

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autor: José Alberto Vega Chancafe

MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE EZEIZA, PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL

2013

Citar como: Vega Chancafe, J. A. (2013). Mejora en la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital de Ezeiza, para contribuir a la disminución de la mortalidad neonatal. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de contenidos

1. RESUMEN EJECUTIVO:	3
Resultados Esperados:	3
Beneficiarios:	3
Necesidad de Financiamiento:	3
Conclusiones Generales:	3
Palabras Claves:	4
2. INTRODUCCIÓN:	5
Organización que presenta el proyecto	5
Justificación de proyecto:	7
Obstáculos a enfrentar:	8
3. MARCO CONCEPTUAL:	9
4. PROBLEMA:	12
Análisis del Problema:	12
Análisis de las causas	15
Análisis de los involucrados:	16
5. OBJETIVOS:	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO: FODA en relación al proyecto y a la intervención específica que se prevé	20
7. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA:	21
Objetivo específico	21
Cronograma: diagrama de Gantt	24
8. DIRECCIÓN DEL PROYECTO Y MECANISMO DE EVALUACIÓN:	26
9. CONCLUSIONES:	27
10 BIBLIOGRAFÍA	29
11. ANEXOS	31
Anexo I - Organigrama	31
Anexo II TASAS DE MORTALIDAD ASOCIADAS	32
Anexo III Tasas Específicas	35
Anexo IV Calculo del personal de Enfermería en UTINeonatal	37

1. Resumen Ejecutivo:

- Resultados Esperados:

El impacto esperado luego de la implementación de este Proyecto de Intervención es: *Mejorar la calidad de atención en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza, para contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal.*

- Beneficiarios:

Los beneficiarios directos del plan son todo el personal médico y de enfermería que recibe capacitación según sus competencias, al igual que los responsables de la conducción del Servicio de Neonatología y la Directivos del Hospital.

Los recién nacidos que por distintas circunstancias requirieron asistencia en la Sala de Neonatología, junto con su familia de la población del Partido de Ezeiza y aledaños.

- Necesidad de Financiamiento:

El financiamiento de este proyecto se realizaría por intermedio del programa del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la implementación del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna, Embarazo adolescente y de la Mortalidad Infantil, financiado por UNICEF, dentro del programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

Otro de los Pilares de Financiamiento es por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, reasignado el recurso humano, nombrando a los ingresantes en planta permanente.

También es de fundamental importancia el aporte de la Municipalidad local, para el financiamiento de la contratación de personal idóneo para la realización de las actividades necesarias, que no estén incluidas en personal de planta del Ministerio de Salud.

- Conclusiones Generales:

Se trata de un proyecto social cuyo principal impacto es mejorar la calidad de atención de los neonatos, a través del aumento de la protocolización de su atención por cuidados diferenciales, el mejoramiento de la referencia y contrarreferencia; y el incremento de las horas médicas y de enfermería, acorde a sus competencias, para así contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal/Infantil. La mejora en la atención reconoce en dichos pacientes sujetos de derecho para la obtención, desde nuestro sistema de salud, de la atención en tiempo y forma que el estado del arte hoy

dispone. Es precisamente misión del Hospital y de los Servicios que lo conforman (Obstetricia, Neonatología y Pediatría), coordinar las acciones para que la implementación del proyecto alcance a la población que lo necesita. El presente proyecto se basa, esencialmente, en dos valores primordiales: Calidad y Equidad.

- Palabras Claves:

Tasas de Mortalidad Infantil/Neonatal – Protocolos de Intervención – Horas Medicas/Enfermería

2. Introducción:

2.1 Características de la Organización:

- Organización que presenta el proyecto

El proyecto se llevará a cabo en el HOSPITAL INTERZONAL DE EZEIZA, Dr. ALBERTO A. EURNEKIAN, cuya Directora Ejecutiva actual es la Dra. Graciela Sorrentino, cuando se inició el proyecto quien ocupaba dicho lugar era el Dr. Domingo Macarone.

El Hospital quedó formalmente inaugurado el 11 de enero de 2010, pero entró en funciones con la organización actual, a partir del 16 de octubre de 2010.

Es un Hospital Interzonal General De Agudos, Polivalente, Nivel III: Alto Riesgo, según la normativa vigente (Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 282/94 del Programa Nacional de Garantía de Calidad), aunque se maneja como un Hospital De Nivel II, en la gran mayoría de sus servicios. Con una estructura funcional mixta, entre servicios, salas y cuidados progresivos.

- Estructura Organizacional: La línea jerárquica es la siguiente:
 - ✓ Consejo de Administración: Dr. Claudio Gulo (Presidente, en representación del Ministro de Salud), Lic. Patricia Eurnekian, Ing. Roberto Dogil, Arq. Roberto Navazzo, Consejero representante de los Profesionales (Ley 10471): Dra. Verónica Siciliano y Consejero representante de los no profesionales (Ley 10430): Sr. Francisco Danel
 - ✓ Directora Ejecutiva: Dra. Graciela Sorrentino
 - ✓ Directores Asociados: Dra. Marta Suarez y Bco. Sergio Otaviano
 - ✓ Jefes de los diferentes Servicios: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Quirúrgica, Emergencias y Consulta Ambulatoria, Perinatología y Enfermería.

Se anexa el esquema del Organigrama con las Diversas Unidades y sus Dependencias Funcionales (Anexo N° 1).

- Visión y Misión

VISION: El Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto Eurnekian, de la ciudad de Ezeiza, ha sido creado con la intención de constituir un eslabón sanitario de trabajo en la red. Se espera que permita organización estratégica mediante, la atención de la comunidad demandante de servicios para la salud que provengan del Primer Nivel de Atención y (en razón del crecimiento de su complejidad) aceptar las derivaciones de otros centros regionales de Segundo Nivel (Hospitales Zonales) que requieran de dicha complejidad.

En esta instancia, se considerarán las políticas corporativas en relación al servicio del usuario, a la participación de la comunidad, a los conceptos de calidad y eficiencia y también en cuanto al personal: criterios de selección y contratación; capacitación y promoción; incentivos positivos y negativos. En lo que a proveedores se refiera, se adoptaran criterios de fidelidad y transparencia.

En síntesis, el lema institucional se suscribe en:

Hospital Alberto Eurnekian: El Hospital de La Comunidad.

MISION: Según la O.M.S...

"el hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital también es un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial"...

La Misión es el pilar de la ESTRATEGIA; sin misión no hay organización. El Hospital Dr. Alberto Eurnekian, hoy define su Misión-Función con los siguientes 4 puntos:

- ¿Qué hace el Hospital? ¿Cuáles son sus servicios y actividades?

**Servicios Asistenciales*

**Actividades docentes:* Brinda capacitación en servicio y también formación de personal sanitario

**Actividades de investigación:* Básica-Clínica (por los distintos comités) y las correspondientes a los Servicios de Salud.

- ¿Quiénes son los usuarios?, ¿Dónde están?

**Población:* alcanza los 600000 habitantes.

**Área Geográfica:* comprende los siguientes Partidos: Ezeiza (en 1º lugar, de donde es el único Efecto de 2º Nivel, con 16 CAPS, afluentes del Primer Nivel), E. Echeverría, San Vicente, Cañuelas y La Matanza (que poseen efectores de 2º Nivel de Menor Complejidad).

- ¿Cómo presta sus servicios?

**Modelo de atención:* los usuarios tienen actualmente acceso directo al hospital (se trate de aquellos que tengan o no cobertura social) y en caso de acceder desde el 1º Nivel lo hacen por el mecanismo de Referencia-Contrarreferencia. Los usuarios procedentes de partidos vecinos acceden por intermedio de la Región Sanitaria VI o por propia determinación.

**Valores de Actuación:* la calidad de la atención se halla asegurada por el entrenamiento y el compromiso de los trabajadores del hospital, cumpliendo normativas institucionales. La accesibilidad, la equidad y la eficiencia alcanzan su máximo resultado, sujeto al servicio demandado. La tecnología sanitaria se encuentra

incorporada y la tecnología de la información se halla en proceso de instalación. Los recursos humanos se seleccionan activamente y los mecanismos de motivación e incentivos se encuentran en etapa evolutiva.

- Principales Hitos de la organización:

- * Mudanza física del Hospital y su modernización en cuanto a la estructura organizacional.
- * Modernización del equipamiento, tanto edilicio como tecnológico.
- * Mejor accesibilidad para la población derecho habiente.
- * Inicio de cambio en la Cultura Organizacional Institucional.

- Recursos Financieros:

- * *Presupuesto 1:* Hospital Provincial, que se financia con presupuesto del Estado Provincial.
- * *Presupuesto 2:* Hospital de Autogestión, percibe por las prestaciones de afiliados de Obras Sociales, que ingresan a la cuenta SAMO, y dicho ingreso se distribuye reglamentariamente.
- * *Presupuesto 3:* Municipalidad de Ezeiza, quien financia parte del personal de salud.
- * *Presupuesto 4:* Fundación San Lázaro, con su aporte en Capacitación y Docencia.

