



**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DE ORIGEN LABORAL.
ASOCIADOS A LA PREDISPOSICIÓN A PÉRDIDA REPRODUCTIVA
EN ENFERMERAS FUNCIONARIAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS.
AÑOS 1993 - 1999**

por:

LIC. LARISSA DEL C. ARRIETA B.

**Tesis de Graduación para optar
por el Título de Magister en Salud
Pública con Énfasis en Salud
Ocupacional**

Panamá, República de Panamá

2001

APROBACIÓN

La tesis titulada "FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DE ORIGEN LABORAL ASOCIADOS A LA PREDISPOSICIÓN A PÉRDIDA REPRODUCTIVA EN ENFERMERAS FUNCIONARIAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, AÑOS 1993 - 1999", Presentado por la Licenciada Larissa Del C. Arrieta B. Para optar por el Título de Magister en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional, fue aprobada por el Jurado integrado por los Profesores:

Director de la Tesis:


DR. JUAN CARLOS MA

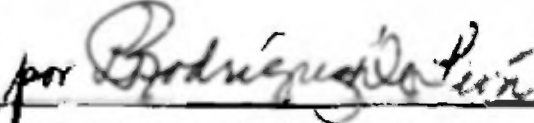
Miembro del Jurado:


PROFESORA ERMILA MUÑOZ

Miembro del Jurado:


DR. JOSÉ ÁNGEL PAREDES

Representante de Vice Rectoría
de Investigación y Post Grado


PROFESOR JOSÉ IGLESIAS

Fecha: 1 - XI - 2001

i
DEDICATORIA

A Dios por darme su luz, salud y fuerza en todo momento, para alcanzar esta meta junto a toda mi familia.

A mis padres por darme la vida y por apoyarme en mi superación.

A mi padre: que me enseñó que no es importante lo que se tiene, sino lo que uno es cuando sirve al prójimo con conciencia de empatía, justicia y solidaridad social, "siempre estamos en deuda con los que menos tienen".

A mi madre: que me demostró que siempre se llega lejos si vamos alcanzando meta tras meta.

A mi esposo Víctor Manuel: por su amor, apoyo y soporte emocional e intelectual durante todos los logros de mi carrera profesional.

A mis hijos: Tamsy Jorlen y Valdir Ethiem que han estado siempre junto a mí como el estímulo y la meta de que siempre habrá algo mejor para su futuro con lo que hacemos hoy.

74

25 JUN 2002

ok, de auto

6035

AGRADECIMIENTO

Al Profesor Juan Carlos Más por enseñarme que el trabajo libera al hombre, lo realiza y enaltece como ser humano creador y que nuestra responsabilidad es garantizar que su labor cotidiana sea segura y saludable

A la Profesora Ermila Muñoz que desde el inicio de este proyecto nos mostró la directriz básica de que la enfermera antes que profesional y futura madre, es primero mujer y que la atención de este grupo vulnerable de la sociedad exige que las acciones de Promoción y Educación para su salud sean nuestro definitivo compromiso

Al Profesor José Angel Paredes por sus oportunos aportes en la revisión del Protocolo de Tesis, los cuales enriquecieron este trabajo en su componente de Salud Pública

A mis compañeros de Sala 12, la Maternidad del Hospital Santo Tomás y a las de la Sala 15 A que me demostraron que la verdadera esencia, dignidad, gratificación espiritual y profesional de la enfermería esta en quienes brindamos la atención directa al paciente, viviendo día a día lo bueno, lo malo de su condición de salud con el y en familia

Al Doctor Jorge Montalvan Ex Director General de Salud, quien me dió la oportunidad de realizar mis estudios de Maestría y me apoyaron en todas las actividades de Docencia e Investigación Intra durante el curso de Maestría. A las distinguidas secretanas Eloisa, Judith, Maritza, Marta y en especial a Amarelis Herrera, por todo su apoyo para la finalización de esta Maestría.

Sin lugar a dudas, a la Licenciada Elvia de Guillen, que me demostró que siempre que hay una injusticia, Dios tiene a muchas personas que hacen desinteresadamente un bien para enmendar un mal

INDICE

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE GENERAL	iii
INDICE DE CUADROS	vi
INDICE DE GRÁFICAS	xv
CAPITULO I	
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO	21
OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL ESTUDIO	22
PROPÓSITO	23
CAPITULO II	
I MARCO TEÓRICO	
A Conocimiento existente sobre el problema	25
B El binomio maternidad y trabajo	27
C Preceptos legales de la maternidad en Panamá	30
D Los problemas de salud laboral en la población femenina trabajadora	42
E Efectos del ambiente laboral sobre la salud de la mujer embarazada	46
F Impacto de las alteraciones fisiológicas del embarazo	50

G	Periodos críticos en el desarrollo reproductivo	
1	El Primer Trimestre	51
2	Segundo y Tercer Trimestre	52
H	Opciones patrón empleado para promover medidas de protección para reducir al mínimo los riesgos a la gestante que trabaja	55
I	Los determinantes de la pérdida reproductiva (factores endógenos y exógenos)	58
1.	Amenaza de aborto	60
2.	Aborto inevitable	66
3.	Aborto incompleto	68
4.	Aborto retenido	69
5.	Aborto séptico	71
J	Las funciones y características del puesto de las enfermeras intrahospitalaria en el segundo y tercer nivel de atención	75
K	Factores psicosociales	79
II	Representación grafica de la propuesta del estudio	93
III	Definición de las variables del estudio	94
IV	Hipótesis de trabajo	104

CAPITULO III

Diseño Metodológico

A	Tipo de estudio	105
B	Área de estudio	106
C	Universo y Muestra	106
D	Unidad de análisis	112
E	Tamaño mínimo de la muestra	112
F	Método de selección de la muestra	113
G	Procedimiento para la selección de la muestra	113
H	Método para la recolección de los datos	114
I	Procedimiento para la recolección de los datos	115

J Fases para la recolección de los datos	117
K Plan de tabulación y análisis	118
L Listados de cruce de variables	119
M Instrumento de encuesta	125
N Instructivo del instrumento de encuesta	134
O Validación del instrumento	146
1 Primera etapa de validación del instrumento	146
2 Segunda etapa de validación del instrumento	151
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	155
CONCLUSIONES	302
RECOMENDACIONES	308
BIBLIOGRAFÍA	309

ANEXO

Propuesta de una Actividad Educativa para el Personal de Enfermería
del Hospital Santo Tomás según la Evaluación del modelo PRICE

INDICE DE CUADROS

CUADRO	PÁGINA
Cuadro I: Subsidios de Incapacidad temporal y monto Pagado a cotizantes activos por el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social. Años. 1991 - 1998.	7
Cuadro II: Subsidios de Maternidad concedidos y Monto Pagado a aseguradas cotizantes activas por el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social. Años 1993 y Primer Semestre 1999... ..	8
Cuadro III: Tasa de Nacimientos Muertos Registrados en los Hospitales de la Caja de Seguro Social. Años 1970 y Primer semestre de 1999	10
Cuadro IV: Tasas de Pérdida Reproductiva Registradas (PRG) en los Hospitales de la Caja de Seguro Social. Años 1970 - 1999.	12
Cuadro V: DIMENSIÓN PERSONAL	117
Cuadro VI: DIMENSIÓN AMBIENTAL.	118
Cuadro VII: DIMENSIÓN BIOPSIICOSOCIAL.	119
Cuadro VIII: DIMENSIÓN LABORAL (FACTORES PSICOSOCIALES DE LA ORGANIZACIÓN)..	120
A. Datos personales de las Enfermeras	
Cuadro IX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Grupo de Edad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... ..	154

Cuadro X: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Lugar de residencia, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	157
Cuadro XI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Estado Civil, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000....	160
Cuadro XII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Nivel educativo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000....	163
Cuadro XIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los años de Servicios que poseen las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000....	166
Cuadro XIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según resultante de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000	169
 A. Dimensión Laboral	
1. Factores de Riesgo de la organización del trabajo	
Cuadro XV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo de la organización del trabajo identificados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..	172

Cuadro XVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Servicio en que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	174
Cuadro XVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Tiempo de Trayecto que realizan las Enfermeras entre su casa y el Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	178
Cuadro XVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Frecuencia de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	181
Cuadro XIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según lo Constructivo de la Supervisión de la labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	184
Cuadro XX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Calidad Educativa de la Supervisión de la labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	187
Cuadro XXI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Incentivos que le Proporciona la Institución por su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	190

Cuadro XXII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Turnos programados durante el mes que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	193
Cuadro XXIII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Asignación de Turnos antes del embarazo, entre las Enfermeras, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	196
Cuadro XXIV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Turnos que doblan las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	199
Cuadro XXV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Pausa descanso en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	202
Cuadro XXVI:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la dinámica de su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	205
2. Factores de Riesgo del contenido del trabajo		
Cuadro XXVII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo del contenido del trabajo identificados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	208

<p>Cuadro XXVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración del Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	212
<p>Cuadro XXIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración del Nivel de Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	215
<p>Cuadro XXX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Nivel de Responsabilidad en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	218
<p>Cuadro XXXI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Comodidad del Mobiliario en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	221
<p>Cuadro XXXII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario en su Labor Administrativa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	224
<p>Cuadro XXXIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura y Dimensiones del Mobiliario de Insumo y Equipo usado en las labores de Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....</p>	227

Cuadro XXXIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Facilidad de Movimiento entre las Unidades de los pacientes en la Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	231
Cuadro XXXV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario de los Pacientes en las Labores de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000....	234
Cuadro XXXVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Forma de Alcanzar los Atriles en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... ..	237
Cuadro XXXVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Clima de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	240
Cuadro XXXVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Iluminación de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000....	243
Cuadro XXXIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la presencia de Ruidos durante su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	246

Cuadro XL: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Fluidos Corporales Manejados en su Sala manejados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	249
Cuadro XLI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Dotación Inadecuada de Equipo de Protección Personal, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	253
B. Estado de Salud e Historial Obstétrico	
Cuadro XLII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Condición de Salud en la última cita Médica, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	256
Cuadro XLIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Diagnóstico Médico en su última cita de Control de Salud, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	259
Cuadro XLIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Embarazos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	262
Cuadro XLV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Partos Vaginales, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	265

Cuadro XLVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número Nacimientos por Cesárea, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	268
Cuadro XLVII Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Abortos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	272
Cuadro XLVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de semanas al momento del Aborto, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	274
Cuadro XLIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el número de hijos en la Actualidad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..	277
Cuadro L: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Resultado de Papanicolau entre las Enfermeras, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000...	280
C. Condiciones Laborales de la Embarazada en el H.S.T.	
Cuadro LI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según si se Acogió a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidez, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	283

Cuadro LII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Asignación de Turno durante el embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.	286
Cuadro LIII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Traslado durante su Embarazo de Sala, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... ..	289
Cuadro LIV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... ..	292
Cuadro LV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración especial hacia la embarazada, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... ..	295

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA	PÁGINA
A. Datos personales de las Enfermeras	
Gráfica I: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Grupo de Edad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	156
Gráfica II: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Lugar de residencia, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	159
Gráfica III: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Estado Civil, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	162
Gráfica IV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Nivel educativo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	165
Gráfica V: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los años de Servicios que poseen las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	168
Gráfica VI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según resultante de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	171

B. Dimensión Laboral

1. Factores de Riesgo de la organización del trabajo

- Gráfica VII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo de la organización del trabajo identificados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 173
- Gráfica VIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Servicio en que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 177
- Gráfica IX:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Tiempo de Trayecto que realizan las Enfermeras entre su casa y el Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 180
- Gráfica X:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Frecuencia de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 183
- Gráfica XI:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según lo Constructivo de la Supervisión de la labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 186
- Gráfica XII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Calidad Educativa de la Supervisión de la labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 189

- Gráfica XIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Incentivos que Le Proporciona la Institución por su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 192
- Gráfica XIV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Turnos programados durante el mes que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 195
- Gráfica XV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Asignación de Turnos antes del embarazo, entre las Enfermeras, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 198
- Gráfica XVI:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Turnos que cubren las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 201
- Gráfica XVII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Pausa descanso en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 204
- Gráfica XVIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la dinámica de su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 207

2. Factores de Riesgo del contenido del trabajo

- Gráfica XIX:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo del contenido del trabajo identificados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 211
- Gráfica XX:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración del Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 214
- Gráfica XXI:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración del Nivel de Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 217
- Gráfica XXII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Nivel de Responsabilidad en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 220
- Gráfica XXIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Comodidad del Mobiliario en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 223
- Gráfica XXIV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario en su Labor Administrativa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... .. 226

- Gráfica XXV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura y Dimensiones del Mobiliario de Insumo y Equipo usado en las Labores de Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 230
- Gráfica XXVI:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Facilidad de Movimiento entre las Unidades de los pacientes en la Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 233
- Gráfica XXVII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario de los Pacientes en las Labores de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.. 236
- Gráfica XXVIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Forma de Alcanzar los Atriles en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 239
- Gráfica XXIX:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Clima de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000... 242
- Gráfica XXX:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Iluminación de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 245

Gráfica XXXI:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la presencia de Ruidos durante su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	248
Gráfica XXXII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Fluidos Corporales Manejados en su Sala manejados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	252
Gráfica XXXIII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Dotación Inadecuada de Equipo de Protección Personal, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	255
C. Estado de Salud e Historial Obstétrico		
Gráfica XXXIV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Condición de Salud en la última cita Médica, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	258
Gráfica XXXV:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Diagnóstico Médico en su última cita de Control de Salud, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	261
Gráfica XXXVI:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Embarazos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	264

Gráfica XXXVII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Partos Vaginales, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	267
Gráfica XXXVIII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número Nacimientos por Cesárea, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..	271
Gráfica XXXIX:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Abortos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	273
Gráfica XL:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de semanas al momento del Aborto, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..	276
Gráfica XLI:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el número de hijos en la Actualidad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..	279
Gráfica XLII:	Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Resultado de Papanicolau entre las Enfermeras, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.....	282

D. Condiciones Laborales de la Embarazada en el H.S.T.

- Gráfica XLIII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según si se Acogió a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidez, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 285
- Gráfica XLIV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Asignación de Turno durante el embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000 288
- Gráfica XLV:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Traslado durante su Embarazo de Sala, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 291
- Gráfica XLVI:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 294
- Gráfica XLVII:** Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración especial hacia la embarazada, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000..... 297

RESUMEN

El presente estudio tiene la finalidad de realizar un diagnóstico sobre los aspectos cualitativos y cuantitativos, de la relación e impacto de los factores de riesgo psicosociales laborales y la Predisposición a la Pérdida Reproductiva en las enfermeras del Hospital Santo Tomás, entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1999.

Este estudio analítico, de casos y controles se realizó para determinar si existía una asociación significativa entre la exposición a los factores psico-sociales laborales de la atención de enfermería intrahospitalaria, con relación a la Predisposición a Pérdida Reproductiva que se presenta en enfermeras en este segundo y tercer nivel de atención. Se midió el Odds Ratio (O.R. mayor a 1) y la prueba de Chi cuadrado ($p=0,005$), para confirmar la necesidad de desarrollar estrategias dentro del programa de Salud Ocupacional que faciliten una atención integral al binomio materno dentro del medio laboral y prevenir la predisposición a la Pérdida Reproductiva.

ABSTRACT

This study is intended to offer a qualitative and quantitative diagnosis of the relation and impact of the labor psychosocial risk factors and the predisposition to reproductive lost in the Santo Tomas General Hospital, between January first of 1993 to December 31 of 1999. This analytic study of cases and controls, tray to determine if there is significant association between the exposition to the labor psycho social risk factors of the nursery attention, in relation to the predisposition to reproductive lost present in nurses on the second and third health attention level. Measurements of Odds ratio (O.R. more bigger than 1) and t-test ($p=0,005$) to sustains the need to develop of the Occupational Health Program to give integral attention to the Maternal duo inside the labor place and prevent the predisposition to reproductive lost.

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, el binomio madre-hijo es considerado uno de los eslabones más preciosos del núcleo familiar, ya que la madre le provee al individuo desde su concepción todos los elementos que lo ayudan a definirse como un ser humano apto para la vida. El objetivo central de la fecundidad es dar continuidad a la especie humana, trayendo un nuevo ser que reúne las características de los padres y les permite garantizar así su legado a nuestra sociedad.

La Pérdida Reproductiva se constituye en una alteración que obstaculiza la formación normal del nuevo individuo en el vientre materno, o en la evolución natural del proceso de parto; surge como un fenómeno asociado a numerosos factores y es un proceso sujeto a componentes de origen psicológico y social que actúan como generadores, en los cuales se hace necesario mejorar y establecer nuevos controles para minimizar su impacto. Es dentro de este marco de valores, que la Pérdida Reproductiva constituye uno de los problemas de salud de mayor impacto en la mujer, su pareja, la familia y toda la sociedad.

La mujer moderna, inmersa en el grupo de la población económicamente activa, desempeña su rol dentro del mundo laboral y profesional, razón por la cual es válido destacar que los factores psico-sociales son elementos importantes que inciden en su proceso de salud-enfermedad. Dichas variables serán analizadas en este trabajo pues las mismas son determinantes de la calidad de vida, ya que guardan

estrecha relación con las condiciones de trabajo y el bienestar de los trabajadores.

Desde que la mujer inicia su jornada laboral es sujeto de aquellas actividades encaminadas a generar bienes y servicios, logrando el máximo rendimiento y productividad dentro de su ambiente laboral. Con su actividad laboral la mujer promueve y fomenta su bienestar socioeconómico y su salud, sin embargo, la misma le genera desgastes y deterioros en su condición funcional en general y en el caso particular de este estudio, en su predisposición a la Pérdida Reproductiva.

Con este estudio se identificaron elementos integradores que facilitan el balance entre la labor profesional de la enfermera y su bienestar integral, el de su familia y su capacidad reproductiva con una buena viabilidad del producto, dentro y fuera del ambiente de la institución donde la enfermera labora.

La enfermera embarazada debe ser considerada como una trabajadora especial porque su capacidad física y fisiológica están comprometidas, con los cambios progresivos y sistemáticos que ocurren a lo largo del proceso gestacional, que implican una sobrecarga de todos sus sistemas biológicos para el desarrollo del producto (Smith, 1992).

Se necesita establecer cuál es el nivel de exigencia y rendimiento de atención de enfermería aceptable que puede esperarse de una enfermera durante el tiempo que dura su

período de gestación, como período de vital importancia en la salud del binomio madre-hijo. Es importante promover la implementación, afianzamiento y la internalización de lo que es "El Rol Profesional de la Enfermera Embarazada", con el apoyo de su ambiente familiar, institucional y social en forma conjunta.

El problema de la predisposición a la pérdida reproductiva en las enfermeras requiere de la atención integral de la misma como una trabajadora expuesta a factores de riesgo psico-sociales inherentes a su propio puesto de trabajo dentro de las instituciones de salud; que exige de la participación interdepartamental, interinstitucional e intersectorial, dentro de éstos, la instancia más importante es la coordinación entre el Departamento de Enfermería y el de Salud Ocupacional. Cabe resaltar que la promoción y educación para la salud de los trabajadores debe comenzar por los mismos trabajadores de la salud; por lo tanto, éstos deben impulsar estrategias esenciales que se desarrollen coordinadamente en los servicios de salud.

Entre los posibles factores psico-sociales relacionados con el trabajo, que se pueden señalar como asociados a la predisposición a la Pérdida Reproductiva, están la turnicidad, las jornadas prolongadas, el estrés, la fatiga crónica, etc. También se encuentran dentro del ambiente de trabajo del personal de enfermería, la exposición a químicos, como es el caso de las enfermeras de los salones de operaciones expuestas a los gases anestésicos y estas Pérdidas Reproductivas han sido estudiadas en otros países

de América (Smith, 1992), donde se hace gran hincapié en las pérdidas de productos durante el Primer trimestre de gestación.

Otros factores inherentes al contenido del trabajo que participan en el proceso laboral son las exigencias sociales y psicológicas del puesto, el alto grado de responsabilidad con las vidas humanas, el ritmo intenso de trabajo, las exigencias ergonómicas, así como también aspectos que tienen que ver con el micro clima de trabajo y la dotación inadecuada de equipos de protección personal (Cano, 1998).

En relación con los factores psico-sociales, de la propia organización de la atención de enfermería, están los sistemas de supervisión, la turnicidad, ausencia de políticas de estímulos e incentivos saludables, jornadas de trabajo prolongadas (doblar turnos o laborar más de las ocho horas por exceso de trabajo), ausencia de sistemas de pausas de trabajo formal y las modalidades de la remuneración.

Este estudio se ha estructurado en tres capítulos: en el primero se presenta la justificación, el área del problema y el planteamiento del mismo, el título, los objetivos de la investigación y los propósitos.

El segundo capítulo, comprende una revisión exhaustiva de la literatura y estudios existentes que sustentan los hallazgos de la investigación, la cual contiene en su Marco Teórico: el conocimiento existente sobre el problema, el binomio maternidad y trabajo, adaptación de la mujer gestante al trabajo, los problemas de salud laboral en la

población femenina trabajadora, efectos del ambiente laboral sobre la salud de la mujer embarazada, impacto de las alteraciones fisiológicas del embarazo, periodos críticos en el desarrollo reproductivo, opciones patrón empleado para promover medidas de protección para reducir al mínimo los riesgos a la gestante que trabaja, los determinantes de la Pérdida Reproductiva (factores endógenos y exógenos), las funciones y características del puesto de trabajo de la enfermera intrahospitalaria en el segundo nivel de atención, y los factores de riesgo psico-sociales laborales de las enfermeras. Además se presentan las variables del estudio y las hipótesis de trabajo.

En el capítulo tercero se describe la metodología utilizada durante el proceso de la investigación. En este se incluye el diseño de la investigación, el universo, el procedimiento para la recolección de la información, los tipos de instrumentos utilizados, los cálculos empleados para el análisis de los datos estadísticos. Además, el análisis de los costos y el cronograma que se cumplirá durante el proyecto de investigación.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, presentados en cuadros y gráficos. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones que emanan de la investigación y se esperan que las mismas puedan ser utilizadas para desarrollar estrategias dentro del programa de Salud Ocupacional, que faciliten una atención integral al binomio materno dentro del medio laboral y prevenir la predisposición a la Pérdida Reproductiva.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio responde a una de las necesidades del Programa de Salud Ocupacional de la Caja del Seguro Social de nuestro país. Busca satisfacer el vacío existente en cuanto a la necesidad de investigar y disponer de información sobre la situación actual de la salud de los trabajadores en el contexto nacional y en grupos específicos de la población trabajadora.

Se analizan riesgos laborales particulares, para alcanzar en forma científica y programada el máximo rendimiento en la productividad laboral ligada a la salud de los trabajadores, mediante el control de los factores de riesgo que inciden de manera directa o indirecta en el proceso de trabajo.

Cuadro N°I: Subsidios de Incapacidad temporal y monto pagado a cotizantes activos por el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social. Años 1991 - 1999

Años	Incapacidades	Monto
1991	8,274	B/. 2,985,702.74
1992	8,261	B/. 2,808,309.49
1993	10,636	B/. 3,322,478.93
1994	9,561	B/. 3,377,514.23
1995	9,720	B/. 3,543,151.69
1996	10,322	B/. 3,551,338.75
1997	11,461	B/. 3,854,000.00
1998	12,107	B/. 4,405,000.00
1999	29,971	B/.16,425.389.19

Fuente: Departamento de Estadística de la Caja de Seguro Social. 2001.

El monto de dinero pagado en concepto de incapacidades temporales, por el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social en los últimos 9 años ha alcanzado la cifra de B/. 16,425,389.19, con un incremento de más del 100% con relación al año de 1998 (Cuadro N° I), lo cual merece una explicación. Esta cifra incluye las enfermedades agudas, crónicas y laborales de cotizantes activos; además de los abortos, nacimientos muertos y otras pérdidas del producto durante el período de gestación de la mujer trabajadora, cotizante activa (Departamento de Estadística de la C.S.S, 2001).

Según cifras del año 1999, del Departamento de Estadística de la C.S.S, se puede observar un leve aumento continuo durante los últimos años, en las cifras de Subsidios de Maternidad concedidos a aseguradas cotizantes activas en la República de Panamá. (Cuadro N° II).

Cuadro N°II: Subsidios de Maternidad concedidos y monto pagado a aseguradas cotizantes activas por el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social. Años 1993 a 1999.

Años	Número de Subsidios	Monto pagado
1993	5,297	B/. 6,651,000.00
1994	6,282	B/. 7,522,133.24
1995	7,722	B/. 9,250,151.87
1996	7,635	B/. 9,621,266.30
1997	8,063	B/.10,379,391.86
1998	7,968	B/.10,407,924.57
1999	8,706	B/.11,813,977.12

Fuente: Departamento de Estadística de la Caja de Seguro Social. 1999.

Según las últimas cifras de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, en el año de 1999 las mujeres empleadas en el Gobierno Central en la República representan el 49.5% de la población gubernamental con un total para ese año de 46,714. Estas cifras dan una idea del valor, cuantitativo que tiene la mujer trabajadora, especialmente para fines de apoyo económico al núcleo familiar y productividad de las madres que buscan un futuro mejor para sus hijos, por lo que se mantienen en permanente exposición a su entorno laboral.

Los Registros Estadísticos de la Caja de Seguro Social realizados en los años 1991 al 1999 sugieren que la problemática de la pérdida reproductiva se circunscribe en su mayoría a las mujeres cotizantes de la población económicamente activa, pero no relacionan los aspectos laborales del proceso de trabajo en el que ellas están inmersas, y mucho menos toman en cuenta otros fenómenos sociales cuya magnitud es fundamental para el desarrollo de este proceso patológico que afecta a la madre y evita la formación del producto (Estadística de Seguridad Social, 2001).

Según la información obtenida de la Unidad de Análisis y Procesos de la Caja de Seguro Social, se observa que el comportamiento de las tasas de los nacimientos muertos entre las mujeres que acuden a solicitar atención a estas instalaciones de salud ha disminuido progresivamente de 1.23 nacidos muertos por cada 100 nacidos vivos en 1990 a 0,87 nacidos muertos por cada 100 nacidos vivos en 1998, para luego presentar un aumento a 1.0 para el año de 1999,

pero estas pérdidas (Cuadro N° II) se registran en ciertos grupos específicos de la población femenina trabajadora, que aún el Departamento de Estadística no estratifica por ocupación, a no ser por solicitud de una investigación específica y autorizada por la Dirección de Prestaciones Médicas dentro del Programa de Enfermedad y Maternidad.

Cuadro N°III: Tasa de Nacimientos Muertos Registrados en los Hospitales de la Caja de Seguro Social. Años 1970 a 1999.

Años	Nacimientos Muertos	Tasas 1/
1970	34	1,49
1975	80	1,67
1980	109	1,39
1985	108	1,19
1990	116	1,23
1991	107	1,10
1997	145	0,73
1998	134	0,87
1999	160	1,00

Fuente: Unidad de Análisis y Procesos de la Caja de Seguro Social.2001.

1/ Tasa por 100 nacimientos(vivos y muertos).

La comprensión de esta problemática exige una visión en conjunto, que permita un análisis riguroso de cada posible componente de este proceso mórbido. Sólo mediante un estudio integral de los factores psico-sociales que están relacionados a la predisposición de Pérdida Reproductiva, es posible arribar a conclusiones integrales que conduzcan hacia políticas departamentales, institucionales y

sectoriales coherentes, recogidas en las normas, planes, programas y proyectos que impulse el desarrollo de la salud de los trabajadores en Panamá, y en el caso particular de este estudio, la promoción de la salud de las enfermeras embarazadas.

La República de Panamá, de acuerdo con la Unidad de Análisis y Procesos de la Caja de Seguro Social, en sus informes de Recursos, Actividades e Indicadores de los Hospitales de la C.S.S. de 1991 a 1999 (Cuadro N° IV), presenta un aumento significativo en las tasas de Pérdida Reproductiva atendidas en sus instalaciones; no obstante, el deterioro ha sido marcado en los registros de incapacidad temporal emitidos por la institución y por ende se ha de reflejar en los registros de ausentismo laboral, donde las cifras no se han mantenido constantes a través del tiempo; por el contrario, en algunos casos se ha registrado un aumento (Unidad de Análisis y Procesos de la Caja de Seguro Social, 2001).

Prueba de ello lo constituyen las incapacidades por causa obstétrica, dirigidas a disminuir el riesgo de daño a la salud del binomio madre-hijo durante la jornada de trabajo, ya que hay una posible sospecha de predisposición a la Pérdida Reproductiva, identificada por el facultativo, situación de la cual el personal de salud y en este caso, las enfermeras embarazadas, no puede escapar.

Un análisis de la Pérdida Reproductiva hasta el año 1999 evidencia que el grupo con mayor Pérdida de productos fue el de las edades de 15 a 39 años que representan el

42.5% de toda la población femenina, según las cifras de Estadística y Censo de la Contraloría hasta octubre del 2000. Ese mismo año se registraron en la República de Panamá 71,286 nacimientos, de los cuales un total de 6,868 mujeres perdieron sus productos, representando una tasa de 122.7 por cada mil nacidos vivos y un 90.4% (64,418 mujeres) lograron finalizar sus embarazos con productos vivos y sanos. El resto (9.6%) se mantuvo con Pérdidas Reproductivas logrando sólo un promedio máximo de madurez fetal de 16 semanas.

Cuadro N° IV: Tasas de Pérdida Reproductiva Registradas (PRG) en los Hospitales de la Caja de Seguro Social. Años 1970 - 1999.

Años	Tasa 1/ PRG	Pérdida Reproductiva		
		Total	Nacimientos muertos	Abortos
1970	22,8	673	34	639
1975	20,1	1204	80	1124
1980	16,3	1523	109	1414
1985	11,0	1110	108	1002
1991	10,9	1102	107	995
1996	12,7	963	42	921
1997	9,31	2,028	145	1,883
1998	11,81	2,441	134	2,307
1999	14,3	2,630	160	2,470

Fuente: Unidad de Análisis y Procesos de la Caja de Seguro Social. 2001.

1/ Tasa por 100 mujeres embarazadas atendidas en la Caja de Seguro Social.

Las tasas de Pérdida Reproductiva registradas en la Caja del Seguro Social, han venido disminuyendo progresivamente desde 1970 con una tasa de 22,8 por 100 mujeres embarazadas atendidas a 9,31 en 1997, para luego presentar un leve aumento a 14,3 por 100 mujeres embarazadas atendidas para 1999 (Cuadro N° IV). A pesar de esto el número de abortos y nacimientos muertos se han incrementado y las tasas de Pérdida Reproductiva han aumentado en los últimos 3 años entre 9,31 a 14,3 (1997 y 1999 respectivamente).

En el análisis de la cobertura de atención de la predisposición a la Pérdida Reproductiva, como un fenómeno de salud relacionado con las condiciones de trabajo para las mujeres que se constituyen en un grupo representativamente significativo de la fuerza laboral, encontramos que las tasas de Pérdida Reproductiva no están estratificadas ni por ocupación, ni por grupo de actividad económica, lo que evidencia que la cobertura en el ámbito nacional no se maneja con un criterio ocupacional; sólo se observa la estratificación por grupo de edad, respondiendo a los convencionalismos estadísticos internacionales, por lo que consideramos que esta investigación es más que oportuna para dar un mejor manejo metodológico a la información que se recabe y así comprender el fenómeno en el ámbito nacional y profesional en su justa dimensión.

De igual forma, al analizar la Pérdida Reproductiva en grupos de mujeres aseguradas beneficiarias y aseguradas cotizantes activas de la República de Panamá, se observa un ligero aumento de la Pérdida Reproductiva en los años de

1997, 1998 y 1999 con una tasa de abortos por cada 100 mujeres embarazadas de 10,0 13,0 y 15,0 respectivamente. (Unidad de Evaluación, Análisis y Procesos, de la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas de la C.S.S., 2001).

Este grupo de mujeres con Pérdida Reproductiva, que en su mayoría pasan a reintegrarse a sus procesos de trabajo, representa no sólo un enorme costo financiero para la sociedad, sino que tiende a producirse un deterioro en la calidad de su salud y aumenta el riesgo de una nueva Pérdida Reproductiva ya que se exponen a los mismos factores de riesgo psico-sociales, disminuyendo aún más su potencial reproductivo.

Según la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría, para el año de 1999 la mortalidad fetal en la población femenina en edad reproductiva alcanzó una tasa de 122.7 defunciones fetales por cada 1,000 nacidos vivos en el ámbito nacional y de 149.6 defunciones fetales por cada 1,000 nacidos vivos para la Ciudad de Panamá para el mismo año.

La población femenina asegurada no escapa de este problema como indican las cifras estadísticas de la Caja de Seguro Social; cabría preguntarse si esta situación es más frecuente en las mujeres trabajadoras que son cotizantes activas, que en otros grupos de población femenina en edad fértil de la República de Panamá, lo que puede responder al carácter ocupacional de este problema de salud, relación que es objeto de esta investigación.

En el primer semestre de 1999 la Caja de Seguro Social contaba con una población femenina de aseguradas, beneficiarias y cotizantes activas de 917,672, de este grupo en el mes de diciembre del 2000, la Caja de seguro Social tenia 392,414 mujeres cotizantes activas aseguradas de las cuales el 77.6% (304,479) se ubicaban dentro de la categoría de mujeres en edad reproductiva. Para el mes de diciembre del 2000, 1.41% de ellas (4,303) presentaron licencias por gravidez al culminar sus embarazos, de las cuales un 63.6% (2,737) son de la Región Metropolitana.

Hasta el 31 de diciembre de 1999 un total de 8,706 mujeres se acogieron a licencia por gravidez, lo que representó para la institución la suma de B/. 11,813,977.12, constituyéndose en el 66% de las mujeres embarazadas registradas por la institución, que representan al grupo de cotizantes activas que culminaron sus embarazos.

El problema de la predisposición a la Pérdida Reproductiva en enfermeras requiere de su atención integral, como una trabajadora expuesta a riesgos propios y particulares de su medio laboral; por lo que se hace necesaria la participación intersectorial dando prioridad a la coordinación entre los Departamentos de Enfermería y el Programa de Salud Ocupacional. Para el mes de diciembre de 1999 había un total de 3,235 enfermeras en las instalaciones de salud de la República, según las cifras de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría.

Este es un problema de la sociedad en general, pero la enfermera, como agente de salud, está capacitada para minimizar al máximo cualquier predisposición a la Pérdida Reproductiva, ya que puede ser capaz de identificar las patologías relacionadas con la misma desde sus inicios. Sin embargo, llama la atención que en la práctica, este grupo profesional presenta el mismo comportamiento de las otras mujeres trabajadoras, al exponerse y responder a las exigencias de su trabajo. Es cierto que su labor contribuye al progreso, la productividad y el desarrollo general del país, pero a la vez y debido a ella, se mantiene presente la exposición y la predisposición ocupacional a la Pérdida Reproductiva.

Por las características de la mujer como trabajadora en un medio laboral y familiar donde es uno de los miembros de este núcleo que más actividades caseras realizan, debido a atributos patentados por nuestros patrones culturales, suele ser mucho más difícil analizar el problema de la predisposición a la Pérdida Reproductiva, puesto que en el mismo interactúan una serie de factores del ambiente interno y externo al medio laboral que condicionan el éxito o fracaso del proceso de gestación.

Sin lugar a dudas, el Control Prenatal del Programa Materno Infantil ha participado de manera directa en la atención individualizada del binomio madre - hijo desde la primera prueba diagnóstica de embarazo confirmada. Sin embargo, estas actividades no son atendidas bajo un enfoque integral, ya que no participan los sectores involucrados directamente o que influyen indirectamente en el proceso de

gestación, en este caso el Programa de Salud Ocupacional, al cual le competen todos los aspectos de riesgo laboral que puedan afectar a la trabajadora embarazada y cuyo impacto puede revertir con mayor efectividad en todo el proceso de gestación. (Cano, 1998).

La población de mujeres trabajadoras embarazadas representa para Salud Ocupacional la oportunidad de que en un futuro mediato, se logre ocupacionalizar la atención de salud y se puedan explotar la gama de conocimientos que surgirán sobre el manejo y prevención interdisciplinario de los factores de riesgo ocupacional y el estado de la salud de los trabajadores. Ello depende primordialmente del interés que en este momento se le preste a este problema "Predisposición a la Pérdida Reproductiva ", que enfrentan las enfermeras como agentes de salud en el proceso de atención de enfermería.

