

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**I N F O R M E F I N A L
D E S E R V I C I O S O C I A L**

NIVELES DE SATISFACCIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ.

ASPECTOS CONDUCTUALES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT REPORTADOS POR LAS ENFERMERAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ.

INFECCIONES POR CATÉTER VENOSO CENTRAL EN LOS PACIENTES DE LOS DIVERSOS SERVICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ DE ENERO A OCTUBRE DE 2007

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

REBECA MADAI MONTIEL GUZMÁN
MATRÍCULA: 202342824

ASESORA: M. en R. N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

MEXÍCO, D.F.

JUNIO DE 2008

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**I N F O R M E F I N A L
D E S E R V I C I O S O C I A L**

NIVELES DE SATISFACCIÓN EN LA CALIDAD DE
ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE
NEUROCIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL
VELASCO SUÁREZ.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

REBECA MADAI MONTIEL GUZMÁN

MATRÍCULA: 202342824

ASESORA: M. en R. N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

MEXÍCO, D.F.

JUNIO DE 2008

Vo. Bo. Asesor

M. en R.N. Sonia Ramírez Zapata

Profesora titular "B" del departamento de atención a la salud
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Vo. Bo. Asesor

Lic. Gloria Irma Taxis Taxis

Coordinadora del Servicio Social de la Licenciatura de Enfermería
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Agradecimientos

Se agradece a los pacientes del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Dr. Manuel Velasco Suárez, por su colaboración y apoyo en la realización de dicho trabajo.

*Con cariño para mis padres y hermanos,
a Ricardo Vargas Orozco,
para mis amigos en general,
a Alberto H. C. y
a la M. en R. N. Sonia Ramírez Zapata.*

Gracias por apoyarme en este largo camino y por creer en mí.

Propuesta del protocolo por parte del comité de investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Departamento que propone: Departamento de enseñanza en enfermería

Título del protocolo:

Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente en el servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez

Pasante:

REBECA MADAI MONTIEL GUZMÁN

Pasante de la licenciatura en enfermería de la UAM Xochimilco

Asesoras:

M. en R.N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

Profesora titular B del departamento de atención a la salud de la UAM Xochimilco

Resumen de la investigación

Se aplicó una encuesta de siete preguntas con respuestas dicotómicas para conocer el nivel de satisfacción en la calidad de atención al paciente en el servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez con el propósito de dar a conocer algunos posibles factores que contribuyen en la calidad de atención al paciente y plantear sugerencias.

Contenido

Antecedentes históricos.....	- 1 -
Introducción	- 1 -
Marco teórico.....	- 1 -
Planteamiento del problema	- 5 -
Justificación	- 5 -
Hipótesis.....	- 5 -
Objetivos y metas	- 5 -
Metodología	- 5 -
Muestra y universo de trabajo	- 6 -
Criterios de inclusión	- 6 -
Criterios de exclusión.....	- 6 -
Criterios de eliminación.....	- 6 -
Periodo de aplicación de encuestas.....	- 6 -
Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta.....	- 6 -
Instrumento de recolección de datos.....	- 7 -
Cronograma de actividades a realizar.....	- 8 -
Resultados	- 9 -
Conclusiones	- 14 -
Comentarios y/o sugerencias	- 15 -
Bibliografía.....	- 16 -

Antecedentes históricos

A mediados de 1800 fue Florencia Nightingale la primera persona del área de la salud que registró cada procedimiento y técnica ejecutada a los pacientes; incorporando herramientas estadísticas que le permitieron obtener resultados relacionados con la mortalidad institucional.

A finales de los años 70's el movimiento internacional de mujeres apoyó el estudio de la calidad de atención a las personas que necesitaban recibir servicios médicos.

En la actualidad la medida de la satisfacción de los pacientes en los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada; también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema de Salud, al expresar su percepción y valoración de los servicios¹.

Introducción

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.

En el presente trabajo se aplicó una encuesta de siete preguntas para conocer el nivel de satisfacción en la calidad de atención al paciente en el servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez.; a partir de los resultados se plantearon algunas sugerencias.

Marco teórico

A través de la historia, la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad en la atención.

En 1800 Florencia Nightingale fue la primera persona en salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada a los pacientes incorporando

1. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14(3):236-49.

herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados relacionados con la mortalidad institucional.

En 1965 Avedis Donabedian, define la calidad de atención como el tipo de atención que se espera maximice el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Donabedian describe que los servicios de salud, hay que estudiarlos en tres niveles:

Estructura, Proceso y Resultado; y que a su vez se relacionan con tres dimensiones.

1. La ciencia de la medicina (aspectos técnicos/instrumentales de la asistencia),
2. El arte de la asistencia (aspectos comunicativos) y
3. Las comodidades de la asistencia².

A la complejidad de la definición de satisfacción hay que añadir la “fragilidad” del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial.

Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones:

1. La falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial.
2. El estado físico o mental de los pacientes que puede influir o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos.
3. El rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo.
4. La dificultad en definir lo que los pacientes consideran calidad como un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación)³.

2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. MMFQ1966; 44(2):166-206.

3. Starfiel B. Medición de logros de la atención primaria. En Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología OPS/OMS. Publicaciones Científicas 1992; (534):761-5.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica; su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios⁴.

A pesar de esta complejidad, Vuori⁵ propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad:

1. El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica;
2. El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.
3. Los derechos del consumidor por los que tiene derecho a decidir aquello que él quiere;
4. El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma.

Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

Aunque la medicina no siempre puede curar, sí puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por esta razón debe conocer cuáles son sus necesidades y experiencias. Una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través del análisis de la satisfacción.

A pesar de las limitaciones descritas, la medición de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones del personal de enfermería porque

4. E. Ruedas M.C. Nuevos Horizontes en la Calidad de Atención a la Salud. Salud Pública de México. Mayo - Junio 1993. Volumen 3. Número 3.

5. Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? QRB 1987; March: 106-8.

proporciona información sobre la calidad percibida por los pacientes⁶. Utilizado adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de preferencias de la población⁷. No obstante, los aspectos de la asistencia que causan insatisfacción son constantes⁸.

En términos generales el cuidado de enfermería debe girar alrededor de virtudes como; honestidad, alegría, sinceridad y paciencia; todas estas basadas en un gran espíritu de servicio y amor, no solo a la profesión sino al hecho de brindar un cuidado de calidad; dando lo necesario en el momento oportuno para así asegurar el bienestar del paciente. Esto es percibido por el paciente a través de la confianza, la esperanza, el coraje, la experiencia de vida y la relación que se logre establecer con la enfermera que lo atiende, de la misma forma el paciente es capaz de valorar y reconocer el servicio que está recibiendo⁹.

Desde este enfoque, la percepción que el paciente tenga sobre el cuidado que recibe de enfermería es importante para retroalimentar no solamente la profesión; sino también el servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas.

En el paciente, el cuidado de enfermería se basa no solamente en realizar una serie de acciones especializadas, sino además en el establecimiento de una relación estrecha que facilite crear un ambiente de confianza en el que el paciente exprese sus dudas, inquietudes, temores, para atender no solo su aspecto físico sino también el emocional, el espiritual y sobre todo para poder brindar herramientas que de una u otra forma contribuyan a que el proceso de adoptar cambios en el estilo de vida sea agradable tanto para el paciente como para su familia¹⁰.

6. Rosentock J. ¿Por qué la gente utiliza los sistemas de salud? En: Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología OPS/OMS. Publicación Científica 1992; (534):405-24.

7. Morehead M. La auditoria médica como instrumento evaluativo. En investigaciones sobre servicio de salud: Una antología OPS/OMS. Publicación Científica 1992; (354):425-37.

8. Nora Hernández Martínez, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería a su egreso de la unidad de urgencias Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ 1991; 302:1129-32.

9. José María Paganini. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. HSS/SILOS-30 Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1993.

10. Mira JJ, Aranaz J. La **satisfacción** del paciente como una medida del resultado de la **atención** sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114(Supl 3):26-33.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de atención del paciente durante su estancia hospitalaria en el servicio de neurocirugía del INNyN?

Justificación

La satisfacción del paciente es un objetivo irrenunciable para el personal del servicio de neurocirugía del INNyN; una medida del resultado y la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas-calidad; el método más utilizado para su medida son las encuestas de opinión, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejorar 9 (insuficiencias o disconformidades)¹¹.

Hipótesis

Existe un buen nivel de satisfacción en la calidad de atención que reciben los pacientes de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez.

Objetivos y metas

- ❖ Conocer el grado de satisfacción en la calidad de atención de los pacientes durante su estancia en el servicio de neurocirugía en el INNyN en 2007

Metodología

- ❖ Elaboración de un cuestionario de siete preguntas con respuestas dicotómicas
- ❖ Vaciado y tabulación de datos
- ❖ Elaboración de gráficas de barras

11. Ibarra Castañeda MG; La Calidad del Servicio de Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera; 1994; 2(1): 20

Muestra y universo de trabajo

Pacientes hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez durante mayo de 2007 (60 pacientes)

Criterios de inclusión

Pacientes con una semana de internamiento; en condiciones óptimas para analizar y responder la encuesta.

Criterios de exclusión

Pacientes con menos o más de una semana de internamiento

Criterios de eliminación

Encuestas incompletas

Periodo de aplicación de encuestas

Mayo de 2007 (60 pacientes)

Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta

- ❖ Pacientes internos en el servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez
- ❖ Unidad de investigación en enfermería.
- ❖ Computadora y acceso a Internet, así como diversos portales para la investigación científica.
- ❖ Impresora y hojas.
- ❖ Beca otorgada por los laboratorios Armstrong de septiembre de 2007 a enero de 2008 con un monto de 1000 pesos mensuales.

Cronograma de actividades a realizar

Mes/Actividad a realizar	Marzo		Abril				Mayo				Junio				Julio			
	Días/Horas dedicadas		Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas			
Seleccionar el tema de investigación	J	V																
	*	**																
Búsqueda de bibliografía	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V								
	*	**	*	**	*	**	*	**	*	**								
Seleccionar información bibliográfica			J	V	J	V												
			*	**	*	**												
Construir el protocolo de investigación			J	V	J	V												
			*	**	*	**												
Revisión del protocolo de investigación							J	V	J	V	J	V	J	V				
							*	**	*	**	*	**	*	**				
Realización del instrumento de recolección de datos											J	V	J	V				
											*	**	*	**				
Aplicación de la encuesta							J	V	J	V								
							*	**	*	**								
Análisis de datos obtenidos												J	V	J	V			
												*	**	*	**			
Presentación de resultados y conclusiones												J	V	J	V	J	V	
												*	**	*	**	*	**	

* Jueves (J) de todo el mes de 8:00 a 14:00hrs.