- Justificación de proyecto:

Desde el año 2001, la Mortalidad Infantil en la Argentina viene descendiendo en forma global, pero lo que se mantuvo constante en ella fue el componente de Mortalidad Neonatal, manteniéndose elevada, con lo cual se han implementado diferentes estrategias para disminuir esos valores.

En el año 2011 la TMN fue del 7.4 ‰; en la Provincia de Buenos Aires del 7.8‰; en la Región Sanitaria IV del 7.8 ‰; en el Pdo. De Ezeiza del 10.5‰ y la del Hospital del 8.7‰, superando la media Nacional (DEIS 2013). Ante esta situación histórica de elevada mortalidad en el Hospital, surge la inquietud de realizar este proyecto, para *contribuir a la disminución de la Mortalidad Infantil en su componente Neonatal, a través de la mejora en la calidad de atención de los Neonatos, que ingresan al Servicio de Neonatología del Hospital de Ezeiza.* Esta situación podría revertirse con la participación de todo el equipo de salud, generando en ellos un cambio en la cultura organizacional.

Parte de la Visión y Misión del Hospital, es la de constituirse, en un eslabón sanitario importante en la organización estratégica de la atención coordinada con el Primer Nivel. Además, es la de mejorar la referencia y contrarreferencia con los 3 Niveles de Atención.

Con lo expuesto se visualiza un problema biomédico, las altas tasas de morbimortalidad neonatal, sumado a un importante impacto sociocultural y psicológico con elevado costo personal, familiar y social, en la que está inmersa gran parte de la población.

Estadísticamente, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo y una atención adecuada del parto, más un diagnóstico y un tratamiento precoz. El mayor problema es la baja sobrevivencia en las neonatologías de los recién nacidos con bajo y muy bajo peso al nacer. Por lo que hay que indagar y profundizar los conocimientos de las causas con criterio de reducibilidad de muerte neonatal.

Por lo cual la implementación de estrategias que mejoren los procesos de atención de esta población (el neonato que requiere de atención especializada) contribuirá al descenso de la Mortalidad Neonatal, a saber:

- Mejoras en la organización del equipo de salud, (principalmente enfermeras; y médicos neonatólogos, médicos especialista interconsultores y otras especialidades, cuando se requieran como: psicólogas, trabajadoras sociales), de acuerdo a sus roles y funciones.
- Mejoras en la protocolización y organización de los sectores de cuidados progresivos.
- Mejoras en la detección de infecciones intrahospitalarias
- Mejoras en la protocolización del traslado interno y externo, y en la referencia y contrareferencia a los centros de mayor complejidad.
- Mejoras en la optimización, utilización y distribución de las horas médicas y de enfermería.

La disminución de la Mortalidad Neonatal se encuentra dentro de los objetivos del Ministerio de Salud de la Nación y el de la Provincia de Buenos Aires, existen programas de mejora de calidad de dichas entidades, por lo que nos encontramos ante una oportunidad única de acceder y aprovechar dichos programas y realizar una mejora en los procesos de atención de neonatos en nuestro hospital, con el fin de contribuir a la disminución de dicha tasa.

- Obstáculos a enfrentar:

Uno de los obstáculos para la implementación del proyecto, es el económico. Si bien en este caso, se cuenta con financiamiento de organizaciones internacionales como OPS y UNICEF, no siempre llega en tiempo y forma para su optimización. El estado nacional, en las últimas décadas, no ha priorizado la Salud dentro de su presupuesto, con lo cual su llegada no siempre es la esperada.

Otro obstáculo, no menos importante, se relaciona con el personal médico. En las últimas décadas, se manifiesta en los médicos desmotivación y poco desempeño, como consecuencia de la precarización del sector, la falta de incentivos económicos y laborales, que llevan a la pérdida de la visión integral del paciente.

Con esto, los profesionales de la salud se han ido aislando del destino de la Institución, como si el hospital fuese una organización que no le pertenece a nadie, donde no se visualiza que los resultados globales son el fruto de los esfuerzos conjuntos de todas las personas que trabajan en él.

3. Marco Conceptual:

Durante los años 90, las altas tasas de Mortalidad Materna y de Mortalidad Infantil, en Latinoamérica y el Caribe promovieron el compromiso de los países miembros y de las Agencias de Cooperación Internacional, la implementación de estrategias que reviertan esta situación; compromiso que fue reafirmado con la *Declaración De Los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) en el año 2000. (1)

"Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años". Los indicadores son: Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; Tasa de Mortalidad infantil/Neonatal

La Mortalidad Neonatal se relaciona con las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida –y la concomitante aplicación de tecnologías–, y no tanto con condiciones sociales como la mortalidad postneonatal, aunque muchos estudios comienzan a demostrar que también se ve influenciada por las condiciones de vida y el nivel socioeconómico, especialmente de las madres (2, 3).

La Mortalidad postneonatal, se vincula cada vez más con eventos acaecidos en el periodo neonatal. La Mortalidad Neonatal ha sido llamada "el componente duro" de la Mortalidad Infantil, debido a que habitualmente es la que desciende más lentamente, en contraposición al componente blando, que equivale al período postneonatal, ya que es el que desciende primero y con acciones más fáciles de implementar.

Son múltiples los factores que merecen ser analizados para "poder mirar" dentro de la mortalidad neonatal, como la edad al morir (4), las causas llamadas evitables o reducibles, los motivos que produjeron la muerte (5). No obstante, sin lugar a dudas, un factor de gran relevancia es el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gr), cuya proporción se mantiene estable en nuestro país y que está asociado a la mitad de la Mortalidad Infantil.

Teniendo en cuenta el enorme peso del componente neonatal, surge que se debe priorizar la asistencia neonatal, ya que nuestro país se ha propuesto, dentro de sus prioridades, disminuir su mortalidad. Las muertes de los recién nacidos son "muertes silenciosas", que aparentemente no tienen la misma representación social que la de los niños más grandes: si se indaga a la población en general, e incluso a los equipos de salud, cuáles son las causas que producen más muertes infantiles jamás se menciona la muerte en la sala de partos o en los primeros días de vida como asociadas a eventos perinatales.

1. MDG Report Inform 2010, United Nations. La Organización de Naciones Unidas (ONU) y los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio

2. Spinelli H, Alazraqui M, Calvellido L, Arakaki J. Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51. Bs .As OPS/OMS, 2000.

3. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Estadísticas Vitales. Los determinantes de la Mortalidad Infantil en la Argentina. Principales causas de muerte. Buenos Aires, 1998. Serie 8 N° 18

4. Moscona R, Sarrasqueta P, Prudent L. Estudio de la mortalidad neonatal en la ciudad de Buenos Aires en 1984. Archivos Argentinos de Pediatría 1985; 83(6):307-312

5. Lomuto C. ¿De qué se mueren los recién nacidos en la Argentina de 1995? Revista Hospital Materno-Infantil R. Sardá. 1998;17(1):31-35.

Sin duda, lo más adecuado es mejorar de manera integral la atención de todo el periodo reproductivo de las mujeres, que debe continuarse con la adecuada atención neonatal hasta la máxima complejidad.

La atención médica de calidad es aquella que maximiza los beneficios y minimiza los riesgos y costos. Por lo que es fundamental asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para lograr una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr los mejores resultados con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Teniendo en cuenta la accesibilidad, la tangibilidad, la seguridad, la comunicación y las competencias (6).

Como parte de su contribución a la salud materna e infantil/neonatal, UNICEF desarrolló dos herramientas de mucha utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la morbilidad materna y neonatal, así como en el momento de la planificación de acciones para mejorar la salud materna y neonatal. Estas herramientas son: las causas de la mortalidad materna y neonatal y el logro en la equidad para la atención en zonas más pobres.

- Con respecto a las causas de Mortalidad (7): estas están relacionadas con la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de hábitos saludables, y el control de las enfermedades.

- Con respecto a la Equidad (8): UNICEF aspira a acelerar el progreso, reducir las desigualdades y recortar el gasto directo para las zonas pobres por medio de tres medidas esenciales: mejorar las instalaciones de atención a madres y recién nacidos; reducir los obstáculos que impiden a los más pobres utilizar los servicios, incluso cuando están disponibles; y, prestación de servicios fuera de las instalaciones y aumentar la participación de la comunidad en la promoción de prácticas saludables.

La mortalidad infantil al 2010 es de 11.9 ‰. Este indicador ha ido mejorando en los últimos años. Sin embargo, los actuales índices que presenta nuestro país requieren, no ya de acciones focalizadas, sino de un abordaje planificado, estratégico e integral de manera de contrarrestar sostenidamente el descenso y profundizar la equidad e igualdad de nuestro sistema sanitario.

La mortalidad materna e infantil se identifica como un incumplimiento de los Derechos Humanos de las mujeres y de los niños. Se trata de la violación de estándares internacionales y acordados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (9) y en otros tratados internacionales cuentan con normas que protegen a la maternidad y la infancia, pero, con frecuencia estas disposiciones no se cumplen plenamente en la práctica.

6. Calidad Asistencial en Neonatología. V. Roques Serradilla. Servicio Neonatología. Hospital La Fe, Valencia. 2011

7. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF.

8. Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 2010

9. CEDAW 1979, Convención Americana de Derechos Humanos 1969 y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los derechos referidos al embarazo, parto y crianza se encuentran reconocidos por los marcos jurídicos y normativos, pero su ejercicio no está garantizado por completo, dado que, en muchos países, no se cuenta con servicios socio-sanitarios adecuados.

