando fines de semana y festivos), el turno de noche suele tener 10 horas y el de mañana 7; Muchos trabajadores a turnos o nocturnos desempeñan más de un trabajo y ello aumenta el riesgo de exposición; Ciertos sistemas metabólicos regulados por los ritmos circadianos pueden sufrir aceleraciones o desaceleraciones de sus procesos bioquímicos y puede ocurrir que aumente la posibilidad de intoxicación frente a ciertos tóxicos o que disminuya la capacidad de desintoxicación de algunos órganos. El segundo motivo es el aumento de la fatiga por la sobrecarga de trabajo, lo convierte a la persona en más vulnerable a la enfermedad o el accidente de trabajo. Cada vez se evidencian más casos de trastornos neuropsiquiátricos, en especial alteraciones del sueño, problemas cardiovasculares, digestivos, endocrinológicos, ginecológicos o reproductivos, así como también mayor incidencia en tumores y accidentes laborales; otra problemática con mucha importancia es la referida a las relaciones familiares y sociales de los empleados. (Jimenez Luque, J., 2011)

Según la OIT, en el año 2000 el 20% de los trabajadores de la UE trabajó en un sistema a turnos, afectando a uno de cada cinco trabajadores del sector secundario y a uno de cada seis del sector servicios. De acuerdo con la directiva del Consejo de la CEE (93/104/CEE) sobre descanso, trabajo nocturno y por turnos, se entiende:

**Período nocturno:** todo período no inferior a siete horas, definido por la legislación nacional, y que deberá incluir el intervalo comprendido entre las 24 y las 5 horas.

**Trabajador nocturno:** Todo trabajador que realice durante el período nocturno una parte no inferior a tres horas de su tiempo de trabajo diario.

**Trabajo por turnos:** toda forma de organización del trabajo en equipo por la que los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, y que podrá ser continuo o discontinuo, implicando para los trabajadores la necesidad de realizar un trabajo en distintas horas a lo largo de un periodo dado de días o semanas.

**Trabajador por turnos:** todo trabajador cuyo horario de trabajo se ajusta a un régimen de trabajo por turnos.

Categorizando a la organización del trabajo mediante la sucesión de equipos se pueden encontrar:  
**discontinua:** como mínimo dos turnos, interrupción del trabajo al final del día y durante el fin de

semana; **Semicontinua**: como mínimo tres turnos, el trabajo se interrumpe durante el fin de semana; **Continua**: más de tres turnos que se relevan sin interrupción las noches y los fines de semana durante los 365 días del año. Las categorías según que los turnos sean: **fijos**: con trabajo nocturno permanente en caso de modalidad continua o semicontinua; **Alternados**: los parámetros de organización de los turnos adoptan valores muy diversos; **Partidos**: trabajo a horas punta de la mañana y la tarde como refuerzos (los conductores de autobuses, por ejemplo). Según la cadencia en el cambio de turno, podemos hablar de tres tipos de trabajos a turnos: **turno largo (lento)**: los cambios de turno se hacen con una frecuencia semanal (5-7 días); **Turno ultralargo (ultralento)**: los cambios de turnos se hacen con una frecuencia mayor a la semanal; **Turno corto (rápido)**: estos cambios ocurren con una frecuencia menor a la semanal. Por último, en el caso de los turnos rotatorios, según cómo se sucedan los horarios, podemos hablar de: **turnos anterógrados**: al horario de mañanas siguen las tardes, a éstas las noches y a éstas últimas las mañanas; **Turnos retrógrados**: de las noches se pasa a las tardes, de las tardes a las mañanas y de las mañanas a las noches (implican menor descanso dentro del ciclo, pero mayor entre los ciclos). (Jimenez Luque, J., 2011)

## COMUNICACIÓN

el acto de comunicar es un proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente (emisor) a un receptor, mediante el cual se transfiere una idea de modificar su comportamiento, generando un proceso de retroalimentación o feedback, que posibilite influencias reciprocas. El feedback es la información devuelta por el receptor al emisor sobre su propia comunicación en contenido, interpretación o sus consecuencias en la interlocución. Este intercambio se realizará mediante se utilicen los códigos similares para ambos y mediante un canal, en este caso oral auditivo, que es quien transmite la información. El código es un conjunto de claves, lenguaje, señales, etc. Que sirven para transmitir información o ideas que constituyan el mensaje, otro de los elementos importantes para que la comunicación fluya, son el contexto, los ruidos y los filtros. A saber, el contexto depende de la interpretación que tenga el receptor del mensaje, también de como ejercen los roles el emisor y el receptor; los ruidos son todas las alteraciones físicas que se producen durante la transmisión del mensaje y los filtros, hacen referencia a las barreras mentales que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, etc., tanto del emisor como del receptor. (Van-der, C; Hofstadt, R, 2006)

La comunicación en enfermería: los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica, la cual se establece a través del dialogo y la escucha. Por lo tanto es necesario que el

profesional de enfermería sea capaz de comunicar adecuadamente y entablar relaciones acertadas dentro del contexto sanitario. A pesar de esto existen problemas actuales dentro del sistema de salud, en relación a la comunicación, uno de ellos es referido a las quejas que presentan los pacientes y sus familiares, que no se les presta la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen para su explicación, otra de las quejas es que no reciben la respuestas satisfactorias a sus inquietudes que no participan en las decisiones del tratamiento, otras veces no entienden las explicaciones que se les han dado sobre su enfermedad o sobre las pautas terapéuticas a seguir; todo esto habla de la falta de comunicación que presentan los profesionales de la salud. Para esto es importante, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, fomentando la satisfacción del paciente, la confianza absoluta y la mejorando los resultados del tratamiento y así reducir riesgo de una mala práctica profesional.(Van-der, C; Hofstadt, R, 2006)