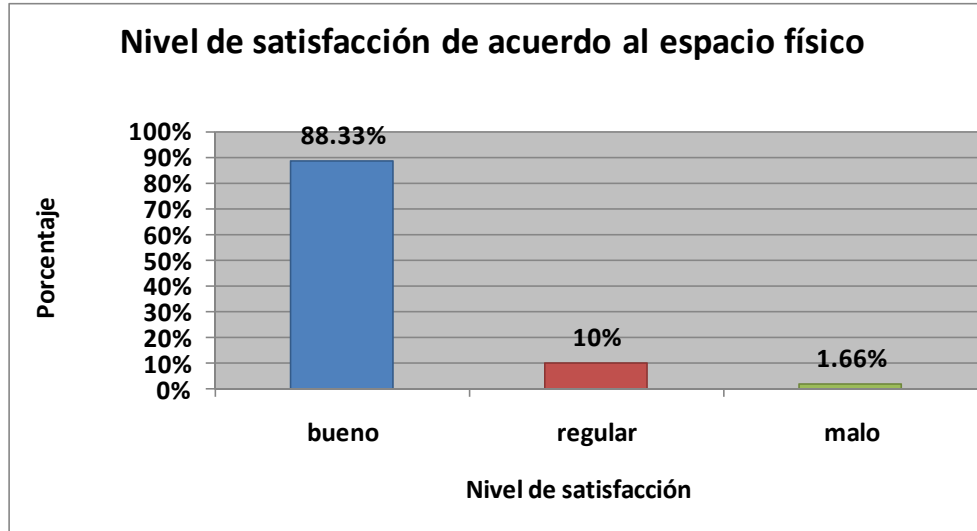
**Viernes (V) de todo el mes de 8:00 a 16:00 hrs.

Resultados

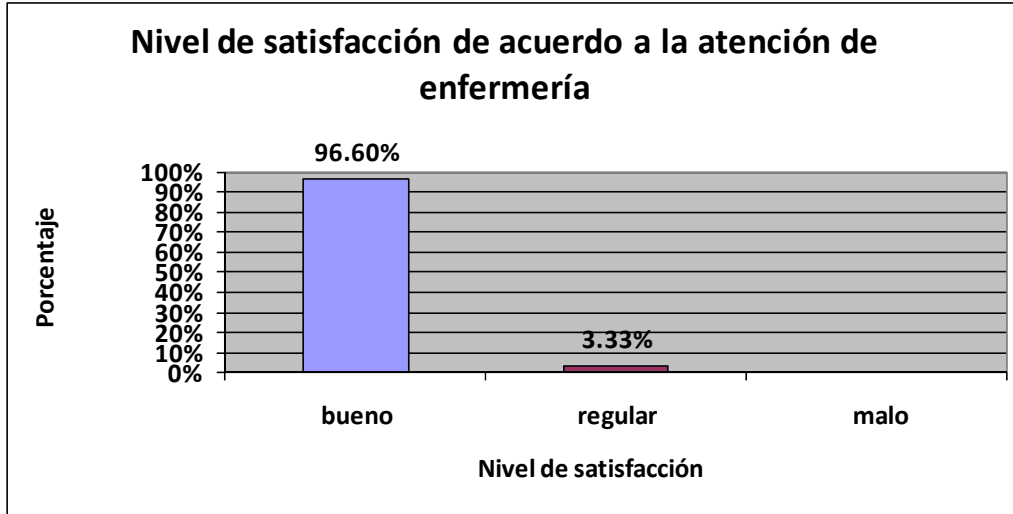
Resultados de la encuesta “Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez”

Pregunta	Bueno	Bueno %	Regular	Regular %	Malo	Malo %
1.-Espacio físico	53	88.33%	6	10%	1	1.66%
2.-Atención de enfermería	58	96.60%	2	3.33%	0	
3.-Atención médica.	38	63.33%	22	36.66%	0	
4.-Atención de trabajo social.	44	73.33%	6	10%	10	16.66%
5.-Atención del personal de intendencia.	60	100%	-		-	
6.-Atención por sus familiares	60	100%	-		-	
7.-Atención personal (autocuidado)	56	93.33%	4	6.66%	-	

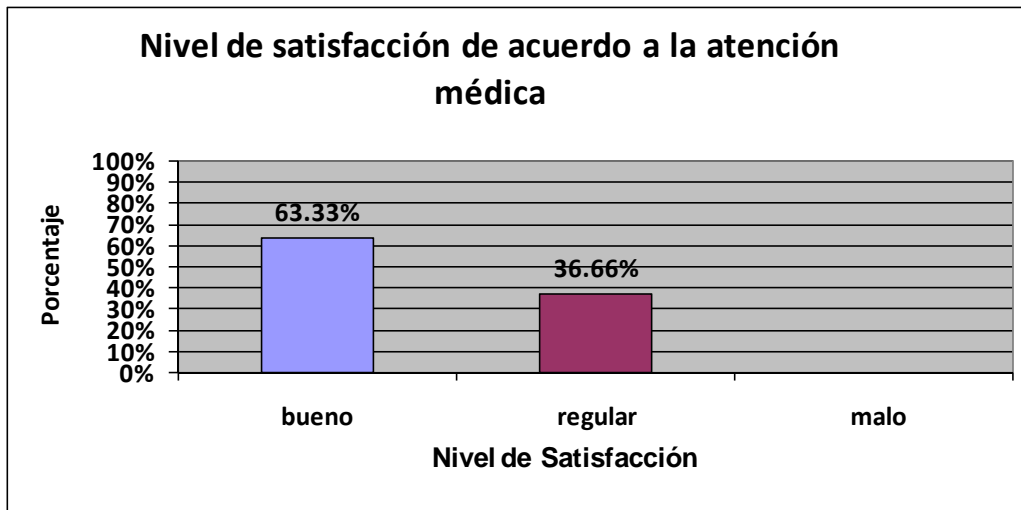
Fuente: Encuesta “Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez / mayo de 2007”



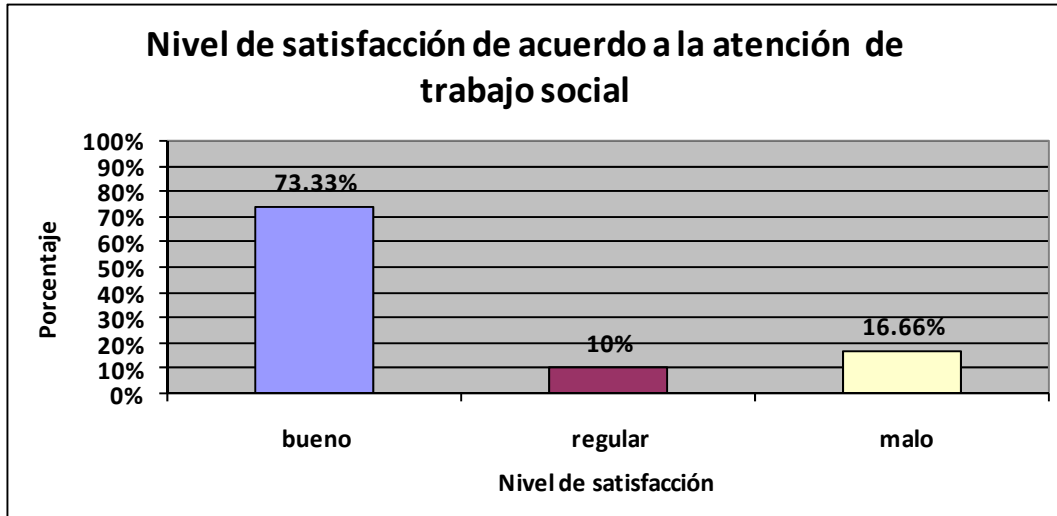
Fuente: Encuesta “Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez / mayo de 2007”



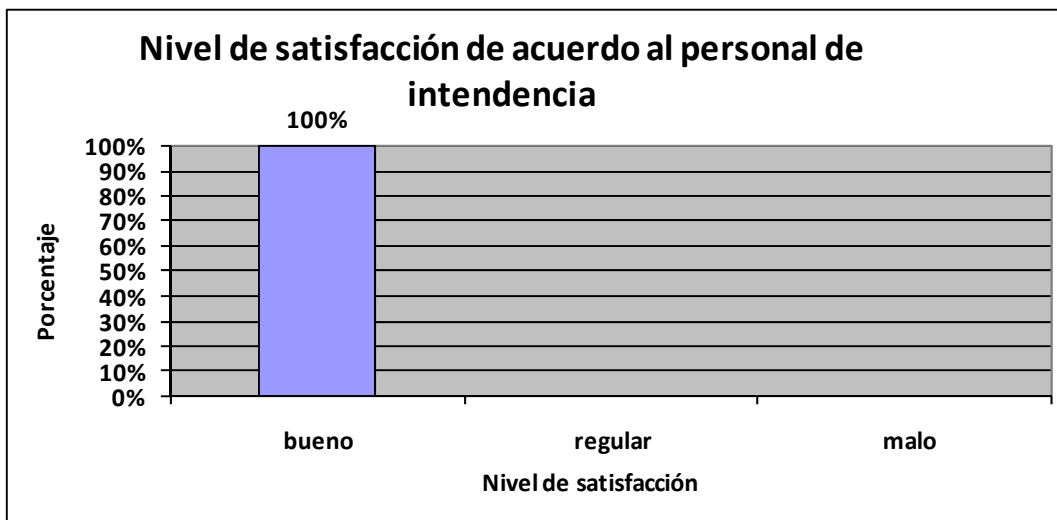
Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez/ mayo de 2007"



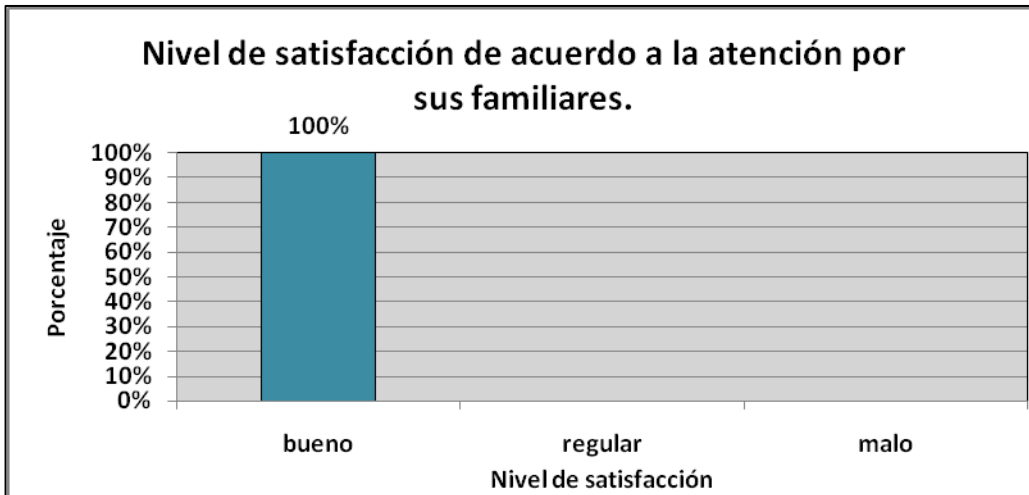
Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez/ mayo de 2007 "