Estos argumentos justifican la planeación y desarrollo del presente estudio, con el interés de que al conocer su realidad, el equipo de salud ocupacional se comprometa a reconocerla, enfrentarla y minimizarla para aumentar las probabilidades de bienestar del binomio madre - hijo, y a la vez reducir en parte a los altos costos por subsidios de incapacidad temporal de la Caja del Seguro Social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mujer representa siempre un porcentaje importante de la población trabajadora dentro del Estado, mediante el desarrollo del trabajo doméstico, agrícola, profesional, es decir en todos los sectores de la producción. Justamente la maternidad estará presente como una expectativa de ocurrir dentro del período de vida reproductiva de la mujer, que conlleva menores niveles de riesgo entre los 19 y 35 años. (Departamento de Estadística de la C.S.S., 1999).

La mujer generalmente no da a conocer sus inquietudes, sus molestias en cuanto a los cambios que inciden en su vida, al concebir un hijo y la responsabilidad que implica desenvolverse en su puesto de trabajo.

La tendencia actual con relación a la salud de la madre está basada en los problemas de salud, con la debida adaptación de las prestaciones de asistencia en función de las modificaciones sociales y ambientales que permitan determinar la asistencia que necesiten y las prioridades propias o individuales.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) señala como una de sus funciones la de promover "la salud y la asistencia materno infantil y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente". Es reconocido que la salud maternal se halla ligada al estado general de la salud de la comunidad y está sometida a la influencia directa de la situación socioeconómica, es decir que la mayoría de la gente supone depender de un empleo permanente o de un trabajo permanente. Para la mujer, la

situación socioeconómica se traduce en un acceso limitado a los alimentos, en posibilidades limitadas de mantener adecuadamente a los hijos y en consecuencia, en la necesidad inmediata de incorporarse al mercado de trabajo, lo que la expone a las exigencias especiales que repercuten en la salud de la madre y el niño (OPS, Plan de Acción, 1982).

En el Ministerio de Salud de Panamá, las medidas están encaminadas a mejorar la salud en general, lo que será principalmente beneficioso para las madres y los niños, que por las exigencias de la reproducción, el crecimiento y el desarrollo, son biológicamente más vulnerables a las influencias del medio y tienen mayor necesidad de cuidados especiales. . Además de las disposiciones sanitarias de carácter general en los periodos de embarazo, el parto y la niñez es necesario prestar cuidados de salud particulares, para proteger a este binomio vulnerable y expuesto a las condiciones de trabajo, y por consecuencia predispuesto al riesgo de padecer la Pérdida Reproductiva.

En el caso específico de las enfermeras, vemos como su función de generadora de recursos económicos para su familia, lleva consigo la exposición a condiciones y medios de trabajo que por lo general reúnen, en su área y rutina de trabajo, muchos de los elementos que son considerados generadores de las condiciones desfavorables para el desarrollo de un embarazo saludable.

Ante el incremento en la magnitud de la Pérdida Reproductiva, que es una alteración del desarrollo del embarazo normal en las mujeres en edad reproductiva, caracterizada por la alta prevalencia de abortos y nacidos muertos, cabe cuestionarnos:

¿Qué factores de riesgo laboral están asociados a la Predisposición a la Pérdida Reproductiva del grupo de enfermeras funcionarias del Hospital Santo Tomás en los años de 1993 a 1999?

OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

1. Conocer el comportamiento epidemiológico de la Pérdida Reproductiva en las enfermeras del Hospital Santo Tomás.
2. Identificar los posibles factores de riesgo psico-sociales laborales en las enfermeras del Hospital Santo Tomás.
3. Conocer el tipo de morbilidad presentada por las enfermeras con embarazo de riesgo dentro de su ambiente laboral.
4. Presentar una propuesta de promoción y educación para la salud de las enfermeras del Hospital Santo Tomás con las medidas de prevención y control adecuadas para minimizar los factores de riesgo identificados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

1. Determinar los factores de riesgo psico-social inherentes a las condiciones de trabajo del personal de enfermería intrahospitalario.
2. Describir los riesgos psico-sociales del contenido y organización del trabajo de las enfermeras con turnos rotativos.
3. Comparar las exigencias del grupo de la enfermera intrahospitalaria con buena salud reproductiva, con el grupo de las enfermeras con Pérdida Reproductiva.
4. Determinar si hay asociación causal entre las condiciones de trabajo intrahospitalario y la Pérdida Reproductiva.
5. Analizar el comportamiento de la Pérdida Reproductiva en las enfermeras intrahospitalarias del Hospital Santo Tomás.
6. Identificar algunas de las determinaciones primarias de la organización y contenido de la atención de enfermería intrahospitalaria en el segundo nivel de atención y sus repercusiones sobre la salud de las enfermeras, que afectan su capacidad reproductiva.
7. Identificar las características generales de las enfermeras con riesgo reproductivo y los efectos más frecuentes que condicionan su clasificación de riesgo como una embarazada derecho - habiente.

PROPÓSITO

- Este estudio aportará información científica y actualizada de la situación real de los factores de riesgo psicosociales de carácter laboral que están asociados a la predisposición a la Pérdida Reproductiva en las enfermeras, la cual podrá ser utilizada para planear alternativas que contribuyan a resolver el problema de la exposición a los riesgos psicosociales de las enfermeras embarazadas que laboran en las instituciones de salud.
- De igual forma, los resultados de esta investigación contribuirán para afianzar la coordinación entre las instituciones de salud y el Programa de Salud Ocupacional a través de una atención integral, enfatizando la ocupacionalización de la atención de salud de los trabajadores y actuando en las áreas de mayor riesgo psicosocial identificadas en esta investigación.
- Promover la aplicación de medidas preventivas con un enfoque ocupacional de la salud de la enfermera embarazada, mediante actividades educativas orientadas a disminuir los riesgos conocidos de la población femenina trabajadora con mayor énfasis en la población de edad reproductiva por parte del personal que labora en los puestos del segundo nivel de atención de salud.
- Promover la incorporación en las acciones de Atención Prenatal del Programa Materno Infantil, la identificación de los factores de riesgo laboral que permitan elaborar estrategias y actividades de intervención, con la

participación del equipo de salud ocupacional, de acuerdo a las condiciones de la realidad nacional.

- Facilitar elementos para establecer las bases de una evaluación periódica de los procedimientos preventivos y prácticas de salud pública en la atención de la embarazada que labora.

- Proporcionar elementos cognoscitivos para la realización de nuevas investigaciones que conduzcan a la confirmación o rechazo de las hipótesis que surjan de la información obtenida en este estudio.

- Finalmente creemos que este estudio servirá para que cada sector involucrado en el proceso de trabajo que realiza la enfermera embarazada al brindar la atención y cuidados de enfermería, reconozca su participación y responsabilidad ante el binomio materno, como actor social en una realidad que muchos conocemos, pero en la que pocos nos sentimos comprometidos.

I. MARCO TEÓRICO

A. CONOCIMIENTO EXISTENTE SOBRE EL PROBLEMA.

A partir de estudios realizados en 1994 y de los informes presentados por gineco - obstétricas dedicados a la investigación, se han identificado las principales causas de morbilidad obstétrica de las pacientes embarazadas; sin embargo, hasta el momento no se tiene un diagnóstico preciso de los factores que determinan que las pacientes clasificadas como de riesgo moderado y alto riesgo sean influenciados por el ambiente laboral (Arias, 1993).

Como el porcentaje de riesgo es muy alto, se necesitan de cuidados especializados para lograr disminuir la morbilidad materna y perinatal, se considera de suma importancia conocer los principales factores que determinan el riesgo reproductivo y obstétrico en las pacientes que laboran y correlacionarlos con la evolución del embarazo y el parto; el conocimiento de estos factores puede orientar las medidas preventivas y educativas a ser implementadas en el futuro, para el bienestar del binomio madre-hijo (Smith, 1992).

La disfunción de la reproducción humana es un problema contemporáneo serio. Una de cada seis parejas es infertil. Casi 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo detectado, sin embargo, algunos estudios han mostrado que la Pérdida total de embarazos durante los periodos de pre-implantación y de post-implantación temprana varían en 75% de correcciones en Estados Unidos, 7% de recién nacidos vivos son de bajo peso al nacer, y

7% tienen defectos congénitos. La gran parte de estos resultados siguen sin explicación(Niswander, 1984).

Las pruebas científicas que incluyen exposiciones profesionales se han acumulado gradualmente, aunque la causa de la mayor parte de consecuencias adversas todavía se desconoce. Al mismo tiempo, al aumentar de modo notable la cantidad de mujeres en la fuerza laboral también se ha elevado el número de las que están potencialmente expuestas a riesgos sobre la reproducción en su trabajo. Entre 1941 y 1984 casi se triplicó el número de mujeres dentro de la fuerza laboral, de 16,7 millones a 46,5 millones, y 75% de ellas se encuentran en edad reproductiva entre las edades de 16 a 44 años(Smith, 1992).

La incorporación de las mujeres dentro de la fuerza laboral ha incluido a los embarazos y aquellas con familias jóvenes. En total menos de 10% de las empleadas en edad reproductiva dieron a luz en cierto año. Sin embargo, en 1980, más de 1,25 millones de nacidos vivos (más de 40%) fueron de mujeres que habían trabajado durante algún periodo en el año previo al parto. Se estimó que más de 300,000 de estas mujeres habían estado en un tipo de empleo con exposición potencial a sustancias tóxicas al aparato reproductivo, como plomo, y gases anestésicos. En general se ha estimado que casi 20 millones de empleos pueden inducir exposiciones en el lugar de trabajo que se cree son de riesgo para la reproducción humana(La Dou, 1993).

En gran medida, las mujeres se concentran en empleos tradicionales femeninos con sueldo bajo, casi 80% de todos los empleados trabajan sólo en 20 ocupaciones, incluyendo cuidado de la salud, textiles, cosmetología, electrónica y otros empleos con exposiciones a agentes que se sospecha son tóxicos para la reproducción (La Dou, 1993).

B. EL BINOMIO MATERNIDAD Y TRABAJO

La familia es la institución fundamental y universal. De ella depende la supervivencia de toda la sociedad. En todas partes la familia produce nuevos reclutas para la sociedad, los recién nacidos a los que socializa de modo que puedan desempeñar papeles de adulto en las otras instituciones de la sociedad y para que, luego, funden nuevas familias (Bienz, 1984). Independientemente del medio cultural en que se encuentre la familia, existen una serie de funciones universales comunes a todas; estas responsabilidades son protección, cuidado de la prole, transmisión de la cultura y seguridad emocional de los hijos durante el período de dependencia.

Los avances modernos en materia industrial, económica y social han producido una serie de cambios en las funciones tradicionales de la familia. Es por ello que en la actualidad la idea de que al hombre le compete de manera exclusiva ganar el sustento de la familia y a la mujer las labores hogareñas ha quedado atrás (Escobar, 1993).

La insuficiencia del sueldo del marido para cubrir los gastos económicos en el hogar, el acceso de la mujer a una educación superior, son entre otros, condicionantes que han obligado a la mujer a salir del entorno hogareño y proyectarse al ámbito público, lo cual no significa que en la vida doméstica las relaciones conyugales y maternales no sean importantes(Escobar, 1993).

La mujer siempre representa una porción importante de trabajo dentro del Estado, sea éste doméstico, agrícola o profesional, entre otros. Justamente la maternidad estará presente como una expectativa a ocurrir dentro del periodo de vida productiva de la mujer que conlleva menores niveles de riesgo entre los 19 y 35 años(Alfaro, 1993).

La mujer, generalmente, no da a conocer sus inquietudes o sus molestias en cuanto a los cambios que inciden en su vida al concebir un hijo y la responsabilidad que implica desenvolverse en su puesto de trabajo(Laurel, 1993).

En el ámbito de los derechos legales de mujeres fértiles y embarazadas en el ámbito internacional, el Título VII del Acta de Derechos Civiles de 1964, de los estados Unidos, prohíbe la discriminación sexual, incluyendo una enmienda al Título VII, que es el Acta de Discriminación de Embarazos, de 1978. Esta requiere que las mujeres afectadas por el embarazo, parto o situaciones relacionadas, sean tratadas de la misma

manera como cualquier trabajadora incapacitada temporalmente.

Esta ley protege a las mujeres de ser despedidas de su trabajo, rehusar su contratación o negarle promoción, debido a su embarazo. Una mujer incapaz de trabajar en su empleo habitual por el embarazo o razones relacionadas, tiene derecho a los mismos beneficios de incapacidad como cualquier trabajador incapacitado temporalmente. Por ejemplo, si una persona con una pierna fracturada tiene el derecho a modificar su trabajo, por tareas ligeras o cambio de empleo, permiso por enfermedad, o por incapacidad, con o sin paga, o seguro de salud, a una mujer se le debe brindar lo mismo.

La Ley no requiere que el patrón proporcione algún beneficio a trabajadoras incapacitadas, pero prohíbe reducir los beneficios contratados (por ejemplo el permiso por maternidad) con el fin de cumplir con la Ley.

Los obstáculos más importantes para proteger estos derechos incluyen que la Ley Federal no se aplica en sitios de trabajo que emplean menos de 25 personas, ni tampoco afecta a los que no han establecido políticas de permisos por incapacidad y no incluye a las mujeres que trabajan tiempo parcial.

Invariablemente, los datos científicos son insuficientes para decidir si hay un efecto diferencial en las mujeres, hombres o fetos. Por lo tanto, se debe valorar completamente el riesgo sobre la reproducción en

cada caso individual. Se debe considerar con cuidado el desarrollo de políticas no discriminatorias que protejan la salud reproductiva de varones y mujeres, así como la de sus productos.

El binomio maternidad y trabajo, desde el punto de vista de obligaciones laborales nos ha llevado a revisar la legislación que rige en Panamá.

A nivel del Estado Panameño, la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, en el Capítulo II contiene el aspecto de Riesgo de Maternidad (Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, 1954). Así tenemos que las prestaciones de maternidad están mencionadas así:

Artículo 43:

Las aseguradas tendrán derecho en el curso del embarazo, el parto y el puerperio, a la asistencia prenatal y obstétrica que requiera su estado, independientemente de las prestaciones asistenciales a que puedan tener derecho según el artículo 39 en caso de enfermedad:

Será requisito para el derecho a las prestaciones asistenciales de maternidad que la asegurada esté cotizando y tenga por lo menos cuatro cotizaciones mensuales en los últimos ocho meses anteriores a la solicitud.

El subsidio de Maternidad está considerado en el Artículo 44 que dice:

Artículo 44:

Las aseguradas que tengan un mínimo de nueve cuotas mensuales en los doce meses anteriores al séptimo mes de gravidez, percibirán un subsidio de reposo por maternidad que se pagará durante las seis semanas anteriores y las ocho siguientes al parto. El monto del subsidio semanal ascenderá al sueldo medio semanal sobre el cual hubiere cotizado en los últimos nueve meses de cotizaciones.

Estos artículos pueden considerar como obligaciones del estado que se constituyen en derechos para la mujer trabajadora en estado de gravidez. Esta normalización está garantizando controles de salud, asistencia del parto y la cobertura económica en su período de licencia. Como obligación de la mujer trabajadora, se le señala en el artículo 44-A el estricto cumplimiento del reposo en su período de licencia. El contenido del artículo es el siguiente:

Artículo 44-A:

Se suspenderá el subsidio de reposo por maternidad cuando la asegurada no acepte, infrinja o abandone el tratamiento médico prescrito o cuando en el período de descanso obligatorio efectúe trabajo alguno remunerado.

Observamos que la maternal tiene que acogerse a lo que dice la disposición para evitar el riesgo de perder el subsidio.

El artículo 44 extiende el beneficio o derecho de asistencia obstétrica a la cónyuge del asegurado.

Artículo 44-B:

"La cónyuge del asegurado tendrá derecho a asistencia obstétrica en las condiciones que fije el Reglamento de Prestaciones Médicas".

El Código de Trabajo es otra de las legislaciones existentes que tiene contemplado seis artículos del siguiente tenor (10):

Artículo 105:

"La protección de la trabajadora es un deber del Estado".

Artículo 106:

"La mujer que se encuentra en estado de gravidez sólo podrá ser despedida de su empleo por causa justificada y previa autorización judicial".

Artículo 107:

"Toda trabajadora en estado de gravidez gozará de descanso forzoso retribuido del mismo modo que su trabajo, durante las seis semanas que preceden al parto y las ocho que le siguen".

Artículo 114:

"Toda madre cuando esté lactando dispondrá en los lugares donde trabaja de un intervalo de quince minutos cada tres horas, o si lo prefiere, de media

hora dos veces al día durante sus labores con el objeto de alimentar a su hijo. El empleador le procurará algún medio de descanso dentro de las posibilidades de sus labores y mantendrá en un número suficiente de sillas o asientos a disposiciones de las trabajadoras. El tiempo empleado para tal fin, deberá computarse para el efecto de la remuneración de la trabajadora, como 'tiempo de trabajo efectivo, al igual que los intervalos antes mencionados.

Todo empleador que ocupe en el local o lugar de trabajo más de veinte mujeres quedará obligado a acondicionar un local para que las mujeres alimenten sin peligro a sus hijos. Este acondicionamiento se hará dentro de las posibilidades económicas del empleador, a juicio y con el visto bueno de la Dirección General o Regional de Trabajo".

Artículo 115:

"El Órgano Ejecutivo y la Caja de seguro Social, dentro del plazo de un año a partir de la vigencia de este Código, establecerá guarderías y Centros Infantiles ubicados en los sectores industriales o comerciales donde existe concentración de trabajadoras.

En tales Centros, la madre trabajadora podrá dejar a sus hijos hasta la edad escolar y allí recibirán atención médica, dietética y de recreación necesaria".

Artículo 116:

"La mujer en estado de gravidez no podrá trabajar jornadas extraordinarias. Si la trabajadora tuviera turnos rotativos en varios periodos, el empleador está obligado a hacer los arreglos necesarios para que la trabajadora no tenga que prestar servicios en la jornada nocturna y mixta.

El turno que se le señale para estos efectos será fijo y no estará sujeta a rotaciones. El empleador hará también los arreglos necesarios con el objeto de que la trabajadora en estado de gravidez no efectúe tareas inadecuadas y perjudiciales a su estado".

Al concluir este análisis de la legislación Panameña, podemos hacer las siguientes observaciones:

Las regulaciones del Código de Trabajo aplicables a la mujer en la empresa privada son más beneficiosas en la relación maternidad y trabajo. Sin embargo vale anotar que en la práctica no tiene una implementación adecuada, ya que existen muchos factores que limitan la aplicación de las normas jurídicas, entre los que podemos mencionar:

1. Divulgación incompleta por las autoridades del Ministerio de Trabajo y de los Patronos obligados a implementar los beneficios.
2. Convenios de trabajo, donde no se incluyen estos beneficios para las trabajadoras.

3. Desconocimiento de la mujer trabajadora de sus derechos, con la de que los Patronos no los cumplen, y la falta de promoción por los sindicatos o autoridades que deben respaldar a la mujer trabajadora.
4. Dificultad de otorgar estos derechos a trabajadoras temporales.

Con relación a las disposiciones de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, éstas establecen dar atención de salud y mantener la cobertura económica durante la licencia de gravidez.

La enorme cantidad de mujeres jóvenes que laboran en las empresas públicas sólo disponen del periodo de ocho semanas post-parto para organizarse con relación al regreso a sus actividades laborales, sin mayor amparo posterior ni condiciones para el periodo de lactancia.

Artículo 105:

Observamos que el Estado declara que es su deber protegerla.

Artículo 106:

La protege del despido injustificado y en caso de causa justificada tiene que ser autorizado el despido judicialmente.

Artículo 107:

Se le reconoce el descanso forzoso igual en derecho económico y tiempo de descanso que se da en la legislación del Seguro Social.

Artículo 114:

Disposición de un lugar para lactar y darle cada tres horas quince minutos o media hora dos veces al día:

- Dispondrá de sillas.
- El tiempo gastado en este menester debe considerarse como trabajo.

Artículo 115:

En este artículo los centros de trabajo tienen derechos y obligaciones de establecer guarderías y centros infantiles. Esto permitirá que la madre trabajadora tenga a sus hijos cerca de su lugar de trabajo.

Artículo 116:

- La mujer no podrá trabajar jornadas extraordinarias.
- Los turnos rotativos la deben excluir de jornadas nocturnas y mixtas.
- El turno debe ser permanente y no estará sujeto a rotaciones.
- El trabajo que se le asigne debe estar exento de factores perjudiciales a la salud.

C. ADAPTACIÓN DE LA MUJER GESTANTE AL TRABAJO

Nos corresponde evaluar las relaciones y las respuestas de la mujer embarazada en el marco laboral y familiar, y con su "YO" interno. Las respuestas de comportamiento van a depender de condiciones intrínsecas (personalidad de la mujer, su escala de valores y su situación familiar) y de las condiciones extrínsecas (condiciones laborales y medio ambiente) (Grimaldo, 1993).

La mujer debe ser consciente de los cambios que conlleva el embarazo:

1. **Físicos:** En el ámbito corporal que ameritan cuidados y responsabilidades, como ya se conoce.
2. **Emocionales:** En cuanto a una necesidad concreta de tener expectativas razonables, saber enfocar metas, delimitar ambiciones, dirigir bien su energía creadora. El bebé puede ser la fuerza propulsora y puede constituir un estímulo para el desarrollo e incremento de la carrera, se lucha y se trabaja más en función del bienestar económico del hijo. Las múltiples dudas e inseguridades que se le presentan, las deben ir resolviendo con un enfoque positivo y realista, con el apoyo de su médico, de su familia y sobre todo de una disposición anímica saludable (Grimaldo, 1993).

Las dificultades enfrentadas por la combinación de maternidad y trabajo deben ser revisadas, dando especial atención a la educación de la pareja y enfocando el problema más en la paternidad que en la maternidad misma. Se plantean con esto el involucramiento del Padre en el proceso de la maternidad, hacerlo responsable en el

proceso de crianza desde el inicio de la formación del bebé. En caso del 65% de las mujeres que son jefas de familia (que es un porcentaje alto en nuestro medio), deberá ser consciente de su capacidad y de la necesidad de reforzar su educación y su fortaleza para asumir ella sola dicha responsabilidad.

En esta situación referente al cuidado de los niños, hay diferentes estrategias de solución: las embarazadas de menos ingresos recurren a parientes, hermanas, madres, hijas mayores que trabajan en casa; las de mayores ingresos, contratarán a una empleada remunerada o usarán los servicios de las guarderías. Sin las apropiadas facilidades para el cuidado de los niños es muy difícil para la mujer continuar laborando en un empleo, si así lo desea una vez terminada su licencia. Está claro que hijos y trabajo no son incompatibles cuando hay niñeras (Centro de Estudios de la Mujer, 1988).

Otro punto que hay que aclarar es el referente al de la distribución del tiempo, en este sentido vale resaltar, que no es el número de horas lo que cuenta, sino la calidad de las mismas y el grado en que se compartan con los demás miembros de la familia, principalmente los hijos y el compañero. Con sentimientos mutuos, que refuercen la relación el tiempo toma su verdadero valor; y si hubiera necesidad de disminuir las horas de trabajo, éstas se multiplican al aprovecharlas mejor. Los roles de madre y trabajadora no son incompatibles, se cubren en su medida y en su debido momento.

La capacidad de adaptación en la mujer embarazada está también influida, por sus actividades económicas. Los puntos más importantes en este sentido serán: seguridad, trabajo y competencia. La inseguridad económica conlleva amenaza a la subsistencia y a la propia estima y en mayor grado si la mujer maneja sola el hogar; no hay camino más directo que un análisis profundo de la concepción del dinero y el trabajo que tenga una mujer para llegar a conocer su sistema básico de valores.

La maternidad puede ser el aliciente que necesita la mujer para su desarrollo total como persona y como profesional, su nivel de aspiraciones y satisfacción de logros se incentivan ante la nueva responsabilidad. En cuanto al aumento de las características de la demanda por trabajo en nuestro medio, la absorción de empleo femenino se ha visto favorecido dada la condición de que Panamá es una sociedad terciaria, especializada en servicios, cuya rentabilidad económica supera a la de la agricultura e industria, tales como servicios financieros, comercio, hotelería y restaurantes (Fundación para la Promoción de la Mujer, 1993).

En nuestro medio se debe dar más oportunidad a que la trabajadora grávida conozca y adquiera más conciencia de los derechos políticos, sociales y económicos que se le han reconocido, ya sea por publicaciones en revistas, periódicos, programas radiales y de televisión a fin de que se haga un mejor uso de ellos. Debe reforzarse la educación, el desarrollo de centros infantiles, la

adopción de otras legislaciones adecuadas y efectivas que la protejan realmente (Ross, 1992).

Las mujeres deben aceptar primero, que el único camino que tienen para encontrarse a sí mismas al igual que al hombre, es su propio trabajo creador, para garantizar su autorealización y la seguridad y bienestar económico de su familia (Fundación para la Promoción de la Mujer, 1993).

La tendencia actual con relación a la salud de la Madre está basada en los problemas de salud, con la debida adaptación a las prestaciones de asistencia en función a las modificaciones sociales y ambientales que permitan determinar la asistencia que se necesiten y las prioridades propias (Centros de Estudios de la Mujer, 1988).

La Organización Mundial de la Salud (1982), señala como función la de "Promover la salud y la asistencia materno infantil y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente".

Los objetivos de los servicios de higiene materno-infantil comprenden desde la solución de los problemas sanitarios que afectan en forma inmediata a la madre y al niño hasta aspectos relacionados con la salud del individuo durante toda la vida y con la salud de la colectividad (comunidad). Mediante sus actividades en favor del desarrollo infantil y de la educación sanitaria de padres e hijos, tratan esos servicios de alcanzar su

objetivo final, un buen estado de salud para todos los individuos durante toda la vida (Ross, 1993).

El efecto de los cuidados maternos minuciosos y bien orientados sobre la salud de toda la familia y la relación entre el estado sanitario de la familia y de la colectividad, son factores importantes para el desarrollo del individuo, el grupo social y la nación (O.P.S., 1982).

Los objetivos particulares abarcan las medidas encaminadas a reducir la mortalidad y la morbilidad materna, la perinatal y la infantil, y a fomentar la higiene de la reproducción, así como el desarrollo corporal y psico-social del niño y del adolescente en el seno de la familia (O.P.S., 1982).

Es reconocido que la salud maternal se halla ligada al estado general de la salud de la comunidad y está sometida a la influencia directa de la situación socioeconómica. En los últimos años, la mayoría de la gente piensa depender de un empleo permanente o de un trabajo por cuenta directa a fin de tener ingresos que correspondan con sus gastos de supervivencia. Para la mujer, esta situación se traduce en un acceso limitado a los alimentos, en posibilidades restringidas para mantener adecuadamente a sus hijos, y en consecuencia, en la necesidad inmediata de incorporarse al mercado de trabajo, donde la mujer es parte importante de la fuerza de trabajo y apoyo esencial de la familia. Sin embargo,

esto se traduce en exigencias especiales que repercuten en la salud de la madre y el niño (Ross, 1992).

En el Ministerio de Salud de Panamá, las medidas están encaminadas a mejorar la salud general, que será principalmente beneficiosa para las madres y los niños por las exigencias de la reproducción, el crecimiento y el desarrollo, puesto que son biológicamente más vulnerables a las influencias del medio y tienen mayor necesidad de cuidados especiales. Además de las disposiciones sanitarias de carácter general en los periodos de embarazo, el parto y la niñez, es necesario prestar cuidados de salud particulares (Ross, 1992).

D. LOS PROBLEMAS DE SALUD LABORAL EN LA POBLACIÓN FEMENINA TRABAJADORA

Los estudios realizados en los últimos años han avanzado en la denuncia de la subordinación femenina, pero los conocimientos generados son aún insuficientes y muchos de los problemas están ocultos (Ravelo, 1990). En parte esto se debe al desconocimiento de las características de la incorporación femenina al trabajo, la cual es diferente de la masculina porque está sometida a exigencias propias del proceso laboral, pero matizadas por la condición de género.

Así mismo, los servicios de salud, las empresas y aun los sindicatos han dado poca importancia a la patología propia de las trabajadoras, y son escasos los estudios que muestren su verdadera magnitud. El avance de las investigaciones se dificulta además porque la

información oportuna y fidedigna es prácticamente inexistente, pero sobre todo porque hay un problema central de orden teórico para explicar conjuntamente tres determinaciones de la salud-enfermedad de las trabajadoras: su situación de clase, sus procesos laborales y su naturaleza de mujer. Para entender esta determinación compleja se deben observar sus concreciones, tanto en el enfrentamiento trabajo-capital, como en las relaciones subordinadas de las mujeres en un "mundo masculino" (Laurel, 1993).

Igualmente, se requiere profundizar en las características particulares de la reproducción de cada grupo social en los procesos laborales concretos y en el acceso al consumo (Breilh, 1989 En: Laurel, 1993), en las actividades remuneradas que realizan básicamente las mujeres, así como en la vida doméstica.

En Panamá, algunos estudios realizados por mujeres profesionales y grupos pro feministas han abordado los problemas de la mezcla de la determinación compleja de clase y género, pero muy pocos intentan explicar desde esa perspectiva la salud de las trabajadoras. Vale la pena destacar algunos enfoques al respecto, aquéllos que utilizan información general, haciendo deducciones derivadas de datos de la morbimortalidad de la fuerza de trabajo femenina, aunque sea indirectamente (Centros de Estudios de la Mujer, 1988).

En segundo término, los que explican algunas determinaciones centrándose en los aspectos relacionados con la reproducción biológica, especialmente los daños directos al embarazo generados en los procesos de trabajo, partiendo del enfoque de la medicina del trabajo (La Dou, 1993).

Un tercer grupo ha proporcionado mayores elementos respecto a la doble determinación, partiendo del análisis de exigencias específicas y de los aspectos más generales y abstractos de la organización laboral (Aivear, 1988, en Laurel, 1993).

En vista de las interrogantes que quedan sin resolver en esos trabajos, se ha realizado un cuarto tipo de aproximación al estudio de la salud de las trabajadoras, analizando el trabajo doméstico como una de las determinaciones de su proceso de salud-enfermedad. Un quinto enfoque se basa en la participación de las mujeres en acciones puntuales de salud (Laurel, 1993).

Cada uno de estos enfoques ha encontrado diferentes limitaciones, entre las que se destacan la escasez de fuentes actualizadas de información, en el uso de las categorías y en las estrategias de investigación.

Los primeros estudios se caracterizan por partir de información secundaria y se enfrentan con la ausencia de un marco general que muestre la situación de salud - enfermedad de las mujeres. En Panamá las estadísticas oficiales no permiten derivar conclusiones para períodos

largos sobre morbilidad femenina, ya que muy pocos datos valiosos son estratificados por sexo. Además, los datos provenientes de fuentes secundarias tienen poca capacidad explicativa sobre la enfermedad y muerte de la población por sexos, porque son extemporáneos y su organización y agregación se modifican casi cada año mediante notas aclaratorias en los distintos indicadores estadísticos.

Cuando se aborda el análisis de la salud-enfermedad femenina desde el indicador de la mortalidad, se presenta una dificultad central: el agrupamiento de las principales causas de muerte en la población general se hace a partir de las muertes más frecuentes (León, 1993).

Como en todos los grupos de edad reproductiva, los hombres mueren más que las mujeres, las causas de mortalidad femenina no son lo bastante numerosas para quedar entre las veinte primeras, a excepción del cáncer de mamas y el cáncer cérvico - uterino que son propios de la mujer, pero que igualmente se corresponde en notoriedad a su equivalente en el hombre, que es el cáncer de próstata. Estos hallazgos se hacen más relevantes en los grupos de edad donde se concentra la población económicamente activa (León, 1993).

Otro indicador utilizado para mostrar condiciones de salud es la morbilidad; pero su capacidad explicativa es limitada, porque la cobertura de los servicios de salud no es total y se registra sólo la información por demanda, quedando fuera aquella que se refiere a la

población que no es atendida y la que recurre a los servicios privados.

Los estudios que abordan la salud laboral de las mujeres desde el análisis de procesos de producción y su influencia en la salud reproductiva parten de un esquema de daños directos, buscando agentes que se consideran riesgosos en el proceso laboral tales como sustancias tóxicas, condiciones ambientales, ergonómicas o mecánicas, para relacionarlos la mayor parte de las veces, con partos prematuros, bajo peso al nacer, abortos, problemas congénitos y desórdenes menstruales. Recurren a la medición ambiental, la observación de posiciones o el funcionamiento de las herramientas. Los resultados pueden ser de utilidad para la toma de decisiones acerca de la situación de las mujeres en ciertos procesos de trabajo, aunque no se plantean cambios radicales (Denmann, 1991 en Laurel, 1993)

E. EFECTOS DEL AMBIENTE LABORAL SOBRE LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA

A partir de estudios realizados en 1994 y de los informes recibidos, se han identificado las principales causas de morbilidad obstétrica de las pacientes embarazadas: sin embargo, hasta el momento no se tiene un diagnóstico preciso de los factores que determinan que las pacientes clasificadas como de riesgo moderado y alto sean influenciadas por el ambiente laboral.

Como el porcentaje de riesgo es muy alto, se necesitan de cuidados especializados para lograr disminuir la morbilidad materna y perinatal. Se considera de suma importancia conocer los principales factores que determinan riesgo reproductivo y obstétrico en las pacientes que laboran y correlacionarlos con la evolución del embarazo y parto. Conocer estos factores puede orientar las medidas preventivas y educativas a ser implementadas en el futuro. (La Dou, 1993).

Las pruebas científicas que incluyen exposiciones profesionales se han acumulado gradualmente, aunque la causa de la mayor parte de consecuencias adversas todavía se desconoce. Al mismo tiempo, al aumentar de modo notable la cantidad de mujeres en la fuerza laboral, también se ha elevado el número de las que están potencialmente expuestas a riesgo sobre la reproducción en su trabajo. Entre 1947 y 1984 casi se triplicó el número de mujeres dentro de la fuerza laboral, de 16.7 millones a 46.5 millones, y 75% de ellas se encontraban en edad reproductiva entre las edades de 16 a 44 años (La Dou, 1993).

La incorporación de mujeres dentro de la fuerza laboral ha incluido los embarazos y aquellas con familias jóvenes. En total menos de 10% de las empleadas en edad reproductiva dieron a luz el año 1947. Sin embargo, en 1980, más de 1.25 millones de nacidos vivos (más de 40%) fueron de mujeres que habían trabajado durante algún periodo en el año previo al parto.

Se estimó que más de 300,000 de estas mujeres habían estado en un tipo de empleo con exposición potencial a sustancias tóxicas al aparato reproductivo, como plomo y gases anestésicos. En general se ha estimado que casi 20 millones de empleos pueden inducir exposiciones en el lugar de trabajo y que se cree son de riesgo para la reproducción humana. (Rinlin, 1989)

En gran medida, las mujeres se concentran en empleos tradicionales femeninos con sueldo bajo, casi 80% de todos los empleados trabajan sólo en 20 ocupaciones, incluyendo cuidado de la salud, textiles, cosmetología, electrónica y otros empleos con exposiciones a agentes que se sospecha son tóxicos para la reproducción.

Al realizar un análisis bajo una perspectiva histórica, observamos los efectos adversos sobre la reproducción por algunas sustancias químicas que se han conocido desde hace siglos, por ejemplo, se reconoció que el plomo era un peligro en la Roma antigua (La Dou, 1993).

Desde hace más de 100 años, se encontró que las mujeres expuestas al plomo en la industria de cerámica europea estaban en alto riesgo de esterilidad, abortos, ovitos y muertes de lactantes durante el periodo neonatal. Al terminar el siglo, los estudios de mujeres expuestas en sus trabajos, obligaron a varios gobiernos europeos a prohibir que trabajaran con plomo. Durante el siglo XIX e inicios del XX, se sospechó de otras sustancias químicas. (La Dou, 1993).

Un gran número de mujeres entró a la fuerza del trabajo industrial durante la Segunda Guerra Mundial, por lo que el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, emitió una Directiva titulada "Normas para el Cuidado de la Maternidad y Empleos de Madres en la Industria", en la que se recomendó evitar exposiciones a sustancias tóxicas extra peligrosas durante el embarazo, no levantar objetos pesados, o efectuar trabajos pesados durante el embarazo, un mínimo de seis semanas de incapacidad antes y después del parto, y otras precauciones. Al retornar la mayoría de las mujeres al trabajo casero o no industrial, declinó el interés de los riesgos profesionales en la reproducción humana.

La preocupación respecto a riesgos en la reproducción despertó en la década de 1950, cuando hubo una epidemia de retraso mental, parálisis cerebral y retardo del desarrollo en niños japoneses, cuyas madres habían consumido pescado contaminado por Metilmercurio, desechado dentro de la Bahía de Minamata por una planta cercana productora de cloruro de polivinilo. (La Dou, 1993).