Las relaciones interpersonales, las enfermeras tienen directa relación con los pacientes, los familiares, y con sus compañeros. Estas relaciones se establecen dependen de la percepción social, que es el proceso por el cual se pretende conocer y comprender a las personas. Muchas veces, el personal de enfermería hace una primera impresión ya sea positiva o negativa, de una persona, sin conocerla y actúa de acuerdo a esa impresión. La percepción social permite conocer a las personas con sus características, sus cualidades y estados internos, no solo por primeras impresiones o por lo que se cree saber de las personas sin antes conocerlas. (Van-der, C; Hofstadt, R, 2006)

Tipos de comunicación: se divide generalmente en comunicación verbal palabras (habladas o escritas) y la no verbal (gestos). Para la comunicación verbal, se necesita para la transmisión del mensaje, la palabra hablada o escrita, directa (oral) o indirecta (informes, boletines, rumores, etc.) El habla es la forma más común de transmitir verbalmente un significado, generalmente va combinado con signos no verbales, tanto el tono de voz junto con las expresiones pueden comunicar más eficazmente ideas y sentimientos, también influyen el volumen, la altura, la velocidad, la enunciación y la resonancia de la voz, del que habla incluyendo en la facilidad para entender el mensaje. La comunicación escrita debe ser clara, precisa, completa y correcta. Para que la comunicación verbal sea eficaz se deben tener en cuenta los siguientes principios: la simplicidad, la claridad, el momento y la pertinencia, la adaptabilidad y la credibilidad. Para la comunicación no verbal, el lenguaje que predomina es el corporal y también los sentimientos que le emisor experimenta en la comunicación, se realiza a través del tono de la voz, la mirada, la apariencia física, la postura, la marcha, la expresión facial y la expresión corporal, lo que se hace tiene tanto significado como lo que se expresa verbalmente. Dentro de la comunicación no verbal se incluye al silencio. Silencio de no atención, no mira a la cara al que habla, o finge estar en otra

actividad como leer hacer algo manual, o mirar fijo a otro lado. Silencio de bienvenida, la persona que se muestra inquieta angustiada, quiere hablar pero tiene miedo de hacerlo. Silencio reflexivo, la expresión facial y corporal nos dice que aunque en silencio la persona medita con atención lo que se le está diciendo o se la ha dicho. (Fuenmayor, K, 2003)

**Redes de comunicación:** definen los canales por los cuales fluye la información. Los canales pueden ser formales o informales. Los formales son verticales siguiendo la cadena de autoridad y limitadas con las circunstancias de las tareas empresariales. Las redes informales se dan espontáneamente y en el ámbito de las relaciones cotidianas dentro de la organización vinculan a sus integrantes obedeciendo solamente empatía natural que entre ellos se generan, independientemente del cargo de la posición que ocupen. Una red formal suele presentar 3 formas: Cadena: Sigue rígidamente la cadena formal de mando, se pueden transmitir mensajes sencillos, poco aconsejado por poca flexibilidad. Otro sistema sencillo de transmisión es el de Y, es también rápido y fiable con poca satisfacción para aquellos miembros del equipo que se encuentran más en la periferia. Rueda/Círculo: se apoya en el líder para actuar como conducto central para todas las comunicaciones del grupo. Es un sistema más lento e inexacto, ya que no existe comunicación entre cada uno de los receptores de la información, no hay un coordinador, pero si es bueno por la flexibilidad que existe en la resolución de los problemas. Todo canal: toda la red canal permite que todos los miembros del grupo se comuniquen de forma activa unos con otros, es más adecuado si se busca una mayor satisfacción. (Fuenmayor, K, 2003)

**Comunicación organizacional:** existen diferentes canales de comunicación, la comunicación vertical, que se da entre diferentes niveles de jerarquías: descendente/ascendente, y la comunicación horizontal, que se establece en el mismo nivel de jerarquía. Comunicación descendente: sirve para transmitir la información de un nivel jerárquico superior de la empresa a un nivel inferior de la misma y así sucesivamente. Transmite información relacionada con el trabajo para facilitar la coordinación entre los diferentes niveles jerárquicos, mantiene informados a los miembros de la organización proporcionando información sobre los que se ha de hacer, como se ha de hacer y lo que se espera de ellos. Comunicación ascendente: sirve para transmitir la información de un nivel jerárquico inferior hacia un nivel jerárquico superior. Las formas de comunicación ascendente son las discusiones cara a cara, las políticas de puertas abiertas, reuniones con la plantilla, agrupaciones de fuerza expertos para realizar tareas, informes escritos, evaluaciones de actitud, procedimientos para expresar quejas, entrevistas, estudios de actitudes, buzón de sugerencias, la cadena de autoridad, los informadores, los rumores la dirección participativa. Comunicación horizontal: se establece entre departamentos o personal del mismo

nivel dentro de la jerarquía de una organización y se utiliza con frecuencia para la coordinación de actividades. Es importante porque permite el funcionamiento de equipos de trabajo eficaces. La comunicación horizontal puede contener aspectos emocionales y subjetivos, cuando la comunicación dentro de la organización no sigue los caminos establecidos por la estructura se dice que es la comunicación informal y comprende toda la información no oficial que fluye entre los grupos que componen la organización. Las reuniones de equipo, las conferencias y los pases de información de enfermería en los turnos de trabajo son los medios utilizados para facilitar la comunicación horizontal. Comunicación informal: el rumor, se puede definir como una voz que corre entre el público o el grupo. La función del rumor es la de actuar como barómetro de una situación concreta, actuar como un elemento persuasivo para la toma de decisiones, o como función gratificante para las personas que la provocan. Los rumores generalmente se producen por una falta de comunicación. Cuando la gente cree que no está todo dicho, aportan sus razones o ideas. También pueden provocar una incompreensión en cualquier de los caminos de la comunicación o por prejuicios y opiniones personales de los que escuchan. (Fuenmayor, K, 2003)