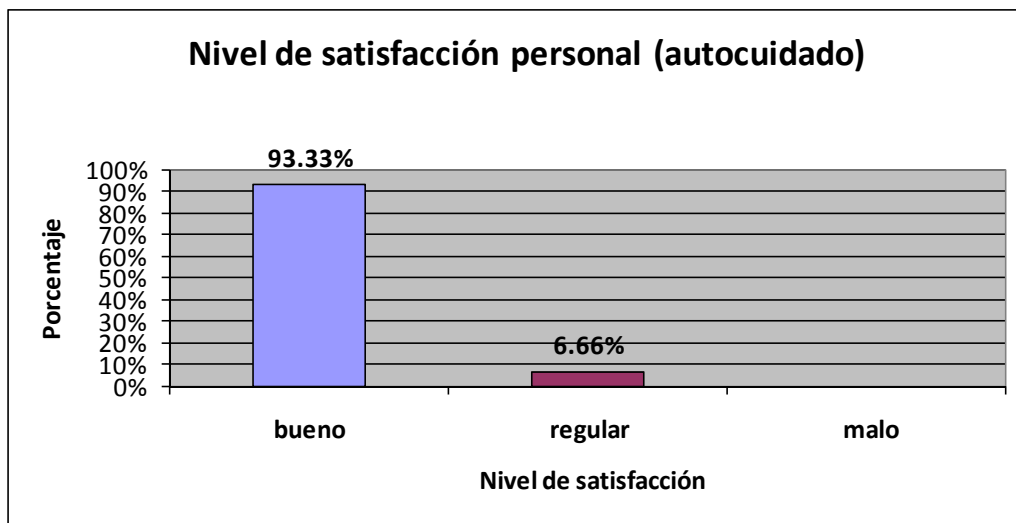
Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez / mayo de 2007"



Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez/ mayo de 2007"



Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez/ mayo de 2007"



Fuente: Encuesta "Niveles de satisfacción en la calidad de atención al paciente del servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez" aplicada en mayo de 2007

Conclusiones

- ❖ Los pacientes del INNyN Dr. Manuel Velasco Suárez refieren que el nivel de satisfacción de acuerdo al espacio físico es bueno en un 88.3%, mientras que el 10% refieren que es regular y el 1.66% asegura que es malo.
- ❖ De acuerdo a la atención por el personal de enfermería el 96.66% de los pacientes refieren que es bueno y el 3.33% mencionan que es regular
- ❖ Referente a la atención médica; los pacientes afirman que el 63.33% es regular y el 36.66% reportan que es mala.
- ❖ De 60 pacientes encuestados el 73.33% de ellos refieren que la atención por parte de trabajo social es buena, el 10% menciono que es regular y el 16.66% de ellos mencionan que es mala.
- ❖ El 100% pacientes encuestados tienen la satisfacción total en la calidad de atención por el personal de intendencia.
- ❖ El 100% de los pacientes encuestados mencionan haberse sentido satisfechos con la calidad de la atención por parte de sus familiares.
- ❖ El 100% de los pacientes encuestados mencionan haberse sentido satisfechos con su autocuidado.

Comentarios y/o sugerencias

- ❖ En general el nivel de satisfacción en la calidad de atención al paciente en el servicio de neurocirugía del INNyN es bueno.
- ❖ En el rubro de observaciones y/o comentarios el 55% de los pacientes hace alusión al servicio otorgado por los camilleros del INNyN; el cual refieren que es deficiente, ya que son muy pocos para el instituto.
- ❖ El mejoramiento en la atención brindada por los médicos, enfermeras, y trabajo social permitirá que la calidad en la atención de los pacientes de neurocirugía del INNyN sea excelente.
- ❖ La situación de los camilleros llamó de manera importante la atención de los pacientes y es necesario revisarla de manera detallada.

Bibliografía.

1. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14(3):236-49
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. MMFQ1966; 44(2):166-206.
3. Starfiel B. Medición de logros de la atención primaria. En: Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología OPS/OMS. Publicaciones Científicas 1992; (534):761
4. E. Ruedas M.C. Nuevos Horizontes en la Calidad de Atención a la Salud. Salud Pública de México. Mayo - Junio 1993. Volumen 3. Número 3.
5. Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care QRB 1987; March: 106-8.
6. Rosentock J. Por qué la gente utiliza los sistemas de salud? En: Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología OPS/OMS. Publicación Científica 1992;(534):405-24.
7. Morethead M. La auditoria médica como instrumento evaluativo. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una antología OPS/OMS. Publicación Científica 1992;(354):425-37.
8. Nora Hernández Martínez, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería a su egreso de la unidad de urgencias Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing aquestionnaire and conducting a survey. BMJ 1991; 302:1129-32.
9. José María Paganini. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. HSS/SILOS-30 Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1993.
10. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114(Supl 3):26-33.
11. Ibarra Castañeda MG; La Calidad del Servicio de Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera; 1994; 2(1): 20.

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**I N F O R M E F I N A L
D E S E R V I C I O S O C I A L**

ASPECTOS CONDUCTUALES RELACIONADOS
CON EL SÍNDROME DE BURNOUT REPORTADOS
POR LAS ENFERMERAS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

REBECA MADAI MONTIEL GUZMÁN

MATRÍCULA: 202342824

ASESORA: M. en R. N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

MEXÍCO, D.F.

JUNIO DE 2008

Vo. Bo. Asesor

M. en R.N. Sonia Ramírez Zapata
Profesora titular "B" del departamento de atención a la salud
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Vo. Bo. Asesor

Lic. Gloria Irma Taxis Taxis
Coordinadora del Servicio Social de la Licenciatura de Enfermería
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Agradecimientos

Se agradece las facilidades otorgadas por las enfermeras del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez. A la Lic. Dolores García Salinas, Lic. Concepción Gaytan, Lic. Elisa Maqueda Vilchis, Lic. Patricia Andrew, Enf. Martha Blanco, Enf. Guadalupe Juárez, Enf. Rogelio Alcántara, Enf. Ma. Eugenia Palma y Enf. Aldebarán N. A los médicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez.

Título del protocolo:

Aspectos conductuales relacionados con el síndrome de Burnout reportados por las enfermeras del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez

Pasante

MONTIEL GUZMÁN REBECA MADAI

Pasante de la licenciatura de enfermería de la UAM Xochimilco

Asesora

M. en R. N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

Profesora titular B del departamento de atención a la salud de la UAM Xochimilco

Resumen de la investigación

El presente estudio se realizó para conocer los aspectos conductuales relacionados con el Síndrome de Burnout reportados por las enfermeras del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de noviembre a enero de 2007

Contenido

Antecedentes históricos	- 1 -
Introducción.....	- 1 -
Marco teórico.....	- 2 -
Planteamiento del problema.....	- 4 -
Justificación.....	- 4 -
Hipótesis	- 4 -
Objetivos y metas.....	- 4 -
Muestra y universo de trabajo	- 4 -
Criterios de inclusión	- 4 -
Criterios de exclusión	- 5 -
Etapas programadas de la investigación.....	- 5 -
Aplicación de encuestas.....	- 5 -
Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta	- 5 -
Instrumento de recolección de datos.....	- 6 -
Cronograma de actividades a realizar	- 9 -
Resultados	- 10 -
Conclusiones.....	- 19 -
Comentario o sugerencia	- 20 -
Bibliografía	- 21 -

Antecedentes históricos

Freudenberger describe el síndrome de Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" que sitúan las emociones y sentimientos negativos producidos por el síndrome de Burnout en el contexto laboral; afirmando que el síndrome que ocasiona la "adicción al trabajo" provoca un desequilibrio productivo y como consecuencia, la pérdida de la motivación¹².

McGrath en 1970, definió este síndrome como: " un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones, en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias las cuales son percibidas" ¹³ .

En 1980 Chernis, fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo; un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral¹.

Maslach y Jackson lo definen como un síndrome de agotamiento emocional, que induce a la despersonalización y baja realización personal y de esta manera no alcanzar los objetivos propuestos, pero si alcanza insuficiencia personal y baja autoestima profesional².

Introducción

El Síndrome de Burnout es un problema que experimentan algunos profesionales; dicho problema esta asociado a factores de estrés ocasionados por la escasez de personal, sobrecarga laboral, trabajo en los diferentes turnos y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios con diversas problemáticas, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de roles, etc.

12. Apuntes. Síndrome de Burnout. Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés trabajo. Prevención en docentes y maestros. ©2007 Orange

13. Apuntes. Síndrome de Burnout. Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés trabajo. Prevención en docentes y maestros. © 2007 Orange

Es necesario estudiar el síndrome de Burnout debido a que el trabajo viene unido a los procesos de estrés laboral y se debe hacer hincapié en la necesidad de preocuparse más por la calidad de vida laboral del personal de un hospital.

En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral cuando se evalúa la eficacia de una determinada organización; pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental del personal repercuten en la organización de la institución.

En el presente trabajo se aplicó una encuesta para conocer los aspectos conductuales relacionados con el Síndrome de Burnout reportado por las enfermeras del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de noviembre a enero de 2007.

Los resultados se organizaron en gráficas de barras y a partir de los mismos se elaboraron las conclusiones y sugerencias.

Marco teórico

El Síndrome de Burnout se describe como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional, acompañado de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente¹⁴.

En los últimos años ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional¹⁵.

Existen tres aspectos o dimensiones del Síndrome de Burnout:

- El cansancio emocional.
- La despersonalización.
- La falta de realización personal.

14. Gil-Monte PR y Peiró JM. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Psicológica2002.

15. Gil-Monte PR y Peiró JM. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Psicológica2002.

El cansancio emocional se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación¹⁶.

El segundo aspecto es la tendencia a la despersonalización, por lo que aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los pacientes, a los cuales se puede llegar a considerar como números⁵.

El tercer componente es el sentimiento de falta de realización personal, apareciendo una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo; siendo estas: depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad debido a la carga de trabajo, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima¹⁷.

El Síndrome de Burnout es el resultado de la interacción entre las respuestas individuales al estrés y la presión laboral en el ambiente de trabajo. Actualmente algunos estudios reportan que las personas que laboran dentro de un hospital son las más susceptibles a padecer dicho Síndrome; por lo tanto; el trabajo que se desarrolla en los hospitales requiere que todos los profesionales tengan la suficiente experiencia y madurez que les permita enfrentarse a la toma de decisiones difíciles, de las que se derivan frecuentemente implicaciones éticas y morales⁵.

Existen patologías asociadas a la presencia del Síndrome de Burnout en el personal del área de la salud algunas son: estado de shock, neurosis postraumática, neurosis obstétrica, dispepsia, gastritis, ansiedad, accidentes, frustración, colitis nerviosa, migraña, psicosis severas, trombosis cerebral, depresión, agresividad, disfunción familiar, angustia e hipertensión.

16. Manzano G., Ramos F. [Enfermería](#) hospitalaria y síndrome de Burnout. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2000. 16 (2), 197-213.

17. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y medida de estrés labor asistencial. Actas II Congreso Social de Psicología.; Valencia; 1990.

Planteamiento del problema

¿Qué aspectos conductuales relacionados con el Síndrome de Burnout reportan algunas enfermeras del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez?