Las muertes maternas e infantiles vulneran los siguientes derechos:

- A la vida, la libertad y la seguridad de las personas, al tratarse de muertes evitables.
- A conformar una familia y a poder disfrutar de la vida familiar. Con la muerte de un miembro queda trunco el desarrollo de la familia y los demás integrantes quedan en una situación de riesgo físico y psíquico.

4. Problema:

- Análisis del problema: definición e identificación de indicadores, descripción y consecuencias
- Análisis de las causas
- Análisis de los involucrados

- Análisis del Problema:

****Definición:***

Déficit en la calidad de la atención del neonato en la sala de neonatología del Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza, en la región Sanitaria VI en la Provincia de Buenos Aires.

****Identificación de indicadores***

Mortalidad Neonatal:

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
Nº de muertes de los RN vivos, en los primeros 28 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en tal período x 1000

Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período

****Precoz:***

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
Nº de muertes de los RN vivos, en los Menores de 7 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en tal período x 1000

Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período

****Tardía:***

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
Nº de muertes de los RN vivos, entre los 8 y 28 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en tal período x 1000

Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período

Indicadores de Calidad:

Tasa de infección Nosocomial en la Sala de Neonatología en el Hospital AAE de Ezeiza =
Nº de egresos con diagnóstico de infecciones nosocomiales de los pacientes internados en la sala en forma trimestral x 1000

Total de egresos de neonatología en el mismo periodo

Porcentaje de historias clínicas sin Epicrisis a las 72 hs. de alta =

Total de pacientes egresados en el período, cuyas historias clínicas, a las 72 hs. del alta no tengan completa la Epicrisis o resumen del egreso y el informe de hospitalización

Total de egresos del período

***Descripción y Consecuencias**

La elevada TMI, con una alta proporción de la Neonatal, se ve refleja en el Servicio de Neonatología en los años previos al 2010, con un importante incremento en los últimos meses de ese año y el primer semestre del 2011. Esto coincidió con un importante cambio en la estructura organizacional y la mudanza física del Hospital. El ex Hospital Zonal de Ezeiza "Madre Teresa de Calcuta", ubicado en el Barrio Uno de dicha localidad, de baja complejidad y difícil acceso para la población habiente. Al ahora, Hospital Interzonal de Ezeiza "Dr. Alberto Eurnekian", ubicado estratégicamente en el barrio La Unión Ferroviaria que cuenta con una mayor área de cobertura incluyendo el Pdo. De Ezeiza (tabla1); los barrios vecinos pertenecientes a los Pdos. de Esteban Echevarría, Cañuelas y La Matanza, presentan una mejor accesibilidad, mayor complejidad y mayor dotación de camas, pasando de 14 a 29 plazas dentro de la sala de Neonatología.

Tabla 1. Población del Pdo. De Ezeiza.

Población Total	Nacidos Vivos	Sexo	Índice de Masculinidad
163722	3387	H 81902 M 81820	100,1

Fuente: OMS y Censo 2010, Dirección Provincial de estadística del Ministerio de Hacienda de la Prov. De Bs. As.

Durante los años previos al 2010, en el viejo hospital se mantuvo constante el número de nacimientos, fluctuando entre los 1900 a 2200 anuales. El cierre de la Maternidad Central de Ezeiza y la mudanza al nuevo hospital, fueron el origen del incremento del número de partos a 2750 (2010), 3084 (2011) y 3354 (2012), lo que representó un rápido aumento de los nacimientos en un 25%, 12.1% y 8.75% de respectivamente.

En 2010 hubo una TMI en la República Argentina de 11,9‰ y la TMN de 7.9‰ (tabla2). En la Provincia TMI 12.0‰ y TMN 7.8‰, en la RS IV TMI 12.4‰, y TMN 7.8‰ y en el Pdo. De Ezeiza, la TMI alcanzó el 18.3 ‰ y la TMN 10.5‰ y la Tasa de Mortalidad Neonatal del Hospital de Ezeiza fue de 12.3‰, esto demuestra que casi se duplicaba la media nacional y en el año 2011 las tasas se mantuvieron estables (tabla 3), pero en el hospital hubo un descenso a 10.7‰, con la implementación de algunas medidas. Los indicadores de mortalidad y morbilidad se presentan por lugar de residencia, hacemos la salvedad que la tasa del Hospital es sobre los nacimientos que allí se produjeron, de la población habiente en su macro entorno.

Tabla 2. Defunciones infantiles y tasas por 1.000 nacidos vivos de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. República Argentina - año 2010.

NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES			TASAS DE MORTALIDAD INFANIL		
	TOTAL	NEONATALES	POST NEO NATALES	TOTAL	NEONATAL	POST NEONATAL

756.176	8.961	SUB TOTAL	0-6 días	7-27 días	3.019	11.9	SUB TOTAL	Precoz	Tardía	4.0
		5.942	4,264	1,678			7.9	5.64	2.24	

Fuente: Elaborado en base a DEIS 2012

Tabla 3. Defunciones infantiles y tasas por 1.000 nacidos vivos de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. República Argentina - año 2011.

neonatal y postneonatal. República Argentina año 2011.										
NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES					TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL				
758.042	TOTAL	NEONATALES			POST NEO NATALES	TOTAL	NEONATAL			POST NEONATAL
	8.878	SUB TOTAL	0-6 días	7-27 días	3.127	11.7	SUB TOTAL	Precoz	Tardía	4.3
		5.571	4,087	1,664			7.4	5.3	2.1	

Fuente: Elaborado en base a DEIS 2013

En un punto clave, se merece la mención que durante este cambio, sumado a la incorporación de enfermeras nuevas con poca capacitación en la atención de neonatos, se observó, que en forma paralela se incrementaron la infecciones intranosocomiales a distintos gérmenes (Gram positivos y negativos), con un aumento en la contaminación de Hemocultivos, llegando a 9.4 % en 2011 y 10. 5% en 2012. (Fuente: datos propios del laboratorio del Hospital de Ezeiza).

Dada mi posición como Jefe de Sala de Neonatología del Hospital Interzonal AAE de Ezeiza, cargo asumido a partir de Julio 2011, me encuentro ante esta situación histórica de alta Mortalidad, me propongo lograr un cambio en la cultura organizacional y llegar a revertir esta situación con el apoyo de todo el equipo de salud.

Por lo que se convoca a los Ministerios de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, dado que con sus distintos programas en salud tienen la misión de disminuir la mortalidad infantil y neonatal. Otro de los involucrados es la Subsecretaria de Salud de la Municipalidad de Ezeiza.

Las mortalidades infantil y materna son el reflejo de una multiplicidad de causas: condiciones ambientales y socioeconómicas, calidad de atención sanitaria y proceso reproductivo, *que son indicadores del desarrollo social de una nación*. Las muertes de los niños menores de un año de edad y de las mujeres, en particular en los grupos más vulnerables, son dos de los problemas sociales y de salud pública más importantes de la Argentina. Esto se ve reflejado claramente en la Región Sanitaria VI y por ende en este hospital. Por lo que este nace con la Visión y Misión siguiente: *Ser en un futuro, el Hospital de Ezeiza, un eslabón sanitario importante en la organización estratégica de la atención coordinada con el Primer nivel y mejorar la referencia y contrarreferencia con Centros Regionales de Segundo y Tercer Nivel de Atención*.

Proyectar el funcionamiento del Servicio mejorando las políticas de calidad, atención, recepción y cuidado del recién nacido y su familia, garantizando la máxima cobertura de neonatos que requieren cuidados críticos, para mejorar los índices de mortalidad

infantil, en el área programática y sus alrededores; favoreciendo el desarrollo del personal e institucional.

La Mala Calidad de la atención médica, conlleva a una elevada tasa de Mortalidad a predominio de la neonatal. La muerte de un RN constituye, sin duda, una fuente de angustia y de dolor para sus padres y parientes. Los niños nacidos antes de que la gestación alcance el término (37 semanas de gestación) tienen mayor riesgo de morir durante infancia y de presentar distintas co-morbilidades durante la niñez.

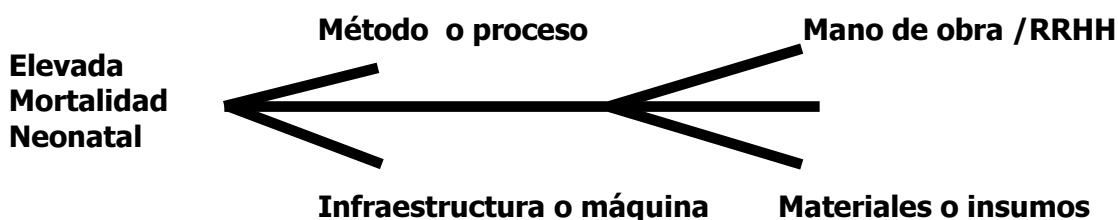
Para cualquier edad gestacional, cuanto menor es el peso al nacimiento mayor es la probabilidad mortalidad neonatal; y para cualquier peso al nacimiento, cuanto menor es la edad del gestacional, más alta es la probabilidad de mortalidad neonatal.