### **CARACTERÍSTICAS Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA**

Los servicios de neonatología deben reunir ciertas condiciones y organización para elevar la calidad de la atención al neonato, deben estar integrados por personal calificado y con experiencia, tener una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una buena tecnología. Estas unidades deben presentar los requisitos siguientes: Recursos humanos, médicos, enfermeros, técnicos radiólogos, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, técnicos en electromedicina, psicólogos, auxiliares generales, etc. Equipamiento, como cunas, incubadoras, con sistema de humidificación, servocunas, monitores, ventiladores, bombas de infusión continua, lámparas de fototerapia, etc. Y demás equipos necesarios para el tratamiento o el control de los pacientes. El servicio debe estar cerca de la sala de partos, con sistema de iluminación adecuada, el sistema de climatización apropiado (entre 25 y 28 °C), las paredes deben tener colores claros, las salas deben estar divididas en salas (UTI, cuidados intermedios, y sala de aislamiento para pacientes infectados); deben contener áreas como farmacia, office de enfermería, un vestuario para el personal, una sala de informes médicos, una residencia para madres, etc. La sala en general debe tener una distancia de 6 m<sup>2</sup> por cada paciente, deben tener lavamanos en la entrada del servicio, y dentro de cada sala, debe tener un lavamanos por cada 6 camas, debe contar con un sistema de filtro y sellado correcto de ventanas, para evitar las corrientes de aires externas. Debe tener un área de extracción y almacenamiento de leche materna, un sistema de comunicación interna y externa para coordinar la recepción y o traslado de pacientes. (Castro Lopez, F; y Col., 2007)

El papel de enfermería en neonatología se fue desarrollando a medida que ha aumentado la necesidad de cuidados especializados en neonatos de riesgo. El personal de enfermería del servicio de neonatología debe ser calificado y con excelente formación profesional. La evolución del paciente depende más de la observación constante del personal de enfermería que los equipamientos y monitores. La relación enfermera paciente debe ser: Recién nacido crítico 1/1; Recién nacido grave 1/2; Recién nacido de cuidado 1/4. Para esto es necesario que la enfermera neonatal tenga que intervenir en el cuidado continuo del paciente que presente un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, fundamentalmente los ingresados en las unidades de cuidados específicos neonatales, deben seguir un plan de cuidados los cuales tienen 3 etapas: la valoración, que es la recopilación de datos de historia clínica y la realización detallada del examen físico, valorando integralmente al recién nacido que incluye el tiempo de gestación, grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo, antes durante y después del parto. Adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones. Todo esto sirve para identificar las necesidades afectadas en el recién nacido, estableciendo prioridades para realizar diagnósticos tempranos para contrarrestar las necesidades afectadas al nivel fisiológico, psicológico, socioculturales y de desarrollo para mejorar la adaptación a la vida extrauterina. La intervención, es a partir del conocimiento de las necesidades afectadas y teniendo en cuenta las prioridades del neonato, formular los diagnósticos de enfermería en base a plan de cuidados, los objetivos principales, son conservar la vida del neonato, disminuir procesos agresivos, aplicar cuidados integrales, cumplir con el tratamiento médico, e interactuar con los familiares del neonato. Evaluación, es la etapa final del proceso, en el cual enfermería evalúa la efectividad del tratamiento, y el grado en el que se alcanzaron los objetivos para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar.(Castro Lopez, F; y Col., 2007)

### **Tipo de estudio:**

Se realizará un estudio a través de un abordaje metodológico cuantitativo, el tipo de estudio será descriptivo, transversal y prospectivo. Se realizara durante el primer semestre del año de 2020.

Según la secuencia del estudio será transversal, ya que se medirán las variables una única vez.

Según el análisis de los resultados será descriptivo, evidenciando o no el cumplimiento del protocolo de intervención mínima de médicos y enfermeros de una sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria.

Según el tiempo de ocurrencia será prospectivo, ya que se registrará la información según van ocurriendo los hechos.

### **Sitio y contexto**

Se realizó una guía de relevamiento de datos, se realizó un listado de preguntas dirigidas al jefe de la sala de neonatología, para conocer si existen las variables en estudio y para saber si se encuentra la población apropiada para realizar la investigación.(Ver Anexo I)

Luego de revisar los resultados de la guía, se eligió la sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria, ya que es la única que presenta la población en estudio, las características adecuadas para evaluar el cumplimiento del protocolo de intervención mínima y también se encuentran las variables que se quieren medir, que responden a los criterios de elegibilidad. (Ver **Anexo III**)

La sala en estudio cuenta con 27 unidades, tres salas, una de terapia intensiva, otra de cuidados intermedios y otra de cuidados mínimos, cada una posee 9 unidades, cuenta con tecnología avanzada en monitores multiparamétricos, incubadoras con microclima, balanza, servocunas, balanzas digitales para las incubadoras que no poseen balanzas, ventiladores varios, bombas para infusión continua y bombas empuja jeringas.

Mediante regionalización provincial y municipal, se caracteriza por recibir a los neonatos prematuros extremos, de menos de 32 semanas de gestación y/o menores de 1.500 gramos.

Los profesionales que trabajan actualmente en las 3 salas, aproximadamente 22 médicos pediatras con especialidad en neonatología, 4 residentes en formación de neonatología; Hay 55 enfermeros, de los cuales 2 son Magister, 10 Licenciados, 39 enfermeros profesionales (aproximadamente 10 en formación para la licenciatura en enfermería), y 3 auxiliares en enfermería que solo se encuentran en la sala de cuidados mínimos; 1 Lic. en kinesiología y fisioterapia.

### **Población y muestra:**

Está conformada por 46 enfermeros, médicos y residentes de neonatología. Se tomará la población total de los mismos. De los cuales serán, 15 médicos pediatras especialistas en neonatología, 4 residentes de neonatología, y 40 enfermeros (Mg, Lic., y enfermeros profesionales).

La **unidad de análisis**: será cada uno de los médicos, residentes y enfermeros de la sala de unidad de cuidados intensivos de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria. Aproximadamente 65 personas, que reúnen los siguientes **criterios de inclusión**: médicos de staff, médicos de guardia, residentes de neonatología, y enfermeros que estén capacitados para la atención en la sala de Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Y como **Criterios de exclusión**: personal de nuevo ingreso, auxiliares de enfermería, el jefe médico y jefe y sub-jefa de enfermería.