En 1968, el uso de aceite para cocinar contaminado por P.V.C. causó la Enfermedad de Yusho en otra comunidad japonesa. Los efectos sobre la reproducción incluían retardo en el crecimiento intrauterino, y una variedad de trastornos epidémicos tipificados por hiperpigmentación cutánea.

En otra situación trágica, mujeres que habían ingerido el fármaco Talidomida, durante su embarazo, a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960, dieron a luz recién nacidos con malformaciones importantes de las extremidades. Estos hechos proporcionaron pruebas precisas del potencial de daño resultante de exposición In Utero a fármacos y sustancias químicas industriales.

La necesidad de una valoración adicional de la relación entre el trabajo y el resultado adverso en la reproducción, se ha hecho aún más evidente con mayor atención de los riesgos profesionales desde la promulgación del acta de seguridad y salud profesional en 1970. Los riesgos sobre la reproducción en el lugar de trabajo, actualmente, son el centro de muchas controversias políticas, económicas y científicas.

F. IMPACTO DE LAS ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DEL EMBARAZO

Teóricamente las alteraciones fisiológicas relacionadas con el embarazo pueden modificar las respuestas maternas y fetales a los agentes tóxicos, unas alteraciones fisiológicas maternas durante el embarazo.

En ocasiones es necesario recomodar a la trabajadora en el mismo lugar de trabajo debido a las alteraciones normales que ocurren durante el embarazo. Por ejemplo, el aumento del volumen de ventilación pulmonar y frecuencia respiratoria en el embarazo puede llevar a dosis absorbidas de sustancias químicas en el

aire por unidad de tiempo y por ello se requiere reducir la exposición de modo similar.

Algunos trastornos fisiológicos relacionados con el embarazo tal vez se exacerben por el contacto con sustancias tóxicas. Por ejemplo, en un estudio reciente se observó un aumento cuatro veces mayor de preeclampsia en trabajadoras embarazadas expuestas a solventes orgánicos en su trabajo. Sin embargo, gran parte de estas implicaciones teóricas no han sido bien estudiadas en relación con exposiciones profesionales o ambientales, y requieren mayor investigación biológica y visitas a lugares de trabajo, las practican mejor los higienistas industriales y especialistas de medicina del trabajo, que están capacitados para obtener dicha información e interpretar los resultados, que deberán ponerse a disposición de las trabajadoras y sus médicos, previa solicitud. A menudo, la trabajadora puede proporcionar información valiosa sobre las sustancias químicas utilizadas, si uso ropa protectora, el grado del contacto cutáneo, el nivel de ventilación, y si presentan síntomas de sobre exposición, etcétera. (La Dou, 1993).

G. PERIODOS CRITICOS EN EL DESARROLLO REPRODUCTIVO

1. EL PRIMER TRIMESTRE

Normalmente, la fertilización ocurre dentro de las trompas uterinas. El cigoto temprano comienza una serie de divisiones celulares al ser transportados hacia las trompas e implantarse en el endometrio, proceso que dura alrededor de una semana. (De Dios, 1988)

Las sustancias químicas que interfieren en el transporte tubario o el desarrollo del endometrio pueden inhibir la implantación. Poco se conoce respecto al impacto de las agresiones tóxicas que ocurren durante las primeras tres semanas después de la fertilización. Se ha considerado teóricamente que las agresiones intensas durante ese período originan muerte del embrión o implantación fallida, por lo tanto, un aborto espontáneo temprano. Este hecho podría presentarse simplemente como un período prolongado o menstruación abundante. (Niswander, 1984).

Otra posibilidad es que el daño temprano en la vida embrionaria, durante las primeras segmentaciones celulares, puede no alterar la diferenciación, o ser remediable. Por otra parte, se sabe un poco más sobre el impacto de las sustancias químicas en el desarrollo embrionario temprano, ya que se ha demostrado que si ocurre interferencia en la diferenciación. (De Dios, 1988)

El resto del primer trimestre es el período más crítico del desarrollo fetal, y la fase de mayor sensibilidad a los agentes citotóxicos o teratógenos que interfieren en el desarrollo estructural o funcional normal del embrión o del feto. Durante este período, las células se diferencian para formar los principales sistemas de órganos. (Granberg, 1997)

Dependiendo de la duración de la agresión con respecto al estado del desarrollo fetal, pueden presentarse malformaciones (como manchas cutáneas o polidactilia), o deficiencias funcionales (como retraso mental). Para causar fetotoxicidad o teratogenia, una sustancia química debe ser transportada a través de la placenta, proceso facilitado por el bajo peso molecular, lipofilia, y un estado no ionizado. Los teratógenos humanos conocidos incluyen fármacos antineoplásicos, plomo y la radiación ionizante. (Niswader, 1984)

2. SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Durante el periodo fetal subsecuente, el crecimiento y la maduración orgánica continúan hasta el término. En este periodo hay una sensibilidad continua a lesiones tisulares, retardo del crecimiento y alteraciones funcionales. Las exposiciones que ocurren durante el segundo y tercer trimestre son menos probables que causen defectos congénitos, pero pueden provocar efectos tóxicos en el feto, como retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) o anomalías menores, como manchas cutáneas o fontanelas agrandadas, sin embargo, los sistemas y aparatos endocrino, inmunológico, urogenital y nervioso central, continúan desarrollándose durante el embarazo, y las exposiciones que ocurren durante el primer trimestre pueden afectar en forma adversa la formación y el funcionamiento adecuado de estos sistemas. (Niswader, 1984)

El mercurio orgánico y el plomo son tipos de agentes conocidos que causan efectos y anormalidades cromosómicas, al aumentar la edad materna. Las sustancias químicas mutagénicas se usan en gran cantidad en la industria, incluyendo varios solventes orgánicos, óxido de etileno y metales como arsénico y níquel. (La Dou, 1993)

Otra de las complicaciones son las hematológicas. Las células sanguíneas están en una situación constante de formación y destrucción; cuando este delicado equilibrio se rompe, por una disminución de la producción o un exceso de destrucción, por una alteración en la calidad de las células (tumores hematológicos o por una deficiencia congénita o adquirida de los factores de coagulación), se produce una enfermedad que está relacionada con el embarazo. (De Dios, 1988)

La anemia, también se constituye en una complicación fisiológica frecuente que se produce también durante el embarazo. La mayoría de las embarazadas disponen de un margen de seguridad frente a los efectos que de ella se derivan, ya que, en ellas, la capacidad transportadora de oxígeno de la sangre aumenta en un 18%, para contrarrestar un aumento en el consumo de oxígeno de sólo un 15%. Sin embargo, la anemia intensa tiene consecuencias graves para la embarazada y hay un número significativo de mujeres que sufren una anemia importante durante el embarazo. (Mahan, 1995)

Durante el embarazo normal, las concentraciones de eritrocitos y hemoglobina suelen disminuir, debido a que el aumento del volumen plasmático (45%) es relativamente mayor al del volumen eritrocítico (25%). Esta situación se ha denominado anemia fisiológica del embarazo. La concentración de hemoglobina comienza a disminuir después de la octava semana de gestación y se estabiliza entre las 16 y las 22 semanas. Durante el embarazo, se considera que la anemia es importante cuando la concentración de hemoglobina disminuye por debajo de 10 g/ 100ml. (Mahan, 1995)

La anemia puede aumentar el riesgo de muerte materna durante el embarazo, y una hemorragia importante en el curso del parto en una mujer anémica es doblemente peligrosa. En el caso del pronóstico fetal, se ha constatado que la anemia materna cursa con un mayor riesgo de parto prematuro, sufrimiento fetal y muerte perinatal. También se ha comprobado una cierta asociación entre la anemia materna y trastornos de la palabra, el aprendizaje y la conducta de los niños. (Mahan, 1995)

H. OPCIONES PATRON EMPLEADO PARA PROMOVER MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA REDUCIR AL MÍNIMO LOS RIESGOS A LA GESTANTE QUE TRABAJA

Debido a la incertidumbre científica y los datos incompletos concernientes a la toxicidad en la reproducción, la exposición a todas las sustancias tóxicas deberá reducirse al mínimo lo más que se pueda. En general, pareciera ser que la protección contra los

efectos sobre la salud también resguardaría contra efectos en la salud reproductiva. Sin embargo, acerca del embarazo, los empleados y patrones tal vez no acepten un riesgo insignificante, o inseguridad. Si la valoración de un sitio de trabajo específico descubre que hay un riesgo significativo demostrado o sospechoso, la trabajadora que está embarazada deberá transferirse a un empleo donde no haya exposición, con derecho de sueldo y beneficios completos (Mas, 1998).

Así el personal de salud deberá asesorar a los trabajadores para facilitarles un arreglo conveniente para el patron y ellos. Debe hacerse todo esfuerzo para asesorar a las mujeres sobre el nivel del riesgo, así como sus derechos legales y debilidad de la ley. Cuando la valoración del sitio de trabajo descubre la mínima exposición ante los agentes tóxicos para la reproducción conocidos o sospechosos, puede ser adecuado el cambio de empleo o de su modificación. En los casos, en que esta valoración no muestre riesgos significativos por exposición, se debe dar seguridad a los trabajadores (Mas, 1998).

Muchos patrones siguen políticas respecto a transferencias, y otros cumplirán la recomendación del médico. No es necesario decir que también hay situaciones en las que un patrón no desea, o no tiene capacidad financiera para hacer dichos cambios temporales. Es importante recordar que el médico prenatal puede contribuir en gran parte a resultados adversos en la reproducción. Estos factores deben considerarse antes de

dar recomendaciones que conduzcan a retirarse del trabajo y con esto perder los beneficios. Si una mujer decide dejar su empleo, el médico debe señalarle su capacidad de compensación fuera de él, y por lo tanto conservar los beneficios (Mas, 1998).

Según Mas (1998), dada la inseguridad científica y los resultados incompletos de toxicidad en la reproducción, toda exposición a sustancias químicas y peligros físicos debe reducirse al mínimo lo más que se pueda. De allí que algunas medidas de protección básicas recomendables son:

1. Sustituir las sustancias químicas por otras más seguras donde sea posible.
2. Aplicar controles de ingeniería, como procesos de trabajo en lugares cerrados e instalación de sistemas de ventilación eficaces, para reducir las concentraciones de sustancias químicas ambientales.
3. Usar equipo de protección personal, como respiradores adecuados, guantes, mascarillas, lentes y delantales con el fin de reducir la exposición individual de la trabajadora. Sin embargo, este equipo debe utilizarse como último recurso, ya que a menudo es caliente, estorboso e incómodo para las trabajadoras, especialmente para las que están embarazadas.
4. En caso de alta fatiga o estrés se recomienda flexibilidad de horario y frecuentes períodos de descanso.
5. Si hay aumento de las náuseas, se debe mejorar la ventilación y aumentar la protección de respiración.

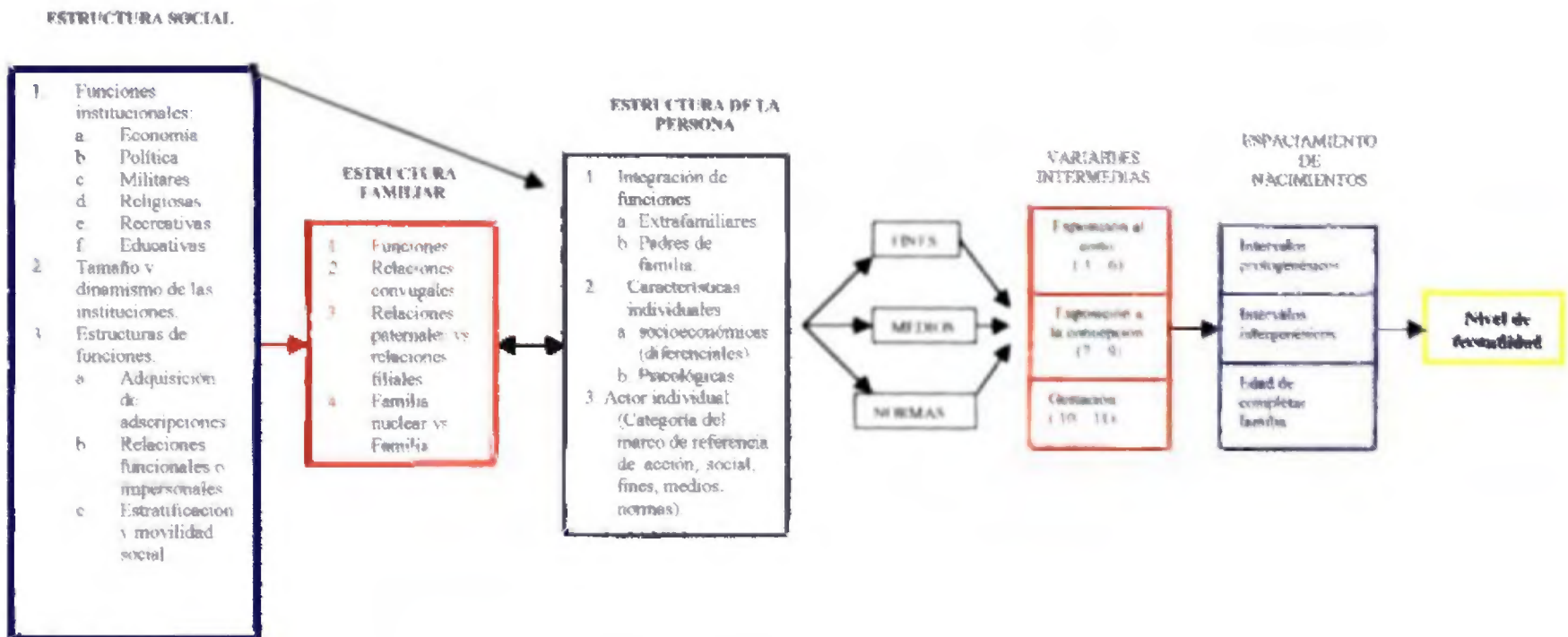
6. En caso de dolor de espalda por levantamiento de objetos pesados, se debe aumentar la movilidad para cambios posturales, bajar el levantamiento de una carga máxima de 20 a 25% en el último trimestre de embarazo y que las sillas y lugares de trabajo sean bien diseñados y adecuados (Mas, 1998).

I. LOS DETERMINANTES DE LA PÉRDIDA REPRODUCTIVA (FACTORES ENDÓGENOS Y EXÓGENOS)

La disfunción de la reproducción humana es un problema contemporáneo serio. Una de cada seis parejas es infertil y casi el 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo detectado. Sin embargo, los estudios han demostrado que la pérdida total de embarazos durante los períodos de pre-implantación y de post-implantación temprana varían en el 75% de las concepciones en los Estados Unidos, 7% de los recién nacidos vivos son de bajo peso al nacer, y 7% tienen defectos congénitos. La mayor parte de estos resultados siguen sin explicación. (Rinlin, 1989)

Aborto es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales. Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 gramos o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea (Rinlin, 1988).

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LOS FACTORES VOLUNTARIOS DETERMINANTES DE LA DISMINUCIÓN TRANSICIONAL DE LA FECUNDIDAD



Fuente: Roberto O. Carleton. Aspectos metodológicos y sociológicos de la fecundidad humana. CELADA, Santiago de Chile, 1970, pag. 147

El proceso reproductivo humano aparece a simple vista como altamente ineficiente. En parejas sanas que buscan embarazarse, la tasa de concepción por ciclo es de 25% en los tres primeros ciclos, disminuyendo significativamente en los ciclos siguientes. Luego de la concepción, existen pérdidas en el período pre-implantacional, post-implantacional (embarazo bioquímico), y en los períodos embriogénico y fetal (aborto clínicamente reconocido), lo que en conjunto representa, para algunos, una tasa de aborto de hasta un 48%. Dado que cerca del 70% de los abortos espontáneos obedecen a aberraciones genéticas, se puede entender este delicado proceso reproductivo como un mecanismo de selección natural (Rinlín, 1988).

En la actualidad, no contamos, sin embargo, con una metodología satisfactoria, ni con resultados concordantes al interior de una misma metodología, que permitan tener una estimación cuantitativa confiable acerca de la ocurrencia porcentual de abortos precoces o subclínicos, en una población representativa de la mujer normal (Rinlín, 1988).

Desde 1990, la ley chilena no permite el aborto bajo ninguna circunstancia. Sin embargo, la práctica del aborto criminal es una realidad en este país y sus consecuencias tienen implicaciones de salud pública. En 1994 fallecieron 24 mujeres por complicaciones del aborto (1/3 del total), ocupando la primera causa de muerte materna en Chile (Oyarzún, 1994).

El manejo adecuado del aborto depende de una correcta clasificación clínica. De acuerdo a los síntomas y signos presentes, el aborto se cataloga como: amenaza, inevitable, incompleto, completo, retenido, séptico y recurrente (Rinlin, 1989).

1. Amenaza de aborto

1.a. Definición: Presencia de metrorragia de cuantía variable, que puede estar o no acompañada de dolor cólico hipogástrico en una gestación potencialmente viable (Arias, 1993).

1.b. Incidencia: de cada 5 mujeres embarazadas, 1 a 2 presentará sangrado genital en la primera mitad del embarazo. De éstas, la mitad tendrá una Pérdida Reproductiva. Al momento de la presentación es posible verificar si se trata de una gestación potencialmente viable (amenaza de aborto), ó de una gestación no viable (huevo anembrionado o muerte embriofetal), en que el aborto (expulsión de feto y/o placenta) aún no se ha consumado, lo que plantea estrategias de manejo obviamente diferentes (Arias, 1993).

1.c. Diagnóstico: Sangrado genital de cuantía variable, con o sin dolor cólico hipogástrico (semejante a dolor de menstruación). No hay historia de eliminación de tejido ovular o fetal ni de pérdida de líquido amniótico. Síntomas presuntivos de embarazo (gestosis) pueden o no estar presentes. Al examen físico, la paciente se encuentra en buenas

condiciones generales, afebril, y con un examen abdominal sin hallazgos significativos. En la especuloscopia se observa sangre que escurre a través del cérvix uterino. Al examen pélvico manual, se constata un cuello uterino con el os interno cerrado y un útero globoso, aumentado de tamaño consistente con la amenorrea, y sensibilidad uterina escasa o ausente (Arias, 1993).

1.d. Diagnóstico diferencial:

1.d.1. Condiciones benignas o malignas del tracto

genital inferior: Un examen físico acucioso (no obviar especuloscopia) permite diagnosticar causas ginecológicas generales que se pueden presentar en el curso de un embarazo. Se trata según la etiología encontrada (Lezcano y otros, 1993).

1.d.2. Metrorragia disfuncional:

Con el antecedente de un período de amenorrea previo, puede confundirse con amenaza de aborto. La hemorragia puede ser abundante, pero usualmente es indolora. En estas pacientes anovulatorias encontraremos antecedentes de episodios previos similares y, al examen físico, estigmas de anovulación (dependiendo del tiempo y severidad del caso). No hay síntomas ni signos de embarazo. Un test de embarazo negativo descarta la posibilidad de una complicación de la gestación (Lezcano y otros, 1993).

1.d.3. Embarazo ectópico: Debe ser considerado en toda paciente en edad fértil que se presente con metrorragia y dolor. El cuadro clásico es poco frecuente, por lo que es necesario un alto índice de sospecha. El diagnóstico se basa en la clínica, la ultrasonografía ginecológica y la medición de sub - unidad beta-HGC (Leach y Ory, 1989).

1.d.4. Mola hidratiforme: Presentan metrorragia en la primera mitad del embarazo en más de un 95% de los casos. Ocasionalmente la eliminación de tejido molar característico (vesículas) sugiere el diagnóstico. Al examen pélvico, puede detectarse un útero aumentado de tamaño, mayor al esperado para esa edad gestacional (50% de los casos), y la presencia de quistes tecaluteínicos en las regiones anaxiales (30% de los casos). La Hiperemesis y la pre-eclampsia antes de las 20 semanas e hipertiroidismo pueden estar presentes (Gibbs, 1990).

El diagnóstico clínico presuntivo no es confirmado en más de un 50% de las ocasiones. La ultrasonografía ante la sospecha clínica (y en toda paciente con metrorragia de primera mitad) orienta fuertemente al diagnóstico. Del total de pacientes con mola hidratiforme, un 10% de los diagnósticos se realiza

exclusivamente por anatomía patológica (enviar siempre todo tejido a estudio) (Gibbs, 1990).

1.e. Exámenes de laboratorio:

1.e.1. Sub unidad Beta-HCG: Sólo en casos en que no exista documentación de embarazo o en caso de sospecha de embarazo ectópico. Los niveles plasmáticos pueden permanecer detectables por varias semanas en gestaciones no viables (Arias, 1993).

1.e.2. Ultrasonografía: Permite diferenciar una gestación no viable (huevo anembrionado - muerte embriofetal precoz) de una gestación potencialmente viable que se presenta con metrorragia. La diferenciación entre huevo anembrionado y muerte embrio-fetal tiene relevancia clínica (Gibbs, 1990).

La ausencia de desarrollo de estructuras fetales define un subgrupo de abortos de origen genético que no requiere de un estudio complejo. En contraste, aquellos abortos con desarrollo fetal plantean un trastorno reproductivo secundario a múltiples etiologías. Es necesario identificar la causa (lo que alcanza el grado más evidente en el aborto recurrente) (Nyberg, 1992).

La confirmación de una gestación con embrión vivo establece un buen pronóstico. En pacientes con metrorragia de primer trimestre y actividad cardíaca demostrada por ultrasonografía, la posibilidad subsecuente de abortar es de un 5.4 a 13% (Nyberg, 1992).

1.f. Tratamiento:

1.f.1. Medidas generales: Reposo en cama y abstinencia sexual están indicados hasta el cese del sangrado (idealmente con viabilidad fetal documentada por ultrasonografía) (Arias, 1993).

1.f.2. Medicamentos: El apoyo con progesterona está indicado sólo en casos de defecto de fase lútea establecida, en pacientes con aborto recurrente de etiología no precisada y en pacientes que han recibido inductores de ovulación. Se utiliza Progesterona 50 mg. intra-muscular cada 48 horas o caproato de 17 Hidróxido de progesterona (Primolut Depot), 250 mg cada 7 días hasta las 12 semanas de gestación (Nyberg, 1992).

El uso de supositorios antiespasmódicos debe ser limitado. Su utilidad no ha sido demostrada y existen dudas sobre su potencial teratogénico cuando se administran durante el período de organogénesis (días 18-55 después de la concepción) (Arias, 1993).

En pacientes Rh negativas no sensibilizados, con amenaza de aborto, está indicada la profilaxis con inmunoglobulina anti Rh (150 ug intra muscular) de las 7 a 12 semanas y 300 ug en gestaciones de más de 12 semanas (Nyberg, 1992).

1.g. Embarazo y dispositivo intra uterino (DIU): El DIU debe ser retirado apenas confirmado el embarazo si las guías son visibles y si resulta fácil su extracción. De no ser visible se recomienda realizar un examen ultrasonográfico y estimar la posibilidad de retirarlo bajo visión directa. Con esta práctica se reducen significativamente los riesgos reproductivos asociados al embarazo con DIU (Nyberg, 1992).

1.h. Pronóstico: Con el antecedente de una Pérdida Reproductiva, el riesgo de abortar un embarazo siguiente es de 19%, 35% con dos y 47% con tres abortos sucesivos. Existe una probabilidad de 85% de que el aborto siguiente sea de la misma etiología en el subgrupo de abortos con muerte embriofetal precoz (Riñán, 1989).

Las pacientes con metrorragia del primer trimestre presentan un riesgo dos veces mayor de tener un recién nacido prematuro y 1.6 veces mayor de tener un recién nacido de bajo peso al nacer. La incidencia de malformaciones congénitas no varía (Nyberg, 1992).

2. ABORTO INEVITABLE

2.a.Diagnóstico: se establece en pacientes con amenaza de aborto que presentan, al examen, un os interno dilatado (Lezcano y otros, 1993).

Tradicionalmente la detección de membranas rotas (RPM) antes de las 22 semanas con feto vivo se rotulaba de aborto inevitable, procediéndose a la evacuación uterina. Sin embargo, no hay evidencias de que la interrupción prematura de estos embarazos se traduzca en una disminución de la morbimortalidad materna, y por el contrario, existen reportes ocasionales de sobre vida perinatal. En la actualidad estos casos son manejados de modo expectante, procediéndose al vaciamiento uterino sólo frente a corioamnionitis clínica, metrorragia importante o detección de un óbito fetal (Nyberg, 1992).

2.b.Diagnóstico diferencial

2.b.1.Incompetencia cervical: En esta condición existe una dilatación pasiva del cérvix (ausencia de contracciones al menos en las fases iniciales). Se debe ser cauto y evitar una manipulación excesiva del cuello ya que se trata de una entidad potencialmente tratable (Lezcano y otros, 1993).

2.b.2.Expulsión de un gemelo: Rara vez puede ocurrir que luego de la expulsión de un saco gestacional o de un feto se detecte un útero

de tamaño apropiado para la edad gestacional. Antes de proceder al curetaje uterino, debe descartarse la presencia de un gemelo sobreviviente, el que puede en ocasiones alcanzar la viabilidad(Rinlin, 1989).

2.c.Tratamiento: Hospitalización, vía venosa permeable, el uso de analgésicos y sedantes según necesidad. Puede utilizarse anestesia regional en gestaciones de más de 14 semanas. De no existir hemorragia significativa es conveniente esperar a la expulsión del feto (en ocasiones la placenta queda retenida), lo que usualmente ocurre en horas(Rinlin, 1989).

Luego se procede al curetaje uterino ya que la posibilidad de retención de tejido ovular es alta en gestaciones de más de 8 semanas. En pacientes Rh negativas no sensibilizadas, está indicada la profilaxis con inmuno globulina anti Rh (50 ug intra muscular de las 7 a 12 semanas y 300 ug en gestaciones de más de 12 semanas). En pacientes con DIU, en ausencia de manifestaciones clínicas de infección, está indicada la profilaxis con antibióticos (penicilina G sódica 4.000.000 intra venosa cada 6h + quomicetina 1 gramo intra venosa cada 8 h por 3 dosis) (Arias, 1993).

3. ABORTO INCOMPLETO

3.a.Diagnóstico: Presencia de metrorragia acompañada de dolor cólico hipogástrico seguido de eliminación de tejido ovular o fetal. Al examen ginecológico se detecta un cuello dilatado (os interno) y un útero algo aumentado de tamaño (menor al esperado para la edad gestacional), aplanado en sentido anteroposterior. Puede encontrarse material ovular en el canal o vagina. (Nota: Los coágulos organizados pueden confundirse con tejido trofoblástico. Para diferenciar esta condición es de utilidad suspender el material en suero fisiológico donde se aprecian proyecciones digitiformes: los restos ovulares - deben enviarse a biopsia) (Lezcano y otros, 1993).

3.b.Manejo: hospitalización, vía venosa permeable, solicitar hematocrito, grupo sanguíneo y Rh, y pruebas cruzadas (si el sangrado es importante o hay compromiso hemodinámico), se requiere estabilización hemodinámica. Se procede a curetaje inmediato si el sangrado es profuso(Arias, 1993).

Si no hay compromiso hemodinámico y el sangrado es escaso el curetaje se realiza en ayunas cumplida (mínimo 6 horas). Se envía todo el material extraído a estudio anatomopatológico. En caso de pacientes Rh negativas o presencia de DIU véase Aborto Inevitable(Lezcano y otros, 1993).

Al momento del alta se debe consignar la edad gestacional (por amenorrea y según biometría), el tipo de aborto (huevo anembrionado/muerte fetal precoz) y posible etiología. Citar a control en 10 a 15 días para verificar anatomía patológica y evaluar la necesidad de realizar un estudio etiológico y consejo reproductivo a la pareja (Arias, 1993).

4. ABORTO RETENIDO

4.a. Diagnóstico: Clásicamente se define como la retención de los productos de la concepción por un plazo superior a 8 semanas. Sin embargo, con el uso rutinario de la ultrasonografía de primer trimestre, la mayoría de los casos en la actualidad constituyen un hallazgo ultrasonográfico. El diagnóstico se sospecha ante la regresión de signos y síntomas de embarazo (silencio hormonal), la falta de progresión de la altura uterina, y desaparición de latidos cardiofetales. La ultrasonografía confirma el diagnóstico (Lezcano y otros, 1993).

4.b. Manejo: En abortos de menos de 12 semanas existen dos opciones: El manejo expectante versus vaciamiento uterino, una vez confirmado el diagnóstico. El manejo expectante consiste en la espera del inicio espontáneo del proceso de aborto (expulsión del contenido uterino). Esto ocurre en un número importante de casos, obviando la necesidad de hospitalización y curetaje (abortos completos, menores de 9 semanas), o facilitando el procedimiento de dilatación y curetaje. Pueden

esperarse 1 a 3 semanas desde el momento del diagnóstico. Si no hay trabajo de aborto, se cita a la paciente para vaciamiento electivo (Lezcano y otros, 1993).

No es infrecuente, sin embargo, que por deseos de la paciente o por interés de obtener una muestra de tejido adecuada para examen (histopatocitogenético), se decida realizar vaciamiento uterino de entrada. En abortos retenidos de más de 12 semanas debe procederse a vaciamiento uterino ya que no hay experiencia suficiente que avale una conducta expectante. El método de evacuación uterina se adecúa a la edad gestacional, tamaño uterino, y condiciones obstétricas (Alleyne, 1998).

4.c. Laboratorio: Se solicita el hematocrito, recuento leucocitario, grupo y Rh (y pruebas cruzadas si se anticipa la posibilidad de transfusión). Frente a un aborto retenido de más de 14 semanas, y más de 3 ó 4 semanas de data de muerte fetal, existe la posibilidad de coagulación intravascular diseminada (CIVD). En estos casos se solicita el recuento plaquetario y productos de degradación del fibrinógeno (PDF). Si hay sospecha clínica de coagulopatía, o los exámenes previos resultan alterados, indicar perfil completo de coagulación (Alleyne, 1998).

5. ABORTO SEPTICO

El aborto séptico y sus complicaciones son causa de significativa morbilidad y constituye la primera causa de muerte materna en América Latina. La mayoría de los casos son secundarios a aborto provocado realizado en forma clandestina (Alleyne, 1998). Otras formas menos comunes de presentación son: RPM de larga data sin manejo médico adecuado, y embarazo con DIU in situ.

5.a. Diagnóstico: Se basa en fiebre mayor a 38° C en presencia de aborto en cualquiera de sus fases evolutivas (en ausencia de otro foco clínico de infección) (Arias, 1993).

En el examen físico, dependiendo del momento de la evolución y de la gravedad del cuadro, puede detectarse flujo vaginal de mal olor, dolor pelviano y abdominal con o sin irritación peritoneal, movilización dolorosa del cérvix, sensibilidad uterina y anexial. Ictericia, hiperestesia cutánea y mialgias orientan a infección por *Clostridium Perfringens*. Trauma de cérvix o fondo de saco orientan a maniobras abortivas (Lezcano y otros, 1993).

5.b. Manejo clínico: La evaluación de estas pacientes debe ser rápida, pero minuciosa y dinámica, con el objeto de una correcta valoración de la condición de la paciente y de su evolución en el tiempo. De

acuerdo a su gravedad se dividen en bajo y alto riesgo (Alleyne, 1998).

Pacientes de bajo riesgo: fiebre menor a 39° C, tamaño uterino inferior a 12 semanas, infección localizada al útero y sin mayor compromiso del estado general. Se solicita el hematocrito y recuento de blancos. Régimen líquido inicialmente, luego liviano. Se inicia el tratamiento antibiótico con Penicilina G Sódica 4.000.000 intra venosa cada 6 horas + Quemicetina 1 gramo intra venosa cada 8 horas (Arias, 1993).

Se efectúa legrado uterino luego de 12-24 horas afebril o 48-72 horas de tratamiento si hay persistencia del cuadro febril. Cambiar a esquema de antibióticoterapia oral (ampicilina/cloranfenicol) 24-48 horas post-legrado, hasta completar un total de 7 días de tratamiento. En pacientes alérgicas a penicilina: ciprofloxacina 500 mg c/ 12 horas, por 7 días (Gibbs, 1990).

Pacientes de alto riesgo: se consideran de alto riesgo a enfermas con fiebre mayor a 39° C, antecedentes de maniobras abortivas, infección que se extiende más allá del útero, tamaño uterino superior a 12 semanas, infección por *Clostridium Perfringens*, descarga purulenta por orificio cervical externo, signos de shock (hipotensión, oliguria, disociación pulso/temperatura) (Arias, 1993).

5.c.Laboratorio: Los exámenes a solicitar dependerán de la gravedad de la paciente y de su evolución. Hematocrito, recuento de blancos, hemograma, VHS, grupo y Rh, pruebas cruzadas, orina completa, frotis de sangre periférica (signos de hemólisis), uremia, creatininemia, bilirrubinemia, electrolitos plasmáticos, ph y gases arteriales, perfil de coagulación, ácido Láctico, electrocardiograma, tinción de Gram (bacilos Gram positivo esporulados y gruesos sugieren *Clostridium Perfringens*), cultivos (hemocultivos y cérvix), Radiografía de tórax (síndrome de dificultad respiratoria, embolia séptica, aire sub-diafragmático): Rayos X de abdomen simple (gas intramiométrial, cuerpo extraño) (Lezcano y otros, 1993).

5.d.Tratamiento:

5.d.1.Medidas de sostén: Vigilancia estricta de signos vitales (control horario en hoja de shock, monitorizar diuresis: sonda Foley). Para corregir trastornos hemodinámicos (mantener diuresis sobre 30 mililitros/hora), balance hidroelectrolítico, anemia (mantener hematocrito sobre 30%), función renal, función respiratoria y apoyo nutricional (Alleyne, 1998).

5.d.2.Tratamiento antibiótico: Vía parenteral, en altas dosis y de amplio espectro: Penicilina G sódica 4.000.000 intra venosa c/6 horas + Quemicetana 1 gramo endovenoso c/8 horas +

Gentamicina 3 mg/kg/dosis intra venoso c/8 horas, durante 7 a 10 días. En pacientes alérgicas a la penicilina: Clindamicina 600 mg intra venoso c/ 8 horas + Gentamicina 3 mg/kg/ dosis intra venosa c/8 horas (Lezcano y otros, 1993).

5.d.3.Tratamiento Quirúrgico: Consiste en la erradicación del foco séptico. Se procede al legrado uterino de urgencia frente a hemorragia severa o pobre respuesta al tratamiento médico intensivo (es posible una extracción suave con pinza Forester del contenido necrótico-séptico intrauterino en un cérvix permeable y diferir el legrado con anestesia general para una vez alcanzada la estabilización de la paciente) (Lezcano y otros, 1993).

En pacientes estables se realiza legrado uterino luego de 12-24 horas febril o 48-72 horas de tratamiento antibiótico. Se plantea laparotomía exploradora e histerectomía frente a: perforación uterina, shock séptico que no responde a tratamiento médico y legrado uterino, peritonitis generalizada, absceso pelviano o anexial, gangrena uterina (miometritis necrotizante por Clostridium) (Alleyne, 1998).

J. LAS FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE LAS ENFERMERAS INTRAHOSPITALARIA EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

En este punto se desarrolla la competencia profesional de la enfermera intrahospitalaria, o mejor conocido como el segundo nivel de atención y el de la enfermera del área hospitalaria especializada, o sea el tercer nivel de atención (MINSAL, 1991).

En los hospitales hay actividades de enfermería propias del servicio que se ofrece y que no tienen relación directa con la condición de los pacientes (MINSAL, 1991).

Según el Departamento de Enfermería del Ministerio de salud de Panamá (1991), hay otras actividades que nos exigen la clasificación de ellos según su condición para quién debe realizarlas si se cuenta con otro personal capacitado. En Panamá los pacientes se han clasificado en:

Grado I:

Niños y adultos con alteraciones altamente inhabilitantes de uno o más sistemas mayores (circulatorio, nervioso, locomotor, digestivo) o en estado mental perturbado; estos pacientes requieren la aplicación de tratamientos especializados y complejos. Estos pacientes deben ser atendidos sólo por la enfermera.

Grado II:

Niños o adultos con alteraciones medianamente inhabilitantes que por razón de edad o estado mental requieren atención de enfermería continua y la aplicación de tratamientos especializados; en estos pacientes la Enfermera delega parte de la atención, bajo supervisión. En la atención de enfermería puede colaborar personal del nivel auxiliar.

Grado III:

Niños o adultos con alteraciones mínimas inhabilitantes, generalmente son autosuficientes con relación a su cuidado personal. La Enfermera realiza las intervenciones de riesgo y el nivel auxiliar colabora en la atención general de enfermería.