Se puede observar que los cambios ocurridos en las causas de muertes entre 2010 y 2011 en el tramo neonatal (Deis 2012), se mantiene una estructura similar a años anteriores con trastornos respiratorios y cardiovasculares, prematuridad, el bajo peso y las infecciones propias del periodo perinatal. Las afecciones perinatales en su conjunto acumulan el 62.8% de los casos y las malformaciones congénitas en general representan el 26 %.

Como consecuencia, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo y una atención adecuada del parto, además de un diagnóstico y un tratamiento precoz. Más del 99% de los partos son institucionales, lo que significa que el mayor problema es la baja sobrevivencia en las neonatologías de los recién nacidos con bajo y muy bajo peso al nacer. Por ello hay que indagar y profundizar los conocimientos de las causas con criterio de reducibilidad de muerte neonatal.

- Análisis de las causas

En relación a las causas del problema en el servicio de neonatología del Hospital AAE de Ezeiza, se han detectado problemas relacionados con cuatro aspectos:



Causas secundarias desagregadas

1) Métodos o Procesos (Organización, gestión y desarrollo)

1. Baja calidad en los procesos de la Atención Neonatal.

Actividades:

- a. Ingreso del RN a sala de neonatología desde sala de partos (El ingreso no se realiza en incubadora adecuada)
- b. Firma del consentimiento informado por parte de los padres, no se realiza por inexistencia del mismo.

- c. Ingreso de paciente crítico a UTIN, ausencia de Protocolo de manejo de paciente grave.
- d. Uso de protocolo de paciente con asistencia ventilatoria (ARM, CPAP, HALO), no utilizan las planillas de registros.
- e. Uso de protocolo de toma de muestra de Cultivos.
- f. Uso de protocolo de intervención mínima en prematuros extremos.
- g. Realización de pases de sala diario, no se desarrolla esta actividad todos los días
- h. Confección adecuada de historia clínica, la misma se realiza en forma inadecuada.
- i. Pase de sector por cuidados progresivos
- j. Confección de epicrisis y Egreso de Sala de Neonatología.

2) Recurso humano:

1. Déficit de las horas y competencia del personal de enfermería para el área de terapia intensiva neonatal, en relación con la capacidad operativa del servicio.
2. Déficit de las horas médicas y competencia de profesionales médicos formados en terapia intensiva neonatal, en seguimiento de pacientes de mediano y alto riesgo y recepción del recién nacido. Ausencia de incentivo económico para fomentar su formación.
3. Escasa cantidad de médicos interconsultores.

3) Materiales e insumos

1. Incremento en los requerimientos necesarios de equipamiento e insumos
2. Escasa provisión de insumos de requerimiento diario.

4) Infraestructura o maquina

1. Se pasó de una unidad de infraestructura pequeña de baja complejidad (14 plazas), a una que duplicaba su capacidad (29 plazas) y complejidad, con equipamiento nuevo pero escaso y con inadecuado diseño funcional de la unidad.

- Análisis de los involucrados:

Se realiza un mapeo de actores que se relacionan con el problema. En estos participan:

El Ministerio de Salud de la Nación, realizó un acuerdo político con el Gobernador (Ministerio de Salud) de la Provincia de Buenos Aires. Conocido como Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil el año 2011 y ampliado hasta el 2015. La Planificación Estratégica involucra las siguientes consignas:

- Involucrar a los principales decisores y actores del sistema público de atención materno infantil de la provincia (Secretario de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Ezeiza, Titulares de Maternidad e Infancia y Equipo Plan Nacer, Director General de Hospitales de la Provincia, Director Ejecutivo y Asociados del Hospital Alberto Eurnekian de Ezeiza, Jefe de Servicio de Perinatología y de Pediatría, Jefe de sala de Neonatología y de Pediatría, Jefe de Unidades de Internación de Terapia Intensiva Neonatal y de Seguimiento de Internación Conjunta).
- Detectar los problemas y las fallas en el proceso de atención en todos los niveles de atención

-
- Acordar entre todos, las formas para superar los nudos críticos.
 - Creación o Fortalecimiento de la Unidades Ejecutoras Provinciales
 - Incorporación de RRHH: en especial enfermeras y obstétricas
 - Capacitación en servicio
 - Regionalización de la atención
 - Traslados

Considerando que los organismos gubernamentales se encuentran directamente relacionados con el problema, estableciendo importantes prioridades dentro de su plan estratégico para lograr una disminución de la Mortalidad Infantil en general, y por consiguiente, la disminución de la Mortalidad Neonatal, Se espera obtener apoyo para la mejora en los procesos de atención de nuestro servicio con la capacitación en servicio e incorporación del RRHH.

De las agencias internacionales, tales como la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y UNICEF, con sus programas de ayuda internacionales en la meta común de disminución de la Mortalidad Infantil, brindarían financiamiento para el proyecto, al cual se podría sumar el programa de capacitación de personal jerárquico en su plan de fortalecimiento de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) y la Campaña para disminuir la mortalidad y las discapacidades por nacimientos prematuros, Nacer con iguales oportunidades.

Se convoca a la participación en el Plan a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), que por medio de su comité Enfermedades Feto neonatales(CEFEN), está involucrada en la disminución de la mortalidad infantil y mejora de la calidad de atención de los recién nacidos, con sus programas de capacitación continua.

5. Objetivos:

- Objetivo General

Contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal, con la mejora de la calidad de atención en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza, perteneciente a la región Sanitaria VI en la Provincia de Buenos Aires.

Indicador: Mortalidad Neonatal (precoz y tardía)

Meta: Reducir en un año un 40% la mortalidad neonatal en el servicio

- Objetivos Específicos

1) Mejorar la calidad de procesos de la atención Neonatal (Organización, gestión y desarrollo)

En este objetivo se describen distintos aspectos que permiten un adecuado funcionamiento del Servicio de Neonatología, vinculados a la gestión de procesos:

1. Mejora en la organización del servicio en los roles y funciones del personal con distribución de la tarea, organización del trabajo y cumplimiento de responsabilidades.
2. Mejora en la organización y protocolización en sectores de cuidados progresivos. Esto implica agrupar a los pacientes según complejidad para optimización de los recursos y adaptar los procesos a las características del niño y su familia.
3. Recolección de los datos necesarios para las estadísticas de gestión. A partir de distintos registros: Historia Clínica y planillas de registro de enfermería adecuado.
4. Implementación sistemática de pases de sala y análisis de mortalidad.
5. Protocolizar el traslado interno y externo, referencia y contrarreferencia a centros de mayor complejidad.
6. Mejora en el control de la infección intrahospitalaria y su registro

Indicadores de Organización al finalizar el primer año:

1. Cumplimiento al 100% de roles y funciones de cada integrante del equipo de trabajo.
2. Cumplimiento al 100% la distribución de pacientes según cuidados progresivos
3. Cumplimiento al 100% de las normas de monitorización de pacientes
4. Alcanzar el 100% los registros completos de historia clínicas y los de enfermería.
5. Cumplimiento del 100% los días hábiles, de los pases de sala.
6. Alcanzar el 80% los registros e instauración de Ateneo de mortalidad
7. Cumplimiento del 100 % los protocolos de traslados internos y externos.
8. Disminución del 50% la tasa de infección hospitalaria

2) Incrementar la oferta de Horas y competencia del Recurso humano de enfermería y de médicos:

1. Incrementar la oferta de horas de enfermería con formación y capacitación continua en el cuidado neonatal (Cuadro 1).

Esto implica descripción de la organización (conducción, cantidad adecuada según carga de trabajo, distribución de turnos, ausentismo, gestión en general) y de la formación de los profesionales (cantidad adecuada de auxiliares, profesionales y licenciados).

2. Incrementar la oferta de horas médicas, mediante la adecuación salarial, ajustada por formación y capacitación continua en servicio.

La organización de los profesionales se basa prioritariamente en asegurar la continuidad en la atención de los RN, con una cantidad adecuada y con un programa docente de capacitación continua.

3. Incremento de médicos de Interconsultores pediátricos: oftalmólogo, infectólogo (y/o enfermera en control de infecciones), ecografista, cirujano, cardiólogo, genetista, neurólogo, etc.

Indicadores de Recursos Humanos al finalizar el primer año:

1. Cumplimiento del 80% la incorporación acordada de enfermería capacitada.
2. Cumplimiento al 100% de la designación de encargadas de turno.
3. Incrementar en un 50% los cursos de formación y capacitación para enfermería.
4. Incrementar el 50% la cobertura adecuada de horas médicas.
5. Incrementar 50% los cursos, jornadas y rotaciones de capacitación por centros de mayor complejidad para el personal médico.
6. Incrementar un 50% los incentivos económicos por rendimiento y funciones.
7. Incrementar en un 50% el nombramiento de médicos especialistas interconsultores y designación de enfermera en control de infecciones.