No se necesitará la ayuda de un personal para la recolección de datos.

En cuanto a la **Validez externa**, los resultados que surjan de esta investigación, solo se podrán aplicar en una sala con las mismas características ( Neonatología 3 B) y la misma población en

estudio, en la ciudad de Rosario, es la única sala que tiene estas características, siendo así que, los resultados no se podrán generalizar con las demás salas de neonatología de instituciones públicas y o privadas de la ciudad.

### **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:**

Para la Variable Protocolo de Intervención Mínima, se utilizará como técnica la observación y como instrumento la lista de control sobre el protocolo de intervención mínima, dicho instrumento posee 31 ítems, con opción de respuesta dicotómica para marcar la opción correcta y una columna con observaciones, para anotaciones en cuanto a errores u omisiones del protocolo.

Para la Variable Características Laborales, la dimensión situación contractual y carga horaria, se utilizará como técnica una encuesta, sobre situación contractual y carga horaria; Y el instrumento será un cuestionario, que cuenta con 9 preguntas con opciones de respuesta dicotómica, el cual deberá ser completado con fecha del día y nombre. La respuesta correcta deberá marcarse con una X.

Para la variable organización del trabajo la técnica será la observación como Instrumento, una lista de control de los medios de comunicación y los modos o diseño de las tareas con opción de respuesta dicotómica y una columna de observaciones para anotaciones de importancia para el entrevistador.

Para la dimensión Medios de Comunicación, se realizará una lista de control, que cuenta con 5 ítems para observar el cuaderno de novedades, las historias clínicas y el report de enfermería.

Para la dimensión Modo o diseño de tareas, se realizará una lista de control, que cuenta con 6 ítems en relación a las tareas en la atención del paciente y las rutinas del servicio en general.

Para la dimensión Relaciones Interpersonales, la técnica que se utilizará será una encuesta sobre las relaciones interpersonales, el instrumento será una escala de opiniones y actitudes, la cual cuenta con 4 ítems de preguntas con opción de respuesta de escala de opiniones y actitudes. **(Ver Anexo II)**

Para evaluar la validez interna de los instrumentos se realizó una prueba piloto de los mismos en la sala 2 de neonatología, la cual es de menor complejidad, pero que cuenta con similares características en cuanto a la población y el sitio en estudio. Se aplicó en 3 personas, y que se realizó el día 4/11/2019 en la sala 2 de cuidados intermedios, en función de este control se obtuvo el siguiente resultado **(Ver Anexo IV)**

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:**

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	SUBDIMENSION	INDICADORES
<p><b><i>CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MÍNIMA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS EXTREMOS.</i></b></p> <p><b>*Tipo: cualitativa compleja.</b></p> <p><b>*Función: dependiente.</b></p>	<p>El protocolo de intervención mínima incluye intervenciones dirigidas al control de los estímulos externos, como son las luces y los ruidos ambientales y así optimizar el entorno en el que se desarrolla.</p>	<p><b>D 1</b></p> <p><b>*Control ambiental de la unidad neonatal.</b></p> <p><b><i>-Control de ruidos:</i></b></p>		<p>-Control general: Bajar el volumen de las alarmas (tener de preferencia sistemas de alarmas luminosas)</p> <p>-Disminuir sonido de teléfonos, impresoras y retirar radios.</p> <p>-Limitar las conversaciones cerca de las unidades.</p> <p>-Propiciar el acercamiento silencioso del equipo de salud u otras personas a las incubadoras.</p>

<p><b>*Escala de medición: nominal.</b></p>		<p><b>D 2</b></p> <p><i>*Utilización de medidores de decibeles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción cuidadosa del flujo de oxígeno en altas concentraciones.</li> <li>-Propiciar la conducta organizada y adaptada del neonato:</li> <li>-Favorecer el sueño del paciente entre las horas de alimentación.</li> <li>-Implementar horarios de quietud y agrupar cuidados del equipo de salud.</li> <li>-Hablarle con voz suave al neonato, no despertarlo y no interrumpir el sueño profundo.</li> <li>-Disminuir los ruidos externos como alarmas teléfono e impresoras y prescindir de radios.</li> <li>-Facilitar la transición gradual del sueño a la vigilia hablándole suavemente antes de iniciar alguna intervención.</li> <li>-Incluir a la familia en el cuidado con las recomendaciones respectivas.</li> </ul> <p>Rojo: cuando superan los límites de ruido establecidos.</p>
---	--	--	--

		<p>(Asociación Americana de Pediatría determinó los niveles de sonido por debajo de 40 de día y 35 de noche).</p> <p><b>D 3</b>  <u>*Control en incubadoras:</u></p>	<p>-Amarillo: justo antes de superar el límite.          -Verde: decibeles adecuados.</p> <p>-Monitorear el nivel de ruido dentro de las incubadoras.          -Cerrar la incubadora con suavidad y abrir y cerrar las portezuelas de manera cuidadosa.          -Brindar mantenimiento a las incubadoras, los equipos y la tecnología médica (ventiladores, nebulizadores, monitores, etc.) al menos cada seis meses          -Remover equipamiento ruidoso del ambiente de la incubadora.          -Vaciar agua residual de los nebulizadores, ventiladores, etc.          -Usar doble grosor en las ventanas a fin de evitar que el ruido externo penetre al área          -Cubrir las paredes de la incubadora con el cobertor para disminuir la exposición a la luz y disminuir</p>
--	--	--	--

		<p><b>D 4</b>  <u>*Control de la luminosidad adecuada</u>  (A Asociación Americana de pediatría) recomendó iluminación no superior a 60 lúmenes.</p>	<p>pérdidas por radiación.</p> <p>-En las manipulaciones en las que se precise alta intensidad lumínica se taparán los ojos del niño.  -Evitar luces intensas y brillantes. (Los niveles recomendados de iluminación en UCIN donde haya grandes prematuros deberían ser entre 1-60 lux en la cuna o incubadora (los menores de 30 semanas deberían estar a menos de 20 lux)).  -En caso de luminoterapia colocar boxes para evitar que la luz se propague a otras incubadoras</p> <p>-Mantener la unidad con una temperatura entre 22 y 25 grados y la humedad entre el 30 y el 60% para que el RN se encuentre en la zona de confort, configurar alarmas, si se detecta algún cambio brusco, especialmente en la temperatura.</p>
		<p><b>D 5</b>  <u>*Humedad y temperatura de la incubadora</u></p>	