Justificación

El síndrome de Burnout es un problema que afecta frecuentemente al personal que trabaja en el área de la salud¹⁸.

Hipótesis

El personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez reporta algunos aspectos relacionados con el Síndrome de Burnout.

Objetivos y metas

Conocer que aspectos relacionados con el Síndrome de Burnout reporta el personal de enfermería del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez

Muestra y universo de trabajo

Enfermeras del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez.

Criterios de inclusión

Enfermeras del turno matutino que tengan base desde hace un año o mas.

18. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y medida de estrés labor asistencial.; 1990.

Criterios de exclusión

Personal eventual.

Personal del turno vespertino y nocturno.

Persona del turno matutino con menos de un año de basificación.

Etapas programadas de la investigación

Aplicación de la escala de Maslach (solo 13 preguntas)

Concentración de datos y elaboración de gráficas

Aplicación de encuestas

Del 22 al 31 de octubre de 2007

Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta

- Enfermeras del turno matutino
- Unidad de investigación en enfermería
- Computadora y acceso a internet así como diversos portales para la investigación científica
- Impresora y hojas de papel
- Beca otorgada por los laboratorios Amstrong de septiembre de 2007 a Febrero de 2008 con un monto de 1000 pesos mensuales

Instrumento de recolección de datos

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: La presente es una encuesta que nos permitirá reportar los aspectos conductuales relacionados con el Síndrome de Burnout; si usted no tiene ningún inconveniente en participar, por favor subraye en cada una de las preguntas la respuesta que desee.

Gracias.

Escala de Maslach

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión/tarea

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Me siento muy activo

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Me siento frustrado en mi trabajo

NUNCA
POCAS VECES AL AÑO O MENOS
POCAS VECES AL MES O MENOS
UNA VEZ A LA SEMANA
POCAS VECES A LA SEMANA
TODOS LOS DIAS

Creo que estoy trabajando demasiado

- NUNCA
- POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- POCAS VECES AL MES O MENOS
- UNA VEZ A LA SEMANA
- POCAS VECES A LA SEMANA
- TODOS LOS DIAS

Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

- NUNCA
- POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- POCAS VECES AL MES O MENOS
- UNA VEZ A LA SEMANA
- POCAS VECES A LA SEMANA
- TODOS LOS DIAS

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea

- NUNCA
- POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- POCAS VECES AL MES O MENOS
- UNA VEZ A LA SEMANA
- POCAS VECES A LA SEMANA
- TODOS LOS DIAS

En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

- NUNCA
- POCAS VECES AL AÑO O MENOS
- POCAS VECES AL MES O MENOS
- UNA VEZ A LA SEMANA
- POCAS VECES A LA SEMANA
- TODOS LOS DIAS

Observaciones: _____

Cronograma de actividades a realizar

Mes/Actividad a realizar	Noviembre		Diciembre				Enero				
	Días/Horas dedicadas		Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas				
Seleccionar el tema de investigación	J	V									
	*	**									
Búsqueda de bibliografía	J	V	J	V	J	V					
	*	**	*	**	*	**					
Seleccionar información bibliográfica			J	V	J	V					
			*	**	*	**					
Construir el protocolo de investigación			J	V	J	V					
			*	**	*	**					
Revisión del protocolo de investigación	J	V	J	V	J	V					
	*	**	*	**	*	**					
Realización del instrumento de recolección de datos	J	V	J	V	J	V					
	*	**	*	**	*	**					
Aplicación de la encuesta			J	V	J	V					
			*	**	*	**					
Análisis de datos obtenidos							J	V	J	V	
							*	**	*	**	
Presentación de resultados y conclusiones							J	V	J	V	J
							*	**	*	**	*

*Jueves (J) de todo el mes de 8:00 a 14:00 hrs

**Viernes (V) de todo el mes de 8:00 a 16:00 hrs

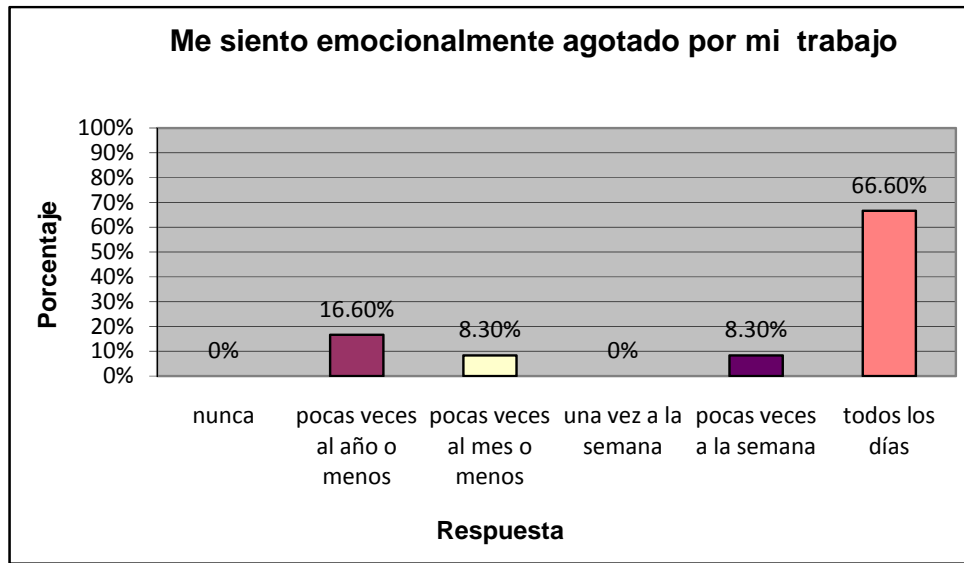
Resultados

Resultado en porcentaje de la encuesta aplicada a enfermeras del turno matutino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez. (Escala de Maslach)

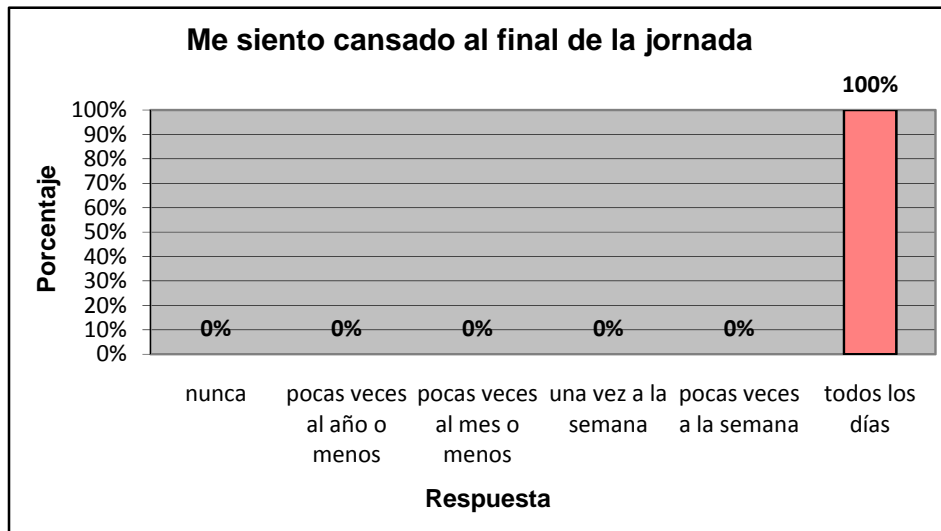
Pregunta	Nunca %	Pocas veces al año o menos %	Pocas veces al mes o menos %	Una vez a la semana %	Pocas veces a la semana %	Todos los días %
1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0%	16.60%	8.30%	0%	8.30%	66.60%
2.-Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0%	0%	0%	0%	0%	100%
3.-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	20%	0%	0%	0%	5%	75%
4.-Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	16.60%	0%	0%	0%	83.30%	0%
5.-Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0%	0%	0%	20%	3.30%	66.60%
6.-Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0%	0%	0%	0%	0%	100%
7.-Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea	50%	3.30%	13.30%	8.30%	16.60%	8.30%
8.-Me siento muy activo	0%	0%	0%	8.30%	8.30%	83.30%
9.-Me siento frustrado en mi trabajo.	80%	3.30%	0%	0%	0%	16.60%
10.-Creo que estoy trabajando demasiado	8.30%	0%	0%	0%	0%	83.30%
11.-Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	0%	0%	0%	5%	3.30%	91.60%
12.-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea	0%	0%	0%	0%	0%	100%
13.- En mi trabajo tomo los problemas profesionales con mucha calma	0%	0%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Encuesta "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

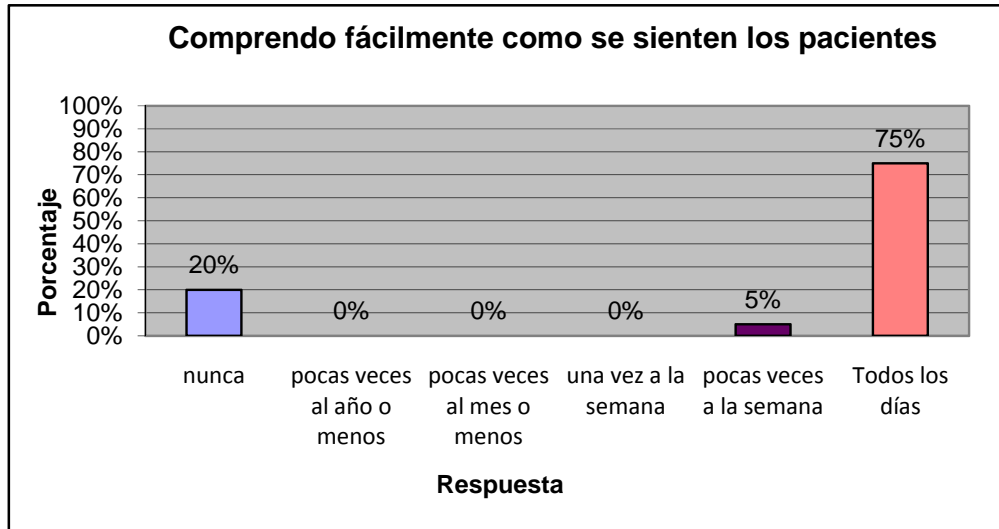
Dr. Manuel Velasco Suárez / Diciembre de 2007".