En principio la enfermera siempre será responsable del servicio de enfermería que se ofrece en el área hospitalaria. Mantiene responsabilidad por todas las actividades y tareas que realizan los colaboradores del nivel auxiliar, aunque algunas por su menor complejidad y riesgo se asignan habitualmente al personal auxiliar.

Atención del paciente Hospitalizado:

1. Admitir al paciente en la unidad.
2. Planificar la atención.
3. Dar baño al paciente.
4. Orientar al paciente y familia sobre higiene personal.

5. Vigilar que el paciente reciba y se alimente según dieta indicada.
6. Alimentar e hidratar a pacientes incapacitados (Grado I y II) ya sea por vía endovenosa y/o nasogástrica.
7. Controlar signos vitales y anotar en el expediente.
8. Administrar los medicamentos según riesgo del fármaco.
9. Dar medicamentos vía oral, parenteral, intramuscular, subcutánea, endovenosa, nasofaríngea, oftálmica, rectal, vaginal y otros.

Técnicas especiales

10. Hacer curaciones.
11. Cortar puntos.
12. Aplicar sonda nasogástrica.
13. Realizar cateterismo.
14. Realizar irrigaciones vesicales.
15. Aplicar Oxígeno.
16. Preparar al paciente y asistir al médico en exámenes especiales.
17. Aplicar transfusiones.

Cuidado pre y post operatorio

18. Realizar preparación pre-operatoria.
19. Realizar control post-operatorio inmediato.
20. Realizar atención en el post-operatorio mediato.

Atención del Parto y Puerperio

21. Atender partos.
22. Colaborar en la atención del parto.
23. Valorar al recién nacido.

24. Dar atención inmediata al recién nacido.
25. Participar en la atención del recién nacido.
26. Dar atención de enfermería inmediata a la parturienta.
27. Dar atención de enfermería al recién nacido en la unidad:
 - Higiene - alimentación - hidratación.
 - Control de signos vitales - cuidado del cordón umbilical.
28. Dar atención a la puérpera (higiene personal, alimentación).
29. Orientar sobre cuidados durante el puerperio y del recién Nacido (estimulación temprana, lactancia materna).
30. Observar la condición del paciente y anotar en el expediente la misma y su intervención de enfermería.

Control y eliminación

31. Vigilar eliminación y anotar en el expediente.
32. Realizar balance hidrico.
33. Orientar al paciente y familia sobre cuidados del convalesciente y paciente crónico en el hogar.
34. Realizar egreso del paciente.

Otros

35. Realizar cuidados del cadáver.
36. Recibir y entregar el turno.

K. FACTORES PSICO-SOCIALES

1. **Definición:** Los factores psico-sociales en el trabajo se refieren a interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, la satisfacción en el trabajo, las condiciones de organización y capacidades del trabajador, necesidades, cultura, consideraciones personales fuera del trabajo que a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, y el rendimiento y la satisfacción en el trabajo(O.I.T. y O.M.S., 1984).

2. **Concepto de los factores psico-sociales en el trabajo:** Los factores psico-sociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador, suscitando muchas consideraciones (O.I.T. y O.M.S., 1984).

Algunas de estas consideraciones se refieren al trabajador individual, mientras que otras están ligadas a las condiciones y al medio ambiente de trabajo. Otras más se refieren a influencias económicas y sociales, más o menos fuera del lugar de trabajo, pero que repercuten en él(O.I.T. y O.M.S., 1984).

En estudios de investigación y análisis del tema relativo a los factores psico-sociales, se ha tratado desde hace algunos años de caracterizar esos diferentes componentes en términos más explícitos, así como de explicar la naturaleza de sus

interacciones y efectos, dando especial importancia a la salud, entre otras disciplinas(O.I.T. y O.M.S., 1984).

Respecto a los factores individuales o personales del trabajador, las capacidades y limitaciones de éste en relación con las exigencias de su trabajo parecen ser primordiales, así como la satisfacción de sus necesidades y expectativas, las condiciones físicas en el lugar de trabajo, las relaciones de los trabajadores con sus supervisores y las prácticas de administración(O.I.T. y O.M.S., 1984).

Los factores externos al lugar de trabajo, pero que guardan relación con las preocupaciones psico-sociales en el trabajo, se derivan de las preocupaciones familiares de la vida privada, de los elementos culturales, la nutrición, las facilidades de transporte y la vivienda(O.I.T. y O.M.S., 1984).

Los factores psico-sociales en el trabajo, vistos de esta manera, requieren una definición suficientemente amplia, que tenga en cuenta esas variables influencias, así como sus consecuentes impactos. Respecto a esto último se han llevado a cabo estudios sobre los aspectos psico-sociales y las condiciones de trabajo, esencialmente en el contexto de las evaluaciones del estrés con efectos adversos como perturbaciones emocionales, problemas

del comportamiento y del estado físico general(O.I.T. y O.M.S., 1984).

En consecuencia, los factores psico-sociales en el trabajo fueron considerados en gran medida desde un punto de vista negativo. Cabe declarar que los factores psico-sociales en el trabajo también deben ser considerados como algo que influye de manera favorable o positiva sobre la salud y otras disciplinas(O.I.T. y O.M.S., 1984).

3. **Factores Psico-sociales en el trabajo:** Las interacciones entre los individuos y sus condiciones de trabajo se determinan, por una parte, por las condiciones de trabajo y, por otra parte, por las capacidades y necesidades humanas. Los factores primordiales de esta interacción son la propia tarea, el medio ambiente físico y de trabajo, las prácticas administrativas y las condiciones de empleo en general. Los valores humanos y sus limitaciones, que determinan el éxito de la interacción, están fundados en las características generales y psicológicas y biológicas del individuo, así como en las características individuales y el contexto social (Díaz Mérida, 1982).

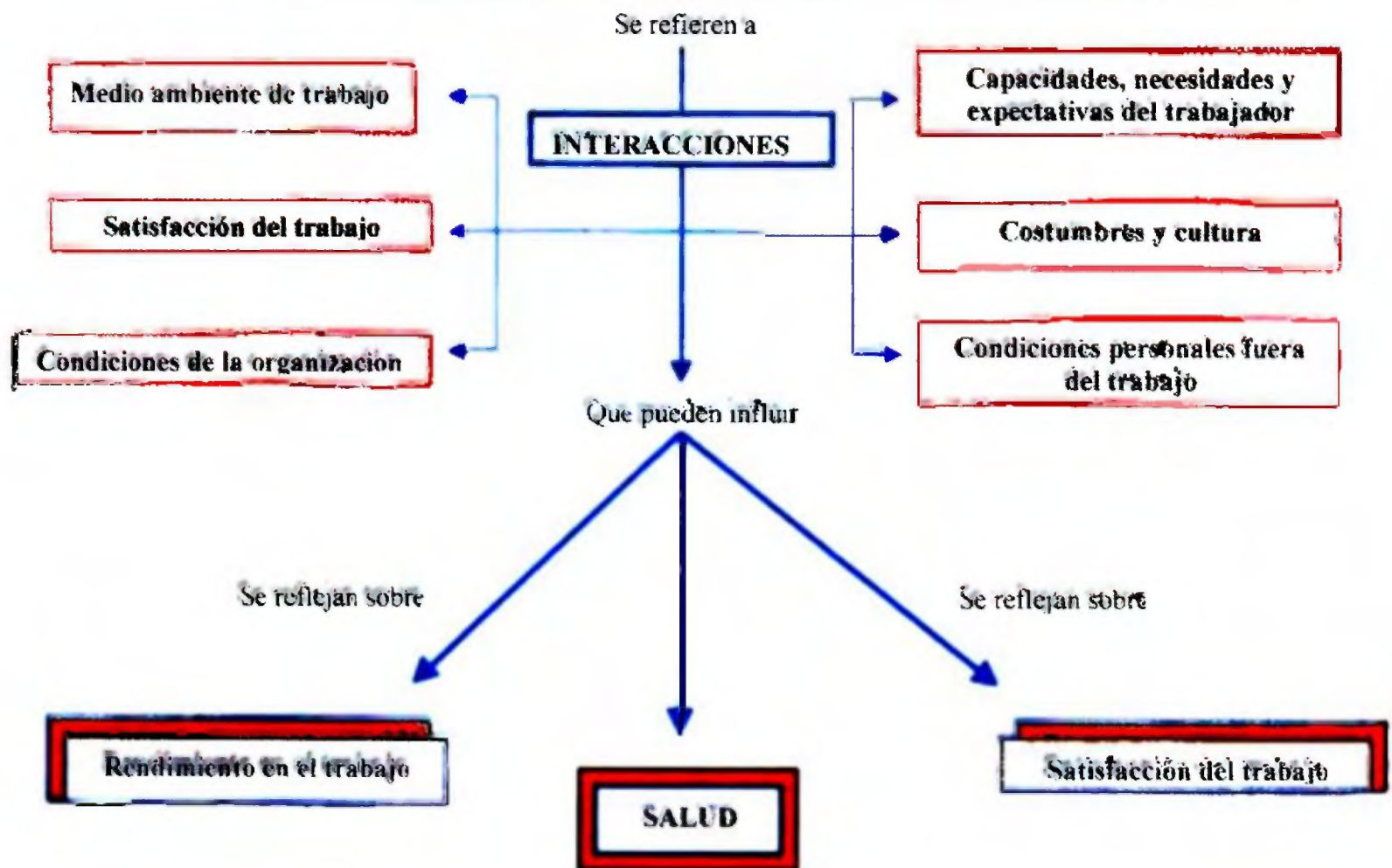
Cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos están en equilibrio, el trabajo crea sentimientos de superioridad y confianza en sí mismo, aumenta la motivación, la capacidad de

trabajo, la satisfacción general y mejor salud. Un desequilibrio entre las oportunidades y las exigencias ambientales, por un lado, y las necesidades, aptitudes y aspiraciones del individuo, por otro lado, producen reacciones de un tipo diferente (Díaz Mérida, 1982).

Cuando existe una mala adaptación, cuando las necesidades no están satisfechas o cuando las habilidades están sobre o sub-evaluadas, el individuo reacciona con respuestas alteradas de carácter cognoscitivo, emocional, fisiológico y de comportamiento. Los resultados dependen en gran medida de las habilidades del individuo para hacer frente a las situaciones difíciles de la vida y para controlar las manifestaciones precoces de las consecuencias. Por consiguiente, cuando hay una exposición a la misma situación estresante, dentro de los límites razonables, un individuo podrá reaccionar con éxito y mantenerse sano, mientras que otro tendrá problemas de salud (Díaz Mérida, 1982).

En el medio ambiente de trabajo se ha identificado, en numerosos estudios, una serie de factores psico-sociales, potencialmente negativos, vinculados con la salud. Tales factores son: la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las

FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO



relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (Cano, 1988).

3.a. Medio ambiente de trabajo: En las encuestas sobre las condiciones de trabajo realizadas respecto de diferentes grupos profesionales, los trabajadores mencionan frecuentemente el ruido y las condiciones térmicas. Las vibraciones y los agentes químicos se citan también a menudo como las peores causas de estrés. En una encuesta relativa al personal de oficina llevada a cabo en Finlandia, 52% de las respuestas mencionan al ruido como factor moderadamente nocivo, y 47% de los entrevistados formulan la misma opinión respecto a las condiciones térmicas (Koskela y colaboradores, 1973).

Muchos estudios confirman que la salud física padece cuando el medio de trabajo deshumaniza a la persona por una combinación de factores que exponen a riesgos físicos y mentales (Cox, 1980). Esto incluye, por ejemplo, a las fábricas en que los niveles de ruido son elevados y donde las áreas se repiten continuamente al ritmo de la línea de montaje y los trabajadores tienen muy pocas oportunidades de comunicarse entre ellos.

Hay oficios en que el factor de riesgo es elevado, como el policía, minero, soldado, guardián de prisión, y bomberos (Davidson y Veño, 1980; Kals, 1973). Pero a menudo, el estrés

creado por los imponderables del riesgo físico se atenúa considerablemente cuando el asalariado está convencido de haber recibido una formación apropiada y de estar preparado para hacer frente a toda eventualidad.

En muchas partes del mundo la mayoría de la mano de obra trabaja todavía en el sector agrícola y en pequeñas empresas, donde la carga de trabajo es muy pesada, las condiciones de higiene son deficientes y la exposición a los accidentes y enfermedades son una constante amenaza para la salud(O.I.T. y O.M.S., 1984).

3.b. Factores intrínsecos del empleo: Esta sobrecarga puede ser cuantitativa (cuando hay demasiado que hacer) o cualitativa (cuando el trabajo es demasiado difícil). Varias categorías de trastornos del comportamiento y síntomas de defunciones se atribuyen a una carga excesiva de trabajo (Cooper y Marshall, 1976 y 1978; Kals, 1973). Se ha señalado una relación entre la sobrecarga cuantitativa de trabajo y el consumo de tabaco. Basándose en una muestra de 1,500 asalariados, French y Caplan (1973) y Kroes y colaboradores (1974) constatan que una sobrecarga de trabajo produce síntomas de estrés como la pérdida del respeto en sí mismo, una motivación mediocre para el trabajo y una tendencia a refugiarse en la bebida.

En un estudio relativo a 100 pacientes jóvenes afectados por dolencias coronarias, Russek y Zohman (1958) constatan que 25% de entre ellos habían ocupado dos empleos y que 45% habían sido destinados a tareas en la que la sobrecarga era de tal magnitud que tenían que trabajar 60 horas semanales de más. Los autores añaden que un período prolongado de tensiones emotivas precedió la crisis en un 91% de los casos, mientras que un estrés del mismo grado sólo se había observado en 20% de los casos considerados en la muestra.

Breslow y Buell (1960) también formulan conclusiones que conducen a demostrar la existencia de una relación entre la duración del trabajo y los casos de muertes causados por enfermedades coronarias. En una encuesta sobre la mortalidad masculina en California, muestran que el riesgo de morir de una enfermedad coronaria es dos veces más elevado para los trabajadores de la industria ligera menores de 45 años y que trabajan más de 48 horas semanales que los trabajadores de la misma categoría cuya semana de trabajo es de 40 horas o menos.

La investigación sugiere que esta sobrecarga de trabajo, tanto cualitativa como cuantitativa, produce diferentes síntomas de tensión psicológica y física, tales como: insatisfacción en el trabajo, autodepreciación, sensación de amenaza y de malestar, tasa elevada de colesterol,

aceleración del ritmo cardíaco y aumento del consumo de tabaco(O.I.T. y O.M.S., 1984).

Se ha establecido una relación entre el trabajo monótono y rutinario efectuado en un ambiente poco estimulante propio de la producción en masa (por ejemplo, líneas de montaje con ritmos de trabajo impuestos) y de determinadas tareas de oficina, y diferentes categorías de afecciones orgánicas, trastornos fisiológicos y otras enfermedades (Cox, 1980).

La falta de incitación, cuyas consecuencias se agravan a menudo por el hecho de que el trabajador no domina la situación (Gardell, 1976), también puede derivarse del uso de técnicas muy perfeccionadas. En las centrales nucleares, el operador no dedica la mayor parte de su tiempo a tareas estimulantes, sino a tareas monótonas. En ciertos puestos de vigilante o de operador en estas centrales es necesario acostumbrarse a largos periodos de tedio que pueden ser interrumpido repentinamente por una situación de gran urgencia que trastorna la buena marcha del trabajo (Davidson y Veno, 1980). Ello puede conducir a un quebrantamiento repentino del estado físico y mental del interesado en detrimento de su salud (Bosse y colaboradores, 1976). Además, en situaciones de urgencia, las reacciones del trabajador son menos eficaces como

consecuencia del tedio y de la falta de interés por su trabajo (Davidson y Veno, 1980).

- 3.c. Organización del horario de trabajo:** Las horas diarias de trabajo, así como las semanales, mensuales, anuales y a lo largo de la vida de trabajo, en gran medida estructuran la forma de vida de la población activa. Están vinculadas a las estructuras de sueño y de vigilia, a la participación social y al general estilo de vida de la población. Evidentemente esto también repercute en la salud(O.I.T. y O.M.S., 1984).

Se ha comprobado que el trabajo por turnos modifica los ritmos biológicos, la temperatura del cuerpo, el metabolismo, los niveles de azúcar en la sangre, la agilidad mental y la motivación en el trabajo. Durante la vida cotidiana los efectos pueden manifestarse particularmente en el comportamiento durante el sueño, las costumbres en la alimentación, la vida familiar y las actividades sociales. Los informes indican que los trabajadores por turnos se quejan más frecuentemente que los trabajadores diurnos de cansancio y desarreglos gastrointestinales(O.I.T. y O.M.S., 1984).

En un estudio sobre los controladores de tráfico aéreo (Cobb y Rose, 1973) se comprobó que había cuatro veces más casos de hipertensión y también más diabetes y úlceras gástricas que en el

control efectuado a un grupo de personal aeronáutico con menos responsabilidades. Si bien otros factores de tensión eran importantes en la incidencia de estos problemas de salud relacionados con el estrés, quedo demostrado que la causa principal del estrés era el trabajo por turnos.

Aunque muchas investigaciones concuerdan en que el trabajo por turnos es menos estresante a medida que los horarios de trabajo se organizan mejor y los trabajadores individuales reciben diferentes tipos de asistencia social, las restricciones de la participación social son una queja frecuente entre el personal que trabaja por turnos(O.I.T. y O.M.S., 1984).

3.4. Modalidades de gestión y del funcionamiento de la empresa

3.4.1. Función de los trabajadores: Cuando la función atribuida al trabajador es ambigua (por falta de claridad del contenido de la tarea), cuando es contradictoria o cuando hay oposición entre las diferentes exigencias del trabajo, cuando es conflictiva (cuando hay conflictos de competencia), esta función puede ser en sí causa principal de estrés. Se ha indicado que una función ambigua o contradictoria puede causar trastornos cardiovasculares. El personal de dirección, los empleados de oficina y los trabajadores

intelectuales están especialmente expuestos al estrés causado por la ambigüedad de su función (O.I.T. y O.M.S., 1984).

Según Kals (1979), entre el carácter ambiguo o contradictorio de la función y la satisfacción en el trabajo hay correlaciones muy marcadas, pero que repercuten poco en el estado de salud mental. Las reacciones personales frente a una función contradictoria varían considerablemente según la personalidad.

Ser responsables de la seguridad de terceros puede ser una causa de estrés profesional. Las presiones a que están expuestos los operadores de centrales nucleares cuando se produce una situación inhabitual por el hecho de que la seguridad de las personas depende de ellos representa un ejemplo de lo anterior. Esta responsabilidad también es un factor de estrés para los policías y los guardianes de prisión (Kalimo, 1980). La preocupación por la seguridad y la vida de los pasajeros ha demostrado ser un poderoso agente de estrés para los controladores de tráfico aéreo (Cooper y colaboradores, 1980). También es evidente que el estrés físico estaba relacionado con la edad y el grado de responsabilidad. Cuanto más elevado son el

uno y el otro, mayor es la probabilidad de diagnosticar factores de riesgo o síntomas de enfermedades cardiovasculares.

3.d.2. Participación de los trabajadores: Diferentes factores de la estructura orgánica y del medio ambiente de una empresa, como su política general, la falta de una auténtica consulta, la no-participación en la toma de decisiones, la limitación de la iniciativa, etc., constituyen un conjunto de elementos que influyen en gran medida en el bienestar de los trabajadores. Kroes y colaboradores (1974), así como French y Caplan (1973), indican que un nivel más elevado de participación contribuye a un aumento de la productividad, a un mejor rendimiento, a un grado menor de inestabilidad de la mano de obra y a una disminución de las enfermedades físicas y mentales (así como de ciertos trastornos del comportamiento causados por el estrés, como el alcoholismo o el tabaquismo).

3.d.3. Relaciones en el medio de trabajo: Se ha establecido una relación entre el estrés profesional y las relaciones en el medio de trabajo, es decir, las relaciones del trabajador con sus colegas, sus superiores y sus subordinados y el apoyo social que le prestan los mismos (Payne, 1980). Cuando en una comunicación la repartición de las

funciones es ambigua, esta ambigüedad puede acelerar el deterioro de las relaciones entre sus miembros creándose así riesgos de tensiones psicológicas que revisten la forma de insatisfacción en el trabajo.

Por otra parte, Caplan y sus colaboradores (1975) observan que las tensiones profesionales se atenúan cuando el trabajador se siente apoyado socialmente por sus pares; este factor también interviene en los efectos del estrés profesional, en las funciones fisiológicas, en el consumo o interrupción del consumo de tabaco. Es interesante advertir que en el caso de los controladores del tránsito aéreo, el apoyo de amigos y colegas es más eficaz socialmente que el de los superiores jerárquicos.

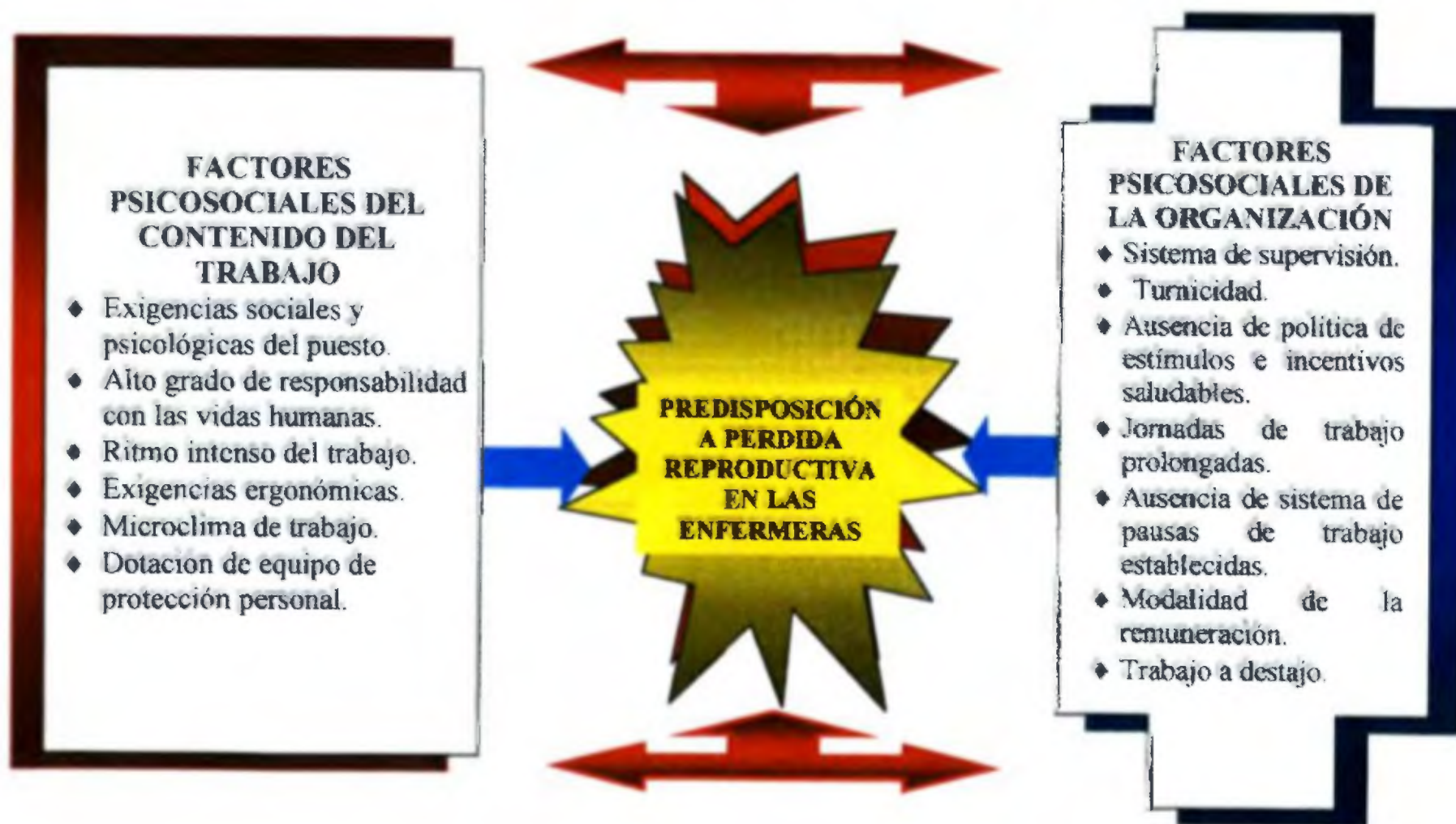
3.d.4. Introducción de cambios en el lugar de trabajo: La competencia económica y la creciente libertad del comercio obligan a las empresas, para su subsistencia y prosperidad, a cambiar su forma y manera de producción. Todos los sectores económicos tienen que hacer frente a este problema evolutivo que conlleva importantes consecuencias sobre los factores psicosociales (O.I.T. y O.M.S., 1984).

Según el Informe del Comité Mixto de la O.I.T. y O.M.S. de Medicina del Trabajo de Septiembre de 1984, entre algunas de las omisiones y de los errores que se encuentran frecuentemente, pueden citarse:

- Los cambios no están preparados tecnológicamente ni psicológicamente. Los trabajadores no reciben información o formación anticipadas y suficientemente adecuadas.
- Los nuevos métodos no son evaluados de acuerdo con los costos humanos y no están concebidos de acuerdo a los principios ergonómicos en la etapa de la planificación.
- Las medidas de apoyo no se aplican suficientemente cuando se introducen cambios en el trabajo, como por ejemplo la nueva tecnología. Es necesario desplegar esfuerzos para reducir o amortiguar el impacto de las nuevas tecnologías en los trabajadores afectados mediante nuevo entrenamiento, suministrando tal vez mejoras en la situación en el trabajo. Para los trabajadores mayores deberían trazarse planes para la jubilación. Habría que ofrecer oportunidades apropiadas a los trabajadores.

II. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PROPUESTA DEL ESTUDIO.

DINAMICA DEL TRABAJO DE ENFERMERIA DE LAS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y PREDISPOSICIÓN A PERDIDA REPRODUCTIVA EN LAS ENFERMERAS



III. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

1. PÉRDIDA REPRODUCTIVA

Definición conceptual:

El concepto de Thomlinson Ralph para indicar las Pérdidas de vidas desde la fecundación del óvulo hasta el quinto año de vida, presenta diferentes factores relacionados con la pérdida, que se identifican con el concepto ecológico (multicausal) de la salud y pueden ser bio-médicos y bio-sociales. El término incluye además todos aquellos productos defectuosos con relación a las condiciones del feto o niño normal. Incluye pues, la mortalidad fetal, la mortalidad infantil y la mortalidad de 1 a 4 años.

Definición Operacional:

Precoz: Expulsión del producto de la concepción desde la F.U.M. a las 20^a semanas.

Intermedia: Desde la 20^a semana a la 28^a semana de gestación.

Tardía: Desde la 28^a semana al momento del nacimiento.

Neonatal Precoz: Desde el nacimiento hasta los 7 primeros días de vida del niño.

Neonatal Tardía: Desde el 7 día a los 28 días de vida del neonato.

Post Neonatal: Desde los 28 días al primer año de vida.

2. PREDISPOSICIÓN A PÉRDIDA REPRODUCTIVA

Definición conceptual: Condición de salud del binomio materno, que hemos definido para este estudio como: la finalización del embarazo con viabilidad del producto, en las que pueden darse las siguientes condiciones:

- a- Diagnóstico de alto riesgo para el neonato
- b- Diagnóstico patológico de la madre durante el puerperio.
- c- Diagnóstico de alguna patología durante el periodo prenatal, que sea diagnosticada por el obstetra o personal de salud que realiza el control pre natal.

Definición Operacional: Se considerará la Predisposición a Pérdida Reproductiva en los casos en que las enfermeras:

- a- Presenten incapacidades durante el control pre natal antes de la licencia de gravidez.
- b- Se acoja a la licencia de gravidez con diagnóstico patológico.
- c- Diagnóstico de alto riesgo para el neonato.
- d- Diagnóstico patológico de la madre durante el puerperio.
- e- Diagnóstico de alguna patología durante el periodo prenatal, que sea diagnosticada por el obstetra o personal de salud que realiza el control pre natal.

3. ABORTO

Definición conceptual:

Expulsión del producto de la concepción, antes de los 180 días de embarazo (menos de seis meses de gestación).

Definición Operacional:

Precoz: Expulsión del producto de la concepción desde la F.U.M. a las 20 semanas.

Intermedia: Desde la 20ª semana a la 28ª semana de gestación.

4. OCUPACIÓN

Definición conceptual: Se entiende por ocupación el oficio, profesión, tipo de trabajo que efectúa una persona ocupada durante un período de referencia. En este estudio la profesional sujeto de estudio es la enfermera, que es la encargada de proporcionar cuidados de enfermería a la población que acude a solicitar atención en los servicios de salud.

Enfermera de atención secundaria: Tiene la función de proporcionar cuidados de enfermería al enfermo en los hospitales y se le exige una preparación y desempeño en las facetas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, como miembro del equipo de salud intrahospitalario.

Definición Operacional:

Enfermera de atención secundaria: Tiene la función de proporcionar cuidados de enfermería al enfermo en los hospitales y se le exige una preparación y desempeño en las facetas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, como miembro del equipo de salud intrahospitalario. Labora en un sistema de turnos rotativos, ajustándose al horario de los hospitales que prestan sus servicios las 24 horas del día y 365 días al año ininterrumpidamente, por lo que la enfermera trabaja 8 horas en turnos cuyos horarios varían de 7am a 3pm, 3pm a 11pm y 11pm a 7am en los casos de salas de

hospitalización y de una duración de los turnos de 6 horas en las Áreas de Urgencias, Cuidados Intensivos y Áreas Críticas, con turnos de 6am a 12md, 12md a 6pm, 6pm a 12mn, 12mn a 6am y los turnos puentes de 8am a 2pm, 10am a 4pm y de 4pm a 10pm, en los cuales 5 días son laborables y 2 días son de descanso.

5. FACTORES DE RIESGO PSICO-SOCIAL

Definición conceptual:

Conjunto de fenómenos que encontramos en el ámbito de la organización y contenido del trabajo en una empresa, de los cuales depende la probabilidad de que los trabajadores expuestos sufran un riesgo.

A nivel de la organización: La manera en que el trabajo es programado y controlado por las posibilidades que ofrece al trabajador (de aprendizaje y promoción, entre otros) y por las condiciones y relaciones sociales que establece.

A nivel del contenido del trabajo: situación compleja que involucra diversos factores a la vez: la actividad Física y Mental, la ejecución (la producción, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo); la situación (adhesión u oposición a las normas, evolución y carrera) y los resultados (salario, calificaciones, situación).

Definición Operacional de los Factores Psico-sociales de la Organización

- a. Sistema de supervisión:** Vigilancia frecuente del trabajador para comprobar lo que está haciendo. Limitación a los trabajadores para la realización a su manera, de un trabajo de operación, siempre y cuando esto no implique alteraciones en el proceso de producción o calidad del producto elaborado.

Criterios:

- La supervisión estrecha es ejercida de forma directa.
- Está dada por el exceso de supervisoras en un área determinada.

- b. Turnicidad:** Se refiere a la programación del horario de trabajo de los empleados en distintos periodos, los cuales se ajustan a las necesidades de la empresa.

Turnicidad hospitalaria: sobre la base del proceso de producción, los hospitales se clasifican en instalaciones que realizan turnos continuos porque funcionan 24 horas al día y 7 días por semana; es decir sin ninguna pausa diaria, ni durante los fines de semana, ni los días festivos. Sobre la base de rotación de turnos de los trabajadores, tienen cambio de turno semanal.

- c. Políticas de estímulos e incentivos no saludables:** Se consideran como estímulos e incentivos negativos, aquellos que impliquen incrementos económicos en función de la aceptación del Factor de Riesgo o desmejoramiento de condiciones de trabajo.

Criterios en Centros Hospitalarios:

- Cuota de producción preestablecida: entregar el turno completo independientemente del volumen y ritmo de trabajo del turno.
- Emulación económica en función del no-ausentismo: Derecho a 15 días adicionales a las vacaciones en caso de no usar ninguno de los 30 días del mes de derecho por enfermedad.
- Emulación económica en función de no presentar incapacidades médicas: derecho a días libres adicionales en caso de no hacer uso de los días por derecho a enfermedad, ni los 6 días de derecho por hijo enfermo.
- Emulación económica en función de duplicar el periodo de la jornada de trabajo.

- d. Jornadas Prolongadas:** Realización de trabajo más allá del tiempo reglamentado en la legislación laboral, es decir, todas las horas trabajadas por encima de las horas normales, fijadas por la legislación, los convenios colectivos u otros métodos, aunque no se excedan las horas semanales normales.

Criterio a Nivel Hospitalario: Este fenómeno está determinado por las necesidades de producción de la institución, y se da por:

- Doblar turnos por necesidad de servicio, con el respectivo pago adicional por el turno extra, o sea una doble jornada de 16 horas laborables para todas las enfermeras, y mayor de las 12 horas para el personal de áreas críticas.
- Excederse un periodo de tiempo mayor a las 8 horas laborables para todas las enfermeras, y mayor de las 6 horas para el personal de áreas críticas.

- e. **Trabajo Monótono y Repetitivo:** Utilización de funciones tanto físicas como mentales en forma continua o intensamente, con falta de variación en la tarea y repetitividad.

Criterio: Determinar la frecuencia de las actividades de enfermería mediante el instrumento de encuesta (frecuencia de las acciones repetidas en un turno)

f. Ausencia de Sistemas de Pausas:

Cuando no se encuentran establecidas pausas compensatorias, durante la jornada de trabajo, siendo el horario de almuerzo, la única suspensión del proceso de producción y cuando el proceso de producción es ininterrumpido, durante la jornada de trabajo y el trabajador debe ingerir sus alimentos en el puesto de trabajo.

Criterio: No hay períodos de pausas indicados en las actividades de la enfermera, sólo se señala un período de comida en toda la jornada.

- g. Organización inadecuada de pausas de trabajo:** Cuando la pausa no está distribuida durante la jornada de trabajo en intervalos de tiempo según: esfuerzo físico, esfuerzo mental, volumen de producción, ritmo establecido, duración de la jornada, factores de riesgos específicos (para atenuar tiempo de exposición a través de su interrupción) y monotonía.

Criterio: No están establecidas las normas de pausas de trabajo durante la jornada.

- h. Salario condicionado a los años de servicio y a la idoneidad:** El trabajo de la enfermera es remunerado en función a los años de servicio, a la fecha de su registro de idoneidad, y a cargos administrativos por concursos.

Criterio: El salario de la enfermera esta sujeto a su nivel dentro del escalafón.

Definición Operacional de los Factores Psico-sociales del Contenido

- a. Alto Grado de Responsabilidad:** Es evaluada de acuerdo a: el equipo utilizado, las características del proceso, el mantenimiento de los registros de atención, el control de personal subalterno, la calidad de la atención, por la seguridad al evitar

riesgos mortales y accidentes que causen invalidez o muerte, evitar lesiones a ella y a otros, así como grandes daños materiales.

Criterios:

- Brinda atención de enfermería con buen uso del equipo
- Manteniendo los registros clínicos según las normas
- Con buen control y coordinación con el personal subalterno
- Con una buena calidad de atención de enfermería
- No hay registros de accidentes personales, ni del personal ni de pacientes durante sus turnos de trabajo.

- b. Ritmo intenso de trabajo:** Tiempo y movimiento que se exige a las trabajadoras para realizar una tarea que resulta superior a las capacidades normales de la enfermera.

Criterios: El tiempo se determina según la duración de la tarea, y el movimiento en función de la velocidad de ejecución, que impone la demanda de atención de los pacientes y el volumen de atención brindado en un turno.

- c. Exigencias ergonómicas:** Se asumen posturas y movimientos forzados e inadecuados por una relación inadecuada de la enfermera con su puesto de trabajo

tomando como referencia las medidas antropométricas de la enfermera en el diseño de las herramientas y de las instalaciones, por la forma como está organizado el trabajo, por el material utilizado y por el tipo de tarea que realiza.

Criterios:

- Frecuencia de movimientos y posturas forzadas.
- Análisis de la carga física por un ergónomo.

- d. **Micro clima de trabajo:** Se tratan de factores que afectan al trabajador, son detectados por nuestra área sensorialmente y los resultados deberán ser corroborados con la medición instrumental realizada en dicha área.

Criterios físicos:

Calor:

- Temperatura mayor a los 20 grados centígrados.
- Cambio brusco de temperatura: cambiar de la temperatura ambiente a temperaturas menores o mayores a los 20 grados centígrados.