				<p>-Monitorizar la T<sup>a</sup> central (axilar o rectal) según orden médica con termómetro digital.</p> <p>-Monitorización de la T<sup>a</sup> periférica (cutánea) de forma continua con sensor cutáneo de la incubadora.</p> <p>-Procurar realizar todos los procedimientos dentro de la incubadora con el portón frontal cerrado, si no es así activar la cortina de aire y/o subir la temperatura de ésta 0,5-1°C para evitar enfriamientos y tapar toda la superficie corporal posible.</p> <p>-El calentamiento del prematuro debe ser lento y progresivo para mantener la temperatura del RN entre 36,5 y 37°C.</p> <p>-Mantener selladores plásticos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren.</p> <p>-Programar la temperatura del</p>
--	--	--	--	---

				<p>calentador en el respirador a 37 (para cánulas) / 39°C (para TOT, tubo orotraqueal) y vigilar el nivel de agua.</p> <p>-Los gases administrados deben estar húmedos y calientes.</p> <p>-Utilizar siempre material atemperado (leche, medicación, etc.), unavez cargado, colocándolodentro de la incubadora al menos 20 minutos antes. (Medicación termolábil).</p>
<p><b><i>CARACTERÍSTICAS LABORALES</i></b></p> <p><b>*Tipo:</b> cualitativa simple</p> <p><b>*Función:</b> independiente</p> <p><b>*Escala de medición:</b> nominal</p>		<p><b>D 1</b> *Situación contractual</p> <p><b>D 2</b> *Carga horaria diaria</p> <p><b>D 3</b> *Turnicidad</p>		<p>-Planta permanente</p> <p>-Contrato transitorio</p> <p>-Monotributista</p> <p>-6 horas</p> <p>-Más de 6 horas</p> <p>-Mañana</p> <p>-Tarde</p> <p>-Noche</p> <p>-Rotativo</p>
<p><b><i>ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO</i></b></p> <p><b>*Tipo:</b> cualitativa compleja</p>	<p>Engloba el conjunto de aspectos que determinan en un sentido amplio el trabajo a realizar, la forma de realizarlo y algunas de las condiciones en que se realiza.</p>	<p><b>D 1</b></p> <p><b>*Medios Comunicación</b></p> <p><b>-Formal</b></p>	<p>ASCENDENTE</p> <p>DESCENDENTE</p>	<p><b>Cuaderno de novedades</b></p> <p>-Notas de la jefa de enfermería o de la supervisora de enfermería, sobre decisiones, y directivas para el personal de enfermería.</p> <p>-Notas del personal de</p>

<p><b>*Función: independiente.</b>  <b>*Escala de medición: ordinal.</b></p>	<p>Son factores relacionados con la organización del trabajo aspectos como los sistemas de producción, el diseño de las tareas, la comunicación, las relaciones entre compañeros y los niveles de apoyo social, los estilos de mando, el contenido del trabajo, la capacidad de iniciativa y control, los niveles de carga y los ritmos.</p>	<p><b>-Informal</b></p> <p><b>D 2</b></p> <p><b>*Modo o diseño de tareas</b></p> <p><b>*Cuidado integral del paciente.</b></p>	<p>HORIZONTAL</p>	<p>enfermería hacia la jefa y/o supervisora de enfermería.</p> <p>-Pases de guardias entre colegas enfermeros al pie de la incubadora.</p> <p><b>-Historias clínicas</b>  No están al alcance de enfermería, están en la sala de médicos.</p> <p><b>-Report de enfermería</b>  Presentan las novedades o cambios más relevantes del turno.</p> <p>-Charla entre colegas  -Mensajes por celular o por redes sociales.</p> <p>-Control de indicaciones  -Control de signos vitales  -Administración de medicamentos.  -Recolección de muestras para laboratorio.  -Cuidados pre y postquirúrgico.  Cuidado pre y post mortem.  -Prevención y control de infecciones.</p>
--	--	--	-------------------	--

		<p>*Rutinas por turno.</p> <p><b>D 3</b> *Relaciones interpersonales</p>	<p>-Higiene y confort del paciente. Acondicionamiento de las unidades. -Alimentación Educación en lactancia materna.</p> <p>-Turno 6/12 Cambio de indicaciones. -Turno 12/18 Cambio de tubuladuras de ventiladores y aspirativos. -Turno 18/24 Cambio de nutriciones parenterales. -Turno 0/6 -Control de peso y cierre de balances totales.</p> <p>-Establece relaciones empáticas con los colegas. -Manifiesta solidaridad con sus colegas. -Propicia un clima de equidad, confianza y respeto con los colegas.</p>
--	--	--	---

### **Plan de análisis:**

La variable **Cumplimiento del Protocolo de Intervención Mínima**, consta de 5 dimensiones, con 30 ítems y, de una lista de control.

*Lacodificación* será, las respuestas SI representadas por el número 1 y las respuestas NO serán representadas por el número 2.

La escala de medición para reconstituir la variable:

- 1-15 No cumple con el protocolo de intervención mínima
- 16 a 30 cumple con el protocolo de intervención mínima.

Se aplicará estadística descriptiva, se utilizará medidas de tendencia central y serán representados en gráficos de torta los porcentajes para su interpretación.

La variable **Características Laborales**, consta de 3 dimensiones con 9 preguntas cerradas con opción de respuesta dicotómica, donde se representaran según su **situación contractual**, según la **carga horaria** y según el **tuno** que realizan, los resultados evidenciaran cuantos están en planta permanente, cuantos en situación de contrato y cuantos son monotributistas, también se verá cuantos trabajan más de 6 horas, y cuantos hacen horarios rotativos, o cuantos con horarios fijos.

