

Recursos humanos en enfermería. Estudio de las diferencias entre lo necesario y la realidad en un servicio de Neonatología del Conurbano Bonaerense

Lic. Alejandra Vanesa Álvarez^o, Enf. Carla Verónica Sterki^o, Enf. Yanina Edith Maldonado^o

INTRODUCCIÓN

En el año 2012, el Ministerio de Salud de la Nación, aprobó la Resolución 641/2012: Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales. Este documento regula la dotación de enfermería en el área de Neonatología necesaria en los diferentes niveles de cuidado, para servicios categorizados por niveles de complejidad.¹

En relación con las Unidades de Neonatología de la más alta complejidad, dice textualmente: "El personal de enfermería deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo. Para la asignación de pacientes de enfermería se deberá tener en cuenta la gravedad y/o inestabilidad de los pacientes. Lo ideal es que en pacientes inestables la relación sea de 1:1. En los casos especiales, tales como pacientes posquirúrgicos o particularmente inestables, puede ser necesarios asignar 2 enfermeras a un paciente. En las áreas de menor complejidad dentro de la unidad una enfermera podrá atender a más de un paciente. Independientemente de la estabilidad de los pacientes, una enfermera no podrá atender a 2 pacientes en soporte ventilatorio (CPAP/ARM)".

Las directrices de la Sociedad Alemana de Neonatología y Cuidados Intensivos Pediátricos y las categorías de cuidado utilizadas en el Reino Unido comprenden 4 niveles de atención de recién nacidos en riesgo (3A, 3B1, 3B2 y 3B3). Así los recién nacidos con riesgo y diferentes requerimientos asistenciales, pueden ser asignados a cuidados intensivos, atención bajo vigilancia intensiva neonatal; o a atención de alta dependencia.²

La Resolución 641/2012 para el nivel 2 contempla la atención de lo que la legislación británica denomina Cuidado Transicional, en el nivel 3A Cuidados Especiales, delegando en los servicios 3B con sus subdivisiones los Cuidados Intensivos y de Alta Dependencia.³

Las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) deberían tener como referencia estas regulaciones de dotación a la hora de asignar el personal de enfermería para el cuidado de calidad. Los niños prematuros que requieren terapia intensiva neonatal y/o asistencia respiratoria, necesitan una relación enfermera/paciente de 1:1; y aquellos niños que requieren vigilancia intensiva neonatal, una relación enfermera/paciente de 1:2; una enfermera puede cuidar por turno a dos neonatos. Cada centro perinatal debería contar con la dotación suficiente de personal de enfermería calificado para atender las necesidades de estos niños en riesgo.

Como sucede en otras latitudes, estas recomendaciones de dotación de personal para los servicios neonatales no se cumplen, observándose un déficit de enfermería en cuidado intensivo y en atención de alta dependencia.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación enfermera-paciente en un servicio de complejidad 3B, en relación a los requerimientos regulatorios.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Zonal General de Agudos Magdalena Villegas de Martínez pertenece al sistema público asistencial del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y es Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Está localizado en General Pacheco, partido de Tigre, en el segundo cinturón del conurbano bonaerense, en la zona norte del Gran Buenos Aires y a 34 kilómetros de distancia del centro de la ciudad. Según el censo del año 2010, viven en Tigre 376 381 personas distribuidas en localidades abiertas y barrios privados. En esta población, 191 607 son mujeres y 109 761 son mujeres en edad fértil. El día del censo se registraron 6897 niños recién nacidos en el partido de Tigre.⁴ El 20,3% de la población del partido no puede cubrir sus necesidades básicas en materia de salud, educación y vivienda; 23 000 habitantes de barrios privados usan 5381 hectáreas (35,4% del territorio del partido) y 50 000 habitantes utilizan 254 hectáreas en 39 asentamientos informales. Estas familias, beneficiarias del Plan Nacer (SUMAR), las de los trabajadores manuales no industriales, al estar en relación de dependencia son beneficiarios de las obras sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud; y las familias de los trabajadores independientes monotributistas, al ser su aporte irregular al sistema, tengan o no seguro de salud, son el objeto de nuestra tarea asistencial.