Iluminación: Artificial excesiva o deficiente.

Ruido: Continuo o intermitente.

Radiaciones: rayos ionizantes.

Químicos: Sustancias químicas.

Líquidos y soluciones, aerosoles, polvos y gases.

Biológicos: Vectores biológicos, microorganismos (bacterias, hongos y virus).

e. Dotación Inadecuada de equipo de protección personal:

Cuando las instituciones proporcionan equipo sin seguir las especificaciones técnicas establecidas, o proporcionan el equipo adecuado, pero no lo renueva con la periodicidad requerida, o no les proporciona el mantenimiento preventivo a los equipos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO**HIPÓTESIS ALTERNATIVA:**

"Las enfermeras intrahospitalarias identificadas como casos tienen un mayor riesgo laboral de Predisposición a la Pérdida Reproductiva por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductiva, expuestos a los mismos factores laborales".

HIPÓTESIS DE NULIDAD:

"Las enfermeras intrahospitalarias identificadas como casos tienen igual riesgo laboral de Predisposición a la Pérdida Reproductiva por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductiva, expuestos a los mismos factores laborales".

DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

El diseño para el estudio es de tipo analítico, de casos y controles. Se consideró analítico porque pretende comparar dos grupos de enfermeras con Predisposición a la Pérdida Reproductiva, donde un grupo de enfermeras que habían realizado sus labores en el Hospital Santo Tomás y sufrieron Pérdida Reproductiva (casos) y el otro grupo del mismo nivel de atención en esta institución, no había presentado Pérdida Reproductiva (controles), lo que permitió establecer si había una relación de asociación entre los factores psico-sociales de estos grupos expuestos a los mismos factores de riesgo laboral, con el efecto (la Predisposición a la Pérdida Reproductiva). Se trató de identificar o medir los efectos de los factores de riesgo psico-sociales y examinar si había relaciones causales entre los efectos sobre la salud y las exposiciones específicas a éstos.

En este diseño las enfermeras fueron seleccionadas aleatoriamente y asignados a los grupos de caso y control, con base a los criterios de inclusión y de exclusión para los casos y controles.

Posteriormente fueron apareadas cada caso con su respectivo control en función de las características laborales de los factores de la organización y contenido del trabajo que tenían en común, utilizando como criterios los servicios donde laboraban y los años de servicio. Luego de este primer criterio de apareamiento, se procedió a un apareamiento más específico de estas parejas de casos

y controles, tomando en cuenta las características personales básicas como son: la edad, estado civil, lugar de residencia número de embarazos y servicio hospitalario donde labora.

B. ÁREA DE ESTUDIO

Los grupos de enfermeras con buena salud reproductiva y predisposición a la Pérdida Reproductiva de esta institución hospitalaria del segundo nivel de atención, pertenecen a la Región Metropolitana de Salud, que es la región de salud con mayor densidad de población debido a su ubicación en la urbe capitalina, con una población estimada para el año de 2000 de 643,212 personas, según la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Nación.

C. UNIVERSO Y MUESTRA

Para efecto de este estudio, el universo o la población total estaba constituida por todas las enfermeras en edad reproductiva, comprendidas entre los 21 a 45 años de edad, con posibilidades de embarazarse debido a su capacidad reproductiva, entre el 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1999 y funcionarias en el Hospital Santo Tomás. El grupo de enfermeras comprendidas en este rango de edades es de aproximadamente 200 enfermeras.

C.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Debido a las características de este estudio, inicialmente se procedió a seleccionar a las enfermeras en un grupo, de acuerdo al criterio de estar en el grupo en edad reproductiva.

Luego de formada esta lista, se procedió a hacer un nuevo listado del grupo, seleccionando a las enfermeras comprendidas en el grupo de mujeres en edad reproductiva que estuvieron embarazadas durante algún periodo sin culminar su gestación, y por aquellas que sí terminaron su embarazo y fueron sujetos de licencia por gravidez, en el periodo comprendido del 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1999; resultando el total de las enfermeras de esta institución hospitalaria que experimentaron el proceso reproductivo.

Con esta lista, se pudo proceder a realizar un muestreo aleatorio simple de este grupo de enfermeras del segundo nivel de atención, para seleccionar las 82 enfermeras del estudio a las que se les aplicó el instrumento.

Aquellas enfermeras que respondieron afirmativamente a las preguntas identificadas con los números de 53 a la 58 fueron consideradas casos y las que contestaron en forma negativa a estas interrogantes, fueron identificadas como controles.

De esta manera seleccionamos a los dos grupos, los cuales quedaron constituidos sobre la base de los criterios del nivel de atención y capacidad reproductiva en 41 enfermeras que fueron casos y las 41 que fueron controles, después de realizados los apareamientos sobre la base de todas las variables y características de similitud posibles, para reducir

el sesgo y realizar los análisis estadísticos correspondientes.

C.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

El área de estudio que se utilizó para seleccionar los sujetos de los grupos de caso y control, fue el Hospital Santo Tomás, y durante la selección se controlaron las variables de edad, sexo, profesión y sitio de trabajo.

La muestra la constituyeron las enfermeras que ubicadas en el universo reunían las siguientes características:

1. Estar entre las edades de 21 a 45 años.
2. Estar laborando como enfermeras dentro del Hospital Santo Tomás.
3. Estar embarazada entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1999.
4. Tener una buena salud reproductiva o predisposición a Pérdida Reproductora o sufrido una Pérdida Reproductiva.

El tipo de diseño de investigación que se utilizó, exigió una buena definición de las enfermeras que fueron casos y las que fueron controles, pero la relación que se pretendió analizar con el efecto, que fue la Predisposición a la Pérdida Reproductiva, no permitió eliminar la connotación emocional y personal provocada en los sujetos ante el instrumento que se aplicó, debido a lo delicado,

afectivo e íntimo del tema de la Maternidad para una mujer.

Se requirió de tacto y de un buen manejo profesional de los salubristas encuestadores durante la aplicación del instrumento, para que la posible influencia del componente afectivo se redujera considerablemente, debido a la forma en que se diseñó el instrumento.

C.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CONTROLES

La muestra la constituyeron las 41 enfermeras que ubicadas en el universo reunían las siguientes características:

1. Estaban entre las edades de 21 a 45 años.
2. Estaban laborando como enfermeras en el Hospital Santo Tomás, donde prestaban los servicios de salud en turnos rotativos y/o permanente de 8 horas.
3. Realizaban turnos permanentes de 8 horas, incluyendo los turnos ya fueran diurnos o nocturnos de 8 horas (7am-3pm, 3pm-11pm ó 11pm-7am).
4. Eran enfermeras generales rotadoras o las supervisoras administrativas que realizaban las funciones de supervisión durante los turnos permanentes o rotativos.
5. Estaban embarazadas entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1999.
6. No tenían una Predisposición a la Pérdida Reproductiva o sufrido una Pérdida Reproductiva, ni patología durante su embarazo, ni se acogieron a

incapacidad antes de la semana establecida por ley para el inicio de su licencia de gravidez.

C.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS CONTROLES

No podían ser consideradas como controles las enfermeras que ubicadas en el universo reunían las siguientes características:

1. Las que laboraban en dos empleos.
2. Las que realizaban labores docentes en la Universidad de Panamá.
3. Las que tenían una carga académica completa como estudiantes universitarias (estudiante regular).
4. Las que tenían historias familiares de Pérdida Reproductiva o problemas gineco - obstétricos (mola hidratiforme, óbito fetal, deficiencias de cuerpo luteo, placenta previa, historia de abortos y otros) o antecedentes personales de problemas gineco - obstétricos, antes y durante su labor como enfermera del Hospital Santo Tomás.

C.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CASOS

Los casos los constituyeron las 41 enfermeras que ubicadas en el universo reunían las siguientes características:

1. Estaban entre las edades de 21 a 45 años.
2. Laboraban como enfermeras en el Hospital Santo Tomás, donde prestaban los servicios de salud en turnos rotativos y/o permanente de 8 horas.
3. Tenían turnos rotativos en el servicio que laboraban.
4. Las que eran enfermeras generales rotadoras o las supervisoras administrativas que realizaban las

funciones de supervisión durante todos los turnos rotativos.

5. Que estuvieron embarazadas entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1999.
6. Tuvieron una Predisposición a la Pérdida Reproductiva o sufrieron una Pérdida Reproductiva, o presentaron alguna patología durante su embarazo, o se acogieron a incapacidad antes de la semana establecida por ley para el inicio de su licencia de gravidez.

C.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS CASOS

No podían ser consideradas como casos las enfermeras que ubicadas en el universo reunían las siguientes características:

1. Las que laboraban en dos empleos.
2. Las que realizaban labores administrativas en un turno permanente.
3. Las que realizaban labores docentes en la Universidad de Panamá.
4. Las que tenían una carga académica completa como estudiantes universitarias (estudiante regular).
5. Las que tenían historias familiares de Pérdida Reproductiva o problemas gineco - obstétricos (mola hidratiforme, óbito fetal, deficiencias de cuerpo luteo, placenta previa, historia de abortos y otros) o antecedentes personales de problemas gineco - obstétricos, antes y durante su labor como enfermera del Hospital Santo Tomás.

D. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de observación o de análisis la constituyeron las 82 enfermeras de 21 a 45 años con buena salud reproductiva o con Predisposición a la Pérdida Reproductiva que laboraban en el Hospital Santo Tomás, ya que de ellas se recolectó la información requerida para el estudio.

E. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño mínimo de la muestra se partió de los parámetros previamente establecidos por el investigador:

- Nivel de Confianza (1-Alfa): 95%
- Poder o Potencia (1-Beta): 80%
- Relación de P.P.R. en Enfermeras con Pérdida Reproductiva/P.P.R en Enfermeras con buena salud reproductiva. 1:1
- Frecuencia esperada de exposición: 15% (dentro de la muestra de 82 enfermeras, ya sea en el grupo de caso o el grupo de control donde predomane este 15% de exposición).
- Enfermeras con Pérdida Reproductiva con relación a las enfermeras con buena salud reproductiva.
- Razón de Disparidad: (O.R.) mayor de 1.

Lo ideal en un estudio de casos y controles es mantener por lo menos una relación del caso por cada 2 controles, pero en este estudio es difícil aplicar este criterio, debido a que el grupo de casos que son las enfermeras hospitalarias con Predisposición a Pérdida

Reproductiva está constituido por 41 enfermeras que responden a todos los criterios de inclusión y exclusión de los casos, mientras que el grupo de controles representado por las enfermeras con buena salud reproductiva comprende sólo a 41 unidades, por lo que debemos optar por la relación de uno a uno, partiendo inicialmente de los criterios laborales de su ubicación dentro de la Institución de Salud y controlando las variables de edad, sexo, nivel dentro de la profesión y sitio de trabajo, para luego proceder a la selección al azar de las enfermeras que constituirían los grupos de caso y control.

Utilizados estos parámetros de entrada y considerando los objetivos y propósitos del estudio, se calculó un tamaño mínimo de la muestra de 40 enfermeras con Predisposición a la Pérdida Reproductiva que laboraban en el hospital (casos) y 40 enfermeras sin Predisposición a la Pérdida Reproductiva que laboraban en esta institución de atención hospitalaria (controles) con una apareación de 1:1.

F. MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó el método probabilístico del tipo aleatorio simple donde cada enfermera tenía igual probabilidad de "sorteo" asignándole un número a cada unidad de muestreo.

G. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

1. Se obtuvo información de la Dirección de Enfermería del Hospital Santo Tomás acerca de las enfermeras

entre los 21 a 45 años, ya que es el grupo en edad reproductiva y susceptible a la Predisposición a la Pérdida Reproductiva, que labora en el Hospital.

2. Se hizo un listado del total de enfermeras en edad reproductiva susceptibles a la Predisposición a la Pérdida Reproductiva identificadas en enfermeras intrahospitalarias administrativas y enfermeras del nivel de atención, cada una con su respectivo número.
3. A través del listado de estas enfermeras se escogió al azar el total de casos (Predisposición a la Pérdida Reproductiva en enfermeras que laboraban en esta instalación intrahospitalaria) y de controles (enfermeras sin Predisposición a la Pérdida Reproductiva que laboraban en la institución), uno a uno hasta completar la muestra total de 82 unidades.
4. Se hizo el listado en limpio de ambos grupos elegidos al azar como unidades muestrales.

H. MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Los métodos utilizados para la recolección de datos se basaron en dos tipos de fuentes:

Fuentes Primarias

1. Entrevistas estructuradas a enfermeras en general.
2. Entrevistas no estructuradas a enfermeras con Predisposición a la Pérdida Reproductiva.
3. Cuestionario auto - administrado para enfermeras.

4. Evaluaciones de campo por especialistas de Higiene, Seguridad y Ergonomía en las áreas de trabajo del personal de enfermería.

Fuentes Secundarias

Revisión de expedientes médicos y registros del personal de las unidades muestrales.

I. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

1. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se realizó en un período de tres años y medio, desde el 2 de enero de 1998 al 2 de julio del año 2001, tomando en cuenta el tiempo desde la planeación del estudio hasta los resultados finales y el informe a las instituciones involucradas en el estudio.

La primera etapa que fue la confección del Protocolo de Tesis duró cinco meses (desde el 1 de enero al 30 de mayo de 1998). En esta etapa además de realizarse una detallada revisión bibliográfica, se realizaron las visitas de contacto con las instituciones de salud, con los distintos servicios del departamento de enfermería de la institución de salud, revisión de expedientes médicos y registros del personal de las unidades muestrales, entrevistas estructuradas a enfermeras en general, entrevistas no estructuradas a enfermeras con Predisposición a la Pérdida Reproductiva y mercadeo del proyecto de tesis a instituciones de investigación.

La segunda etapa fue la validación del instrumento en la Región de Salud de Panamá Oeste y sus respectivas correcciones, comprendió un mes, desde el 31 de mayo de 1998 al 30 de junio de 1998; y posteriormente la revisión y reformulación del instrumento durante otro mes, desde el 1 de julio al 31 de julio de 1998, para su segunda aplicación por una semana del 1 de agosto al 7 de agosto de 1998.

La tercera etapa se destinó a la revisión del protocolo por la Comisión de Tesis de la Escuela de Salud Pública que se extendió del 4 de enero de 1999 al 7 de enero del 2000. Durante este período, simultáneamente se realizó el entrenamiento de los encuestadores, visitas de contacto y aplicación del instrumento. En esta etapa fue necesario que los instrumentos a medida que se recibían completos luego de aplicados por los encuestadores, se procedieran a introducir en el programa de EPI INFO 6.

Luego de las correcciones del Proyecto de Tesis según las recomendaciones de la Comisión de Tesis de la Escuela de Salud Pública, se solicitó el registro del Protocolo de Tesis en la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá, durante el 11 al 30 de septiembre del 2000.

La cuarta etapa correspondió al análisis estadístico de los datos y a la elaboración de la información y resultados, que requirió de un período

de 9 meses, desde el 1 de octubre del 2000 al 1 de julio del 2001.

Y finalmente la quinta etapa dedicada a la impresión del informe final y entrega del mismo a la Escuela de Salud Pública del 2 al 17 de septiembre del 2001 para sus consideraciones finales. El éxito de esta programación dependió del apoyo y retroinformación fluida con los asesores de tesis para las correcciones y mejoras oportunas.

J. FASES PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

1. FASE DE CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES

Se contó con un total de 2 salubristas encuestadores, uno para cada grupo, el de casos y el de controles, los cuales fueron orientados por el investigador sobre los aspectos de la recolección de los datos, tiempo de duración para el llenado del cuestionario y la revisión de los mismos. Esta orientación se realizó en la Facultad de Medicina, en una sola jornada de trabajo de 8 horas.

2. FASE DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Tomando en cuenta los aspectos de factibilidad con relación a costo y tiempo, la recolección de los datos se realizó dentro de los distintos servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que componen al Hospital Santo Tomás.

Los mismos se aplicaron en el área de la estación de enfermería, establecida como el sitio de trabajo de

las enfermeras, ya que es el área donde se facilitó el contacto con los sujetos de esta investigación; donde se le entregó a cada enfermera, de manera individual, los cuestionarios que debieron ser llenados en forma completa, con previa orientación y en presencia del salubrista encuestador en caso de alguna duda, respetando la privacidad de la enfermera. Una vez culminada la actividad, el salubrista pasó a revisar los cuestionarios para verificar que los mismos estaban en orden.

3. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación y análisis de los datos se realizaron mediante el Sistema de Cómputo utilizando el Programa de EPI INFO 6 previa codificación del cuestionario.

4. RECURSOS NECESARIOS

Para la recolección de los datos se necesitó la colaboración de dos salubristas encuestadores (uno por cada grupo de estudio, uno para los casos y otro para los controles). El presupuesto para este proyecto incluyó los gastos de materiales, papelería, transporte así como también los gastos del informe final.

K. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

1. ELABORACIÓN DEL PLAN DE TABULACIÓN

El plan de tabulación se presentó a través de las medidas de frecuencia de las categorías en cada una de las variables investigadas.

2. PLAN DE ANÁLISIS

Para dar respuesta al problema, objetivos e hipótesis de investigación se utilizaron el cruce de variables, la prueba de significancia estadística (chi cuadrado) y como prueba de asociación la razón de disparidad (O.R.)

L. LISTADO DE CRUCE DE VARIABLES

Para efecto de este listado se ubicaron las variables independientes del estudio dentro de las dimensiones del modelo de análisis y se cruzaron con la variable dependiente para establecer la relación de asociación entre estos factores y el efecto.

CUADRO N° V: DIMENSIÓN PERSONAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INDICADORES
Edad	Años de vida cumplidos	21 - 25 Años	20 por ciento
		26 - 30 Años	20 por ciento
		31 - 35 Años	20 por ciento
		36 - 40 Años	20 por ciento
		41 - más Años	20 por ciento
Años de Servicio	Años de laborar como Enfermera.	1 - 5 Años	20 por ciento
		6 -10 Años	20 por ciento
		11-15 Años	20 por ciento
		16-20 Años	20 por ciento
		21-30 Años	20 por ciento
Estado Civil	Condición Marital	Soltera	20 por ciento
		Casada	20 por ciento
		Unida	20 por ciento
		Divorciada	20 por ciento
		Separada	20 por ciento
Nivel de Estudios	Último grado académico alcanzado	Enf. Básica	20 por ciento
		Licenciatura	20 por ciento
		Post Básico	20 por ciento
		Post Grado	20 por ciento
		Maestría	20 por ciento
Otras fuentes de empleo	Labora en otra institución de Salud.	Sí labora	>del Percentil 50
		No labora	<del Percentil 50
Segunda fuente de empleo	La otra institución de Salud donde labora.	Gubernamental	>del Percentil 50
		Privada	<del Percentil 50
Carga Académica	Si realiza estudios académicos actualmente	Estudia	>del Percentil 50
		No estudia	<del Percentil 50
Tipo de estudio	Estudios académicos que realiza ahora.	Solo cursos teóricos	>del Percentil 50
		Cursos teórico prácticos	<del Percentil 50

CUADRO N° VI: DIMENSIÓN AMBIENTAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INDICADORES
Lugar de Residencia	Dirección donde reside	Áreas Urbanas con P.P.R.	1 Quartil
		Áreas Urbanas sin P.P.R.	1 Quartil
		Áreas semi rurales con PPR.	1 Quartil
		Áreas semi rurales sin PPR.	1 Quartil
Duración del trayecto hacia el trabajo	Tiempo que toma en llegar a la institución desde su hogar.	Menos de una hora con P.P.R.	1 Quartil
		Menos de una hora sin P.P.R.	1 Quartil
		Mayor de una hora con P.P.R.	1 Quartil
		Mayor de una hora sin P.P.R.	1 Quartil

CUADRO N° VII: DIMENSIÓN BIOPSICO-SOCIAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INDICADORES
Servicio donde labora	Lugar de trabajo de la Enfermera	Segundo nivel	>del Percentil 50
		Tercer nivel De Atención.	<del Percentil 50
Capacidad Reproductiva	Número de hijos	1 hijo	>del Percentil 50
		2 hijos	
		3 hijos a más	<del Percentil 50
Pérdida Reproductiva	Expulsión del producto de la concepción sin viabilidad vital	Precoz	1 Quartil
		Intermedio	1 Quartil
		Tardío	1 Quartil
		Neonatal-Precoz	1 Quartil
Predisposición a la Pérdida Reproductiva	Finaliza el embarazo con condición de Alto Riesgo y Diagnóstico obstétrico patológico durante el Control Prenatal	Incapacidades antes de la Licencia Materna	>del Percentil 50
		Se acoge a la licencia sin Dx. Patológico	<del Percentil 50

CUADRO N° VIII: DIMENSIÓN LABORAL (FACTORES PSICO-SOCIALES DE LA ORGANIZACIÓN)

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INDICADORES
Sistema de Supervisión	-Vigilancia frecuente hacia la enfermera.	Supervisión: -Estrecha	>del Percentil 50
	-Exceso de Supervisoras en el área clínica	-Bien Dirigida	<del Percentil 50
Turnicidad	Disposición de las jornadas de trabajo sobre la base de la prestación del servicio y rotación de turnos de las enfermeras	-Enfermeras con turnos continuos (rotativos)	>del Percentil 50
		-Enfermeras con turnos discontinuos (permanente)	<del Percentil 50
Políticas de incentivos no saludables	Incrementos económicos o de descanso en función de la aceptación del Factor de Riesgo o deterioro de las condiciones de trabajo	-Cuota de producción establecida.	1 Quartil
		-Emulación económica en función del no-absentismo	1 Quartil
		-Pago por doblar turnos.	1 Quartil
		-Pago en tiempo por no presentar incapacidades.	1 Quartil

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	INDICADORES
Jornadas Prolongadas	Horas trabajadas por encima de las horas normales según la ley	- Hacer horas extras y/o Doblar - Turno normal	>del Percentil 50 <del Percentil 50
Trabajo Monótono y Repetitivo	Uso de las funciones físicas y mentales en forma continua, intensa y con repetitividad.	- Trabajo Repetitivo - Trabajo No Repetitivo	>del Percentil 50 <del Percentil 50
Ausencia de Sistema de Pausas	No hay establecidas pausas compensatorias, Sólo una pausa de comida.	- Sólo hay una pausa y el trabajo es continuo. - Más de 1 pausa	>del Percentil 50 <del Percentil 50
Organización Inadecuada de pausas de Trabajo	No hay pausas distribuidas en intervalos según: esfuerzo físico, mental, volumen de producción, ritmo establecido, duración de la jornada, Factores de Riesgo y Monotonía.	- No hay pausas bien organizadas y no se distribuye la jornada de Trabajo en intervalos. - Hay una buena organización de la jornada de trabajo	>del Percentil 50 <del Percentil 50
Salario condicionado a los años de servicio	Se remunera en función de los años de servicio, fecha de registro y cargos por concurso.	Ingreso por Nivel dentro del Escalafón: 520 - 620 620 - 720 720 - 820 820 - más	1 Quartil 1 Quartil 1 Quartil 1 Quartil

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

"Factores de Riesgo Psico-sociales Laborales asociados a la Predisposición a la Pérdida Reproductiva en Enfermeras Funcionarias del Hospital Santo Tomás. Años 1993 - 1999."

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN:

PROPÓSITO:

Esta encuesta tiene como propósito recoger información acerca de los aspectos relacionados a la Predisposición a la Pérdida Reproductiva en las enfermeras de la Región Metropolitana de Salud, mediante los cuales se conocerá la situación actual de los factores de riesgo laboral a los que se expone la enfermera en su área de trabajo, llegando a conclusiones claras y reales aplicadas a las enfermeras objeto de este estudio.

Toda la información que proporcione este formulario será manejada confidencialmente por el investigador, para lo cual se necesita que las preguntas aquí contenidas sean contestadas de forma completa y con la mayor veracidad posible. La encuesta es anónima y están numeradas para su identificación y control.

Agradeceremos de ante mano su colaboración y participación en la recolección de la información sin la cual sería difícil lograr los objetivos y propósitos del estudio, cuyos resultados se proyectarán en beneficio de toda la población de enfermeras de la Región Metropolitana de Salud.

INDICACIONES GENERALES:

1. No es necesario colocar su nombre.
2. Debe dar respuesta a todas las interrogantes.
3. Utilice pluma.
4. Conteste los espacios en blanco e indique con un gancho (/) las respuestas seleccionadas.
5. Ante cualquier duda pregunte al personal encuestador.

ENCUESTA N° _____**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y ESCOLARIDAD:**

1. Edad _____
2. Dirección de su residencia _____
3. Estado Civil: Soltera () Casada() Unida()
Viuda () Divorciada() Separada()
4. Último estudio académico realizado: _____
5. ¿Estudia actualmente?: Sí () NO()
6. Si su respuesta es afirmativa, especifique que estudia en la actualidad: _____
7. ¿Cuántas materias está estudiando actualmente?:
Una () Dos() Tres() Cuatro() Cinco()
Estudiante regular y matriculó el semestre completo()
8. Alguna de las materias incluye práctica clínica:
Sí() No() ¿Cuántas horas dura la práctica? ____ horas
9. ¿Dónde realiza su práctica clínica actualmente:
_____ y en qué horario? _____

B. DATOS LABORALES Y FACTORES DE RIESGO LABORAL

10. Años de servicio _____

11. Institución donde trabaja _____

12. Servicio donde labora actualmente _____

13. Su situación actual de trabajo es:

Permanente () Contrato ()

14. ¿Trabaja en otro empleo?: Sí () NO ()

15. Si su respuesta es afirmativa, especifique donde labora:

16. Tipos de turnos que realiza:

Rotativos () Permanente () horario _____

17. ¿Actualmente qué secuencia de turnos tiene su sala?:

18. ¿Dobla turnos por necesidad de servicio? ¿Con qué

frecuencia?: De vez en cuando () Muy seguido ()

Más de una vez al mes () Menos de una vez al mes ()

19. Su salario actual es: 520 () 540 () 570 ()

620 () 670 () 720 () 770 () 820 ()

870 () 920 () 970 () 1020 () 1070 ()

20. ¿Qué tiempo dura el trayecto de su casa a la institución de salud donde labora?:
 menos de una hora () más de una hora ()
 Especifique la duración: _____ hora.
21. ¿Considera que en su trabajo la supervisan?:
 de vez en cuando () con mucha frecuencia ()
 esporádicamente () persistentemente ()
 la supervisión es constructiva ()
 la supervisión es educativa y de apoyo ()
22. Considera usted que la institución donde trabaja le proporciona: buenos incentivos () regulares ()
 ninguno () Cuales son: _____
23. Su trabajo le genera algún tipo de:
 estrés () ansiedad () preocupación ()
 alivio () cansancio () insatisfacción ()
24. Considera usted que su trabajo le exige:
 poca responsabilidad () mucha responsabilidad ()
 un nivel de responsabilidad tolerable ()
25. Su trabajo es física y mentalmente:
 monótono y repetitivo ()
 variado, dinámico y entretenido ()
26. Le han establecido claramente pausas de descanso como:
 los recesos para tomar café ()
 sólo para una comida durante el turno ()
 duración de la pausa de comida _____ hora

27. Su salario está condicionado al escalafón:

sí() no() o tiene otros ingresos: sí() no()

28. Su sala o servicio de trabajo se considera de:

Alta demanda y volumen de pacientes()

Baja demanda y volumen de pacientes()

Pacientes delicados que necesitan sus cuidados()

Pacientes estables que se autocuidan()

29. Considera que su ritmo de trabajo es:

de movimientos rápidos y tareas extensas()

movimientos normales y duración normal()

30. Los muebles de la estación de enfermería donde realiza sus actividades administrativas son:

cómodos() Incómodos() muy altos()

muy bajos() tiene una altura adecuada()

31. Las camas y mesitas de los pacientes, o las camillas de los cubículos, tienen un espacio que le permiten hacer su trabajo con: facilidad() dificultad()

32. La altura de este mobiliario es:

muy alta() muy baja() adecuada()

33. Los atriles o ganchos para quindar venoclisis son:

fáciles de alcanzar() se alcanzan con banquito ()

los alcanza estirándose() inclinando el atril()

34. El clima de su sala por lo general es:

caliente() fresco() frío() húmedo()

35. La iluminación de su servicio de trabajo es:
adecuada() inadecuada() excesiva() deficiente()
36. Su sitio de trabajo tiene ruidos:
esporádicos() permanentes() altos() bajos()
Ocasionados en: bombas de infusión() respiradores()
succiones() aires acondicionados() pacientes()
Otros: _____
37. Usa en su área de trabajo algún tipo de sustancia
químicas sí() no() Entre éstas hay: alcoholes()
solventes() gases de esterilizar() anestésicos()
38. En su trabajo está expuesta a algún procedimiento con:
calor() frío() radiaciones() quimioterapia()
39. En su área de trabajo esta expuesta a algún tipo de
agente biológico: microorganismos() bacterias()
virus() hongos() insectos() protozoos()
levaduras() esporas()
40. Durante su trabajo maneja algún tipo de fluido biológico:
sangre() orina() heces()
saliva() esputo() heridas() cultivos()
41. Considera que la institución le proporciona el equipo
necesario para su protección personal durante su trabajo:
sí() no() siempre() a veces()

C. DATOS FAMILIARES:

42. El ingreso familiar mensual es de: B/. _____

43. El total de miembros que viven con usted en casa es:
 _____ personas en total

44. La(s) persona(s) que realiza(n) los oficios domésticos:
 una empleada() una empleada y la ayudan()
 usted sola() usted con ayuda de otros()
 otro(s) familiar(es) sin su ayuda()

45. La persona que se encarga del lavado y planchado es:
 una empleada() una empleada y la ayudan()
 usted sola() usted con ayuda de otros()
 otro(s) familiar(es) sin su ayuda()

D. ATENCIÓN DE SALUD Y CONDICIÓN OBSTÉTRICA:

46. En su última cita médica el doctor la diagnóstico como:
 Sana() Enferma() con diagnóstico de:

47. Asiste al médico por: control preventivo()
 sólo cuando se enferma() por las dos cosas()

48. Actualmente usa algún medicamento por prescripción
 médica: Sí() No() ¿Cual? _____

49. Donde se realizó sus controles pre natales:
 médico privado() médico estatal() Ambos()

50. ¿Cuántas veces ha estado embarazada en su vida, y en cuáles años?: _____
51. ¿Cuántas veces ha tenido parto vaginal, y en cuáles años?: _____
52. ¿Cuántas veces ha tenido cesáreas, en cuáles años y por que diagnóstico?: _____
53. ¿Cuántas veces ha tenido abortos en su vida, y en que años?: _____
54. ¿Cuántas semanas tenía el producto y cual fue el diagnóstico de la pérdida?: _____

55. ¿Recuerda en qué sala o servicio laboraba cuando sufrió la pérdida?: _____

56. ¿Alguna vez ha sido incapacitada durante sus embarazos por amenaza de pérdida?: sí() no()
57. ¿Se ha acogido a la licencia por gravidez antes de las seis semanas que estipula la ley para no perder a su bebé?: sí() no() En la semana N° _____
58. ¿Durante sus controles pre - natales le han diagnosticado alguna patología?: sí() no()
cuál: _____

59. Tiene historial personal o familiar de:

Pre eclampsia:	sí _____	no _____
Eclampsia:	sí _____	no _____
Ovito Fetal:	sí _____	no _____
Aborto espontáneo:	sí _____	no _____
Amenaza de aborto:	sí _____	no _____
Amenaza de Parto prematuro:	sí _____	no _____
Problemas Genéticos:	sí _____	no _____

60. ¿Cuáles actividades considera usted que realiza la enfermera durante su trabajo, que la pueden exponer a perder sus embarazos?: _____

61. ¿Cuántos hijos tiene en la actualidad?:

1 hijo() 2 hijos() 3 hijos() 4 hijos() y más()

62. ¿Cuándo fue su último PAP y cual fue el diagnóstico?:

63. ¿Durante su embarazo se le dio turno diurno permanente, como lo establece el Código de Trabajo para las mujeres embarazadas?: sí() no()

64. ¿Se le ubicó en salas o servicios con menor riesgo biológico, o con menor volumen de trabajo?: sí() no()

65. ¿Considera que en su institución le tiene alguna consideración especial a la embarazada?: sí() no()

66. ¿Considera que el trabajo de la enfermera es un oficio de riesgo?: sí() no(). Si su respuesta es sí, el riesgo lo considera: Alto() Bajo() Normal().

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE ENCUESTA

Este instrumento tiene la finalidad de facilitar la recolección sistemática de todos los datos que permitirán conocer a las enfermeras sujeto de estudio y hacer un análisis sobre los riesgos psico-sociales laborales presentes durante el embarazo, que puedan alterarlo; por lo tanto figuran en el mismo, los datos socioeconómicos, culturales y los antecedentes familiares, personales, laborales, ginecológicos y obstétricos de la encuestada.

El llenado del instrumento debe ser en su original con letra clara (imprenta) con tinta y los paréntesis se llenarán con ganchos (✓). El formulario es para manejo exclusivo del investigador, los salubristas encuestadores y los sujetos de estudio. Es importante que la persona encargada de aplicar el formulario los enumere, con el propósito de evaluar los datos que proporcionarán los sujetos de análisis.

CONSIDERACIONES GENERALES

El llenado del instrumento se iniciará con los siguientes datos:

No deberá colocarse nombre del sujeto de análisis, ni hay que especificar el sexo, ya que todos los individuos son del género femeninos.

Número de encuesta: Anotar el número del instrumento asignado a la enfermera por el encuestador y el investigador, acompañado con un guión y su número de Seguro Social.

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y ESCOLARIDAD:

1. **Edad:** Anotará la edad de la enfermera en años cumplidos.
2. **Dirección de su residencia:** Anotará la dirección actual completa de la enfermera; nombre de la calle, número de la casa, el sector y corregimiento.
3. **Estado Civil:** Señalará con un gancho (✓) en el casillero correspondiente, el estado civil de la enfermera en el momento de llenar el formulario.
4. **Último Estudio académico realizado:** Escribirá en la línea correspondiente, el nivel de instrucción de la enfermera en la actualidad, los cuales pueden ser: Enfermera Básica, Licenciatura, Post Básico, Post Grado y Maestría.
5. **Estudia actualmente:** Señalará con un gancho (✓) si estudia o no en el momento de llenar el formulario.
6. Si la respuesta anterior es afirmativa, debe especificar que estudia en la actualidad.
7. **Cuántas materias esta estudiando actualmente:** Señalará con un gancho (✓) Cuántas materias esta estudiando en el momento de llenar el formulario.
8. **Alguna de las materias incluye práctica clínica:** Señalará con un gancho (✓) si alguna de las materias incluye práctica clínica en el momento de llenar el

formulario y escribirá en la línea correspondiente cuántas horas dura la práctica.

9. Dónde realiza su práctica clínica actualmente: Escribirá en las líneas correspondientes dónde realiza su práctica clínica y en qué horario.

B. DATOS LABORALES Y FACTORES DE RIESGO LABORAL

10. Años de servicio: Anotará la edad en años cumplidos de laborar como enfermera.

11. Institución donde trabaja: Anotará el nombre de la institución de salud donde actualmente brinda sus servicios profesionales.

12. Servicio donde labora actualmente: Anotará el nombre de la sala o servicio de su institución de salud, donde actualmente brinda sus servicios profesionales.

13. Su situación actual de trabajo es: Señalará con un gancho (✓) su situación de trabajo en el momento de llenar el formulario.

14. Trabaja en otro empleo: Señalará con un gancho (✓) si trabaja en otro empleo actualmente.

15. Si su respuesta es afirmativa, especifique donde labora: Anotará el nombre de la otra institución de salud, donde actualmente brinda sus servicios profesionales.

- 16. Tipos de turnos que realiza:** Señalará con un gancho (✓) los tipos de turnos que realiza en su trabajo en el momento de llenar el formulario.
- 17. Actualmente que secuencia de turnos tiene su sala:** Anotará la secuencia de turnos que actualmente tiene su sala.
- 18. Dobla turnos por necesidad de servicio con que frecuencia:** Señalará con un gancho (✓) con qué frecuencia dobla turnos por necesidad de servicio actualmente.
- 19. Su salario actual es:** Señalará con un gancho (✓) el salario que devenga por su trabajo en el momento de llenar el formulario.
- 20. Qué tiempo dura el trayecto de su casa a la institución de salud donde labora:** Señalará con un gancho (✓) el tiempo que dura el trayecto de su casa a la institución de salud donde labora actualmente y anotará el tiempo de duración en horas o fracción de hora.
- 21. Considera que en su trabajo la supervisan:** Señalará con un gancho (✓) la frecuencia y tipo de supervisión.
- 22. Considera usted que la institución donde trabaja le proporciona:** Señalará con un gancho (✓) que incentivos le proporciona su institución y anotará en el espacio correspondiente cuáles son.