Las respuestas SI serán representadas con el número 1, y las respuestas NO, serán representadas con el número 2

Los resultados se volcaran en tablas, representadas en gráficos de torta, con sus respuestas en porcentajes para su interpretación.

La variable **Organización del trabajo**, consta de 3 dimensiones, de las cuales la **Dimensión comunicación**, tiene sub-dimensiones, divididas en **formal o informal**, con 9 ítems, de una lista de observación

Los resultados serán: del total de ítems SI obtenidos.

- 1-4 informal
- 5-9 formal

El puntaje mínimo será de 1 y el máximo de 9.

Las respuestas SI serán representadas con el número 1 y las respuestas NO serán representadas con el número 2.

Se aplicará estadística descriptiva, se utilizará medidas de tendencia central y serán representados en gráficos de torta los porcentajes para su interpretación.

La **dimensión**, modo o diseño de las tareas, está representada en 15 ítems de lista de control, los resultados serán: si cumplen o no las **tareas asignadas por turnos** y las **tareas rutinarias** del cuidado del paciente,

Las respuestas SI, serán representadas con el número 1, y las respuestas NO, serán representadas con el número 2.

La escala de medición para reconstituir la variable será:

- Del 1 al 6 no cumplen
- Del 7 al 15 cumplen.

La **dimensión**, relaciones interpersonales, es mediante una tabla de opiniones y actitudes, con 4 ítems, evidenciando si las **relaciones personales** son buenas, malas o regulares.

Puntuando en:

- De 1-3 Siempre
- 2 Casi Siempre
- 0 Nunca.

Los resultados se volcaran en tablas, representadas en gráficos de torta, con sus respuestas en porcentajes, para su interpretación.

Para las variables mencionadas, se utilizará una escala de medición nominal, ya que se quiere demostrar cómo influyen las variables independientes simples y complejas, sobre la variable dependiente compleja, se aplicará estadística descriptiva aplicando medidas de tendencia central, agregando porcentajes obtenidos, los cuales serán representados a través de por lo menos 3 cuadros de doble entrada, entrecruzando los porcentajes obtenidos de las variables simples (características laborales) y complejas independientes (organización del trabajo), con la variable dependiente compleja (cumplimiento del protocolo de intervención mínima). Los porcentajes serán representados a través de un gráfico de torta la y la distribución de las frecuencias será volcada a través de un histograma.

### **Plan de trabajo y cronograma de actividades**

	Ene 2020	Feb 2020	Mar 2020	Abr 2020	May 2020	Jun 2020	Jul 2020	Ago 2020	Sep 2020	Oct 2020
Recolección de datos						X	X	X	X	X
Análisis y Procesamiento de los datos										X
Implementación de pruebas e intervenciones										X
Evaluación final										X
Publicación										X

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Guía de relevamiento de datos para la selección del sitio**

¿Se autoriza para la siguiente recolección de datos?

Si la respuesta es sí...

Se realizaran las siguientes preguntas al jefe de enfermeros de la sala

- 1- ¿Cuántas camas tiene la sala de neonatología de terapia intensiva?
- 2- ¿Cuántos profesionales médicos tiene la sala de neonatología?
- 3- ¿Cuántos residentes de neonatología hay en la sala?
- 4- ¿Cuántos profesionales de enfermería tiene el servicio?
- 5- ¿Cuántos son licenciados, cuantos enfermeros profesionales y cuantos auxiliares?
- 6- ¿Cuáles de ellos, sean licenciados o no, están capacitados para la atención de pacientes internados en terapia intensiva neonatal?
- 7- ¿Qué características tiene, según la regionalización, la sala de neonatología, en cuanto a los ingresos y o derivaciones?
- 8- ¿Qué número de nacimientos de prematuros extremos tiene la sala de neonatología?
- 9- ¿Existen protocolos en el servicio de neonatología?
- 10- ¿Se implementan?
- 11- ¿Se realizan actualizaciones de los mismos?
- 12- ¿Cada cuánto se actualizan?
- 13- ¿Quién es el encargado de actualizarlos?

14- El personal de enfermería ¿recibe capacitaciones por parte del servicio?

15- ¿Con que frecuencia?



FACULTAD  
DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica  
que..... MENSEGUEZ, LILIAN ANDREA .....

.....  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus  
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los..... 4 de NOVIEMBRE DE 2019 .....

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

*Lic. Victor M. Rojas*  
Mat. 1915  
Enf. Jefe a/c Neonatología  
Hosp. Esc. Eva Perón

## ANEXO II

### CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MÍNIMA

#### DIMENSION: CONTROL AMBIENTAL DE LA UNIDAD NEONATAL. CONTROL DE RUIDOS

*Instructivo:* tildar según corresponda, siguiendo la lista de control.

**Técnica:** Observación

**Instrumento:** Lista de control

	SI	NO	OBSERVACIONES
-Control general: ¿Baja el volumen de las alarmas?			
- ¿Disminuye el sonido de teléfonos, impresoras y de radios?			
- ¿Limita las conversaciones cerca de las unidades?			
- ¿Propicia el acercamiento silencioso del equipo de salud u otras personas a las incubadoras?			
- ¿Reduce del flujo de oxígeno en altas concentraciones?			
- ¿Propicia la conducta organizada y adaptada del neonato?			
- ¿Favorece el sueño del paciente entre las horas de alimentación?			
- ¿Implementa horarios de quietud y agrupa los cuidados del equipo de salud?			
- ¿Habla con voz suave al neonato, sin despertarlo y sin interrumpir el sueño profundo?			
-¿Incluye a la familia en el cuidado con las recomendaciones respectivas?			

## DIMENSION 2:UTILIZACIÓN DE MEDIDORES DE DECIBELES

*Instructivo: tildar según corresponda, siguiendo la lista de control.*

**Técnica:** observación

**Instrumento:** lista de control

(Asociación Americana de Pediatría determinó los niveles de sonido por debajo de 40 de día y 35 de noche).