El Servicio de Neonatología fue categorizado 3B por el Ministerio de Salud de la Nación y es hospital de referencia del corredor litoral de la Región Sanitaria 5^o del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Durante los meses de enero a abril de 2014, se recopilaron los datos estadísticos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital Magdalena V. de Martínez, como así también, los datos correspondientes al personal de enfermería del servicio.

Todos los pacientes ingresados a la UCIN se evaluaron diariamente por las autoras una vez durante el turno de la mañana.

^o Hospital Magdalena V. de Martínez. General Pacheco. Buenos Aires. Correo electrónico: a.alvarez_71@hotmail.com

na, y se correlacionó su número y requerimiento de cuidado en relación con las enfermeras presentes en los turnos de la jornada que terminó.

La disponibilidad de personal de enfermería se calculó según la directriz del Ministerio de Salud, consignando el número de enfermeras requeridas frente a las de dotación real y se restaron aquellas que por diversas razones reales no se encontraban presentes. Las variaciones se registraron en una planilla utilizando MS Excel 2000.

RESULTADOS

En el servicio de neonatología, durante el período de estudio hubo un total de 998 pacientes/día. De ellos, 658 pacientes/día correspondieron a pacientes de alta dependencia (Figura 1).

El servicio cuenta con un total de 38 profesionales de enfermería, distribuidos en los distintos turnos de trabajo.

Durante el período de 120 días consecutivos, se asistió un promedio de $14,5 \pm 0,9$ pacientes (media \pm DE) por enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Los neonatos fueron asignados a categorías de la atención de la siguiente manera: $9,1 \pm 1,5$ pacientes/enfermera en terapia intensiva y $5,4 \pm 1,8$ pacientes/enfermera bajo atención de alta dependencia.

Esta situación fue agravada por un ausentismo en el primer bimestre mayor al 30%, debido a vacaciones (clave 8) y licencia por enfermedad (clave 1) aumentando la brecha de la relación paciente y personal de enfermería (Figura 2).



Figura 1. Relación de pacientes/día comparado con pacientes/día de alta dependencia

A. UTI: Unidad de Terapia Intensiva; A.DEP.: alta dependencia

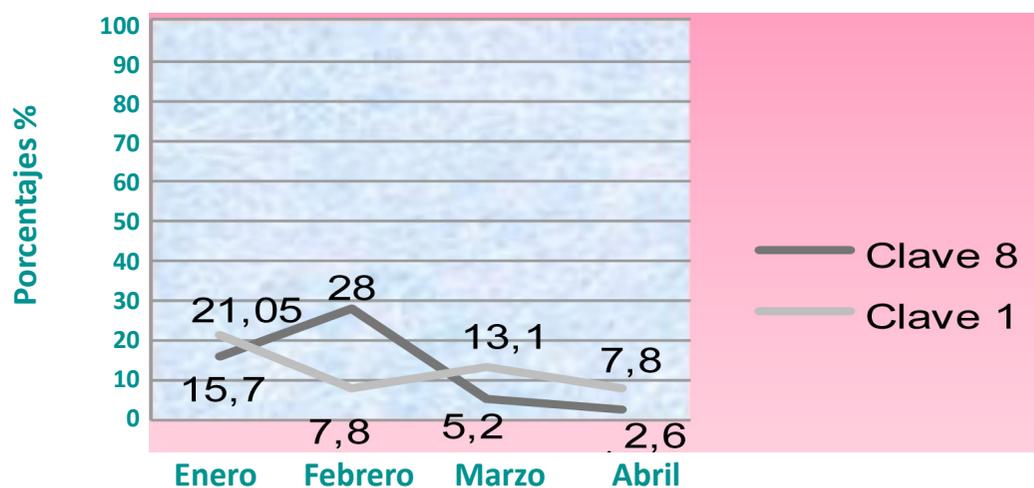


Figura 2. Porcentaje de enfermeras con licencia anual reglamentaria y enfermedad

Clave 8: vacaciones. Clave 1: licencia por enfermedad.