Cuadro 1.Requerimiento de Horas de Enfermería en el Servicio de Neonatología

		UTIN	UCIN	C. BASICOS
Jornada de 7 horas:	Turno Mañana:	5 Enfer.	3 Enfer.	1 Enfer.
Jornada de 7horas:	Turno Tarde:	5 Enfer.	3 Enfer.	1 Enfer.
Jornada de10 horas:	Turno Nocturno R1:	5 Enfer.	3 Enfer.	1 Enfer.
Jornada de10horas:	Turno Nocturno R2:	5 Enfer.	3 Enfer.	1 Enfer.
Del Turno Rotatorio:	Descansos	5 Enfer.	3 Enfer.	1 Enfer.
Número de Pacientes Ingresados		9 Pacientes	12 Pacientes	8 Pacientes
Horas necesarias de Atención en 24 horas		14 Horas	6 Horas	4 Horas
Total de Horas Necesarias en 24 horas		126 Horas	72 Horas	32 Horas
Personal Necesario de Enfermería 24 horas		15 Personas	9 Personas	4 Personas
Horas totales Necesarias en el año		45990 Horas	26280 Horas	11680 Horas

6. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA en relación al proyecto y a la intervención específica que se prevé

ANALISIS FODA

INTERNAS	EXTERNAS
• Equipamiento acorde para la recepción y tratamiento de patología compleja. • Escaso, pero competente equipo de neonatólogos y enfermeros en constante capacitación. Lo que favorece el empoderamiento del personal, jerarquizando su actividad. • Grandes expectativas de mejoras en consenso con el jefe del servicio. • La incorporación de Residentes con rotaciones/pasantías, por centros de mayor complejidad, estimula a la actualización continua del resto del personal • Poseer mayor complejidad hospitalaria que el sector privado de la región.	• Alto número de partos de alto riesgo que requieren internación en neo. • Existe una voluntad política expresada en el Plan Federal de Salud de disminuir la mortalidad infantil y neonatal. • La existencia de ámbitos compartidos por los Ministros de Salud (COFESA) permite que se comparen resultados y progresos. • Existencia de fondos disponibles provenientes del Plan Nacer
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
• Mala distribución de horas médicas, escaso personal. • Mala distribución de horas de enfermería. • Dirección del hospital poco comprometida con la actividad asistencial diaria y proyectada a futuro. • Poco incentivo económico para médicos y enfermeras. • Poco compromiso médico para el seguimiento de los pacientes • Mala implementación de protocolos de atención y de sistema de referencia y contra referencia para derivación y aceptación de pacientes con patologías. • Falta de un líder local (provincial o municipal) para favorecer los cambios a corto y mediano plazo • La no continuidad de autoridades dificulta la capacitación y continuidad de los programas	• Poca implementación de políticas sanitarias en relación a embarazos de alto riesgo. • Poca implementación de políticas sanitarias en relación al seguimiento de neonato con patología • Poca voluntad de dirección para gestionar el completar el plantel de enfermería. • Bajo sueldo en provincia, con respecto a otras jurisdicciones. • Falta de voluntad en la dirección de hospitales para completar plantel de médicos de planta. • Elevada Tasa de Mortalidad Infantil, con su componente neonatal.
DEBILIDADES	AMENAZAS

7. Actividades y Cronograma:

- Objetivo específico

1) Mejorar la calidad de procesos de la atención Neonatal

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Convocatoria de todos los actores involucrados en los procesos de atención del servicio de neonatología.	Director Ejecutivo y Jefe de Neonatología	Actores convocados a talleres: 1 mes
2	Realización de los talleres para el análisis y la formulación de las normas de los protocolos de atención	Jefes de servicio, sala y unidades de Neonatología	Talleres realizados (Protocolos): 2 mes
3	Elaboración del protocolo de atención.	Jefes de servicio, sala y unidades de Neonatología	Existencia de Protocolo: 1 mes
4	Implementación de los protocolos del proceso de atención en el servicio de neonatología	Jefes de servicio, sala y unidades de Neonatología	Nuevo Protocolo de proceso de atención: 2 meses
5	Monitoreo, evaluación contante y posibles correcciones en el Protocolo de Procesos de atención	Jefes de servicio, sala y unidades de Neonatología	Protocolo definitivo: 6 meses

2a) Incrementar un 50% las horas de enfermería y evaluar sus competencias en el primer año para el Servicio de Neonatología.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	Director Ejecutivo, Jefa Servicio de Enfermería	2 meses
2	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	Director de Hospitales, Ministro de Salud y de Economía de la Pcia. de Buenos Aires	Imputación Preventiva: 2 meses
3	Definición del Perfil de las Enfermeras a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes).	Jefa del Servicio de Enfermería	Perfil Definido: 15 días
4	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	Jefe de Personal	Vencimiento de convocatoria publicada: 1 mes
5	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	Jefa de Enfermería y Jefe de personal	Acta del Comité evaluador: 15 días.
6	Coaching de ingreso al servicio de Neonatología	Jefa de Enfermería	Actas de Coaching: 2 meses
7	Evaluación del desempeño en el servicio de Neonatología	Jefa de Enfermería	Actas de evaluación: 1 mes
8	Formalización de Nombramiento	Ministerio de Salud	Nombramiento de planta perteneciente al Ministerio de Salud, destacado al

			Hospital AAE de Ezeiza: 6 meses.
--	--	--	----------------------------------

2b) Incrementar en un 50% las horas y las competencias médicas en el primer año.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	Director Ejecutivo, Jefe Servicio de Neonatología	2 meses
2	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	Director de Hospitales, Ministro de Salud y de Economía de la Pcia. de Buenos Aires	Imputación Preventiva: 2 meses
3	Definición del Perfil de los Médicos Pediatra/ Neonatólogo a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes).	Jefe del Servicio de Neonatología	Perfil Definido: 15 días
4	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	Jefe de Personal	Vencimiento de convocatoria publicada: 1 mes
5	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	Jefe de Neonatología y Jefe de Personal	Acta del Comité evaluador: 15 días.
6	Coaching de ingreso al servicio de Neonatología	Jefe de Neonatología	Actas de Coaching: 2 meses
7	Evaluación del desempeño en el servicio de Neonatología	Jefe de Neonatología	Actas de evaluación: 1 mes
8	Formalización de Nombramiento	Ministerio de Salud	Nombramiento de planta perteneciente al Ministerio de Salud, destacado al Hospital AAE de Ezeiza: 6 meses.

2c) Capacitar los RRHH médicos de Neonatología, del Hospital AAE de Ezeiza, por medio del desarrollo del programa de Capacitación en Servicio.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Identificación y denominación de la población Objetivo	Jefe del Servicio de Neonatología	1 mes
2	Establecimiento de las competencias que requiere el perfil del RRHH a capacitar	Jefe de Docencia e investigación, docencia de la Sub secretaria de maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación	15 días
3	Definición del Programa educativo: objetivos, contenidos, metodología de la capacitación, duración del programa.	Jefes de Neonatología y de Docencia e Investigación	15 días
4	Contratación de Capacitadores	Subsecretaria de Maternidad e Infancia	2 meses
5	Desarrollo de la capacitación en Servicio	Jefe de Neonatología	12 meses

6	Evaluación del desempeño del RRHH capacitado	Jefe de Neonatología	Desde el 2 mes en forma bimestral
---	--	----------------------	-----------------------------------

- Cronograma: diagrama de Gantt

		1 mes	2 mes	3 mes	4 mes	5 mes	6 mes	7 mes	8 mes	9 mes	10 mes	11 mes	12 mes
1	Convocatoria de todos los actores involucrados en los procesos de atención del servicio de neonatología.	1 mes											
2	Realización de los talleres para el análisis y la formulación de las normas de los protocolos de atención	2 mes											
3	Elaboración del protocolo de atención.	1 mes											
4	Implementación de los protocolos del proceso de atención en el servicio de neonatología	2 meses											
5	Monitoreo, evaluación contante y posibles correcciones en el Protocolo de Procesos de atención	6 meses											
6	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	2 meses											
7	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	2 meses											
8	Definición del Perfil de las Enfermeras a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes).	15 días											
9	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	1mes											
10	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	15 días											
11	Coaching de ingreso al servicio de Neonatología	2 meses											
12	Evaluación del desempeño en el servicio de Neonatología	1 mes											

8. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación:

	INDICADOR	1/2 VERIFICACION
FIN: CONTRIBUIR CON LA DISMINUCION DE LA TMI/N	Tasa de Mortalidad Infantil Tasa de Mortalidad Neonatal	-Estadísticas vitales de natalidad y mortalidad de la Dirección de - -Estadísticas del Ministerios de Salud de Nación y Bs. As.
OBJETIVO: MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCION NEONATO	-Lograr el 80% de cumplimiento según del desempeño del personal al cabo del 1° año de la puesta en marcha del nuevo plan de acción. -Lograr el Cumplimiento al 100% de las normas de monitorización y la distribución de pacientes según cuidados progresivos -Alcanzar el 100% los registros completos de historia clínicas y los de enfermería. -Alcanzar el 80% los registros e instauración de Ateneo de mortalidad -Cumplimiento del 100 % los protocolos de traslados internos y externos. -Disminución del 50% la tasa de infección hospitalaria	-Registro de cumplimiento de normas y protocolos de atención, que reflejen la mejora en la calidad de atención del neonato -Registro de Historias clínicas completas. -Egresos/ epicrisis a las 72 hs. del alta -Registro de traslados internos y externos -Registro de Cultivos procesados en el laboratorio
COMPONENTES: -Manual o Protocolo de atención del recién nacido que se interna en la sala de neonatología -selección de médicos y enfermeros por su desempeño	-% de aceptación del protocolo de atención por parte de los médicos y enfermeras -% de médicos y enfermeras capacitados y habidos para esas funciones	-Registro de uso de protocolo -Registro de evaluación de desempeño con el método seleccionado
ACTIVIDADES: -Realizar talleres para elaboración de protocolos de atención. -Talleres de capacitación en servicio para actualización de médicos y enfermeras -Evaluación de desempeño de los profesionales	-Costos de los talleres para la elaboración de protocolos de atención del servicio -Costos de los Profesionales que dictan los cursos de capacitación en servicio -Costo de los profesionales que realizan la evaluación	-Conformación de protocolo de atención -Registro de participantes en los cursos de capacitación -Registro de profesionales que dictan los cursos. -Registro de profesionales que realizan la evaluación

9. Conclusiones:

La Mortalidad Infantil/Neonatal es de los indicadores más sensibles para evaluar el desarrollo social de una población y por ello es un tema que no solo compete a los profesionales de la salud, sino también a funcionarios públicos y la sociedad en general.