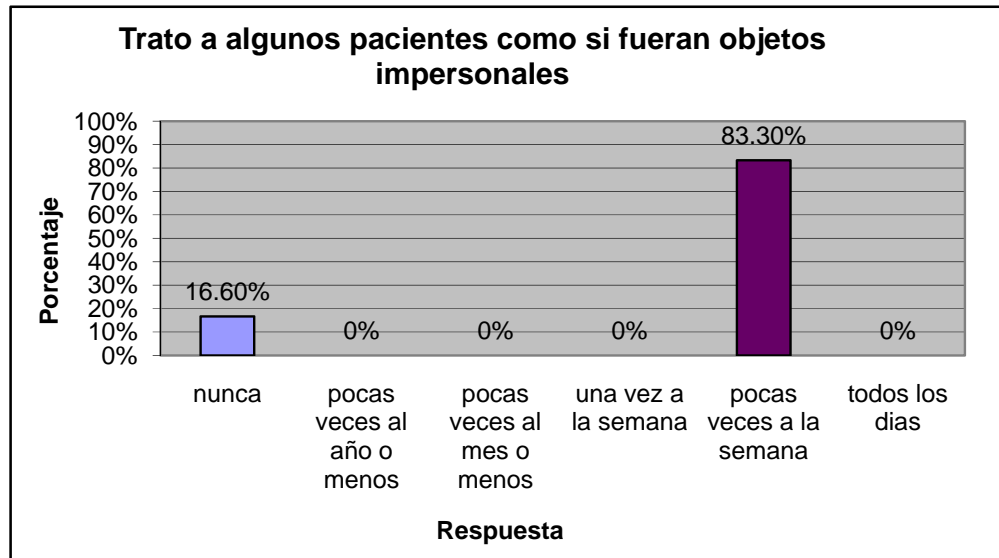
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



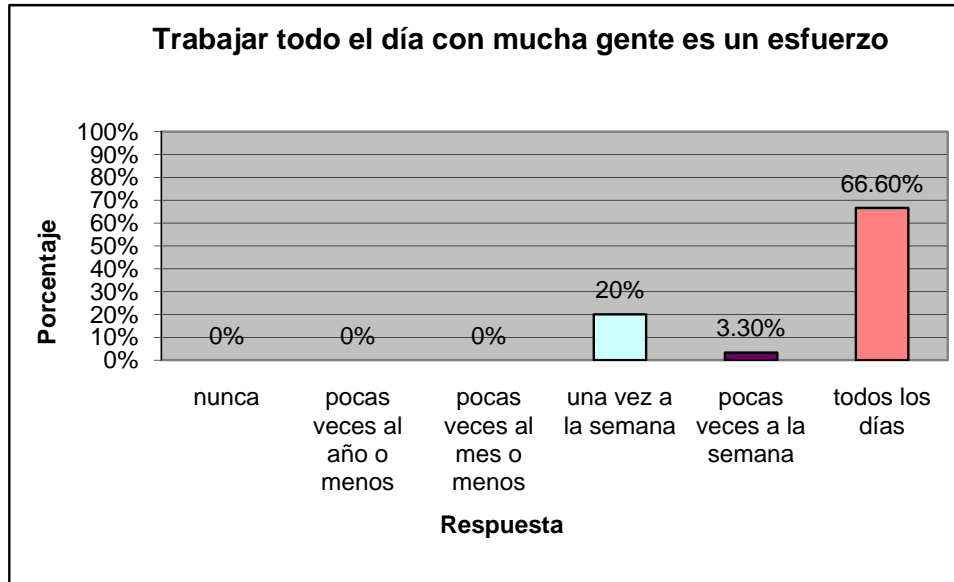
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



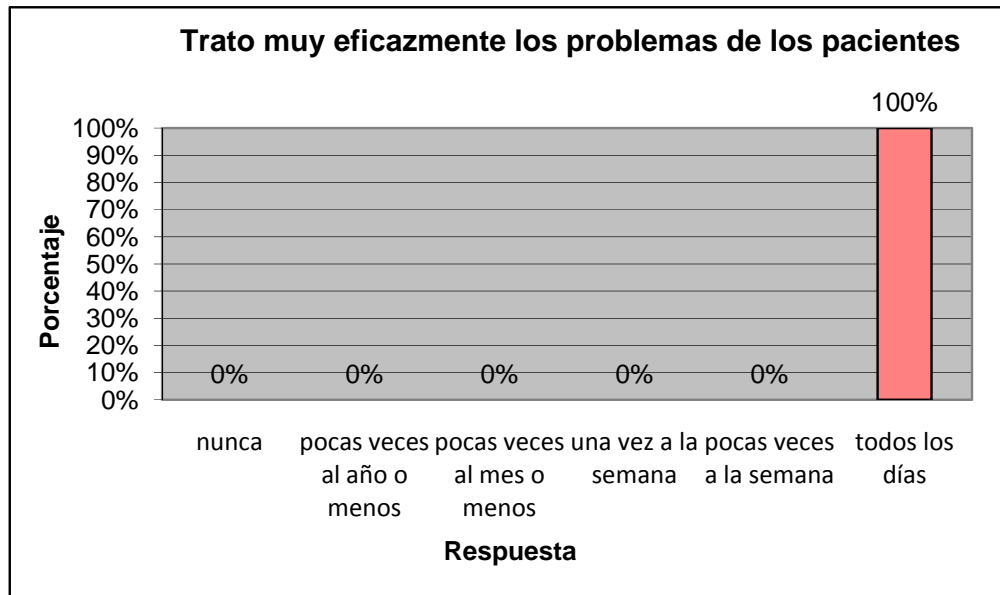
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



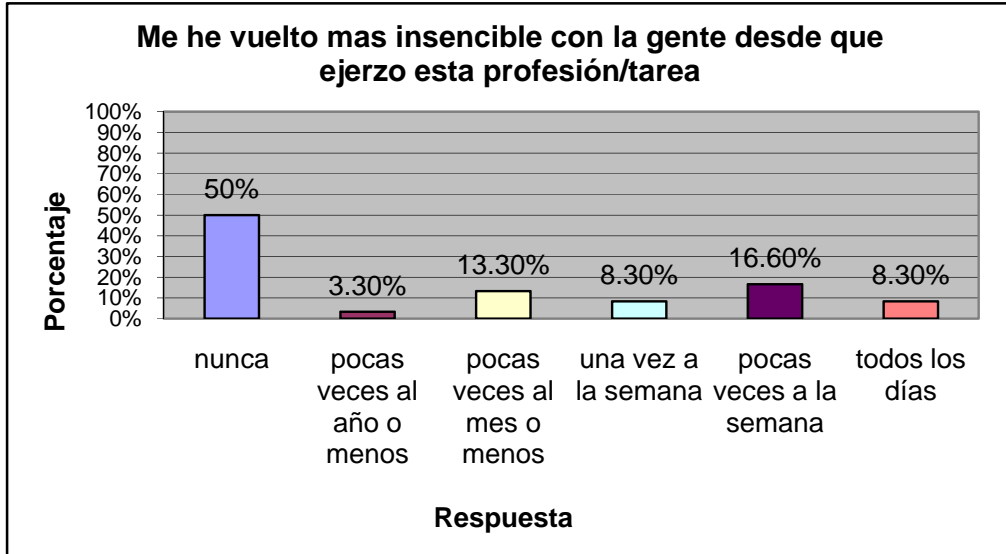
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



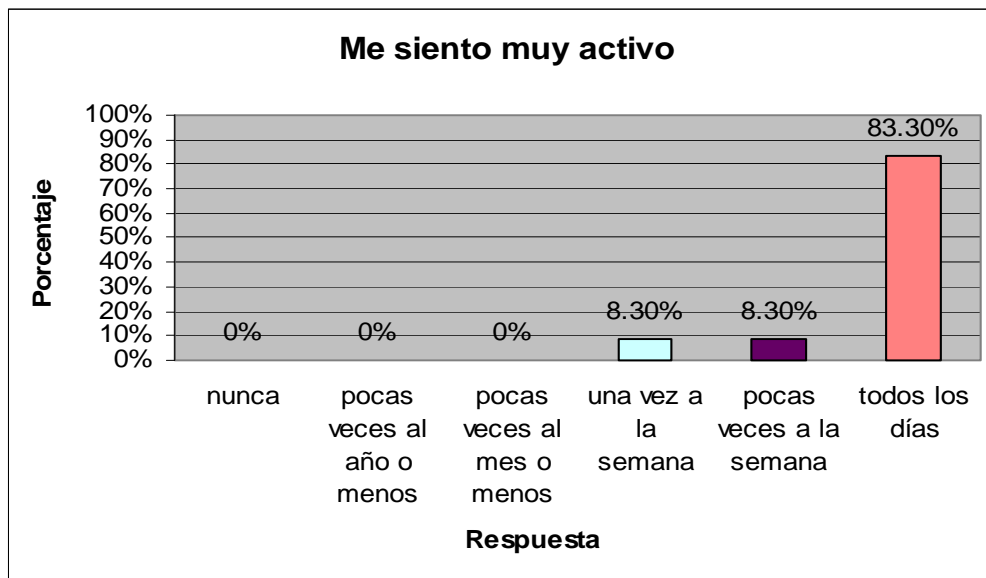
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



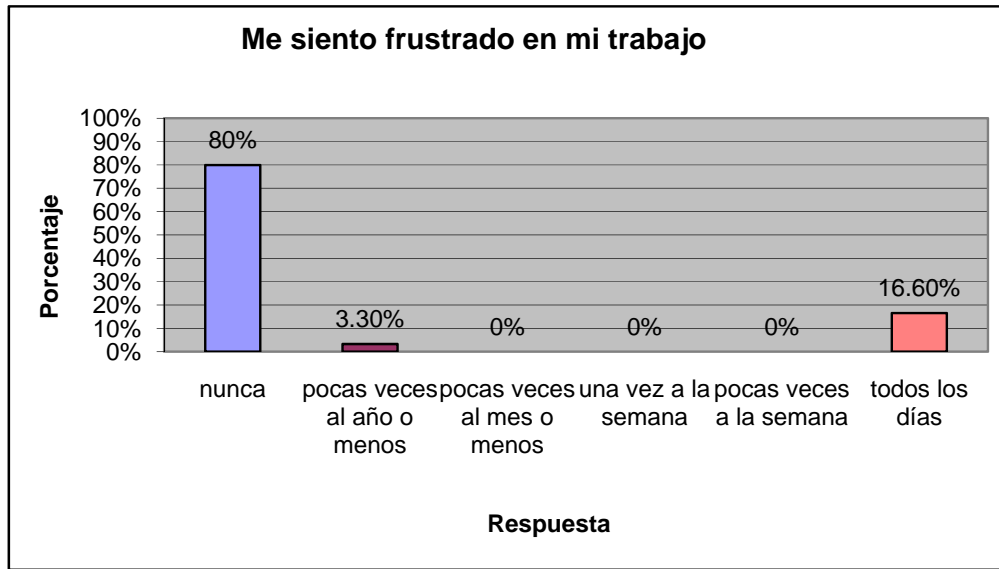
Fuente: “Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007”