- 23. Su trabajo le genera algún tipo de:** Señalará con un gancho (✓) qué molestias de las indicadas, percibe que le produce el trabajo.
- 24. Considera usted que su trabajo le exige:** Señalará con un gancho (✓) el nivel de responsabilidad que usted considera que tiene en su trabajo.
- 25. Su trabajo es física y mentalmente:** Señalará con un gancho (✓) que situación se presenta más en su trabajo.
- 26. Le han establecido claramente pausas de descanso como:** Señalará con un gancho (✓) qué tipos de pausa tiene en su trabajo y anotará la duración.
- 27. Su salario está condicionado al escalafón:** Señalará con un gancho (✓) que opción define mejor sus ingresos salariales.
- 28. Su sala o servicio de trabajo se considera de:** Señalará con un gancho (✓) la demanda, volumen de pacientes, condición de los pacientes y los cuidados que necesitan.
- 29. Considera que su ritmo de trabajo es:** Señalará con un gancho (✓) el tipo de movimientos, tareas y duración de sus actividades de trabajo.

- 30. Los muebles de la estación de enfermería donde realiza sus actividades administrativas son:** Señalará con un gancho (✓) la comodidad y altura que tienen los muebles de la estación de enfermería.
- 31. Las camas y mesitas de los pacientes, o las camillas de los cubículos, tienen un espacio que le permiten hacer su trabajo con:** Señalará con un gancho (✓) la facilidad o dificultad para desplazarse en la unidad del paciente.
- 32. La altura de este mobiliario es:** Señalará con un gancho (✓) la altura que tienen los muebles de la unidad del paciente para el personal de enfermería.
- 33. Los atriles o ganchos para guindar venoclisis son:** la altura que tienen atriles y como los alcanza.
- 34. El clima de su sala por lo general es:** Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje como es el clima de su sala en la mayoría de los turnos.
- 35. La iluminación de su servicio de trabajo es:** Señalará con un gancho (✓) la opción que indique como es la iluminación de su área de trabajo, si hay suficientes lámparas, si funcionan y si es luz blanca.
- 36. Su sitio de trabajo tiene ruidos:** Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen los tipos de ruido de su servicio de trabajo y sus posibles fuentes,

especificando los otros que no esté dentro de las opciones dadas.

37. Usa en su área de trabajo algún tipo de sustancias química: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen los tipos de sustancias química que usa en su área de trabajo.

38. En su trabajo está expuesta a algún procedimiento con: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen los procedimientos con energía física o sustancias químicas.

39. En su área de trabajo está expuesta a algún tipo de agente biológico: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen los agentes biológicos a los que se expone en su área de trabajo.

40. Durante su trabajo maneja algún tipo de fluido biológico: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen los fluidos biológicos que maneja en su área de trabajo.

41. Considera que la institución le proporciona el equipo necesario para su protección personal durante su trabajo: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen las condiciones de protección personal y equipo (guantes, mascarillas, batas, protector de ojos, tanques para material punzo cortante, etc.) que le da la institución para usar en su trabajo.

C. DATOS FAMILIARES:

42.El ingreso familiar mensual es de: Se anotará en Balboas (B/.) La cantidad de la suma total de los ingresos que generan los miembros de la familia.

43.El total de miembros que viven con usted en casa es:

Se anotará la cantidad total de personas que habitualmente duermen en la vivienda.

44.La(s) persona(s) que realiza(n) los oficios domésticos:

Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen la(s) persona(s) que realiza(n) los oficios domésticos en su hogar.

45.La persona que se encarga del lavado y planchado es:

Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen la(s) persona(s) que se encarga(n) del lavado y planchado en su hogar.

D. ATENCIÓN DE SALUD Y CONDICIÓN OBSTÉTRICA:

46.En su última cita médica el doctor la diagnóstico como:

Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen la condición de salud que le estableció su médico en su último control de salud. En caso de un diagnóstico patológico anotará el nombre de la enfermedad en el espacio en blanco.

47.Asiste al médico por: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen la razón por la que asiste al médico.

- 48. Actualmente usa algún medicamento por prescripción médica:** Señalará con un gancho (✓) la opción que indica el uso de medicamentos, y en caso afirmativo, anotará el nombre del medicamento.
- 49. Donde se realizó sus controles pre natales:** Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen donde se realiza el control prenatal, cuántos controles fueron, en qué etapa del embarazo y si fue con médico general u obstétra.
- 50. ¿Cuántas veces ha estado embarazada en su vida, y en cuáles años? :** Anotará el número de veces que ha estado embarazada en su vida, y en cuáles años, respectivamente.
- 51. ¿Cuántas veces ha tenido parto vaginal, y en que años? :** Anotará el número de veces que ha tenido parto vaginal en su vida, y en que años, respectivamente.
- 52. ¿Cuántas veces ha tenido cesáreas, en cuáles años por cuál diagnóstico? :** Anotará en el espacio en blanco cuantas veces ha tenido cesáreas en su vida, y en que años y por que diagnóstico se le indico la cesárea.
- 53. ¿Cuántas veces ha tenido abortos en su vida, y en cuáles años? :** Anotará en el espacio en blanco cuantas veces ha tenido Pérdida(s) de producto(s) en su vida, y en cuál es año(s) fue(ron).

- 54. ¿Cuántas semanas tenía el producto y cuál fue el diagnóstico de la pérdida?** : Anotará en el espacio en blanco cuántas semanas tenía el(los) producto(s) en el momento de la Pérdida, y en cuál es año(s) fue(ron) y el(los) diagnóstico(s).
- 55. ¿Recuerda en cuál sala o servicio laboraba cuando sufrió la pérdida?** : Anotará en el espacio en blanco el lugar específico donde trabajaba cuando sufrió la Pérdida Reproductiva.
- 56. ¿Alguna vez ha sido incapacitada durante sus embarazos por amenaza de pérdida?:** Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí ha sido incapacitada durante sus embarazos por amenaza de pérdida del producto. En qué período se incapacitó y por cuánto tiempo.
- 57. ¿Se ha acogido a la licencia por gravidez antes de las seis semanas que estipula la ley para no perder a su bebé?:** Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí se acogió a la licencia antes de lo que estipula la Ley, y anotará en el espacio en blanco el número de semana(s) previas a lo establecido por las normas legales.
- 58. ¿Durante sus controles pre natales le han diagnosticado alguna patología?:** Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí tenía diagnosticadas patologías y anotará en el espacio en blanco cuál patología fue.

59. Tiene historial personal o familiar de: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen si tenia o no historial personal o familiar de patologías obstétricas.

Pre eclampsia:	sí _____	no _____
Eclampsia:	sí _____	no _____
Ovito Fetal:	sí _____	no _____
Aborto espontaneo:	sí _____	no _____
Amenaza de aborto:	sí _____	no _____
Amenaza de parto prematuro:	sí _____	no _____
Problemas Genéticos:	sí _____	no _____

60. ¿Cuáles actividades considera usted que realiza la enfermera durante su trabajo en la institución, que la pueden exponer a perder sus embarazos?: Anotará en el espacio en blanco las actividades que realiza la enfermera que Usted considera que la pueden exponer a perder sus embarazos.

61. ¿Cuántos hijos tiene en la actualidad?: Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje el número de hijos que tiene actualmente.

62. ¿Cuándo fue su último PAP y cuál fue el diagnóstico?: Anotará en el espacio en blanco la fecha en mes y año de su última prueba de Papanicolau y el resultado del diagnóstico citopatológico.

63. Durante su embarazo se le dio turno diurno permanente, como lo establece el Código de Trabajo para las mujeres embarazadas: Señalará con un gancho (✓) las opciones que reflejen si se le concedió turno diurno permanente.

64.¿Se le ubicó en salas o servicios con menor riesgo biológico, o con menor volumen de trabajo?: Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí se le traslado a servicios con menor riesgo biológico y volumen de trabajo.

65.¿Considera que en su institución le tiene alguna consideración especial a la embarazada?: Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí las embarazadas reciben trato especial en su institución.

66.Considera que nuestro trabajo es un oficio de riesgo: Señalará con un gancho (✓) la opción que refleje sí considera que el trabajo de la enfermera es un oficio de riesgo, y en que nivel de riesgo usted lo ubica.

Observación:

Por lo extenso del instructivo, el glosario de las variables que se evalúan en el instrumento se les entregará a los salubristas encuestadores en un folleto aparte, previa orientación y discusión ejemplificada de los términos en la sesión de capacitación de encuestadores.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PRIMERA ETAPA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento diseñado, con la previa evaluación de los contenidos de los ítems por los Técnicos de Psico-social del Programa de Salud Ocupacional y de un Gineco - obstetra Perinatólogo, con las correcciones correspondientes, se validó mediante una aplicación piloto entre las enfermeras de la Región de Salud de Panamá Oeste, específicamente en el Hospital General Nicolás A. Solano del Distrito de La Chorrera. Esta institución presta los mismos servicios de salud que el Hospital Santo Tomás, con la similitud de la alta densidad de población y áreas semi - urbanas, que caracterizan al Distrito de La Chorrera. De esta manera se procuro que la muestra de enfermeras fuera lo más parecida posible a la población con la que se trabajó en este estudio.

La aplicación del instrumento no tomó más de una hora, ya que se aplicó en las áreas de trabajo de las enfermeras. Las enfermeras entregaron el instrumento antes de finalizar una hora, y se trató de que respondieran la mayor cantidad de preguntas sin ayuda, se marcaron con un asterisco las preguntas que necesitaron alguna explicación u orientación adicional, por lo que se debieron descartar o reformular dichos ítems. Esto se pudo observar sólo después de que todas las enfermeras de la prueba piloto llenaron el instrumento, para luego realizar las correcciones correspondientes y re estructurar el formulario.

Las instrucciones que se le dieron a las enfermeras al inicio del llenado del instrumento fueron las siguientes:

"Estamos realizando una investigación de Salud Ocupacional y para esto necesitamos de su cooperación en el sentido de que conteste el siguiente formulario. No será necesario que coloque su nombre, sino sólo los datos que allí se le solicitan y que marque con un gancho (/) los paréntesis que corresponden a la respuesta correcta y conteste brevemente los espacios en blanco. Por favor, lea muy bien las instrucciones y las preguntas, y si no entiende algo de las mismas, pregúntenos, que nosotros estamos cerca, en espera de su cooperación, en este estudio".

Debido a que nuestros grupos de caso y control estarían constituidos por 41 enfermeras respectivamente, la muestra de la prueba piloto representó aproximadamente el 12% de la muestra, por lo que constó de 10 sujetos en total, de las cuales todas eran enfermeras del Ministerio de Salud, que laboran en el Hospital General Nicolás A. Solano y finalmente la muestra se mantuvo constituida por estas 10 unidades similarmente representativas de los grupos de caso y control.

Los sujetos de la muestra de la prueba piloto respondieron a los mismos criterios de selección que la muestra de estudio, que eran: sexo femenino, comprendidas en el grupo de edad reproductiva, entre los 21 y 45 años de edad, susceptibles a embarazarse debido a su capacidad reproductiva, entre el 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1999, con profesión de enfermeras y que son funcionarias en la Región de Salud de Panamá Oeste, especificando su

sitio de trabajo en el segundo nivel de atención, correspondiendo las 10 enfermeras al nivel hospitalario.

Las dificultades que principalmente quisimos detectar se concentraron en la comprensión de algunos conceptos y variables mencionados en el instrumento, indicando con un asterisco las que requirieron de alguna guía o explicación adicional por parte del encuestador por solicitud de la enfermera que contestó el instrumento, ya que consideramos todos los ítems y variables que dificultaron la comprensión, como significativos y sujetos a corrección.

Otras dificultades que se observaron, correspondieron al aspecto mecánico de la aplicación del instrumento, como fueron la inadecuada colocación de los datos de identificación y escolaridad, así como la selección de más de una alternativa en aquellos ítems que sólo estaban diseñados para una sola respuesta cerrada (preguntas afirmativas o negativas).

Los resultados de estas pruebas pilotos nos señalaron cuáles ítems fueron de fácil comprensión y cuáles fueron sujetos de corrección según los siguientes criterios de análisis de ítems:

- 1. Funcionalidad de las alternativas:** Se refirió a la capacidad que tenían las diferentes alternativas de cada ítem para atraer a los sujetos que no entendían o no discriminaban la respuesta correcta. Lo esperado era que la enfermera solicitara ayuda para conocer cada alternativa o que una de las alternativas incorrectas

fuera elegida por dichos sujetos, es decir, que resultaban verdaderos distractores para los que no entendieron el ítem. Se procedió a tabular los resultados obtenidos para cada ítem, a fin de seleccionar aquellos que llenaron este requisito e identificar a los que eran sujeto de re elaboración.

- 2. Índice de dificultad e índice de discriminación de los ítems:** El índice de dificultad de cada ítem se refirió al porcentaje de sujetos que respondieron correctamente al ítem. A medida que el porcentaje se acercó a 100%, el ítem se considero más fácil. A menor porcentaje, por el contrario, mayor fue la dificultad presentada por el ítem. El índice de dificultad de los ítems se obtuvo a través de la formula:

$$P = \frac{fr . f}{N}$$

Donde: P= Índice de dificultad
 fr . f= Frecuencia de respuestas correctas
 N= Número total de respuestas

El índice de discriminación, señaló la capacidad que tenía cada ítem de diferenciar entre aquellos sujetos que entendían y los que no entendían el contenido evaluado. Para obtener dicho índice se ordenaron los instrumentos desde el que tenía mayor número de ítems contestados sin ayuda y sin dificultad, hasta los instrumentos que requirieron mayor ayuda y presentaron

mayor dificultad, separándose después el 25% superior y el 25% inferior de los mismos (3 instrumentos en cada extremo). Con estos grupos, se determinó cuántos sujetos del grupo superior respondieron sin dificultad al ítem y cuántos del grupo inferior hicieron lo mismo.

La fórmula para el cálculo del índice de discriminación fue:

$$D = \frac{F_a - F_b}{1/2T}$$

Donde: D= Índice de discriminación

Fa= Frecuencia de altos (grupo superior) que respondieron al ítem sin dificultad.

Fb= Frecuencia de bajos (grupo inferior) que respondieron al ítem sin dificultad.

T= Total de sujetos.

Un índice de discriminación positivo señaló que el ítem fue capaz de discriminar entre los sujetos que entienden y los que no entienden, lo cual resultó más efectivo a medida que el índice se acercó a uno (1). Un índice de discriminación negativo o igual a cero indicó que el ítem no fue capaz de realizar una discriminación adecuada de las alternativas presentadas.

Se dejaron los ítems que tenían índices de dificultad menores a uno y los que tenían un índice de discriminación positivo, mayor o igual a uno.

SEGUNDA ETAPA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Luego de obtener los ítems validados de la primera prueba piloto, se procedió a confeccionar una nueva lista de ítems en un nuevo instrumento, esta vez con los ítems de confusión adecuadamente revisados y corregidos por los técnicos especializados en las distintas áreas evaluadas, algunos completamente nuevos y otros reestructurados sobre la base de los resultados obtenidos en el primer pilotaje.

La segunda aplicación del instrumento se realizó en otro nuevo grupo de 10 enfermeras del Hospital Nicolás A. Solano, que se seleccionaron con base a los mismos criterios que el grupo de la primera prueba piloto, pero en otras enfermeras que no hubieran sido previamente sensibilizadas a la aplicación del instrumento.

Nuevamente se tomaron el 25% superior y el 25% inferior de las mismas (3 instrumentos en cada extremo), sobre la base del criterio de responder sin dificultad a los ítems.

Con el objetivo de solucionar las dificultades mecánicas que pudieron presentarse en la aplicación del instrumento, además de las instrucciones dadas en el primer pilotaje, se enfatizó la necesidad de responder a todas las preguntas y elegir sólo entre las alternativas presentadas. Además, se revisó cada instrumento a medida que se fueron entregando, a fin de verificar que se colocaron bien los datos solicitados. El formato del encabezado del instrumento también pudo ser modificado para facilitar su comprensión y posterior tabulación en caso de que fuera necesario.

El análisis de los ítems se realizó de la misma manera que en la primera aplicación. De los resultados que se obtuvieron del segundo pilotaje se seleccionaron los ítems, cuyos índices de dificultad estaban por debajo de uno, y con un índice de discriminación mayor o igual a uno.

3. ORGANIZACIÓN DE LA PRUEBA FINAL

La prueba final se elaboró con los ítems seleccionados del primer y segundo pilotaje, dividido según las seis dimensiones a evaluar. Los ítems fueron agrupados por temas y ordenados de acuerdo a su índice de dificultad, del más fácil al más difícil. Esto resultó beneficioso para los propósitos del estudio, ya que al constituir el instrumento inicialmente una prueba difícil, pudo evidenciar con mayor facilidad los resultados que se esperaban recoger, ya que la enfermera se concentró más en el grado de dificultad de la pregunta, que en el contenido que se evaluó.

4. DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la fórmula de Kuder-Richardson 20, de la siguiente forma:

- Inicialmente se confeccionó una lista con los puntajes extremos de preguntas o ítems contestados sin dificultad ni ayuda, la lista tenía los números de formularios con el número de preguntas contestadas, tanto altos como bajos, de ambos grupos de caso y control, de acuerdo a la información obtenida a través de los dos pilotajes. De esta lista se seleccionaron los 5 formularios con preguntas o ítems contestados más

altos y los 5 formularios con el menor número de preguntas o ítems contestados, con lo que la muestra para la determinación de la confiabilidad, estaba constituida por un total de 10 formularios, que representaron el 10% de la muestra de estudio.

- Para cada formulario se tabularon las respuestas dadas a cada uno de los ítems, categorizándolas en correctas e incorrectas y de esta forma se obtuvo una tabla con el número de respuestas correctas dadas por los cuarenta sujetos a cada uno de los ítems. Así mismo se tabularon los puntajes totales obtenidos por cada uno de los sujetos en el instrumento.
- Estos datos se aplicaron a la fórmula de Kuder-Richardson 20, que es la siguiente:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \cdot 1 - \frac{\sum pq}{S t}$$

Donde: K= Número de ítems

$\sum pq$ = Sumatoria de la proporción de aciertos por la proporción de fallas para cada ítem

S t= Varianza total del test

- Este resultado nos indicó si el instrumento poseía un alto índice de confiabilidad, lo que aunado al procedimiento de validación de los ítems, brindó un alto grado de confianza en los resultados obtenidos a través del mismo.

5. Normas e estadísticas

Las normas estadísticas del instrumento fueron expresadas en puntuaciones estándar, a través de la siguiente fórmula:

$$t = z(10) + 50$$

Donde: $z = \frac{X - X}{S}$.

Para los cálculos correspondientes se utilizaron los puntajes obtenidos por los sujetos considerados para el cálculo de confiabilidad.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados de la información registrada en la encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Santo Tomás nos ha permitido realizar un diagnóstico y determinar los aspectos cualitativos y cuantitativos de los factores de riesgo psico-sociales laborales identificados y su relación con la Predisposición a la Pérdida Reproductiva y su impacto en las condiciones de salud laboral de las enfermeras del Hospital Santo Tomás.

La evaluación desde el punto de vista psico-social, tiene su fundamento a partir del concepto de "Inspección Sanitaria de las Condiciones de Trabajo", la cual se entiende como el conjunto de estudios que tienen el propósito de determinar las características del ecosistema de trabajo y su relación con la Salud de los Trabajadores (Díaz Mérida, 1982).

Esto involucra las etapas de reconocimiento de los factores, la cuantificación y cualificación de éstos y el establecimiento de las medidas de prevención y control adecuados, además se constituye en un mecanismo eficaz de valoración y evaluación de la organización del trabajo y de la estructura formal o informal de los centros de trabajo, lo cual permite una visión integral de la relación hombre-trabajo, desde una perspectiva biológica, social y psicológica (Díaz Mérida, 1982).

Los métodos utilizados en la vigilancia del ambiente de trabajo tienen por efecto conocer en cada momento los

estímulos de agresión y las respuestas biológicas y psicosociales del hombre y sus procedimientos básicos son el reconocimiento preliminar (Sensorial), el reconocimiento detallado y evaluación de la organización y contenido del trabajo (estructura organizativa y análisis de los puestos y sus demandas) y las técnicas de control de los riesgos (Cano, Marshall y Vázquez, 1988).

Está orientada a la identificación y descripción de factores de riesgo de tipo psico-sociales, presentes en el medio ambiente laboral y al establecimiento de las implicaciones teóricas que tales factores pueden tener en la salud de los trabajadores expuestos, mediante la asignación de los riesgos potenciales inherentes y las medidas preventivas a través de recomendaciones (Cano, Marshall y Vázquez, 1988).

Uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizan en la inspección psico-social son las entrevistas mediante cuestionario abierto y encuestas aplicadas a los trabajadores, destinadas al conocimiento del contenido y de la estructura organizativa del centro de trabajo y de sus características físicas, sociales y psicológicas, además de las observaciones de campo para lograr un enfoque más integral de la problemática de la Salud Ocupacional (Cano, Marshall y Vázquez, 1988).

La población fue obtenida al azar del universo de enfermeras que laboran en el Hospital Santo Tomás, después de haber aplicado 250 formularios de encuesta a este personal de enfermería, que había experimentado uno o más

embarazos del 1 de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1999. De esta población se seleccionó la muestra de 41 casos con sus respectivos controles de las enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

A. Datos personales de las enfermeras

Cuadro IX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Grupo de Edad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Grupo de Edad	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
25 - 29	8	9.8	4	4.9	4	4.9
30 - 34	33	40.2	16	19.5	17	20.7
35 - 39	37	45.1	19	23.2	18	21.9
40 - 44	4	4.9	2	2.4	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

La muestra de enfermeras que constituyeron el estudio para determinar los factores de riesgo psicosociales de carácter laboral que están asociados a la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras, indicó que los grupos de edad más representativos con la incidencia y prevalencia de los embarazos y la Predisposición a Pérdidas Reproductivas fueron los comprendidos entre las edades de 35 a 39 con un porcentaje de 45.1% y el de 30 a 34 años con un porcentaje de 40.2%.

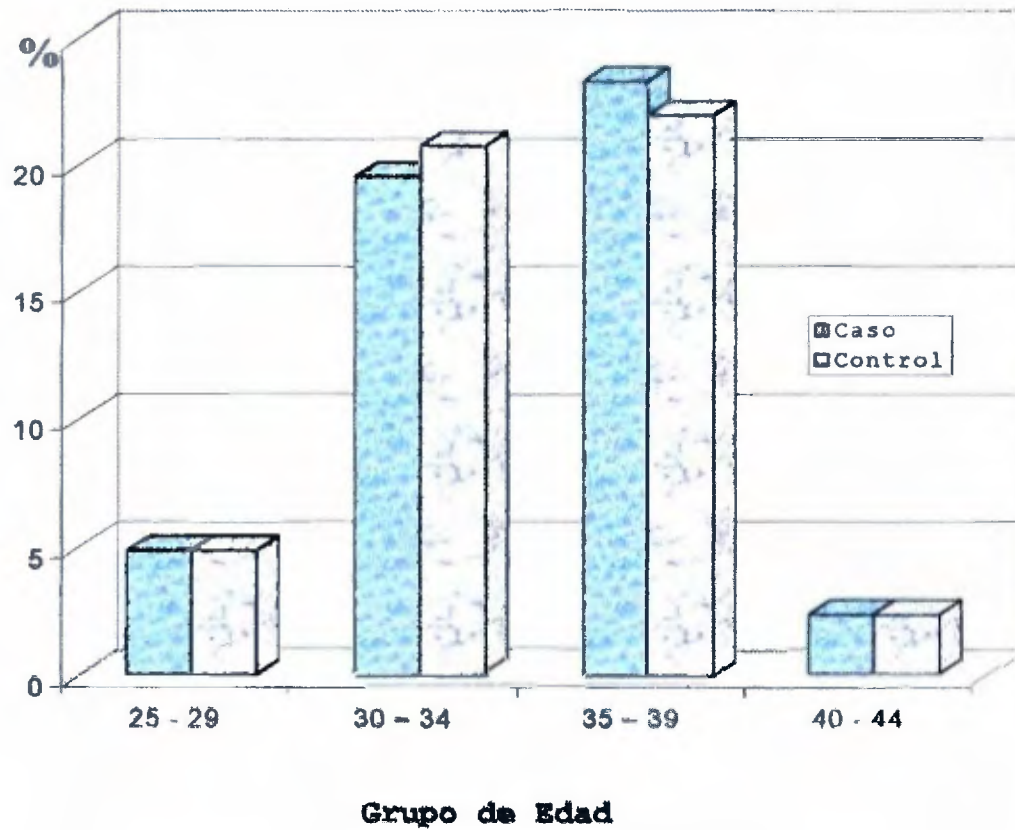
Los porcentajes de casos más elevados para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas se registraron entre los 35 a 39 años con un porcentaje de 23.2%, seguido del grupo de 30 a 34 años que presentó un 19.5% de los casos; ambos grupos se caracterizan por incluir predominantemente mujeres secundigesta y trigesta.

En el análisis estadístico comparativo de contingencia de los grupos de edad menores de 35 años y aquellas mayores de 35 años, según el criterio obstétrico que establece que las mujeres mayores de 35 años son consideradas sujetos de alto riesgo, se obtuvo un valor significativo de la razón de disparidad de 1.10, con valores límites de 0.42 a 2.87, lo que indica que si hay una relación entre la edad de 35 y más años y la probabilidad de desarrollar Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, lo que coincide con las Normas Técnicas de Atención de la Embarazada de Alto Riesgo Obstétrico, que establecen que toda mujer mayor de 35 años debe ser considerada de Alto Riesgo por su edad.

En lo que respecta al valor de la Prueba de X^2 para determinar si hay diferencias significativas entre los grupos de casos y controles, se encontró un X^2 de 0.05 con un valor P de 0.825; se acepta la hipótesis nula que establece que los casos y los controles tienen iguales condiciones para el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de edad, y que ambos tienen la misma expectativa de sufrirla según su grupo etareo.

A. Datos personales de las Enfermeras

Gráfica I: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Grupo de Edad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro X: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según lugar de residencia, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Lugar de residencia	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Arraiján	14	17.1	9	11.0	5	6.1
Capira	1	1.2	0	0	1	1.2
Chorrera	6	7.3	1	1.2	5	6.1
San Miguelito	20	24.4	13	15.9	7	8.5
Centro de La Ciudad	10	12.2	7	8.5	3	3.7
Afuera de la Ciudad	29	35.4	11	13.4	18	22
Pacora	1	1.2	0	0	1	1.2
Colón	1	1.2	0	0	1	1.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

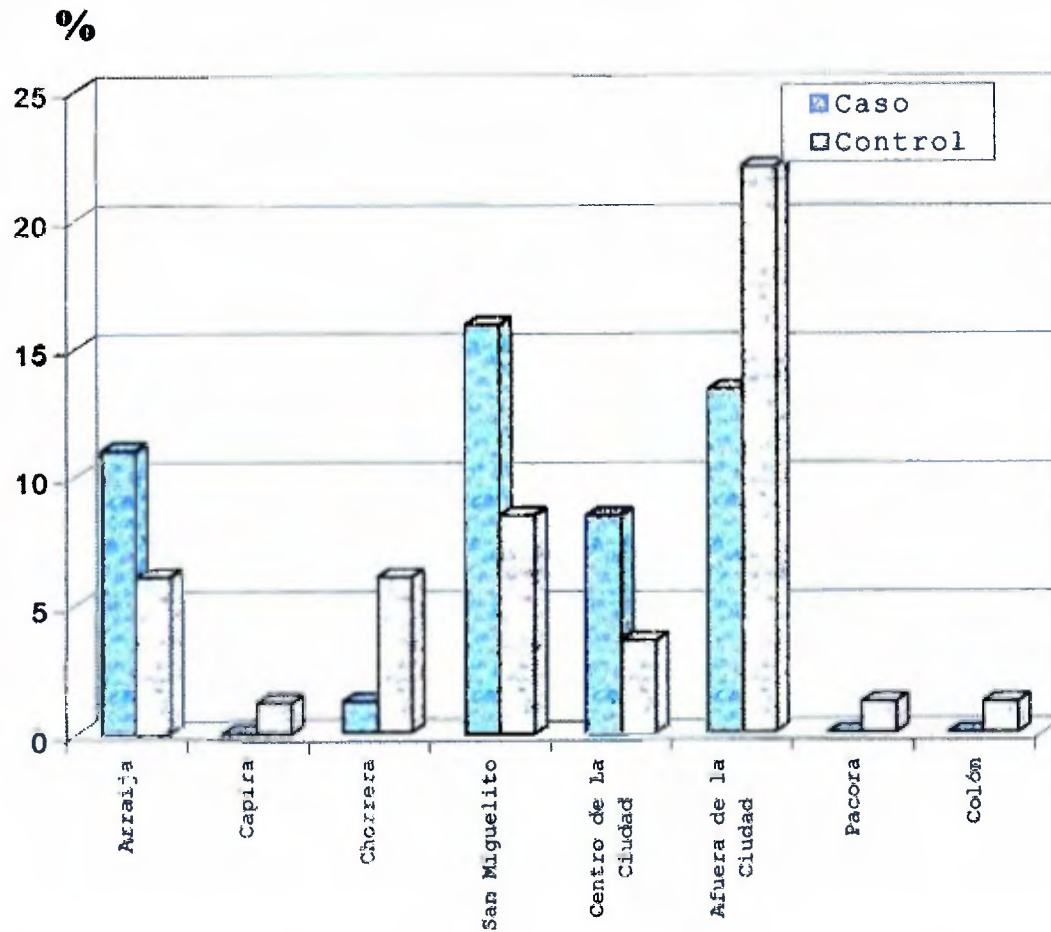
Los porcentajes de casos y controles evaluados por la Predisposición a Pérdidas Reproductivas, en la población de estudio según lugar de residencia, indicaron que los grupos de residencia con los porcentajes más elevados eran los comprendidos entre las Afueras de la Ciudad, compuesto por los sectores de Chilibre, Juan Díaz, Pedregal y Tocumen, con un 35.4%, seguido por el Área de San Miguelito con un porcentaje total de 24.42% y el Distrito de Arraiján con un 17.1%.

Los porcentajes de casos de Pérdidas Reproductivas más elevados pertenecen a los sectores de San Miguelito con un 15.9% y las afueras de la ciudad con un 13.4%, los cuales se caracterizan por su larga distancia de trayecto hacia la institución.

Al estratificar a los grupos de residencias en dos grandes sub - grupos: Enfermeras que residen en las afueras de la ciudad, y las que residen dentro de la ciudad, según el criterio de que a menor distancia de trayecto se considera que hay un mayor riesgo de exposición al estrés debido al congestionamiento vehicular propio de la ciudad y que por lo general el personal que reside más cerca sale con el tiempo justo del hogar al trabajo; se encuentra que al someter a los dos grupos a un análisis de contingencia, se observa un valor significativo de Odds ratio de 2.61, lo que significa que sí hay relación entre el lugar de residencia y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas.

En lo que respecta al valor de la Prueba de X^2 para determinar si hay diferencias significativas entre ambos grupos, se calculó un X^2 de 1.82 un valor P de 0.177, se acepta la hipótesis nula que establece que los casos y los controles tienen iguales condiciones para el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que residen en el centro de la ciudad que realiza un desplazamiento al medio laboral más corto y tienen un riesgo mayor de estresarse en comparación con las que residen en las afueras de la ciudad que programan un mayor tiempo para su desplazamiento, por el largo trayecto de su casa a la institución y viceversa.

Gráfica II: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Lugar de Residencia, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Estado Civil, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Estado civil	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Divorciada	11	13.4	7	8.5	4	4.9
Casada	69	84.1	34	41.5	35	42.7
Soltera	2	2.4	0	0	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Los porcentajes de casos y controles evaluados por la Predisposición a Pérdidas Reproductivas, en la población de estudio según estado civil, indicaron que el grupo con el porcentaje más elevado era el de las enfermeras casadas con un 84.1%, seguido por el grupo de las divorciadas con un porcentaje de 13.4%.

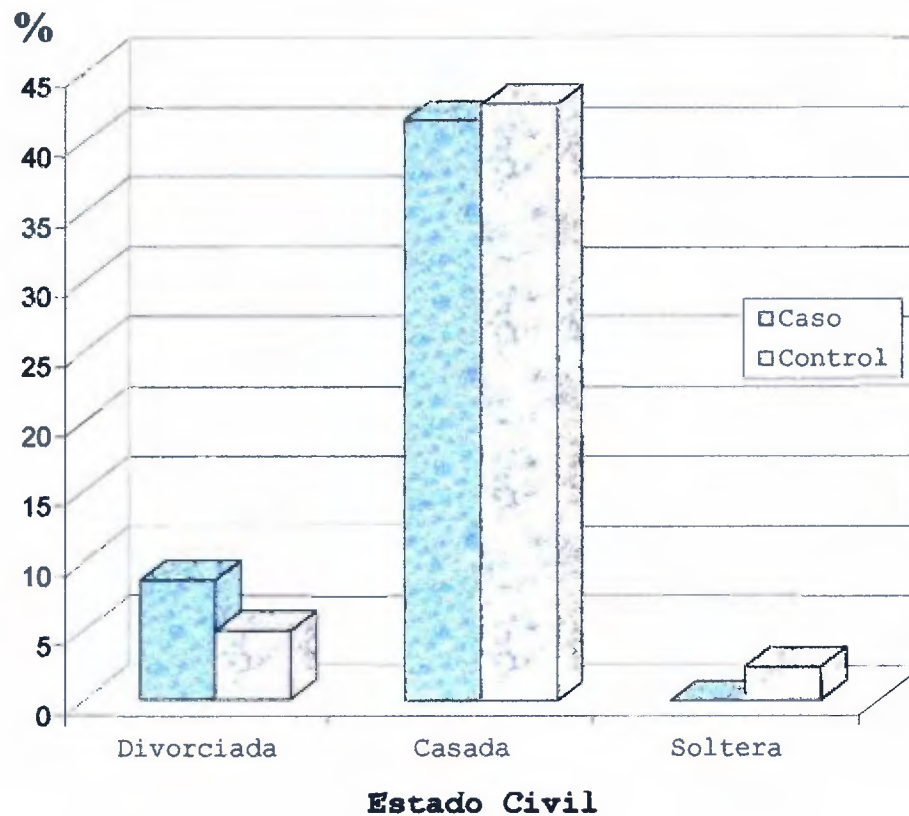
Al comparar los grupos de casos y controles constituido por las enfermeras casadas, observamos que casi guardan la misma relación de porcentajes con 41.5% y de 42.7% para los casos de Pérdidas Reproductivas y los controles respectivamente. En el estatus civil constituido por las enfermeras divorciadas, se aprecia que el porcentaje más elevado (8.5%) corresponde a las enfermeras que pertenecen al grupo de los casos.

Al subdividir a los grupos de estado civil en dos grandes subgrupos: las enfermeras casadas y el grupo de enfermeras divorciadas y solteras, tomando el criterio de

que una relación conyugal implica el apoyo del cónyuge a su pareja, contrario a la mujer divorciada y soltera que se convierte en la responsable del soporte económico del hogar y que consideraremos como el grupo expuesto, se encontró que al someter a los dos grupos a un análisis de contingencia, se calculó un valor significativo de Odds ratio de 1.20 dentro de los valores límites de (0.32 a 4.58), lo que significa que si hay relación entre el estado civil y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas.

En el cálculo de la Prueba de X^2 para determinar si había diferencias significativas entre los grupos de casos y controles en la variable de estado civil, se encontró un X^2 de 0.09 con un valor P de 0.76, lo que indica que no hay diferencia significativa entre los grupos de estado civil y el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de las solteras y divorciadas que tiene igual riesgo pese a ser la cabeza de familia, con relación al grupo de enfermeras casadas que cuentan con un cónyuge y un núcleo familiar integrado, por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que los casos y los controles tienen iguales condiciones de riesgo según el estado civil.

Gráfica III: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Estado Civil, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según nivel educativo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Nivel Educativo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Enfermera Básica	12	14.6	8	9.8	4	4.8
Licenciada	57	69.5	28	34.1	29	35.4
Post Básica	8	9.8	4	4.9	4	4.9
Post grado	1	1.2	0	0	1	1.2
Maestría	4	4.9	1	1.2	3	3.6

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Los porcentajes de casos y controles evaluados por la Predisposición a Pérdidas Reproductivas, en la población de estudio según nivel educativo, indicaron que el grupo con el porcentaje más elevado era el de las Licenciadas en Enfermería con un 69.5%, seguido por el grupo de las Enfermeras Básicas con un porcentaje de 14.6%.