Como se ha indicado, la MI es de 11,9‰ y la MN de 7,9‰ en año 2011. Un porcentaje importante de estas muertes podrían evitarse con la implementación de políticas eficaces que permitan el acceso a los servicios de salud, evitando así la muerte de muchos de esos niños.

Sabemos que la MN está más relacionada con causas multifactoriales, tales como: prematuridad, bajo peso al nacer, patologías respiratorias, congénitas, etc.; interviniendo en algunas de ellas podemos modificar su resultado. Una de las estrategias empleadas por el ministerio de Salud de la Nación, para la reducción de la MN es el programa de Capacitación en Servicio enmarcado dentro del proceso de regionalización de los Hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

La muerte de un Recién Nacido genera angustia en las familias y los profesionales, y representa la existencia de deficiencias o interrupciones en sus cuidados, ya sean, prenatales, al momento del nacimiento, durante su internación o bien en su hogar.

Disminuir la MN significa desarrollar propuestas superadoras, donde la calidad de atención este basada en técnicas y procedimientos científicamente válidos. Donde se cuiden los detalles de bienestar del binomio y se brinde seguridad a los neonatos en su proceso de atención. Esto va ensamblado con la Misión/Visión del Hospital, donde parte de su lema es: proporcionar a la población asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva, y ser un eslabón sanitario importante en la organización estratégica de la atención coordinada con los distintos niveles de Atención.

La propuesta es: Proyectar el funcionamiento del Servicio de Neonatología, mejorando las políticas de calidad, atención, recepción y cuidado del recién nacido, en base a la protocolización de la atención, redistribución y capacitación en servicio del Recurso Humano (medico-enfermeras); incorporando intervenciones concretas, sencillas y de alto impacto, que permitan instalar la cultura de seguridad en el proceso de atención, en su quehacer cotidiano, y así contribuir, a corto plazo con el descenso de la Mortalidad Neonatal. Permitiendo además, la participación de los padres en el proceso de atención de sus hijos; contribuyendo de esta manera con un cambio en la cultura organizacional en relación a los procesos de atención neonatal.

La aceptación de esta propuesta de funcionamiento del servicio, garantizará una mayor cobertura en los momentos críticos del neonato. Contribuyendo con la disminución de la MN y la mejora en la calidad de atención de los niños que nacen en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza dándole al

Hospital y su gente, una mejor visión de la realidad y una colaboración con las políticas de salud implementadas para lograr una mortalidad inferior a un dígito.

Durante el año 2012 comenzó a implementarse el programa de “Capacitación” en el servicio de Neonatología del Hospital de Ezeiza con énfasis en el aumento del recurso humano, la instauración de una planta que permite el tratamiento longitudinal del paciente, adquisición de insumos y capacitación en sus usos. Esto demostró un impacto positivo en la reducción de la MN, cerrando el año en el 5 ‰. Por esta causa es necesario continuar y sostener este tipo de política pública, que asegure al recién nacido poder contar con el recurso del cual no pueden prescindir: médicos y enfermeras.

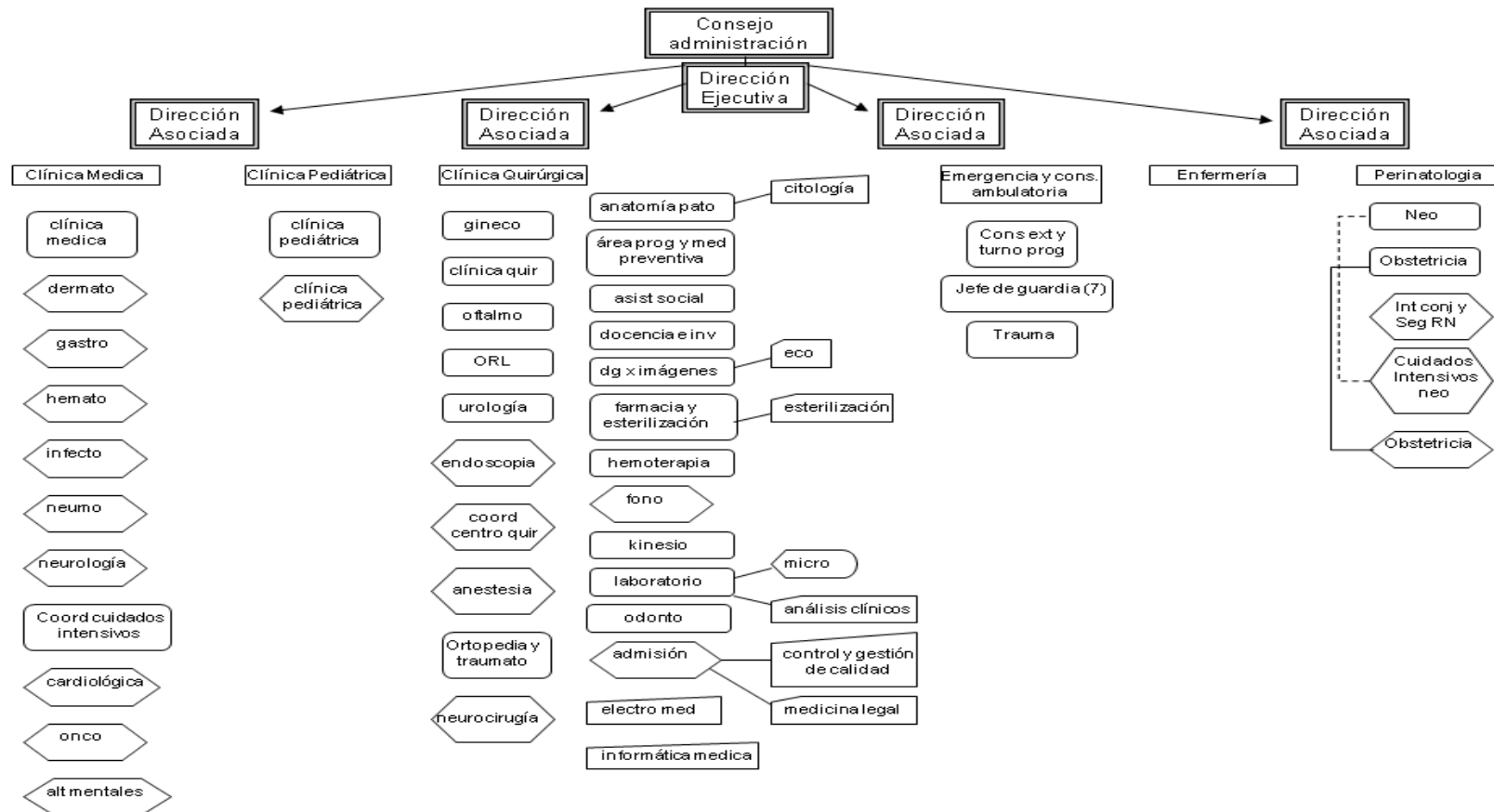
10 Bibliografía

1. La Organización de Naciones Unidas (ONU) y los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio. MDG ReportInform 2010, UnitedNations.
2. Spinelli H, Alazraqui M, Calvello L, Arakaki J. Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51. Bs .As OPS/OMS, 2000.
3. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Estadísticas Vitales. Los determinantes de la Mortalidad Infantil en la Argentina. Principales causas de muerte. Buenos Aires, 1998. Serie 8 N° 18
4. Moscona R, Sarraqueta P, PrudentL. Estudio de la mortalidad neonatal en la ciudad de Buenos Aires en 1984. Archivos Argentinos de Pediatría 1985;83(6):307-312
5. Lomuto C. ¿De qué se mueren los recién nacidos en la Argentina de 1995? Revista Hospital Materno-Infantil R. Sardá. 1998;17(1):31-35.
6. Calidad Asistencial en Neonatología. V. Roqués Serradilla. Servicio Neonatología. Hospital La Fe, Valencia. 2011
7. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF. 4; disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
8. Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 7 de septiembre de 2010; disponible en http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Reducir_las_diferencias_para_alcanzar_los_objetivos_2010.pdf
9. CEDAW 1979, Convención Americana de Derechos Humanos 1969 y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; disponible en <http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp-content/uploads/2011/10/conference-guia-version-electronica.pdf>
10. Consejería de Salud – Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Junta de Andalucía. 2001
11. Consejería de Salud – Embarazo, Parto y Puerperio. Junta de Andalucía. 2º Edición 2005
12. Planificación Anual de Actividades en un Servicio Asistencial. Núcleo 3. S. Spadafora 2011