-Rojo: cuando superan los límites de ruido establecidos.

-Amarillo: justo antes de superar el límite.

-Verde: decibeles adecuados.

	SI	NO
¿Posee sistema de medidor de decibeles?		

## DIMENSION 3:CONTROL EN INCUBADORAS:

*Instructivo: tildar según corresponda, siguiendo la lista de control.*

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control.

	SI	NO	OBSERVACIONES
- ¿Monitorea el nivel de ruido dentro de las incubadoras?			
- ¿Cierra la incubadora con suavidad y abre y cierra las puertas de manera cuidadosa?			
- ¿Brinda mantenimiento a las incubadoras, los equipos y la tecnología médica (ventiladores, nebulizadores, monitores, etc.) al menos cada seis meses?			
- ¿Remueve equipamiento ruidoso del ambiente de la Incubadora?			

- ¿vacía el agua residual de los nebulizadores, ventiladores, etc.?			
- ¿Usa doble grosor en las ventanas a fin de evitar que el ruido externo penetre al área?			
- ¿Cubre las paredes de la incubadora con el cobertor para disminuir la exposición a la luz y disminuir pérdidas por radiación?			

#### **DIMENSION 4:CONTROL DE LA LUMINOSIDAD ADECUADA**

(Asociación Americana de pediatría) recomendó iluminación no superior a 60 lúmenes.

*Instructivo: tildar según corresponda, siguiendo la lista de control.*

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control.

	SI	NO	OBSERVACIONES
- ¿Evita luces intensas y brillantes?			
-En caso de luminoterapia ¿coloca boxes para evitar que la luz se propague a otras incubadoras?			

#### **DIMENSION 5:Humedad y temperatura de la incubadora**

*Instructivo: tildar según corresponda, siguiendo la lista de control.*

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control.

	SI	NO	OBSERVACIONES
- ¿Mantiene la unidad con una temperatura entre 22 y 25 grados?			
-¿Mantiene la humedad entre el 30 y el 60%?			
- ¿Monitoriza la Tª central (axilar o rectal) según orden médica con termómetro digital? - ¿Monitoriza de la Tª periférica (cutánea) de forma continua con sensor cutáneo de la incubadora?			

- ¿Procura realizar todos los procedimientos dentro de la incubadora con el portón frontal cerrado?			
Si no es así, ¿activa la cortina de aire y/o sube la temperatura de ésta 0,5-1°C para evitar enfriamientos y tapar toda la superficie corporal posible?			
-El calentamiento del prematuro debe ser lento y progresivo para mantener la temperatura del RN entre 36,5 y 37°C. - ¿Mantiene selladores plásticos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren?			
- ¿Programa la temperatura del calentador en el respirador a 37 (para cánulas) / 39°C (para TOT, tubo orotraqueal)? -vigila el nivel de agua?			
-Los gases administrados ¿están húmedos y calientes?			
- ¿Utiliza siempre material atemperado (leche, medicación, etc.)?			

## **CARACTERISTICAS LABORALES:**

### **DIMENSION 1: SITUACIÓN CONTRACTUAL**

*Instructivo: colocar nombre y apellido, fecha. Marcar la respuesta correcta.*

Nombre y apellido:

Fecha:

**Técnica:** encuesta.

**Instructivo:** cuestionario con opción de respuesta dicotómica.

- ¿Está en planta permanente?

Si:

No:

- ¿Tiene un contrato transitorio?

Si:

No:

- ¿Es monotributista?

Si:

No:

### **DIMENSION 2: CARGA HORARIA DIARIA**

*Instructivo: colocar nombre y apellido, fecha. Marcar la respuesta correcta.*

Nombre y apellido:

Fecha:

**Técnica:** encuesta.

**Instrumento:** cuestionario, con opción de respuesta dicotómica.

- ¿Trabaja 6 horas diarias?

Si:

No:

- ¿Trabaja más de 6 horas diarias?

Si:

No:

### **DIMENSION 3: TURNICIDAD**

*Instructivo: colocar nombre, apellido y fecha, marcar con una x la respuesta correcta.*

**Técnica:** encuesta.

**Instrumento:** cuestionario, con opción de respuesta dicotómica.

Nombre y apellido:

Fecha:

- ¿Tiene horario fijo en el turno mañana?

Si:

No:

- ¿Tiene horario fijo en el turno tarde?

Si:

No:

- ¿Tiene horario fijo en el turno noche?

Si:

No:

- ¿Tiene horario rotativo?

Si:

No:

## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO:

### DIMENSION 1: COMUNICACIÓN

*Instructivo:* Tildar según corresponda según la lista de control.

**Técnica:** observación

**Instrumento:** lista de control

#### **\*Formal**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Cuaderno de novedades <b>Descendente</b> (sub-dimensión) -Nota de la jefa de enfermería o de la supervisora de enfermería hacia el personal de enfermería sobre decisiones y directivas para el personal de enfermería.			
<b>Ascendente</b> (sub-dimensión) -Notas del personal de enfermería hacia la jefa de enfermería o hacia la supervisora de enfermería.			
<b>Horizontal</b> (sub-dimensión) -¿Realizan el pase de guardia al pie de las incubadoras?			
<b>Historias clínicas:</b> ¿Están al alcance?			
<b>Report de enfermería:</b> ¿presentan las novedades y cambios de indicaciones?			

#### **-Informal**

*Instructivo: Tildar según corresponda la lista de control.*

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control.

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Interactúa de forma positiva?			
¿Ayuda a la cohesión del grupo y a dar retroinformación sobre diferentes aspectos del trabajo realizado?			
¿Interactúa de forma negativa?			
¿Se dejan llevar por rumores o chismes?			

## **DIMENSION 2: MODO O DISEÑO DE TAREAS**

*Instructivo: Tildar según corresponda la lista de control.*

**\*Sub dimensión:** Cuidado integral del paciente

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control

	SI	NO	OBSERVACIONES
-Control de indicaciones			
-Control de signos vitales			
-Administración de medicación			
-Recolección de muestras de laboratorio			
-Cuidados pre y post quirúrgicos			
-Prevención y control de infecciones			
-Higiene y confort del paciente			
-Acondicionamiento de la unidad			

-Alimentación por sonda nasogástrica, sonda oro gástrica, transpilórica, por succión.			
-Educación en lactancia materna.			
-Cuidados pre y post mortem.			