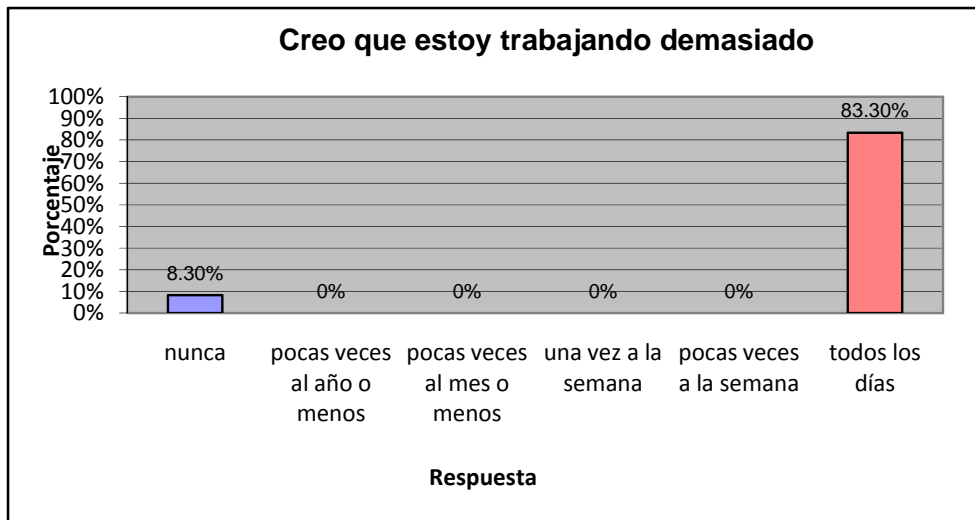
Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



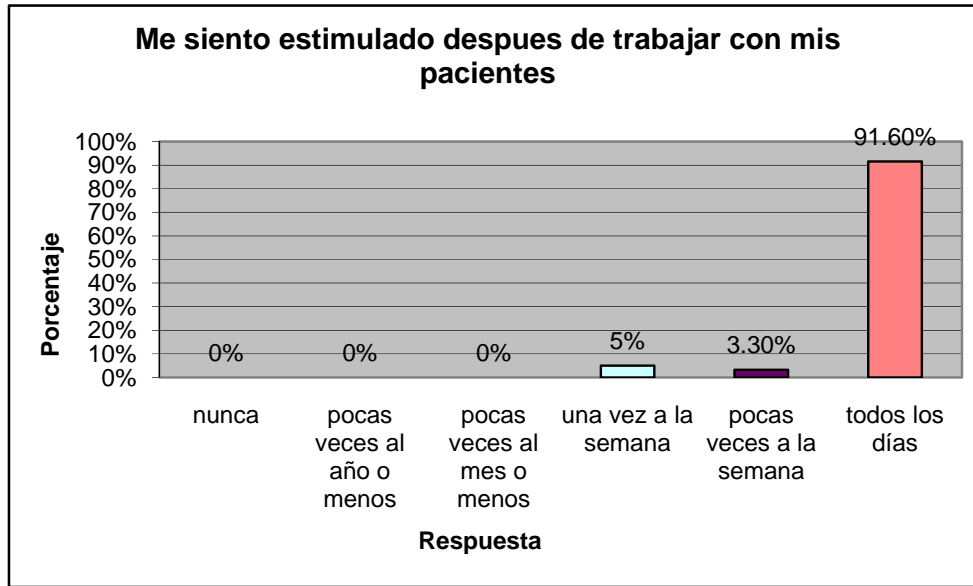
Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



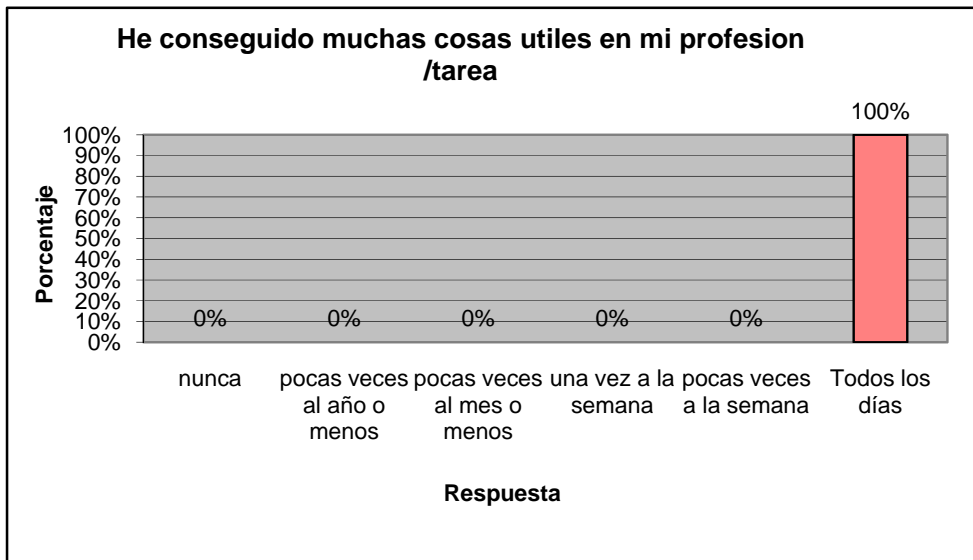
Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



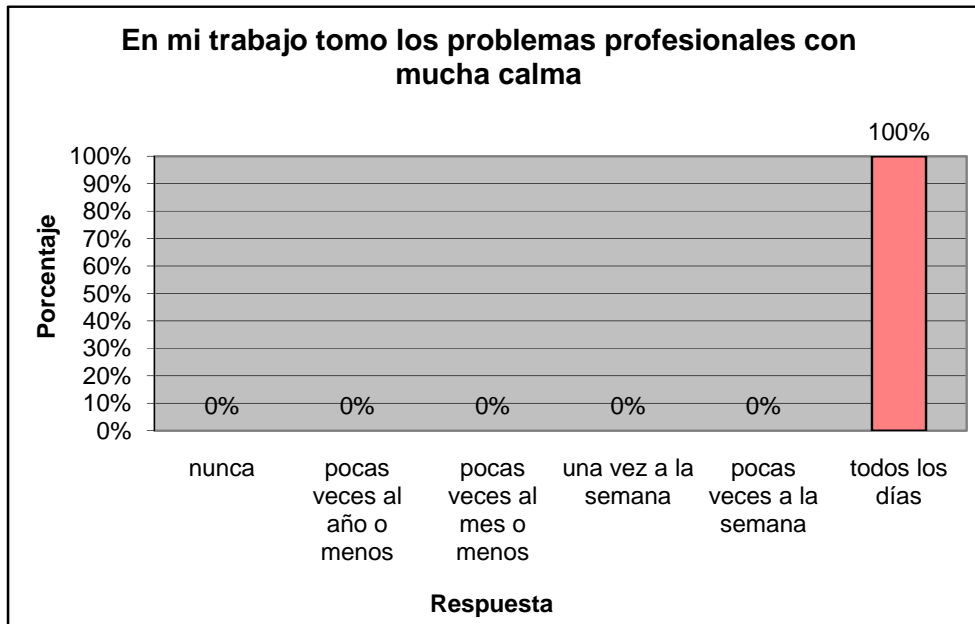
Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"



Fuente: "Escala de Maslach aplicada al personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez /diciembre 2007"

Conclusiones

Los resultados obtenidos con las encuestas realizadas son los siguientes:

- El 16.6% de las personas encuestadas refieren que pocas veces al año se sienten emocionalmente agotados por el trabajo, el 8.3% pocas veces al mes, de la misma forma el 8.3% pocas veces a la semana y el 66.6% todos los días.
- En relación al cansancio al final de la jornada el 100% de los encuestados lo refieren.
- De los 60 encuestados el 20% refiere que nunca les es difícil comprender fácilmente como se sienten los pacientes, el 5% pocas veces, mientras que al 75% todos los días.
- Referente a la 4ª pregunta el resultado fue que el 16.6% tratan a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales, y el 83.3% lo hacen pocas veces por semana.
- El 20% una vez a la semana consideran que el trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, para el 3.3% pocas veces a la semana y el 66.6% todos los días.
- Los 60 encuestados refieren que todos los días tratan eficazmente los problemas de los pacientes.
- El 50% del personal encuestado menciona que nunca se ha vuelto insensible desde que ejerce esta profesión, el 3.3% pocas veces al año, el 13.3% hace mención que son pocas veces al mes, el 8.3% lo manifiestan una vez por semana, 16.6% pocas veces por semana lo hacen notar y 8.3% todos los días.
- El 8.3% del personal se siente muy activo una vez por semana, el 8.3% pocas veces a la semana y el 83.3% todos los días.
- El 80% de las personas que laboran en el INNyN nunca se sienten frustrados con su trabajo, el 3.3% pocas veces al año y el 16.6% todos los días.
- El 8.3% cree que nunca esta trabajando demasiado, mientras que el 83.3% refiere que todos los días lo hace.
- EL 5% de los trabajadores del INNyN mencionan que una vez por semana se sienten estimulados después de trabajar con los pacientes, el 3.3% solo pocas veces a la semana y el 91.6% todos los días.

- El 100% de los encuestados mencionan que consiguen todos los días cosas útiles para su profesión.

- Los 60 encuestados mencionan que toman los problemas profesionales con mucha calma.

Comentario y/o sugerencia

A pesar de que el 100% de las enfermeras encuestadas se sienten todos los días cansadas al final de la jornada de trabajo pueden tomar el 100% de los problemas profesionales con mucha calma logrando el 100% de ellas tratar eficazmente los problemas del paciente y conseguir el 100% de cosas útiles en su profesión

Bibliografía

1. Síndrome de Burnout. Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés trabajo. Prevención en docentes y maestros. (c) 2007 Orange
2. Gil-Monte PR y Peiró JM. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicológica.com*, 2002.
3. Manzano G., Ramos F. Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000. 16 (2), 197-213.
4. Pando M, Bermúdez D, Aranda C, Pérez J. Síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Revista Salud y Trabajo* 2000. 1:12-15.
5. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y medida de estrés labor asistencial. Actas II Congreso Social de Psicología. Valencia. 1990.
6. Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. Una teoría y medida de estrés labor asistencial. 1990.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**I N F O R M E F I N A L
D E S E R V I C I O S O C I A L**

INFECCIONES POR CATÉTER VENOSO CENTRAL
EN LOS PACIENTES DE LOS DIVERSOS SERVICIOS
DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ
DE ENERO A OCTUBRE DE 2007

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

REBECA MADAI MONTIEL GUZMÁN
MATRÍCULA: 202342824

ASESORA: M. en R.N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

MEXÍCO, D.F.

JUNIO DE 2008

Vo. Bo. Asesor

M. en R.N. Sonia Ramírez Zapata

Profesora titular "B" del departamento de atención a la salud
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Vo. Bo. Asesor

Lic. Gloria Irma Taxis Taxis

Coordinadora del Servicio Social de la Licenciatura de Enfermería
de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Agradecimientos

Se agradece al Comité de Infecciones, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Dr. Manuel Velasco Suárez.

Propuesta de protocolo del comité de investigación Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Departamento que propone: Departamento de enseñanza en enfermería

Título del protocolo: Infecciones por catéter venoso central en los pacientes de los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007

Pasante

MONTIEL GUZMÁN REBECA MADAI

Pasante de la licenciatura en enfermería de la UAM Xochimilco

Asesora:

M. en R.N. SONIA RAMÍREZ ZAPATA

Profesora titular B del departamento de atención a la salud de la UAM Xochimilco

Resumen de la investigación

Es un estudio de tipo longitudinal el cual se realizó para determinar el total de infecciones por catéter venoso central en los pacientes de los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.