-
13. Estructura Organizacional de los Servicios de Salud. S. Spadafora. Mayo 2012
 14. Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015. UNICEF
 15. Plan para la reducción de la mortalidad materna infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. 2010.
 16. Guía para la vigilancia de la mortalidad perinatal, infantil y de la niñez. El Salvador, C.A. mayo 2005.
 17. Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del continuo materno-recién nacido-niño menor de 2 meses. Organización Panamericana de la Salud "AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia" Washington, D.C.: OPS, © 2009; disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15992&Itemid=
 18. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia /A. Miguel Larguía; Celia C. Lomuto; María Aurelia González; dirigido por A. Miguel Larguía. 1a edición - Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, 2006. Segunda Edición Agosto 2007
 19. Salud Materno Infantil - 2011; disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil_2011/archivos/mort_materna.htm
 20. Norma de organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y cuidados intensivos neonatales, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución ministerial: 306/2002. EXPEDIENTE: 2002-3327/02-9. www.msal.gov.ar).
 21. Manual de indicadores para establecimientos asistenciales polivalentes con internación / picam autores: sacas / itaes desarrollo a abril 2003. Disponible en <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/PICAMManual.htm>
 22. Programas de Residencias de Enfermería en Neonatología. Chabat, Patricia. Departamento de normatización y organización de los procedimientos de capacitación. Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 2004.
 23. TESIS: "La capacitación en terreno como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud: Análisis de su implementación en cuatro servicios de neonatología del Norte Argentino". Alumno: Diana Fariña. Director: Dra. Ana Speranza, Promoción: 2005-2006 Buenos Aires, Octubre 2008
 24. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/SapUnicef2013.pdf>

11. Anexos

Anexo I - Organigrama



Anexo Nº 1

- Anexo II TASAS DE MORTALIDAD ASOCIADAS

La Tasa de Mortalidad Infantil

Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil)¹

Aunque la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, también se ha medido algunas veces en niños menores de 5 años. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente.

$$\text{Tasa de mortalidad infantil} = \frac{\text{Defunciones niños } < 1 \text{ año} \times 1000}{\text{Total de nacidos al año}}$$

Mortalidad Perinatal (TMP)

Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). Es importante en este análisis si tenemos en cuenta que la mortalidad neonatal en la Provincia de Buenos Aires tiene un fuerte componente de mortalidad precoz y por otra parte preocupan las muertes fetales tardías. La tasa provincial es de 9.7‰ nacidos vivos, con un rango que se extiende entre 9 a 9.9‰ en el primer y tercer cordón del Conurbano. En general se observa un descenso respecto al año 2010.

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.

1. Objetivo del Milenio de las Naciones Unidas. (El N° 5)

La tasa de mortalidad perinatal se calcula de la siguiente forma:

$$\text{TMP} = \frac{\text{número de defunciones perinatales} \times 100}{\text{Número total de nacimientos}}$$

Datos requeridos: número de defunciones perinatales (nacidos muertos más defunciones neonatales en la primera semana de vida)

Mortalidad Neonatal:

La Mortalidad neonatal se debe en gran medida a causas relacionadas con el proceso reproductivo (endógenas) Es el deceso producido entre el Nacimientos (independiente de peso y edad gestacional) en los primeros 28 días de vida.

Tasa mortalidad

$$\text{Neonatal} = \frac{\text{Muerte de los RN vivos, en los primeros 28 días de vida} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$$

Se divide en:

***Precoz.** Desde el parto hasta la primera semana de vida. La ocurrida en las 1º 24 hs. de vida MNPI: se debe a asfixia, malas maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación y por malformaciones cardíacas y pulmonares. Habla de la calidad de atención del parto y del Recién Nacido. La MNPII entre el 2 y 7º día de vida por la falta de capacidad de terapia de soporte.

$$\text{Tasa de mortalidad neonatal} = \frac{\text{Muertes de RN vivos} < 7 \text{ días} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$$

Precoz o temprana

***Tardía:** De los 8 a los 28 días de vida. Se relaciona con las condiciones ambientales y atención infantil

$$\text{Tasa de mortalidad neonatal tardía} = \frac{\text{Muertes de RN entre 8 y 28 días} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$$

Mortalidad Materna:

Es la muerte de la mujer por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, parto o puerperio; excluyendo las accidentales. Es un indicador que mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con la que las mujeres están expuestas a ese riesgo.

$$\text{Tasa de Mortalidad Materna} = \frac{\text{Defunciones maternas por causa obstétrica} \times 10000}{\text{Nº de mujeres en edad fértil}}$$

Mujeres en edad fértil: comprendidas entre 10 y 49 años.

A efectos de expresar la verdadera dimensión del riesgo, la TMM (cuyo denominador es el número de mujeres en edad fértil) lo minimiza, pues no todas las mujeres en edad fértil se embarazan, y tampoco lo hacen todos los años. Por lo tanto, para poder comparar las diferentes poblaciones deberíamos ajustar los denominadores de acuerdo a las tasas de fecundidad.

La **tasa de fecundidad general** es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período

(año) y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

Tasa de infección intrahospitalaria

Una infección hospitalaria o nosocomial es un proceso contraído en un centro hospitalario. La infección adquirida en el medio hospitalario es aquella que se manifiesta durante o después de 48 horas de la internación y que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. En ciertas circunstancias una infección adquirida en el hospital puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales.

Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados.

Porcentaje de historias clínicas sin epicrisis a las 72 hs. de alta

Numerador: Total de pacientes egresados en el período, cuyas historias clínicas, a las 72 hs. del alta no tengan completa la epicrisis o resumen del egreso y el informe de hospitalización.

Denominador: Total de egresos del período

Fundamento: La Historia Clínica completa y su contenido es un instrumento central para la evaluación de la atención médica y en especial es una herramienta que permite garantizar la efectividad clínica. En este contexto el resumen del alta y el informe de hospitalización representan exigencias mínimas y básicas, aunque no las únicas, cuyo déficit indica la existencia de otras falencias.

Incluye:

Todas las Historias Clínicas de los pacientes egresados en el período independientemente del diagnóstico y tiempo de estadía.

Observación: se destaca la necesidad de codificar en las epicrisis los egresos de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades (CIE-10).

- Anexo III Tasas Específicas

MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES, SEGÚN REGION DE RESIDENCIA, AÑO 2011

REGION SANITARIA	NACIDO VIVO	DEF. <7 DÍAS	T.M.N. TEMPRANA	DEF Neo <28 DIAS	T.M.N. TARDIA	DEF PERINATAL	T.M PERINATAL
I	10.332	55	5,3	37	3,6	92	8,9
II	4.105	24	5,8	28	6,8	52	12,7
III	3.894	16	4,1	13	3,3	29	7,4
IV	9.736	38	3,9	33	3,4	71	7,3
V	62.845	325	5,2	260	4,1	585	9,3
VI	76.285	424	5,6	311	4,1	735	9,6
VII	42.813	213	5,0	200	4,7	413	9,6
VIII	18.346	75	4,1	63	3,4	138	7,5
IX	4.881	31	6,3	22	4,5	53	10,9
X	5.304	25	4,7	14	2,6	39	7,4
XI	23.413	102	4,4	73	3,1	175	7,5
XII	29.526	121	4,1	156	5,3	277	9,4
	614	5		162	///	167	///
Total Prov.	292.094	1.454	5,0	1.372	4,7	2.826	9,7

NACIDOS VIVOS Y TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN REGION Y PARTIDO DE RESIDENCIA, AÑO 2011

PARTIDO DE RESIDENCIA	NACIDO VIVO	DEF. <1 AÑO	T.MORT. INF.	DEF 1 a 4	DEF < 5 AÑOS	T.M.M.5
ALMIRANTE BROWN	11.283	151	13,4	6	157	13,9
AVELLANEDA	5.995	86	14,3	5	91	15,2
BERAZATEGUI	6.313	83	13,1	11	94	14,9
ESTEBAN ECHEVERRIA	6.628	71	10,7	8	79	11,9
FLORENCIO VARELA	9.463	144	15,2	16	160	16,9
JOSE MARIA EZEIZ	3.829	54	14,1	8	62	16,2
LANUS	7.649	89	11,6	9	98	12,8
LOMAS DE ZAMORA	13.503	166	12,3	13	179	13,3
QUILMES	11.622	150	12,9	21	171	14,7
REGION SANITARIA VI	76.285	994	13,0	97	1091	14,3

MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES POR REGION SANITARIA Y PARTIDO DE RESIDENCIA, AÑO 2011

PARTIDO DE RESIDENCIA	NACIDO VIVO	DEF. <7 DÍAS	T.M.N. TEMPRANA	DEF fetales <28 DIAS	T.M.N. TARDIA	DEF PERINATAL	T.M PERINATAL
ALMIRANTE BROWN	11.283	73	6,5	49	4,3	122	10,8
AVELLANEDA	5.995	38	6,3	12	2,0	50	8,3
BERAZATEGUI	6.313	34	5,4	13	2,1	47	7,4
ESTEBAN ECHEVERRIA	6.628	22	3,3	30	4,5	52	7,8
FLORENCIO VARELA	9.463	52	5,5	49	5,2	101	10,7
JOSE MARIA EZEIZ	3.829	26	6,8	14	3,7	40	10,4
LANUS	7.649	37	4,8	40	5,2	77	10,1
LOMAS DE ZAMORA	13.503	71	5,3	63	4,7	134	9,9
QUILMES	11.622	71	6,1	41	3,5	112	9,6
REGION SANITARIA VI	76.285	424	5,6	311	4,1	735	9,6

SERIE DE MORTALIDAD INFANTIL AÑO 2001 - 2011

PARTIDOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Población 2010
TOTAL PROVINCIA	14,8	15,7	16,2	13	12,9	12,5	13,5	12,29	12,4	12,0	11,7	15625084
LA MATANZA	15,9	16,0	16,5	14,1	13,3	12,4	13,2	11,8	12,3	11,4	10,1	1775816
LA PLATA	14,6	15,4	14,3	10,9	12,4	13,7	13,2	13,2	11,8	12,6	10,7	654324
GENERAL PUEYRREDON	13,5	13,3	14,0	11,6	11,4	11,6	8,9	10,6	9,9	9,3	11,5	618989
LOMAS DE ZAMORA	16,0	17,2	16,4	12,3	11,5	13,0	16,1	12,2	13,0	11,5	12,3	616279
QUILMES	13,8	17,7	16,1	14,9	17,0	13,7	16,2	13,0	11,2	9,9	12,9	582943
ALMIRANTE BROWN	16,0	16,6	18,0	17,4	15,2	12,4	12,2	12,7	13,8	12,1	13,4	552902
MERLO	20,4	18,6	19,8	13,2	18,0	13,0	17,8	13,9	18,0	13,9	11,4	528494
LANUS	15,9	16,3	14,8	11,3	11,7	12,7	11,5	9,3	13,1	10,6	11,6	459263
MORENO	17,9	17,4	20,3	15,9	14,8	17,4	15,5	12,1	15,0	14,1	13,5	452505
FLORENCIO VARELA	16,0	16,1	16,3	13,7	14,1	16,2	16,9	15,7	12,6	13,4	15,2	426005
GENERAL SAN MARTIN	15,7	15,2	21,0	13,3	12,0	13,6	13,7	9,2	9,1	11,7	10,9	414196
TIGRE	16,8	18,5	16,2	12,4	13,8	12,4	16,2	11,2	12,5	12,9	11,8	376381
AVELLANEDA	14,9	15,8	16,8	13	10,4	9,9	9,7	14,0	13,5	12,7	14,3	342677
TRES DE FEBRERO	10,0	13,5	12,8	11,6	11,7	11,1	11,0	10,4	10,3	10,7	13,3	340071
BERAZATEGUI	13,7	18,6	20,0	13,4	15,5	14,1	13,7	15,2	14,3	17,9	13,1	324244
MALVINAS ARGENTINAS	16,9	16,9	20,6	15,5	15,8	18,4	14,0	13,8	14,4	10,7	11,4	322375
MORON	16,3	13,7	15,6	11,6	8,6	9,9	11,1	10,2	10,5	13,1	9,9	321109
BAHIA BLANCA	9,0	13,0	13,9	12,6	12,4	12,2	12,3	9,6	10,5	9,6	11,7	301572
ESTEBAN ECHEVERRIA	16,8	18,4	18,1	16,3	12,2	13,3	13,6	13,4	13,5	12,0	10,7	300959
PILAR	16,6	16,5	19,2	13,5	13,8	17,3	15,0	11,5	13,2	11,2	13,6	299077
SAN ISIDRO	9,6	11,8	10,4	7,8	10,5	8,2	10,5	10,9	8,4	9,5	8,0	292878
SAN MIGUEL	16,6	12,5	23,7	11,2	14,6	12,3	13,1	12,6	12,7	9,2	11,9	276190
VICENTE LOPEZ	11,3	9,4	11,8	5,2	6,1	6,4	7,3	9,7	5,7	7,6	7,5	269420
JOSE C. PAZ	13,6	19,0	25,1	18,7	17,9	16,4	17,0	16,2	12,4	14,1	13,7	265981
ESCOBAR	15,1	16,5	16,9	13,9	12,4	10,7	14,7	16,7	13,6	13,4	12,5	213619
HURLINGHAM	11,0	15,3	14,1	12,9	12,0	10,4	12,7	11,5	15,1	14,1	11,1	181241
ITUZAINGO	16,0	11,9	10,4	13,9	9,8	6,4	14,0	13,3	9,8	6,6	9,2	167824
EZEIZA	23,4	22,0	20,5	9,7	13,4	10,2	19,2	12,5	11,6	18,3	14,1	163722

- Anexo IV Calculo del personal de Enfermería en UTINEonatal

Calculo del personal de Enfermería en UTINEonatal

Partiendo de que se necesitan 14 horas de atención de Enfermería a las 24 horas

Número de Pacientes Ingresados	9 Pacientes
Horas necesarias de Atención en 24 horas	14 Horas
Total de Horas Necesarias en 24 horas	126 Horas
Personal Necesario de Enfermería 24 horas	15 Personas

Estimación por turnos:

Jornada de:	7 Horas	Turno Mañana:	33,3 %	5 P. Enfer.
Jornada de:	7 Horas	Turno Tarde:	33,3 %	5 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R1:	33,3 %	5 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R2:	33,3 %	5 P. Enfer.
Del Turno Rotatorio:		Descansos	33,3 %	5 P. Enfer.

Se necesitan:

25 Personas de Enfermería

La Distribución del personal de Enfermería por turnos es la siguiente:

Titulados en Enfermería	80 %	4 DUEs
Auxiliares Enfermería	20 %	1 AEs

Las necesidades del Servicio de UTIN son en la actualidad de:

Titulados en Enfermería	→	21 DUEs	
Auxiliares Enfermería	→	5 AEs	
Turno de Mañanas	→	4 DUEs	1 AEs
Turno de Tardes	→	4 DUEs	1 AEs
Turno de Noches	→	4 DUEs	1 AEs

Calculo del personal de Enfermería en UCI Neonatal

Partiendo de que se necesitan 14 horas de atención de Enfermería a las 24 horas

Número de Pacientes Ingresados	12 Pacientes
Horas necesarias de Atención en 24 horas	6 Horas
Total de Horas Necesarias en 24 horas	72 Horas
Personal Necesario de Enfermería 24 horas	9 Personas

Estimación por turnos:

Jornada de:	7 Horas	Turno Mañana:	33,3 %	3 P. Enfer.
Jornada de:	7 Horas	Turno Tarde:	33,3 %	3 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R1:	33,3 %	3 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R2:	33,3 %	3 P. Enfer.
Del Turno Rotatorio:		Descansos	33,3 %	3 P. Enfer.

Se necesitan:

15 Personas de Enfermería

La Distribución del personal de Enfermería por turnos es la siguiente:

Titulados en Enfermería	70 %	2 DUEs
Auxiliares Enfermería	30 %	1 AEs

Las necesidades del Servicio de UCI Neonatología son en la actualidad de:

Titulados en Enfermería	→	10 DUEs	
Auxiliares Enfermería	→	4 AEs	
Turno de Mañanas	→	2 DUEs	1 AEs
Turno de Tardes	→	2 DUEs	1 AEs
Turno de Noches	→	2 DUEs	1 AEs

Calculo del personal de Enfermería en C. Básicos de Neonatología

Partiendo de que se necesitan 14 horas de atención de Enfermería a las 24 horas

Número de Pacientes Ingresados	8 Pacientes
Horas necesarias de Atención en 24 horas	4 Horas
Total de Horas Necesarias en 24 horas	32 Horas
Personal Necesario de Enfermería 24 horas	4 Personas

Estimación por turnos:

Jornada de:	7 Horas	Turno Mañana:	33,3 %	1 P. Enfer.
Jornada de:	7 Horas	Turno Tarde:	33,3 %	1 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R1:	33,3 %	1 P. Enfer.
Jornada de:	10 Horas	Turno Nocturno R2:	33,3 %	1 P. Enfer.
Del Turno Rotatorio:		Descansos	33,3 %	1 P. Enfer.

Se necesitan: 5 Personas de Enfermería

La Distribución del personal de Enfermería por turnos es la siguiente:

Titulados en Enfermería	65 %	1 DUEs
Auxiliares Enfermería	35 %	0 AEs

Las necesidades del Sector de Cuidados Básicos en la actualidad es de:

Titulados en Enfermería	→	4 DUEs	
Auxiliares Enfermería	→	2 AEs	
Turno de Mañanas	→	1 DUEs	0 AEs
Turno de Tardes	→	1 DUEs	0 AEs
Turno de Noches	→	1 DUEs	0 AEs