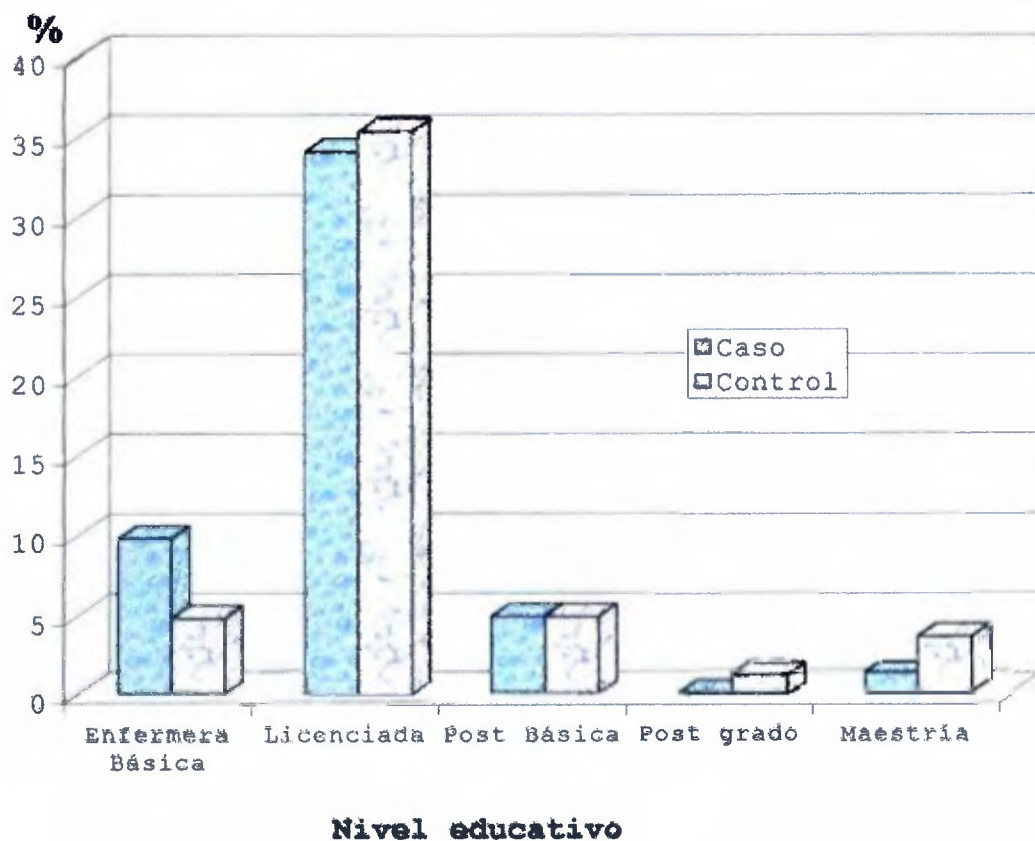
Al comparar los grupos de casos y controles constituido por las enfermeras con Licenciatura, observamos que casi guardan la misma relación de porcentajes con 34.1% y de 35.4% para los de casos de Pérdidas Reproductivas y los controles respectivamente. En el nivel constituido por las Enfermeras Básicas, se aprecia que el porcentaje más elevado (9.8%) corresponde a las enfermeras que pertenecen al grupo de los casos.

Al estratificar a los grupos de Nivel educativo en dos grandes subgrupos: enfermeras Básicas y el grupo de

Licenciadas en Enfermería y con Post Grado, tomando el criterio de que las nuevas normas de la profesión exigen que todas las enfermeras deben terminar la Licenciatura, lo que implica la presencia de un factor estresante para que no se les desmejore su condición laboral y salarial y por ende en un factor de riesgo, se observa que en el análisis de contingencia, se obtuvo un valor significativo de Odds ratio de 1.71 dentro de los valores límites de (0.55 a 5.38), lo que significa que si hay relación entre el nivel educativo y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas, donde queda evidenciado el hecho de que a mayor escolaridad de la mujer hay mejores condiciones de salud.

En el valor de la Prueba de X^2 para determinar si existían diferencias significativas entre ambos grupos según el nivel educativo, se observó un X^2 de 1.06 con un valor P de 0.30, que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras básicas que tienen igual riesgo pese a la exigencia de la nueva norma, con relación al grupo de las Licenciadas en Enfermería y con estudios de Postgrado que no cuentan con este estresor, aceptándose la hipótesis nula que establece que los casos y los controles tienen iguales condiciones de riesgo según el nivel educativo.

Gráfica IV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Nivel Educativo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los años de Servicios que poseen las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Años de Servicios que poseen las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Menor de 1 año	17	20.7	9	11	8	9.8
5 a 10 años	38	46.3	22	26.8	16	19.5
10 a más	27	32.9	10	12.2	17	20.7

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

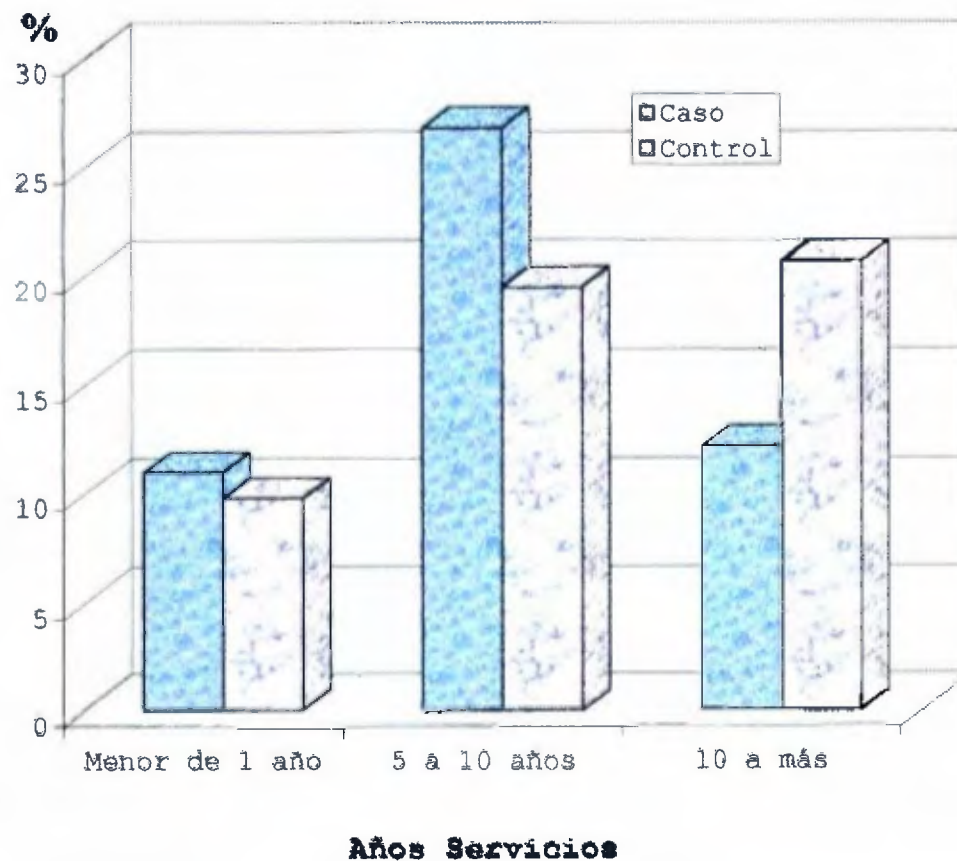
Los porcentajes de casos y controles evaluados por la Predisposición a Pérdidas Reproductivas, en la población de estudio según los años de servicio, indicaron que el grupo con el porcentaje más elevado era el de las enfermeras de 5 a 10 años de servicio con un 46.3%, seguido por el grupo de las Enfermeras con más de 10 años de trabajo, con un porcentaje de 32.9%.

En la comparación de los grupos de casos y controles constituido por las enfermeras de 5 a 10 años de servicio, se observó que el grupo de los casos de Pérdidas Reproductivas tiene el mayor porcentajes con 26.8% en comparación con el grupo de los controles con un 19.5%. En el nivel constituido por las enfermeras con más de 10 años de servicio, se aprecia que el porcentaje más elevado (20.7%) corresponde a las enfermeras que pertenecen al grupo de los controles.

Al reagrupar los rangos de años de servicio en dos grandes subgrupos: enfermeras con menos de 10 años y el grupo de enfermeras con más de 10 años de servicio, tomando el criterio de que todas las enfermeras nuevas deben rotar por los 4 servicios básicos de la institución: Cirugía, Medicina, Urgencias y la Maternidad, y que el perfil de formación dentro de la profesión exige que esta rotación sea dentro de los servicios más pesados para garantizar la mejor experiencia de reforzamiento para la idoneidad, lo que implica la presencia de múltiples factores estresantes propios de estos servicios y por ende en un factor de riesgo constante dentro de sus primeros 5 años de profesión; se observa que en el análisis de contingencia, se encuentra un valor significativo de Oddss ratio de 2.20 dentro de los valores límites de (0.77 a 6.31), lo que indica que si hay relación entre los años de servicio y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas.

En lo que respecta al valor de la Prueba de X^2 para determinar si hay diferencias significativas entre ambos grupos según los años de servicio, se obtuvo un X^2 de 2.71 con un valor P de 0.1, que señala que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con menos de 10 años de servicio que tiene igual riesgo pese a las exigencias de sus rotaciones para reforzamiento por su idoneidad, con relación al grupo de las Enfermeras con más 10 años de servicio que no están expuestas a estas rotaciones periódicas.

Gráfica V: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los años de Servicios que poseen las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XIV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el tipo de daño a la Salud resultante de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Tipo de daño a la Salud resultante de su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Agotamiento	45	54.9	21	25.6	24	29.3
Estrés	25	30.5	9	11	16	19.5
Fatiga crónica	12	14.6	11	13.4	1	1.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

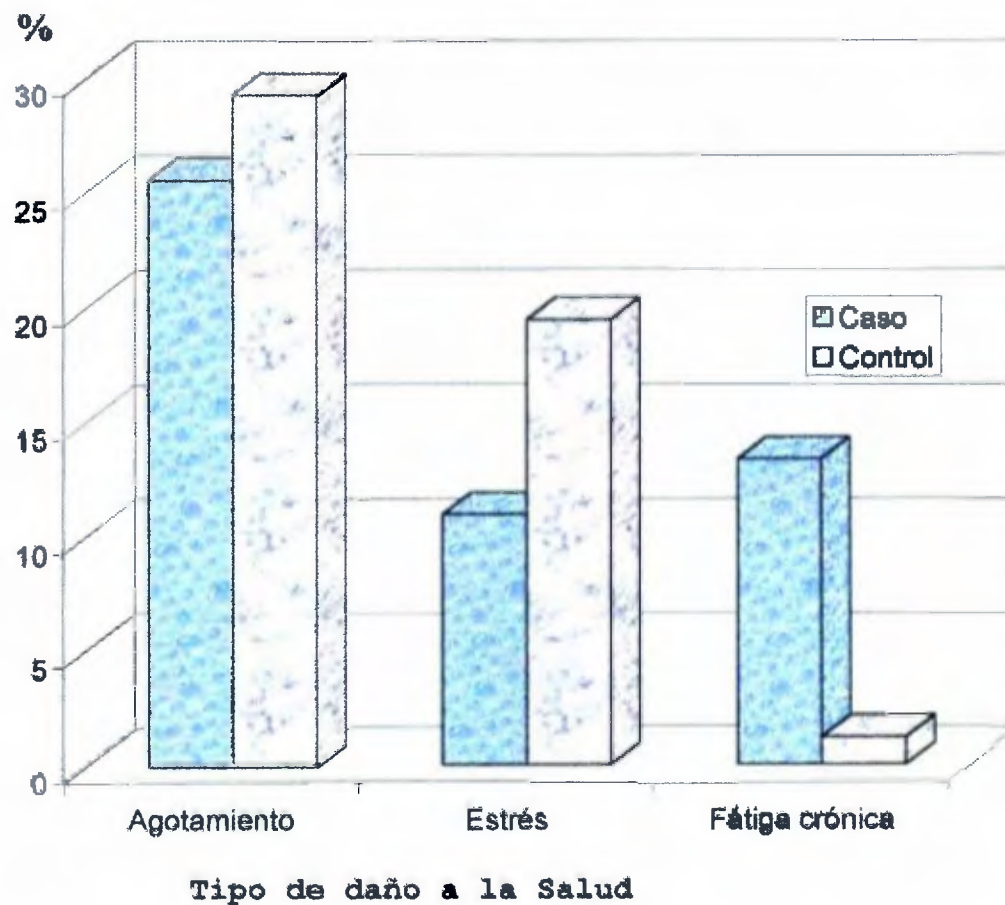
En la evaluación de la opinión del personal sobre los tipos de efectos que les genera su labor como enfermeras, se observa que el 54.9% manifestó que el trabajo le generaba agotamiento, correspondiendo el 25.6% a los casos y el otro 29.3% a los controles. El otro 30.5% de la muestra refirió que su labor le generaba estrés, donde 11% representaba a los casos y 19.5% a los controles. El 14.6% de la muestra indicó una serie de signos y síntomas que en conjunto son característicos de la fatiga crónica, de este porcentaje, el 13.4% correspondió a los casos y 1.2% a los controles.

En el análisis de contingencia para la variable de los efectos resultantes del trabajo, se realizó una sub - agrupación considerando la fatiga crónica como la mayor exposición y agrupando al agotamiento y al estrés como las variables de no exposición ya que se derivan y están presentes en la enfermera debido a la naturaleza de su

trabajo durante sus labores. En este análisis encontramos un Odds ratio de 14.67 que indica que la fatiga crónica debe ser considerada como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

En lo que respecta al valor de la Prueba de X^2 para determinar si había diferencias significativas entre los grupos de casos y controles, se encontró un X^2 de 9.76 con un valor P de 0.002, lo que indica que sí hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre el grupo de enfermeras con fatiga crónica, con relación al grupo de las enfermeras con cuadros de agotamiento y estrés estando ambos grupos expuestos a las mismas condiciones de trabajo, por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras intrahospitalarias identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas.

Gráfica VI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Tipo de Daño a la Salud Resultante de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

B. Dimensión Laboral

1. Factores de Riesgo de la organización del trabajo

Cuadro XV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los Posibles Factores de Riesgo de la Organización del Trabajo Declarados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Factores de Riesgo de la organización del trabajo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Turnos Rotativos	36	44.0	18	22.0	18	22.0
Ausencia de pausas de descanso en el turno	2	2.4	2	2.4	0	0
Exceso de trabajo normado en cada turno	14	17.1	8	9.8	6	7.3
Doblaje de turnos	17	20.7	8	9.8	9	10.9
Salas pesadas	11	13.4	3	3.6	8	9.8
Fusión de salas	2	2.4	2	2.4	0	0

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La mayoría del grupo encuestado (44%) manifestó que los turnos rotativos son el elemento de la organización del trabajo que más las afecta, correspondiendo 22% a los casos y a los controles respectivamente; seguido del doblaje de turnos con un 20.7% donde 9.8% y 10.9% representa a los casos y controles respectivamente.

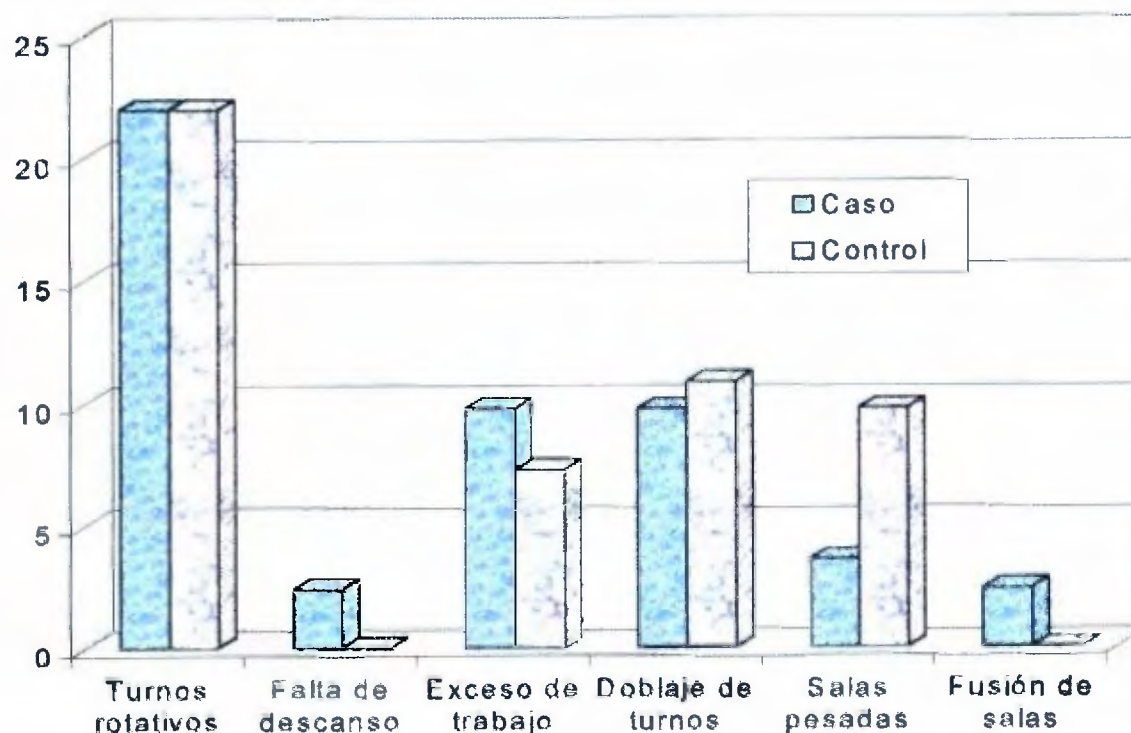
Otro aspecto de la organización del trabajo que afectan a las enfermeras son el exceso de trabajo de enfermería (17.1%) y laborar en salas pesadas (13.4%). Finalmente la ausencia de pausas de descanso durante el turno y la fusión de salas durante sus labores con un 2.4% respectivamente.

B. Dimensión Labora

1. Factores de Riesgo de la organización del trabajo

Gráfica VII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Posibles Factores de Riesgos Declarados por las enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

%



Posibles Factores de Riesgo de la Organización del Trabajo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Salas de Alto Censo de Camas, Movimientos y Volumen de Pacientes en el Hospital Santo Tomás



Cuadro XVI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Servicio en que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Servicio en que Laboran las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Cirugía	23	28	11	13.4	12	14.6
Oficina Administrativa	1	1.2	0	0	1	1.2
Maternidad	23	28	12	14.6	11	13.4
Medicina	19	23.2	11	13.4	8	9.8
Salón de operaciones	5	6.1	3	3.7	2	2.4
U. de C. Intensivo	3	3.7	0	0	3	3.7
Urgencia	7	8.6	3	3.7	4	4.9

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Los porcentajes de casos y controles evaluados por la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, en la población de estudio según el servicio en donde labora, muestran que los grupos con los porcentajes más elevados eran los de las enfermeras de los servicios de Cirugía y la Maternidad con un 28% cada uno, seguido por el grupo de las Enfermeras que trabajan en el servicio de Medicina Interna, con un porcentaje de 23.2%.

En la comparación de los grupos de casos y controles constituido por las enfermeras del servicio de Maternidad, se observa que el grupo de los casos de Pérdidas Reproductivas tiene el mayor porcentajes con un 14.6% con relación al grupo de los controles con un 13.4%. En el nivel constituido por las Enfermeras del servicio de Medicina, se aprecia que el porcentaje más elevado

(13.4%) corresponde a las enfermeras que pertenecen al grupo de los casos, mientras que los controles alcanzan un 9.8%, indicando que en estos dos servicios hay una tendencia a la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, lo que puede estar relacionado con el hecho de que son servicios que se caracterizan ya sea por su alto volumen y movimiento continuo de pacientes (Maternidad), o por la condición delicada y crónica de los pacientes encamados, que requieren cuidados integrales de enfermería para sus necesidades básicas y tratamientos complejos y especializados de larga duración.

Cuando se contrastan los dos servicios mencionados anteriormente, con el servicio de cirugía que presento un porcentaje de casos de 13.4% y para los controles de 14.6%, constatamos que la diferencia es mínima, lo cual puede atribuirse al comportamiento general del paciente quirúrgico que es autosuficiente en la fase pre - operatoria y post - operatoria tardía y que sólo exige cuidados integrales de enfermería durante el post - operatorio inmediato; a excepción de la sala 1 de neurocirugía donde la condición del paciente es crítica y de larga convalecencia.

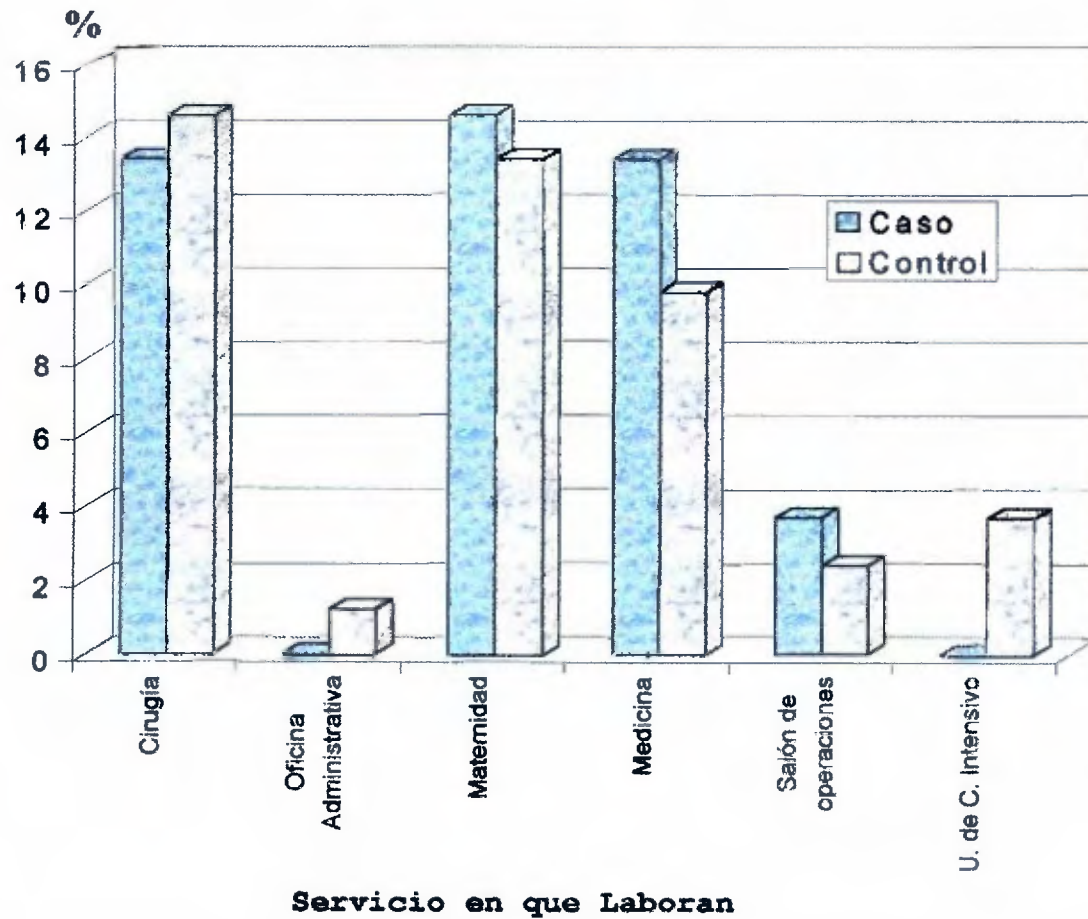
En el análisis más detallado de los grupos de casos y controles, se observó que la mayoría de los casos pertenecían a las Salas 1, 9, 10 y 12, caracterizadas por un alto censo de pacientes, en comparación con el grupo de controles, que en su mayoría laboraban en las salas 7 y 8 en donde los censos son menos elevados. Esto nos indica que en este caso el factor de riesgo no es solamente la

condición propia del servicio y de los cuidados específicos que requieren sus pacientes, sino el volumen de pacientes que se maneja en el mismo.

Al reagrupar a los diferentes servicios en dos grandes sub grupos tomando los criterios de la condición y volumen de los pacientes, en Áreas de Alto Riesgo (Maternidad, Medicina, Urgencias y Cirugía) y Áreas de Menor Riesgo (Salón de Operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y Oficina de Enfermería), observamos que en el análisis de contingencia, se obtuvo un valor significativo de Odds ratio de 1.59 dentro de los valores límites de (0.35 a 7.43), que indica que si hay relación entre el servicio donde se labora, con la presencia de los múltiples factores estresantes propios de estas salas, y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 8.31 con un valor P de 0.404 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras de servicios agrupados como áreas de alto riesgo y el grupo de Enfermeras de las áreas de menor riesgo que no están expuestas a estas condiciones de trabajo por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica VIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Servicio en que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

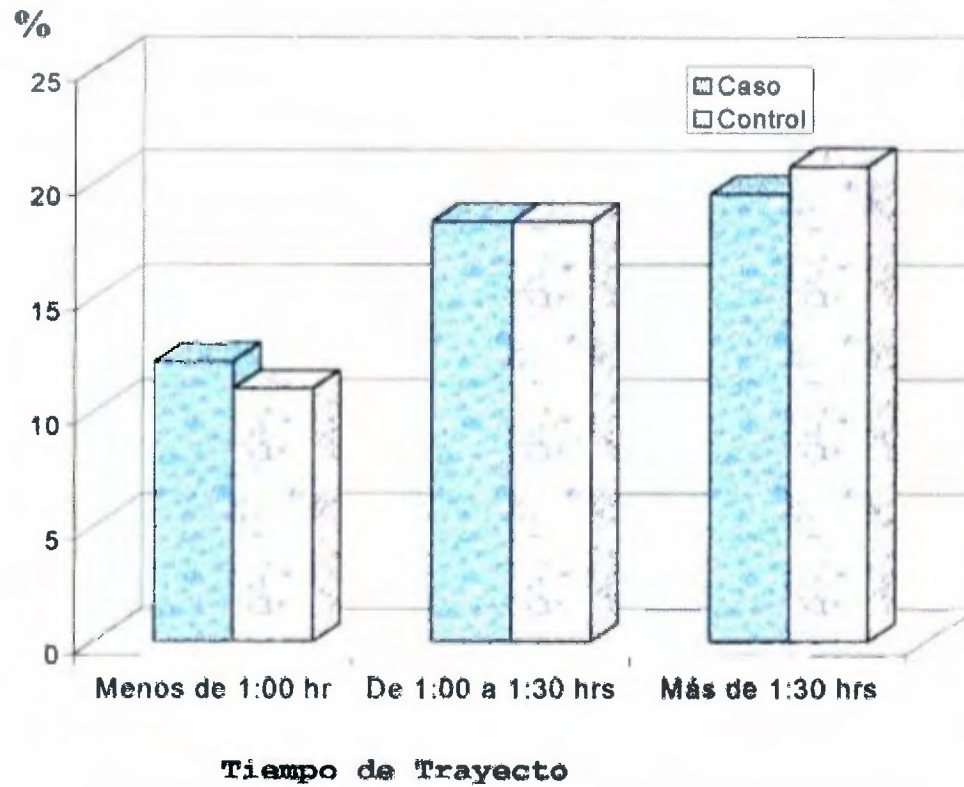
Enfermera preparando una paciente para su traslado de la Sala de Puerperio Inmediato a la Sala 22 en el segundo piso de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.



factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

En lo que respecta al valor de la Prueba de X^2 para determinar si hay diferencias significativas entre ambos grupos, se calculó un X^2 de 0.07 un valor P de 0.79, se acepta la hipótesis nula que establece que los casos y los controles tienen iguales condiciones para el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que realizan un trayecto menor de una hora y un desplazamiento al medio laboral más corto en comparación con las que residen en las afueras de la ciudad que realizan un trayecto mayor de una hora con un desplazamiento más largo de su casa a la institución y viceversa.

Gráfica IX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Tiempo de Trayecto que realizan las Enfermeras entre su casa y el Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XVIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Frecuencia de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Frecuencia de la Supervisión de su labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Supervisión frecuente	50	61	27	32.9	23	28.0
Supervisión ocasional	32	39	14	17.1	18	21.9

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En la inspección psicosocial de los factores de riesgo de la organización del trabajo se trata de determinar si la supervisión es estrecha o no. La supervisión estrecha es aquella que puede ser ejercida de forma directa o indirecta, ya sea a través de la participación directa del supervisor o mediante la instalación de equipos auxiliares, también puede estar dada por el exceso de supervisores en un área determinada y para llegar a una conclusión es necesario verificar en la inspección de campo el número de trabajadores por área, la complejidad de las tareas, de los equipos o herramientas de trabajo y mediante entrevistas a los supervisores y trabajadores (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

En la evaluación de la variable de frecuencia de la supervisión que recibe la enfermera durante su labor, se encuentra que el 61% coincide con que la supervisión es frecuente, correspondiendo 32.9% a los casos y 28% a los

controles; mientras que el otro 39% de la muestra indica que se les supervisa ocasionalmente, donde 17.1% representa a los casos y 21.9% a los controles.

Al realizar el análisis de contingencia de la variable de frecuencia de la supervisión calculamos un Odds ratio de 1.51, dentro de los valores límites de 0.56 a 4.07, que señala que la frecuente supervisión de la enfermera durante su labor puede considerarse un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

En la determinación de la Prueba de X^2 para establecer si había diferencias significativas entre los grupos según la frecuencia de la supervisión, se obtuvo un X^2 de 0.82 con un valor P de 0.36, que señala que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de casos y controles y que tienen igual riesgo las enfermeras supervisadas frecuentemente, con relación al grupo de enfermeras supervisadas ocasionalmente en su servicio.

Gráfica X: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Frecuencia de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XIX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según lo Constructivo de la Supervisión de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Supervisión Constructiva de la labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Supervisión no constructiva	59	72.0	33	40.2	26	31.7
Supervisión Constructiva	23	28.0	8	9.8	15	18.3

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En la supervisión estrecha hay una vigilancia frecuente del trabajador para comprobar lo que está haciendo o limitación a los trabajadores para la realización a su manera, de un trabajo de operación, siempre y cuando esto, no implique alteraciones en el proceso de trabajo o en la calidad del producto (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

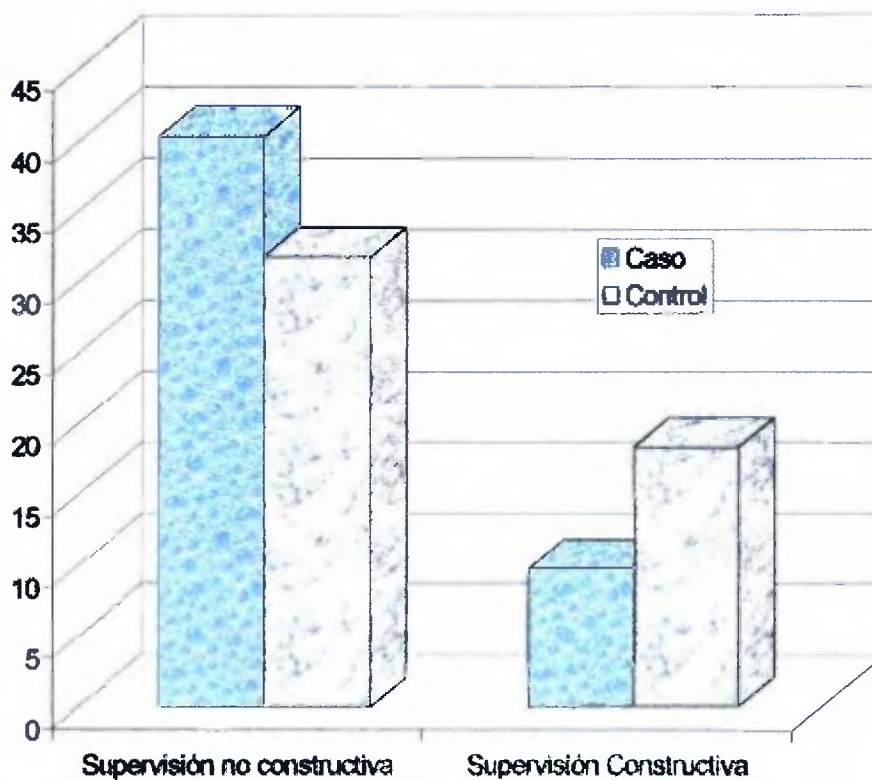
En la observación de la impresión del personal de enfermería sobre si la supervisión puede considerarse constructiva o no, observamos que el 72% de la muestra indicó que la supervisión no es constructiva, correspondiendo 40.2% y 31.7% a los casos y a los controles respectivamente, en contraste con el 28% restante que consideró que la supervisión si es constructiva, de los cuales el 9.8% correspondió a los casos y el 18.3% a los controles.

Cuando se evaluó el Odds ratio para la variable de supervisión constructiva o no, se obtuvo un valor de 2.38 dentro de los valores límites de 0.79 a 7.31, que establece que se puede considerar la supervisión no constructiva como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 2.96 con un valor P de 0.085 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la supervisión no es constructiva y el grupo de enfermeras que consideran que están expuestas a una supervisión constructiva en el trabajo por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según lo Constructivo de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

%



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Calidad Educativa de la Supervisión de la labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Calidad Educativa de la Supervisión de la labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Supervisión no Educativa	30	36.6	16	19.5	14	17.1
Supervisión Educativa	52	63.4	25	30.5	27	32.9

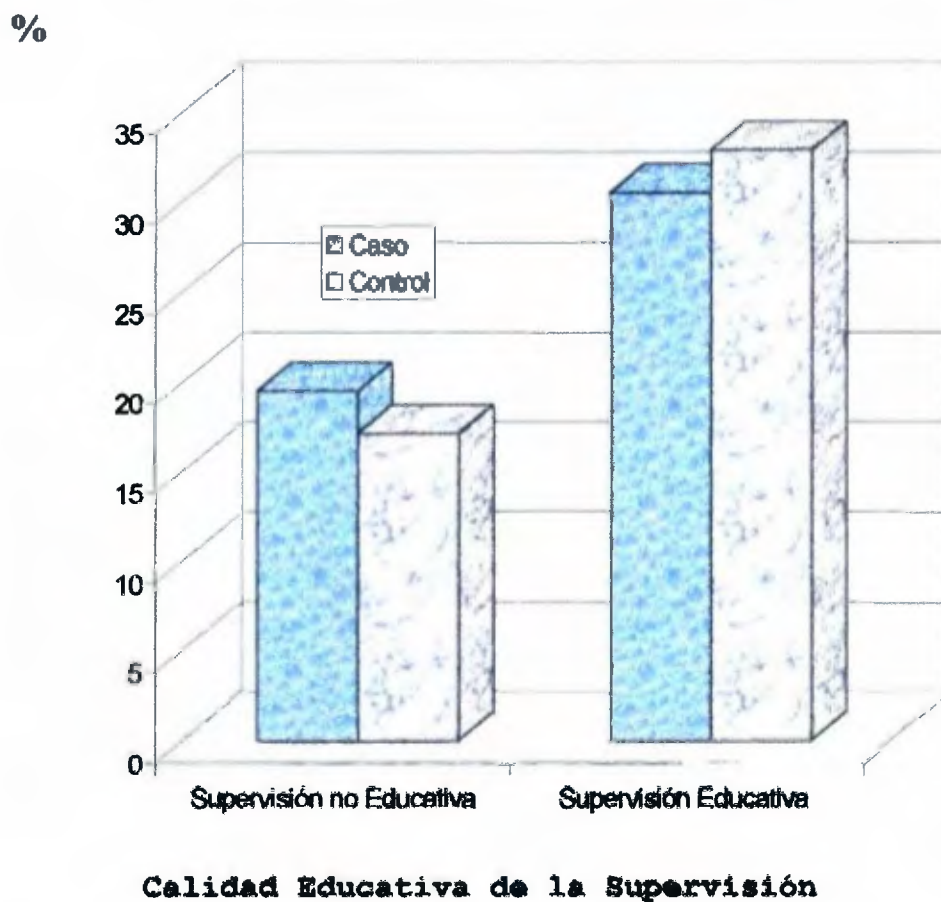
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro aspecto importante en la evaluación del impacto que puede causar la forma en que se realiza la supervisión del personal de enfermería, es lo referente a sí la supervisión es educativa o no. En el caso de las enfermeras sujeto del estudio, se encontró que el 36.6% opinó que la supervisión no era educativa, correspondiendo 19.5% y 17.1% a los casos y a los controles respectivamente; mientras que el 63.4% restante opinó que la supervisión sí era educativa, de las cuales 30.5% representaba a los casos y 32.9% a los controles.