Contenido

Antecedentes históricos.....	- 1 -
Introducción.	- 1 -
Marco teórico.....	- 1 -
Planteamiento del problema	- 7 -
Justificación	- 7 -
Hipótesis.....	- 7 -
Objetivos y metas	- 7 -
Tipo de estudio.....	- 7 -
Muestra y universo de trabajo	- 8 -
Criterios de inclusión	- 8 -
Criterios de exclusión.....	- 8 -
Etapas de la investigación.....	- 8 -
Fecha de inicio	- 8 -
Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta.....	- 9 -
Instrumento de recolección de datos.....	- 9 -
Cronograma de actividades a realizar.....	- 10 -
Resultados	- 11 -
Conclusiones	- 14 -
Comentarios y/o sugerencia	- 14 -
Bibliografía	- 15 -

Antecedentes históricos.

- Las primeras infusiones intravenosas (IV) fueron empleadas en 1922.
- A partir de 1950 a 1960 aumentó el interés por el uso de catéteres intravenosos.
- Dudrick en el año de 1968 convirtió el uso del catéter venoso central (CVC) en un procedimiento rutinario en los pacientes.

Actualmente se continúan buscando y empleando métodos que permitan prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones relacionadas con el uso de catéteres intravenosos; debido a que la inserción de accesos venosos centrales y de líneas arteriales implica un riesgo de complicaciones mecánicas o técnicas así como infecciones locales o sistémicas¹⁹.

Introducción.

En el presente trabajo se recabaron los datos relacionados con la presentación de infecciones en pacientes con catéter venoso central en diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007; a partir de los resultados se plantearon algunas sugerencias.

Marco teórico

Desde que se popularizó el uso del CVC por Dudrick en 1968, se ha convertido en un procedimiento rutinario para un gran número de pacientes.

A pesar de que la calidad de los catéteres ha mejorado considerablemente y las técnicas de inserción se han depurado; la morbilidad asociada con la inserción y la permanencia de un catéter venoso, continúa siendo importante²⁰.

19. Dudrick S, Groff D, Wilmore D. Long term venous catheterization in infarts. SurgGynecol Obstet 1969; 129(4); 805-8.

20. Maki, A. Infecciones asociadas con líneas intravasculares. Current Clinics Topics in infections diseases Nueva York Mc Graw Hill 1982; 302.

Factores de riesgo de infección, asociados al catéter venoso central y a su manipulación:

- Técnica defectuosa en la inserción.
- Defectuoso lavado de manos antes de la inserción y manipulación.
- Inadecuado uso del material y ropa estéril durante la inserción y manipulación del catéter.
- Tiempo de permanencia del catéter.
- Uso de nutrición parenteral total y de perfusiones ricas en lípidos (sirven como caldo de cultivo).
- Número de luces del catéter intravenoso (a mayor número; más puertas de entrada).
- Acumulación de humedad alrededor del orificio de inserción, con maceración del tejido.
- Excesiva manipulación del equipo de infusión.
- El lugar de inserción del catéter (se ha comprobado que se infectan más las vías centrales femorales y las yugulares que las subclavias y las vías arteriales femorales y las pedias más que las radiales)².
- La tricotomía de la piel (si es el caso) antes de la inserción del catéter, produciendo micro abrasiones que favorecen la proliferación de gérmenes.
- Uso de antisépticos poco eficaces, habiéndose comprobado que la clorhexidina es uno de los antisépticos más eficaces.
- Mala utilización de los equipos de infusión, la falta de cuidado en ocasiones pueden llegar a dejar restos de sangre en llaves y sistemas, favoreciendo la proliferación de gérmenes en esa materia orgánica.
- Tunelización; la creación de un túnel no disminuye el riesgo de infección.
- Conexión del CVC a líneas intravenosas; varios autores han llamado la atención sobre el sitio de conexión entre el catéter y los equipos de infusión intravenosa como una fuente usual de infección y septicemia.

Factores de riesgo de infección asociados al paciente:

- Edades extremas: neonatos y ancianos.
- Patologías en las que se han descrito mayores probabilidades de infección: diabetes, leucemias, etc.
- Politraumatizados y quemados.
- Pacientes sometidos a cirugía mayor.
- Pacientes inmunosuprimidos y sometidos a quimioterapia.
- Conceptos básicos y mecanismos de contaminación del CVC.

Al hablar de infección por catéter; es necesario hacer diferencia en una serie de términos que ocasionalmente se utilizan como sinónimos, pero que tienen significados diagnósticos y terapéuticos diferentes.

La definición de términos es la siguiente:

Septicemia: consiste en el aislamiento simultáneo de uno o más microorganismos de la punta del catéter, asociado con manifestaciones clínicas de infección sistémica y la ausencia de un foco séptico adicional; las manifestaciones de sepsis deben desaparecer al retirar el catéter.

La coincidencia entre los microorganismos de la punta del catéter y los hemocultivos debe ser total²¹.

Bacteriemia es la presencia de bacterias patógenas en la sangre manifestándose con fiebre mantenida o en picos. En los mecanismos de producción de septicemia por catéter existen algunos puntos clave:

1. La infección de la piel alrededor del sitio de ingreso del catéter y la migración de los gérmenes por su superficie externa hasta la punta y el torrente sanguíneo es el mecanismo más común en el origen de septicemia por catéter.
2. La entrada de microorganismos a través del lumen del catéter durante el cambio de equipos de infusión ha sido bien documentado y constituye otro mecanismo importante de infección de la punta del catéter y de septicemia por catéter.

21. Villalobos S. Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. CMN S XXI 29-23.

3. La incidencia de septicemia por catéter, cuando se usan catéteres mono lumen varía entre 1% y 10% pero asciende de 10% a 20% cuando se usan catéteres multilumen²².
4. Un número alto de catéteres (30% al 45%) presenta contaminación de la punta por una gran variedad de gérmenes intrahospitalarios, sin que esto represente infección alguna al paciente. Estos individuos no presentan signos de sepsis y los hemocultivos son negativos²³.
5. Los gérmenes más frecuentemente encontrados en infecciones relacionadas por catéter varían de acuerdo a cada hospital. Los más comunes son: Estafilococo coagulasa negativo, Estafilococo aureus. Bacilos gramnegativos entéricos (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae), Pseudomona aeruginosa y Candida²⁴.

Diagnóstico y tratamiento

Se debe realizar cultivo solo en sospecha de infección, si bien en ocasiones se incluye de forma rutinaria en protocolos de pacientes de alto riesgo de infección o aquellos en los que la infección es especialmente peligrosa (por ejemplo pacientes inmunodeprimidos). En caso de sospecha de enfermedad séptica; el catéter temporal se debe retirar, tomar cultivo de la punta y extraer muestra de sangre para hemocultivos.

Si se trata de un catéter permanente, no se requiere retirarlo, sino que se toma un cultivo a través del mismo y se sacan luego las muestras para el hemocultivo.

En casos de pacientes con catéter temporal con alteración de la coagulación se debe considerar hacer el diagnóstico como si se tratara de un catéter venoso central permanente, para evitar complicaciones hemorrágicas en su retirada.

22. McCarthy M.C., Shives J.K. y Robinson R.J., et al. Prospective evaluation of single and triple lumen catheters in total parenteral nutrition, JPEN 1987; 11(3)259-262. Clark C., Waters V., Sparks W., et al.: Use of triple-lumen subclavian catheters for administration of total parenteral nutrition. JPEN 1992; 16(5)403-7.

23. Rugeles S., Manejo de catéteres venosos centrales en nutrición parenteral total. Universitas Medica 1991; 32(4), 135-41.

24. Rugeles S, Prada G, Escallón J. Manejo del catéter de nutrición parenteral total. Bozzeti F.: Central venous catheter sepsis, surg Gin obs, 1985; 52-55.

Tratamiento

- Si existe la presencia de bacteriemia inespecífica el tratamiento empírico será: vancomicina + cefotaxima (o bien ciprofloxacino o amikacina).
- Estafilococo coagulasa negativo: vancomicina intravenosa durante 7 días cabe mencionar que el catéter se debe retirar.
- Estafilococo aureus: se debe retirar el catéter y administrar vancomicina intravenosa durante de 2 a 4 semanas.
- Bacilos gramnegativos como Bacillum o Corynebacterium: el catéter se retira y se administra vancomicina intravenosa de 7-14 días.
- Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae o Pseudomonas: se retira el catéter seguido de la administración de cefotaxima (en caso de infección por enterobacterias) o ceftazidima (infección por pseudomonas) con ciprofloxacino o amikacina durante 7-14 días.
- Infección por Candida: se retira el catéter y se administra anfotericina o fluconazol intravenoso²⁵.

Prevención

Teniendo en cuenta el impacto negativo sobre la evolución de un paciente que produce una infección por catéter, uno de los temas principales a tratar son las medidas de prevención, que buscan disminuir la tasa de infección y permitir un uso seguro de los catéteres centrales en un gran número de pacientes.

- Valorar siempre la necesidad de poner un catéter.
- Valorar diariamente la necesidad de utilización de un catéter colocado, retirándolo lo antes posible, ya que el riesgo de infección aumenta progresivamente a partir del tercer y cuarto día de cateterización.
- Colocar siempre el catéter con el menor número de luces necesarias.
- Retirar lo antes posible todo catéter colocado en situación de urgencia.
- Si los catéteres periféricos y centrales son colocados por vía periférica: es necesario procurar evitar en lo posible las zonas de flexión.

25. Powel K., Judsk K.A. et al.: Effect of frequent guidewire changes on triple-lumenCatheter sepsis, JPEN 1988; 12(5)462-464

- Por comodidad del paciente es necesario canalizar la vía en el brazo que no utilice o por orden de menor a mayor riesgo de infección.
- Antes de insertar un catéter, la zona de punción debe estar limpia.
- La limpieza del punto de inserción se realizará tras cortar el vello sobrante (Sin rasurar).
- Se debe realizar la asepsia y antisepsia en la zona de punción previamente.
- El lavado de las manos del personal es indispensable, aunque se vayan a usar guantes, esto sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.

Se debe realizar el lavado de manos higiénico, con agua y jabón, antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones, así como antes de canalizar una vía venosa periférica.

Curaciones del catéter

El cuidado del catéter una vez insertado, es la variable principal en la prevención de la infección por catéter.

El sitio de entrada del CVC a la piel, constituye el punto más vulnerable. La presencia de un cuerpo extraño produce reacción cutánea que fácilmente se coloniza e infecta con bacterias u hongos. Por lo tanto, es esencial seguir un protocolo de manejo que garantice un adecuado cuidado de la piel y del catéter.

Estudios han comparado la técnica de curación con gasas estériles contra la curación con apósitos transparentes autoadhesivos. Todos encuentran que ambos métodos son igualmente efectivos en la prevención de la infección si siguen un protocolo preestablecido. La curación con apósitos transparentes tiene una mayor duración y necesita menor tiempo total de enfermería.

En resumen, los dos sistemas parecen tener resultados buenos, pero es definitivo establecer un protocolo de curación que incluya una técnica estéril depurada y una frecuencia preestablecida²⁶.