DISCUSIÓN

Varios estudios demuestran que la supervivencia de prematuros enfermos es inversamente proporcional al número de enfermeras neonatales por turno. La falta de enfermeras aumenta el riesgo de infección intrahospitalaria y puede aumentar los riesgos de errores en el cuidado.^{6,7}

Nuestras observaciones muestran que el personal de enfermería en un hospital de referencia como es el Magdalena V. de Martínez es deficitario, igual que se verifica en otras latitudes.^{8,9}

Cada UCIN debe gestionar la asistencia por arriba del concepto de un número fijo de enfermeras presentes, así como valorar la posibilidad de realizar contrataciones temporarias utilizando nuevas herramientas administrativas.

Por otro lado los estudios y recomendaciones deben ser permanentemente reelaborados y testeados sobre su utilidad. Encontramos similitudes en el déficit de enfermeras con otras latitudes por ser problemas en común o por usar recomendaciones que se copian entre sí. ¿Pueden los resultados de los estudios realizados en el hemisferio norte ser extrapolados directamente? ¿Qué tan confiables y válidos son los instrumentos utilizados para evaluar las necesidades de enfermería neonatal? ¿Cómo repercute la participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos sobre las recomendaciones de personal? ¿Aumentan o disminuyen?

La Constitución Nacional en su artículo 75 Inc. 22 otorga jerarquía superior a las leyes a la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 24 establece el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y garantía de acceso a los servicios para el tratamiento de sus enfermedades en forma universal, mediante la tecnología disponible.

La Resolución 641/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales, como antes la Resolución Nº

306/02 integradas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, elaboradas con la participación de entidades académicas, universitarias y científicas profesionales y la Resolución Ministerial Nº 1087/2010, establece un número de personal de enfermería por paciente crítico que no se cumple.

En el Consejo Federal de Salud de noviembre de 2008, la provincia de Buenos Aires acordó asegurar las condiciones obstétricas y neonatales esenciales. Allí se reconoció la falta de enfermeras.

A partir del año 2005, el Ministerio de Salud de la Nación a través del Plan Nacer (hoy Sumar) promueve en la provincia de Buenos Aires, el acceso de la población materno infantil a prestaciones complejas como cuidados neonatales para grupos de riesgo. Un aspecto innovador del Plan Nacer lo constituye el hecho que los efectores son, en teoría, quienes deciden acerca del destino final de los fondos procurando fortalecer el nivel de gestión local. En el COFESA de 2008 se decidió "Optimización de los RRHH con designación de enfermero/as y obstétrico/as" sin que esta decisión haya repercutido sobre el número de enfermeras en nuestro servicio.

A pesar que la Resolución 4386/12 permite en su artículo 1 inc. a), utilizar un 35% de los fondos provenientes del Plan Nacer para personal que trabaje en forma directa e indirecta con las madres y los niños, esto no se verifica en los hechos. Los niños deben ser privilegiados, en cuanto a la orientación de la política presupuestaria del Estado.

CONCLUSIÓN

Durante el período del estudio, en nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad la relación fue de 9,1±1,5 pacientes/enfermera en terapia intensiva y 5,4±1,8 pacientes/enfermera bajo atención de alta dependencia. Esta relación no es acorde con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el cuidado neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de la Nación. Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales. Resolución 306/2002. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/306_2002.pdf
2. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Categories of care 2011. <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/CatsofcarereportAug11.pdf>
3. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Service standards for hospitals providing neonatal care (3rd ed). London:2010. http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/BAPM_Standards_Final_Aug2010.pdf
4. INDEC. Censo 2010. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_805.xls
5. Crugnale L, Duro EA, Goicoechea S, Grandoni MV, Lanne V y Olcese JM. Bitácora de lo imposible. Abordaje Interdisciplinario de un Servicio de Neonatología en el Conurbano Bonaerense. Primera Edición: Buenos Aires: Boas Novas Libros 2013. ISBN 978-987-29626-0-9.
6. Callaghan LA, Cartwright DW, O'Rourke P, et al. Infant to staff ratios and risk of mortality in very low birthweight infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F94-7.
7. Hamilton KE, Redshaw ME, Tarnow-Mordi W. Nurse staffing in relation to risk-adjusted mortality in neonatal care. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007; 92: F99-103.
8. Guidelines for Perinatal Care (AAP/ACOG). 7thEd Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012.
9. Patry C, Schindler M, Reinhard J et al. A gap between need and reality: Neonatal nursing staff requirements on a german intensive care unit. Pediatr Rep. 2014;6(1):5186.