**\*Sub dimensión:** rutinas por turnos

*Instructivo:* tildar según corresponda la lista de control.

**Técnica:** observación.

**Instrumento:** lista de control.

<b>Turno 6/12</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Cambio de indicaciones médicas y cierre de balances parciales			
<b>Turno 12/18</b>			
Cambio de tubuladuras de ventiladores y de aspirativos y cierre de balances parciales.			
<b>Turno 18/24</b>			
Cambios de nutriciones parenterales, control de peso y cierre de balances parciales.			
<b>Turno 00/06</b>			
Control de peso, realización de hoja nueva de enfermería para el 6/12 y cierre de balances totales.			

### DIMENSION 3: RELACIONES INTERPERSONALES

*Instructivo: colocar nombre, apellido y fecha, marcar con una x la respuesta correcta.*

Nombre y apellido:

Fecha:

**Técnica:** entrevista.

**Instrumento:** escala de opiniones y actitudes (escala de Likert)

RELACIONES INTERPERSONALES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Logra el intercambio cognitivo afectivo de finalidades y motivaciones			
Establece relaciones empáticas con los colegas.			
Manifiesta solidaridad con sus colegas.			
Propicia un clima de equidad, confianza y respeto con los colegas.			

### ANEXO III

Se muestran los resultados de la guía de relevamiento de datos en la sala de neonatología de un hospital de Granadero Baigorria, respondida por el jefe de enfermeros de la sala, quien autorizó a la misma.

La sala cuenta con 27 camas, dividida en tres salas, de terapia intensiva con 9 unidades, sala de cuidados intermedios, con 9 unidades, y sala de cuidados mínimos, con 9 unidades.

Los profesionales que trabajan actualmente son medico pediatras, especialistas en neonatología, 22; residentes de la especialidad neonatología, 4; enfermeros, 56, de los cuales hay 2 Magister en administración, 11 Licenciados en enfermería, 3 Auxiliares en enfermería, y 40 Enfermeros Profesionales. Los que están capacitados en la sala de cuidados intensivos son aproximadamente son 36 enfermeros, de los 55, los que no ingresan son el personal de nuevo ingreso, que requieren por lo menos 2 años de capacitación para la atención del paciente de esas características, también se encuentran las 3 auxiliares de enfermería, que solo se encuentran en la sala de cuidados mínimos, también se encuentran el jefe de enfermeros y la sub-jefa.

Las características de la sala de neonatología es que reciben mediante regionalización provincial y municipal a todos los prematuros extremos, menores de 32 semanas de gestación y/o menores de 1.500 gramos, derivados de otras instituciones o de ciudades aledañas ya que albergan a los neonatos del sur de la provincia de santa fe.

Los nacimientos prematuros extremos estadísticamente son de aproximadamente entre 8 y 10 nacidos prematuros extremos por mes.

La sala cuenta con protocolos tanto médicos como para enfermeros, existen aproximadamente 20, los más utilizados son, protocolo de intervención mínima, protocolo de hipotermia, protocolo de óxido nítrico, protocolo de colocación de vías percutáneas, etc.; se implementan en su mayoría, y se actualizan la mayoría cada dos años y los encargados de actualizarlos son, el jefe de médicos de la sala de neonatología, el jefe de enfermeros, o la supervisora de área materno infantil.

## **ANEXO IV**

Los resultados de la prueba piloto fueron: el horario elegido para la realización de las encuestas y la observación, fue al adecuado, ya que no interfirió en las rutinas del servicio.

Las encuestas se pudieron realizar sin inconvenientes, de manera rápida, y no resultaron extensas en respuesta a los encuestados, hubo respuestas que obligaron a pensar demasiado antes de contestar, pero no influyeron en el tiempo general de la prueba piloto.

Los encuestadores entendieron las consignas, comprendieron las encuestas, y se sintieron a gusto al responder las preguntas.

En cuanto a la redacción de la encuesta fue clara y concisa, con respecto al objetivo de la encuesta.

Las respuestas recibidas resultaron ser variadas.

Es por esto que, se decide dejar tal cual están los instrumentos, y se respetará el horario elegido, el tiempo fue el adecuado también, así que se respetará el mismo por cada encuesta.

## **BIBLIOGRAFIA**

Acosta, M.V. (2011). Nociones elementales de derecho laboral.

Agut Quijano, T. (2001).

Als, H y Col. (2004).

Barboza Meca, J. (2019). Implicancias de la UCI neonatal en el neurodesarrollo del recién nacido.

Castro Lopez, F; y Col. (2007). Manual de enfermería en neonatología.

Egan,F; y Col. (2012). Revista de enfermería. Cuidado del neurodesarrollo.

Fariña, D. (2018). Ministerio de maternidad infancia y adolescencia.

Fuenmayor, K. (2003).

Jimenez Luque, J. (2011). Trabajo a turnos y nocturno. Patologías asociadas a la Manejo de la comunicación organizacional para el liderazgo en la empresa. turnicidad.

Moustaka, E y Col. (2010). Fuentes y efectos del estrés laboral en enfermería.

OIT. (2009).

OMS. (2019).

Reyes, Rodriguez, O. (2012).

Robazzi, M y Col. (2002.). Cambios en la salud debido al exceso de trabajo en la salud.

Rodriguez Gonzalez, L y Col. (2014). Procedimiento de la mínima manipulación en el neonato.

Rotenberg L. (2004). Horarios de trabajo y Salud Pública.

Sadir, M y Col. (2010). El estrés y la calidad de vida: influencia de algunas variables personales.

Santos, J y Col. (2009). Estrés profesional de los enfermeros.

Van-der, C; Hofstadt, R. (2006). Técnicas de comunicación para los profesionales de enfermería.