26. Gupta S., Batra Y., Puri G., et al.: Infection rates in single- and-double-lumen central venous catheter in critically ill patients.

Nat Med J. India 1995; 8(3) 114-

Planteamiento del problema

¿Cuántos pacientes de los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez se infectaron por el catéter venoso central de enero a octubre de 2007?

Justificación

A pesar de que la calidad de los catéteres ha mejorado considerablemente y las técnicas de inserción se han depurado, la morbilidad asociada con la inserción y la permanencia de los mismos continúa siendo elevada. La infección asociada a los catéteres venosos centrales, constituye la complicación más frecuente cuando existen estados de inmunosupresión. La septicemia por catéter además de ser una complicación seria, ocasiona altos costos de diagnóstico²⁷.

Hipótesis

El total de infecciones por catéter venoso central en los pacientes de los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez es bajo.

Objetivos y metas

Conocer el número de pacientes de los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez que se infectaron por el catéter venoso central de enero a octubre de 2007

Tipo de estudio

Se trata de un estudio longitudinal

27. Eiros M, Rodríguez Torres A. Infecciones en unidades de cuidados intensivos. En: Picazo de la Garsa JJ, Romero Vivas J. Infección nosocomial. Barcelona: Doyma; 1992. p 66-7.

Muestra y universo de trabajo

Pacientes infectados por catéter venoso central en los servicios de neurología, neurocirugía, neuroinfectología, recuperación, unidad de cuidados intensivos y urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.

Criterios de inclusión

Pacientes sometidos a cateterización venosa central dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.

Criterios de exclusión

Pacientes que a su llegada al INNyN procedentes de otra institución ya contaban con catéter venoso central.

Etapas de la investigación

1. Se realizará un instrumento de recolección de datos
2. Se realizará la recolección de datos en base a los casos detectados.
3. Se hará el vaciado de la información en la base de datos
4. Tabulación y gráficas de resultados

Fecha de inicio

1º de mayo de 2007

Recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta

- Pacientes con catéter venoso central
- Unidad de investigación en enfermería
- Computadora y acceso a internet; así como diversos portales para la investigación científica
- Impresora y hojas de papel
- Beca otorgada por los laboratorios Amstrong de septiembre de 2007 a enero de 2008 con un monto de 1000 pesos mensuales

Instrumento de recolección de datos

Total de Infecciones por catéter venoso central en los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.

MESES	SERVICIOS					
	Neurología	Neurocirugía	Neuroinfectología	Recuperación	UCI	Urgencias
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						

Cronograma de actividades a realizar

Mes/Actividad a realizar	Mayo		Junio				Julio				Agosto				Septiembre / Octubre			
	Días/Horas dedicadas		Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas				Días/Horas dedicadas			
Seleccionar el tema de investigación	J	V																
	*	**																
Búsqueda de bibliografía	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V								
	*	**	*	**	*	**	*	**	*	**								
Seleccionar información bibliográfica			J	V	J	V												
			*	**	*	**												
Construir el protocolo de investigación			J	V	J	V												
			*	**	*	**												
Revisión del protocolo de investigación							J	V	J	V	J	V	J	V				
							*	**	*	**	*	**	*	**				
Realización del instrumento de recolección de datos											J	V	J	V				
											*	**	*	**				
Aplicación de la encuesta							J	V	J	V								
							*	**	*	**								
Análisis de datos obtenidos												J	V	J	V			
												*	**	*	**			
Presentación de resultados y conclusiones												J	V	J	V	J	V	
												*	**	*	**	*	**	

*Jueves (J) de todo el mes de 8:00 a 14:00 hrs

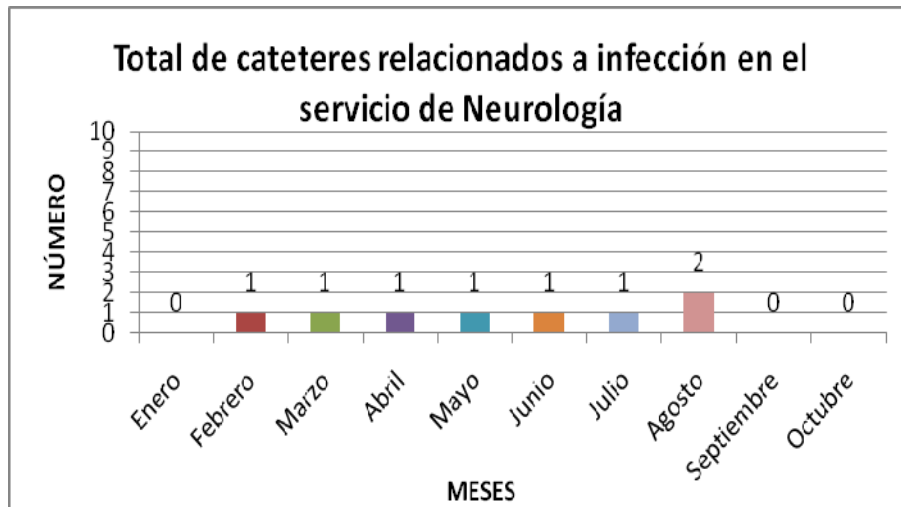
**Viernes (V) de todo el mes de 8:00 a 16:00 hrs

Resultados

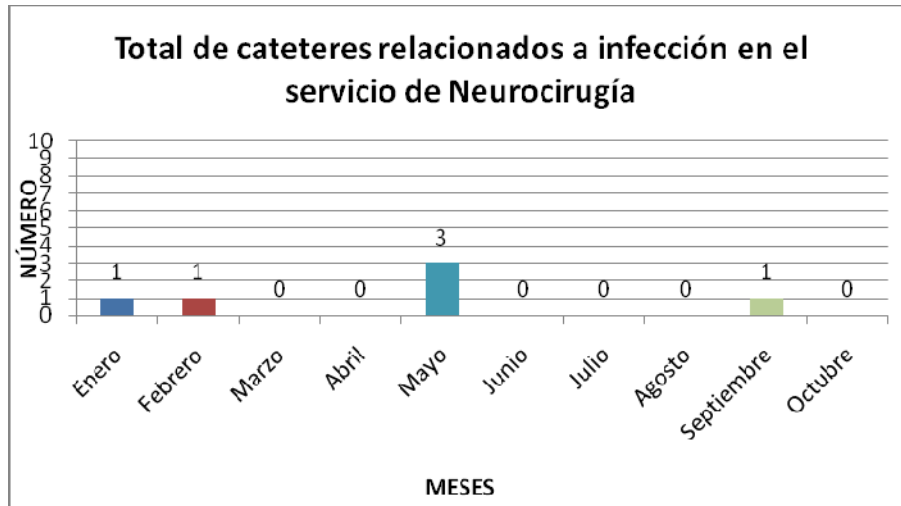
Total de Infecciones por catéter venoso central en los diversos servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007

MESES	SERVICIOS					
	Neurología	Neurocirugía	Neuroinfectología	Recuperación	UCI	Urgencias
Enero	0	1	0	0	0	0
Febrero	1	1	0	0	0	0
Marzo	1	0	0	0	0	0
Abril	1	0	0	0	1	0
Mayo	1	3	0	0	0	0
Junio	1	0	0	0	0	0
Julio	1	0	0	0	0	0
Agosto	2	0	0	0	0	0
Septiembre	0	1	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0	0

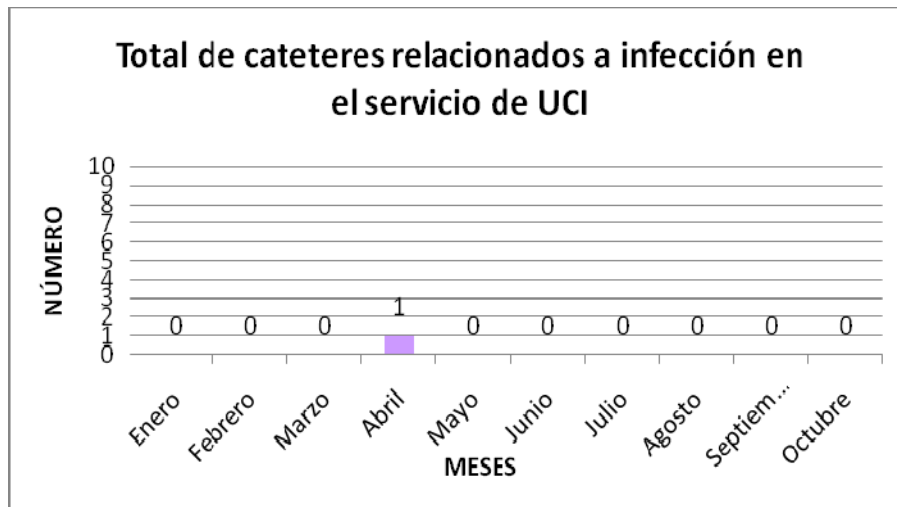
Fuente: Archivos del comité de infecciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.



Fuente: Archivos del comité de infecciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.



Fuente: Archivos del comité de infecciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.



Fuente: Archivos del comité de infecciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de enero a octubre de 2007.

Conclusiones

En octubre no se presentó ningún caso de infección; en enero, marzo, junio, julio y septiembre ocurrió un caso de infección en cada mes; en febrero, abril, y agosto ocurrieron dos casos de infección por mes y en mayo se registraron 4 casos de infección relacionada con el catéter venoso central.

Comentarios y/o sugerencias

- Los casos de infección de pacientes con catéter venoso central es claramente bajo
- El análisis cualitativo de cada uno de los casos de infección permitirá tomar aún más medidas preventivas; beneficiando directamente a los pacientes.

Bibliografía

1. Dudrick S. Groff D. Wilmore D. Long term venous catheterization in infarts. SurgGynecol Obstet 1969; 129(4); 805-8.
2. Maki, A. Infecciones asociadas con líneas intravasculares. Current Clinics Topics in infections diseases Nueva York Mc Graw Hill 1982; 302.
3. Villalobos S. Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. CMN SXXI: 29-33.
4. McCarthy M.C., Shives J.K. Robinson R.J., et al. Prospective evaluation of single and triple lumen catheters in total parenteral nutrition, JPEN 1987; 11(3)259-262.
5. Rugeles S, Manejo de catéteres venosos centrales en nutrición parenteral total. Universitas Medica 1991; 32(4), 135-41.
6. Rugeles S, Prada G, Escallón J. Manejo del catéter de nutrición parenteral total.Bozzeti F.: Central venous catheter sepsis, surg Gin obs, 1985; 52-55.
7. Powel K., Judsk K.A. et al.: Effect of frequent guidewire changes on triple-lumenCatheter sepss, JPEN 1988; 12(5)462-464
8. Gupta S., Batra Y., Puri G., et al.: Infection rates in single- and-double-lumen central venous catheter in critically ill patients. Nat Med J. India 1995; 8(3) 114
9. Eiros M, Rodríguez Torres A. Infecciones en unidades de cuidados intensivos. En: Picazo de la Garsa JJ, Romero Vivas J. Infección nosocomial. Barcelona: Doyma; 1992. p 66-7