El Odds ratio de 1.23 dentro de los valores límites de 0.46 a 3.35, indicó que la supervisión no educativa puede ser contemplada como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 0.21 con un valor P de 0.646 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la supervisión no es educativa y el grupo de enfermeras que considera que la supervisión es educativa en el trabajo, por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Calidad Educativa de la Supervisión de su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los Incentivos que le Proporciona la Institución por su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Incentivos que le Proporciona la Institución por su labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Ninguno	69	84.1	34	41.5	35	42.7
Regulares	13	15.9	7	8.5	6	7.3

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro factor de riesgo en la organización del trabajo es la política de estímulo e Incentivos. Se consideran como estímulos e incentivos negativos aquellos que impliquen incrementos económicos en función de la aceptación del factor de riesgo o desmejoramiento de las condiciones de trabajo, por cuotas de producción pre establecidas (trabajo a destajo), emulación económica en función del no ausentismo o de no presentar incapacidades médicas. También es un factor de riesgo la ausencia de políticas de estímulos e incentivos, cuando la empresa no cuenta con ningún sistema de estímulo e incentivo al trabajador (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

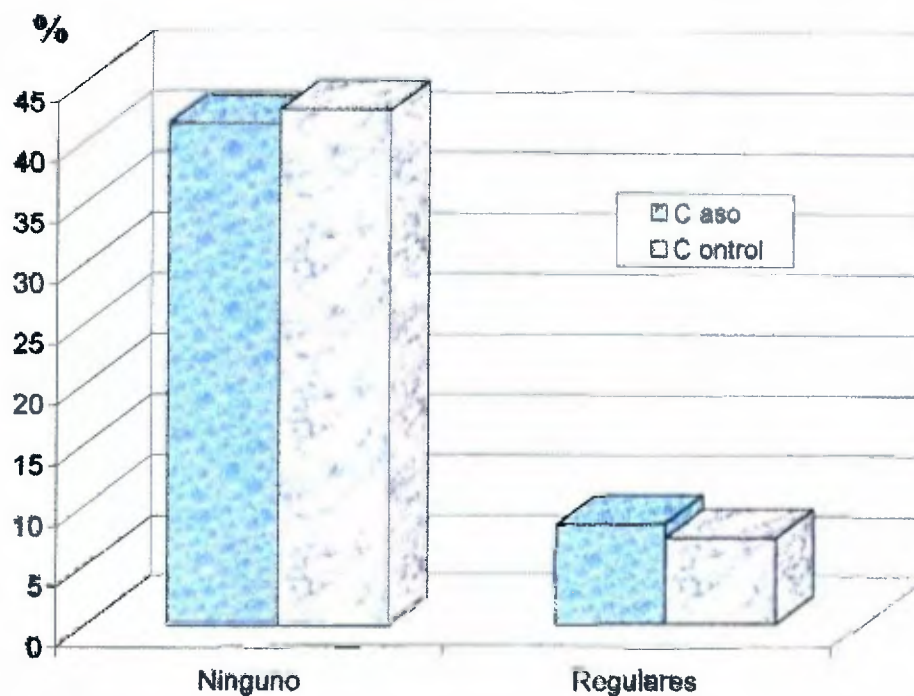
Al analizar el papel que juega la variable de los incentivos que le proporciona la institución al personal de enfermería por su labor, se encontró que el 84.1% de la muestra considera que no se les proporciona ningún incentivo, de los cuales un 41.5% representa a los casos y

el 42.7% restante a los controles; en contraste con el 15.9% restante de la muestra que opinó que la institución les proporciona incentivos regulares, de los cuales el 8.5% y el 7.3% correspondieron a los casos y a los controles respectivamente.

En el análisis de contingencia el Oddss ratio de 1.20 dentro de los valores límites de 0.32 a 4.58, indicó que se puede considerar que la falta de incentivos que le proporciona la institución al personal de enfermería, es un factor de riesgo para el desarrollo de la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas y por consiguiente las políticas institucionales encaminadas a la proporción de los mismos pueden favorecer el bienestar del personal.

En la Prueba de X^2 para determinar si habían diferencias significativas entre los grupos de casos y controles y los incentivos que proporciona la institución, se calculó un X^2 de 0.09 con un valor P de 0.76 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la institución no les proporciona ningún incentivo y el grupo de Enfermeras que consideran que reciben incentivos regulares por su trabajo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según los Incentivos que le Proporciona la Institución por su labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Incentivos que Proporciona la Institución

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XXII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los Turnos programados durante el mes que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Turnos programados durante el mes que laboran las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
No Cíclicos	32	39	17	20.7	15	18.3
Cíclicos	50	61	25	30.5	25	30.5

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En cuanto a la rotación de turnos de los trabajadores, pueden existir diversas variantes de acuerdo al tipo de empresa y proceso de producción. En el caso de los hospitales, los turnos son continuos ya que la institución funciona veinticuatro horas al día y siete días por semana; es decir sin ninguna pausa diaria, ni durante los fines de semana, ni los días festivos. (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

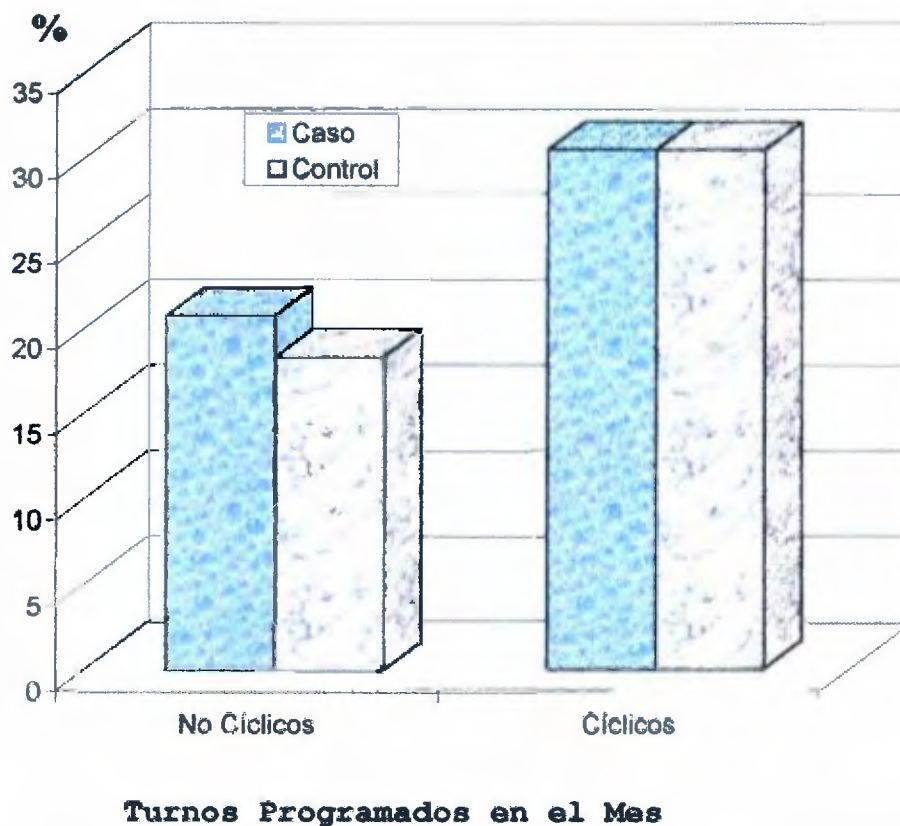
En la comparación de los sistemas de programación de los turnos que realiza el personal, se observa que los turnos se programan en los servicios de dos maneras: en forma cíclica, donde los turnos tienen una secuencia ordenada y programada cada mes, correspondiendo esta organización al 61% de la muestra, con un 30.5% para los casos y los controles respectivamente.

El otro sistema de programación de turnos es el no cíclico, el cual se caracteriza por carecer de un orden o secuencia definida en la asignación de los turnos y el personal sólo conocerá los turnos y días libres que le corresponden el día que se colocan los turnos en el registro semanal de turnos; esta asignación le correspondió al 39% de la muestra, de los cuales 20.7% fueron casos y 18.3% eran controles.

Al analizar esta variable en una tabla de contingencia, encontramos un Odds ratio de 1.13 dentro de los valores límites de 0.42 a 3.03, que indica que la exposición a una programación de turnos no cíclica aumenta la probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, en comparación con las enfermeras con turnos cíclicos.

Se calculó un X^2 de 0.08 con un valor P de 0.78 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con turnos no cíclicos y el grupo de Enfermeras que sí cuentan con una programación de turnos cíclicos para asistir a su trabajo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los Turnos Programados durante el mes que Laboran las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Asignación de Turnos antes del embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Asignación de Turnos antes del embarazo entre las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Turnos Rotativos	79	96.4	40	48.8	39	47.6
Turno Permanente	3	3.6	1	1.2	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

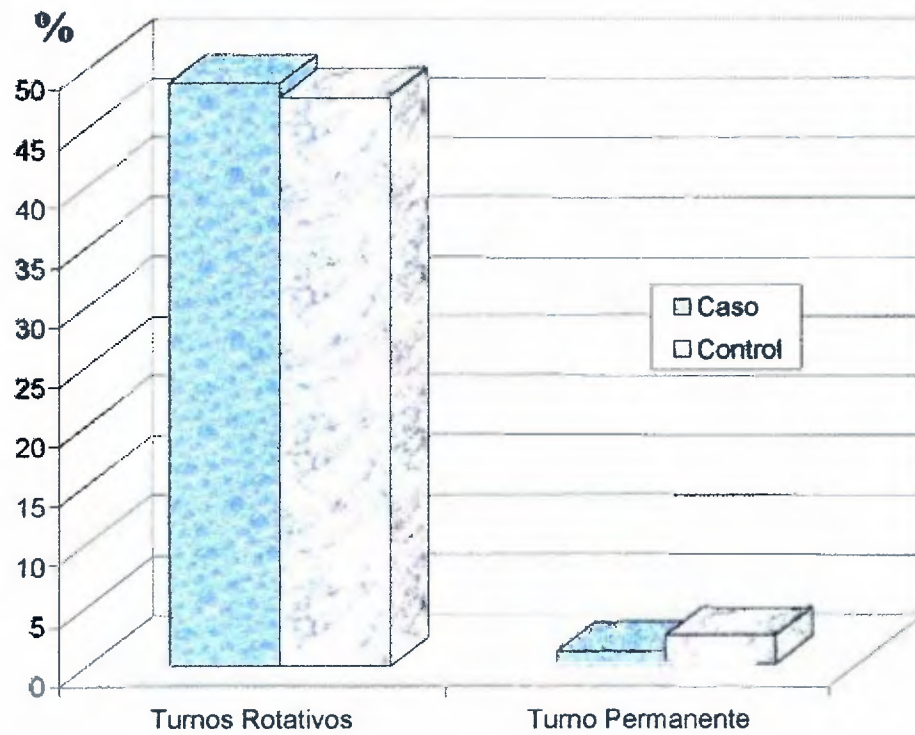
Con base a la rotación de turnos de los trabajadores los cambios pueden ser de turno semanal, turno quincenal, turno mensual o turno permanente(Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

En la estimación de la relación de la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas con los turnos en los que laboran las enfermeras, se encontró que el 96.4% realiza turnos rotativos, correspondiendo 48.8% a los casos y 47.6% a los controles; mientras que el 3.6% restante de la muestra realiza turno permanente de 7 a.m. a 3 p.m., de los cuales 1.2% representa a los casos y 2.4% a los controles.

Al hacer el cálculo del Odds ratio, se encontró un valor de 2.05, lo que indica que hay mayor probabilidad de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que realizan sus labores en turnos rotativos en comparación con las que realizan turno permanente.

Se calculó un χ^2 de 0.35 con un valor P de 0.5564 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que realizan turnos rotativos y el grupo que cuenta con turno permanente para realizar su trabajo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Asignación de Turnos antes del Embarazo entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Turnos antes del embarazo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XXIV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según los Turnos que doblan las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Turnos que doblan las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
1 vez al mes o más	4	4.8	3	3.7	1	1.2
1 vez cada 2 meses	78	95.2	38	46.3	40	48.8

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro factor de riesgo de la organización del trabajo son las jornadas prolongadas o extraordinarias. Este fenómeno esta determinado por las necesidades de producción de las empresas o por la necesidad de los trabajadores de incrementar sus ingresos económicos. Es la realización de trabajo más allá del tiempo reglamentado en la legislación laboral es decir, todas las horas trabajadas por encima de las horas normales, fijadas por la legislación, los convenios colectivos u otros métodos, aunque no se excedan las horas semanales normales. Con base a la rotación de turnos de los trabajadores los cambios pueden ser de turno semanal, turno quincenal, turno mensual o turno permanente(Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

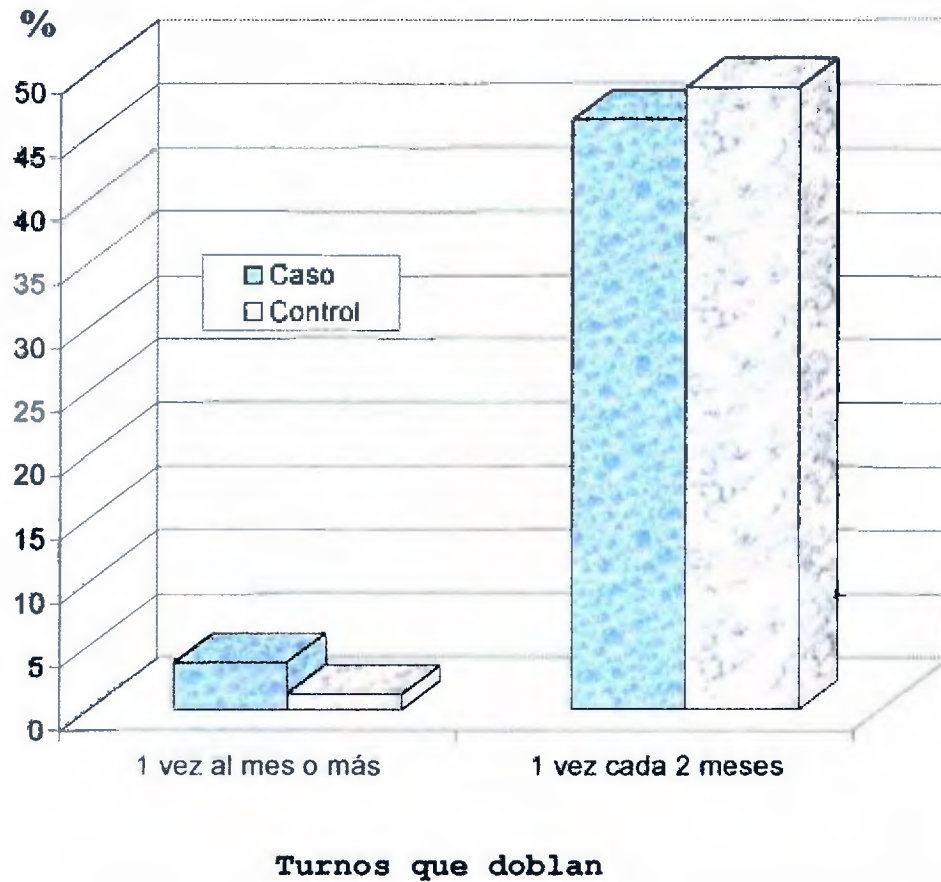
En la evaluación de la periodisidad del doblaje de turnos, se encontró que el 95.2% de la muestra informó que dobló por necesidad de servicio, por lo menos una vez cada dos meses, representando un 46.3% para los casos y 4.8% para los controles; seguido del restante 4.8% de toda la muestra que expresó que realizaba doblaje de turnos por

necesidad de la institución una vez al mes o más, correspondiendo 3.7% y 1.2% a cada uno de los grupos comparados.

Al analizar la relación del doblaje de turnos con la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, se encontró que aunque sólo el 4.8% de la muestra estaba expuesto con mayor frecuencia al doblaje, el Odds ratio calculado de 3.16 indicó que para sólo cuatro sujetos expuestos, un valor de O.R.= 3.16 es alto con respecto al resto de la muestra, lo que lleva a considerar el doblaje de turnos como un factor de riesgo que predispone a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 0.95 con un valor P de 0.33 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que doblan turnos una vez o más al mes por necesidad de servicio y el grupo de enfermeras que doblan turnos una vez cada dos meses; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Frecuencia de Doblaje de Turnos en las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Pausa de descanso en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Pausa de descanso en su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Comida	76	92.7	37	45.1	39	47.6
Receso de Café	6	7.3	4	4.9	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro elemento de suma consideración en la organización del trabajo es la Ausencia de sistemas de pausas de descanso. Esta condición se presenta cuando no se encuentran establecidas pausas compensatorias durante la jornada de trabajo, siendo el horario de almuerzo, la única suspensión del proceso de producción o cuando el proceso es ininterrumpido y durante la jornada de trabajo el trabajador debe ingerir sus alimentos en el puesto de trabajo.(Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

Al considerar la programación de pausas de descanso durante la labor de la enfermera, se observa que el 92.7% de la muestra manifestó que tenían programada una sola pausa para la comida, correspondiendo el 45.1% y 47.6% para los casos y controles respectivamente; mientras que el 7.3% restante indicó que sólo contaban con un receso para el café, de las cuales el 4.9% representó a los casos y el 2.4% a los controles.

En el análisis de la razón de disparidad, el O.R. igual a 2.11 indica que hay mayor probabilidad de presentar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que contaban con un breve receso para el café, con relación a las que tenían un período mayor para su comida.

Se obtuvo un X^2 de 0.72 con un valor P de 0.396 con dos grados de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que se les proporciona sólo una pausa para el café y el grupo de enfermeras que cuentan con un período para su comida durante su trabajo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Pausa de descanso en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXVI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la dinámica de su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Dinámica de su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Monótono	31	37.8	17	20.7	14	17.1
Variable	51	62.2	24	29.3	27	32.9

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

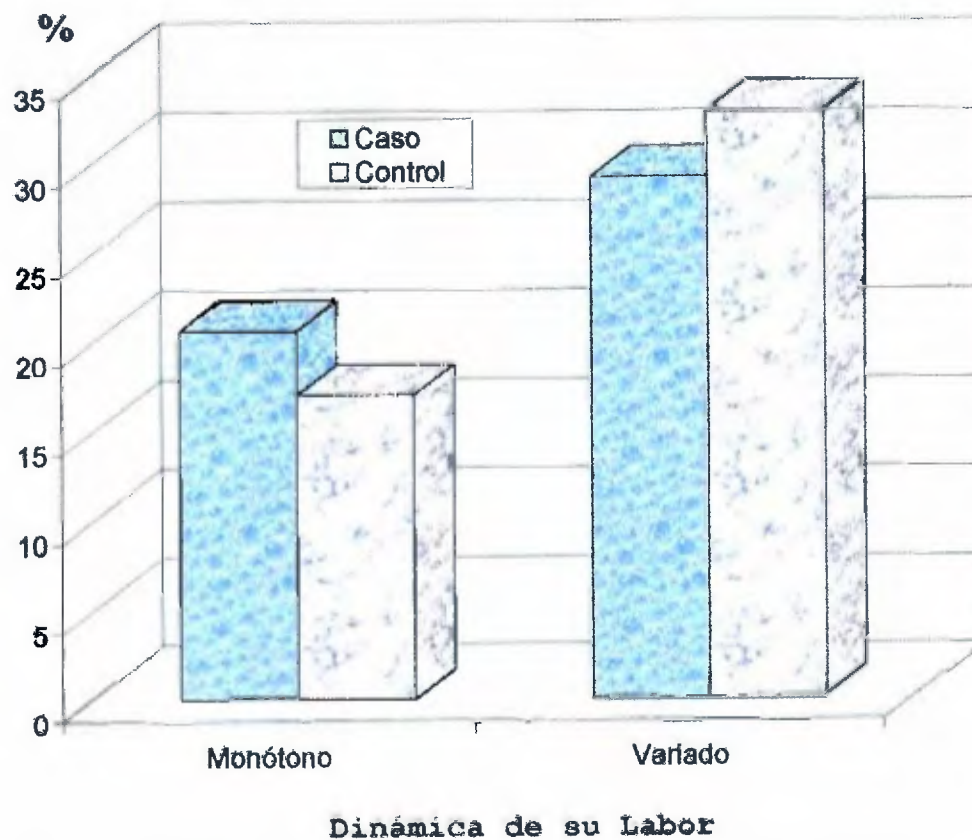
Dentro de los factores de riesgo de la organización, es importante observar si el trabajo es monótono y repetitivo. Esta variable se evalúa con base a si hay repetitividad del ciclo, falta de variación en la tarea, trabajo simple o en cadena, utilización de funciones tanto físicas como mentales en forma continua o intensamente o la utilización nula o insuficiente de funciones tanto físicas como mentales (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

Cuando se conoció la opinión de las enfermeras sobre la dinámica que percibe en su trabajo, se determinó que el 37.8% consideró que su trabajo era monótono, mientras que el 62.2% consideró que era variado.

En el análisis de contingencia el Odds ratio de 1.37 dentro de los valores límites de 0.51 a 3.69, establece que se puede considerar que una dinámica de trabajo monótona es un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 0.47 con un valor P de 0.49 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que su dinámica de trabajo es monótona y el grupo de Enfermeras que consideran que su rutina de trabajo es variada; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Dinámica de su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Enfermera asistiendo a una paciente para su traslado de la Sala de Puerperio Inmediato a la Sala 22 en el segundo piso de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.



2. Factores de Riesgo del contenido del trabajo

Cuadro XXVII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo del contenido del trabajo identificados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Factores de Riesgo del contenido del trabajo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	164	100.0	108	65.9	56	34.1
Movilizar pacientes	43	26.2	22	13.4	21	12.8
Pacientes agresivos	3	1.8	2	1.2	1	0.6
Agacharse e inclinarse	6	3.6	4	2.4	2	1.2
Empujar camillas, sillas, camas, equipo	13	7.9	10	6.1	3	1.8
Cansancio y falta de descanso	7	4.2	4	2.4	3	1.8
Caminar mucho	18	10.9	13	7.9	5	3.0
Caídas	2	1.2	2	1.2	0	0
Estrés	14	8.5	8	4.9	6	3.6
Trabajar de pie	17	10.4	10	6.1	7	4.3
Contagio con agentes biológicos	11	6.7	8	4.9	3	1.8
Manejo de sustancias químicas cancerígenas	9	5.4	7	4.2	2	1.2
Exposición a gases anestésicos	2	1.2	2	1.2	0	0
Intoxicación con otras sustancias químicas	2	1.2	2	1.2	0	0
Exposición a radiaciones	1	0.6	1	0.6	0	0
Levantar peso	2	1.2	2	1.2	0	0
Trabajo físico excesivo	14	8.5	11	6.7	3	1.8

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La evaluación de los factores de riesgo del contenido del trabajo contempla desde las exigencias sociales y psicológicas del puesto, el grado de responsabilidad, el ritmo de trabajo, las exigencias ergónomicas, el micro-

clima de trabajo hasta la disponibilidad de equipo de protección personal (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

En el análisis de los factores de riesgo identificados por las enfermeras en el contenido del trabajo, se observó que el 26.2% coincidió en que la movilización de pacientes es la más frecuente, con un 13.4% para los casos y 12.8% para los controles; seguido de la deambulacion constante de las enfermeras con un 10.9%, en el que 7.9% y 3.0% representa a los casos y controles respectivamente y en tercer lugar de importancia está el trabajo de pie con un 10.4%, con 6.1% para los casos y 4.3% para los controles.

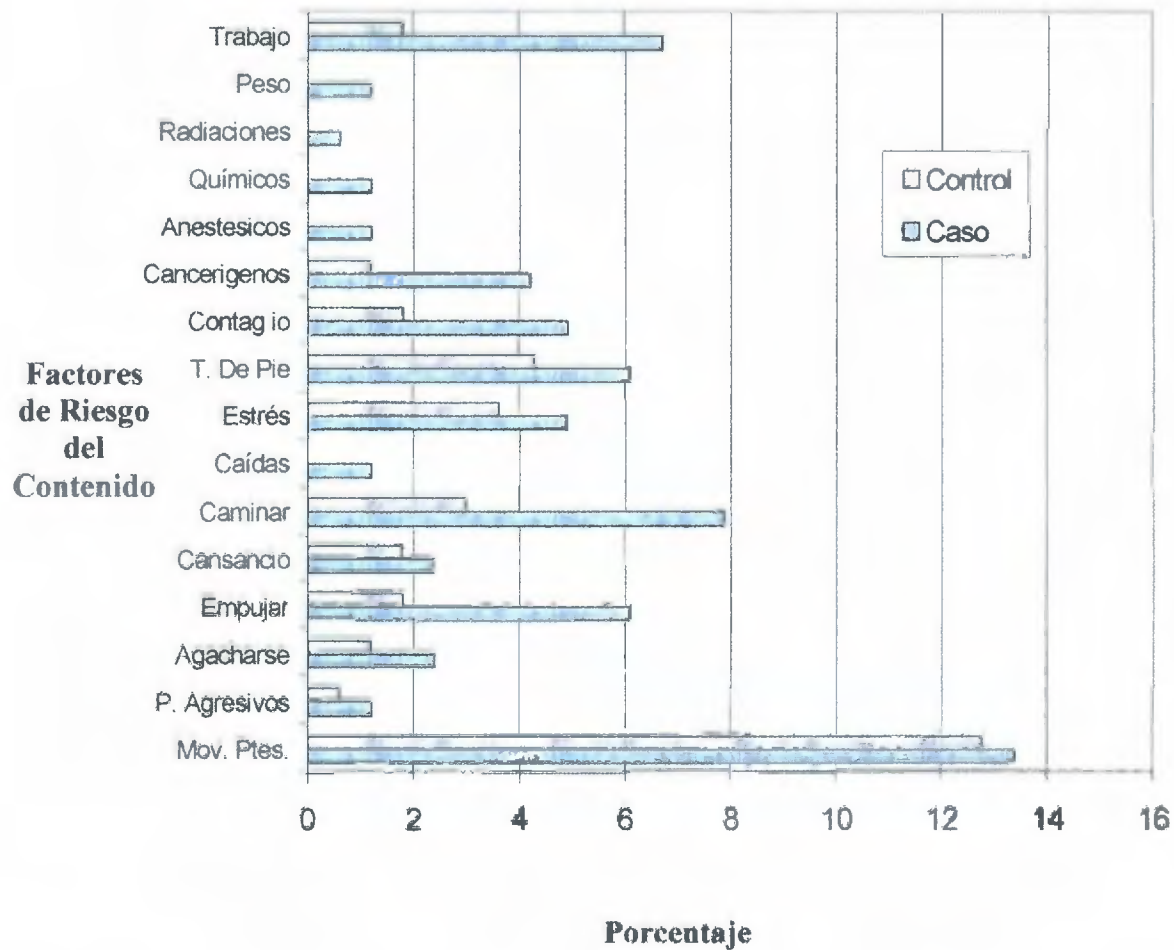
Las actividades anteriormente mencionadas por las enfermeras tienen en común el factor de riesgo del contenido del trabajo denominado carga física, dinámica y estática. En esta variable se evalúa el esfuerzo físico, y hay que tomar en cuenta el grado de esfuerzos, ya sea dinámico o estático, que se realiza en un tiempo determinado, el número de veces que lo realiza, la característica del objeto (peso), la trayectoria, el desplazamiento, la posición del músculo o parte del cuerpo cuando realiza el esfuerzo (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

Otros factores del contenido del trabajo mencionados por las enfermeras son el estrés y el trabajo físico excesivo con un 8.5% respectivamente; la actividad de empujar camillas, sillas, camas y equipo con un 7.9% y el contagio con agentes biológicos con un 6.7%.

Los factores menos mencionados por el personal son: el manejo de sustancias químicas cancerígenas con un 5.4%, el cansancio y la falta de descanso con un 4.2% y el agacharse e inclinarse con el 3.6%.

2. Factores de Riesgo del contenido del trabajo

Gráfica XIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Factores de Riesgo del Contenido del Trabajo Declarados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Enfermera empujando una camilla para el traslado de una paciente del Cuarto de Expulsivo de Parto a la Sala de Puerperio Inmediato en la Maternidad del Hospital Santo Tomás



Enfermera empujando una silla para el traslado de una paciente de la Sala de Puerperio Inmediato a la Sala 22 en el segundo piso de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.



Cuadro XXVIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Consideración del Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Consideración del Riesgo de la profesión de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Si es de riesgo	79	69.4	40	48.8	39	47.6
No es de riesgo	3	3.6	1	1.2	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

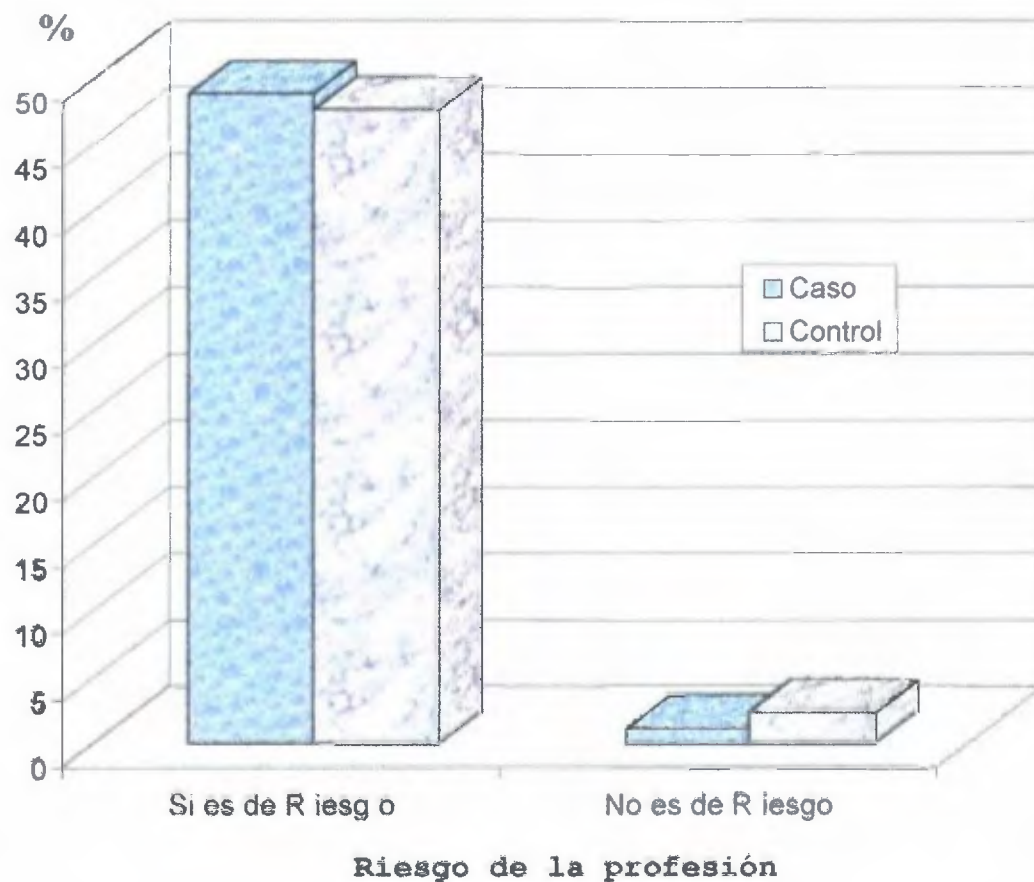
El 96.4% de las enfermeras encuestadas consideró que la profesión si es un oficio de riesgo, correspondiendo 48.8% a los casos y 47.6% a los controles; al contrario del 3.6% restante, constituido por 1.2% y 2.4% de los casos y controles respectivamente, que opinó que la profesión de enfermería no era de riesgo.

La razón de disparidad de 2.05 indica que hay mayor probabilidad de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que consideran que su profesión es de riesgo en comparación con las que afirman que no es riesgosa.

Un χ^2 de 0.35 con un valor P de 0.556 con un grado de libertad, indicó que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la profesión de enfermería si es un oficio de riesgo en

comparación con el grupo de enfermeras que consideran que su profesión no es un trabajo de riesgo; por lo que se acepta la hipótesis nula, que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Consideración del Riesgo de la Profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXIX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Consideración del Nivel de Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Consideración del Nivel de Riesgo de la profesión de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Alto Riesgo	76	92.7	38	46.3	37	45.1
Riesgo Normal	6	7.3	3	3.7	4	4.9

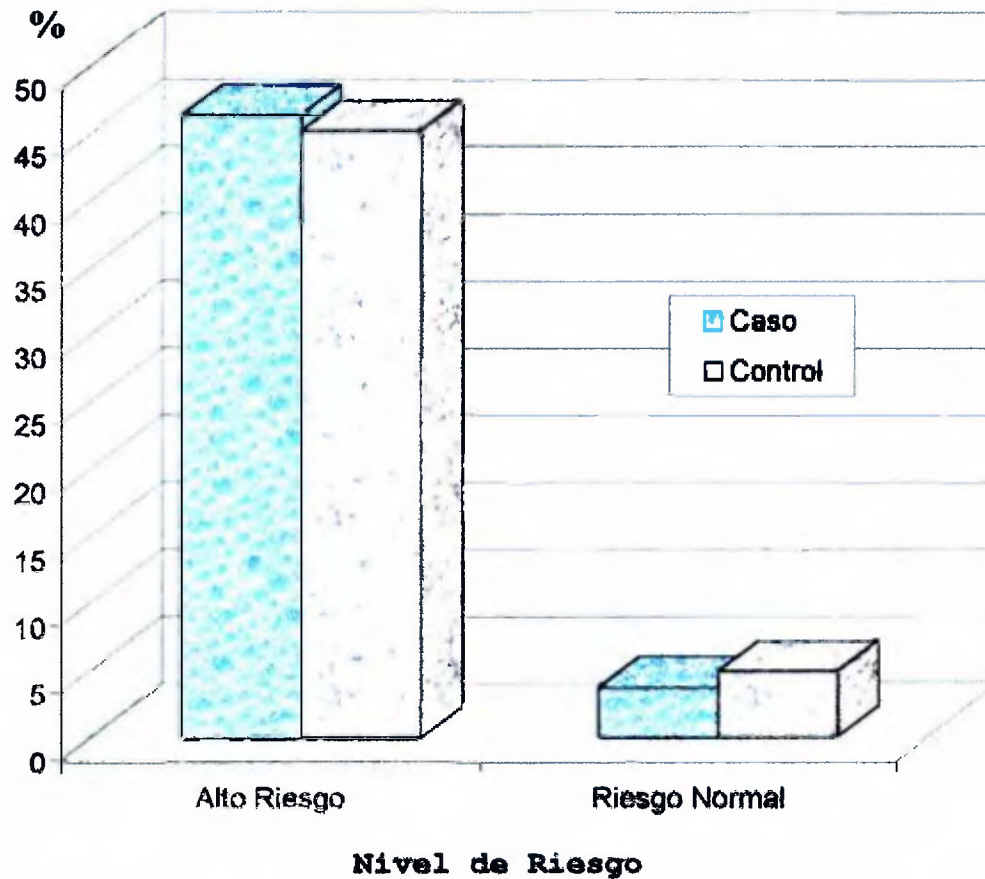
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En la evaluación de la opinión personal que tenía la enfermera sobre el nivel de riesgo de la profesión de enfermería, se observó que el 92.7% considera que la profesión es de alto riesgo, correspondiendo 46.3% y 45.1% a los casos y a los controles respectivamente. Al contrario del otro 7.3% del grupo de las enfermeras que opinó que la profesión tiene un nivel de riesgo normal, donde el 3.7% representa a los casos y 4.9% a los controles.

En el análisis de la razón de disparidad se calculó un Odds ratio de 1.37, que indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que tienen una percepción de alto riesgo de su profesión en comparación con las que tienen una concepción de riesgo normal de la profesión de enfermería.

Se determinó un X^2 de 0.16 con un valor P de 0.69 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que su profesión es de alto riesgo y el grupo de enfermeras que consideran que su trabajo tiene un nivel de riesgo normal; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración del Nivel de Riesgo de la profesión, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XXX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Nivel de Responsabilidad en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Nivel de Responsabilidad en su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Mucha	74	90.2	40	48.8	34	41.4
Tolerable	8	9.8	1	1.2	7	8.6

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro factor de riesgo en el contenido del trabajo es el Alto Grado de Responsabilidad. Esta variable es evaluada de acuerdo a: el equipo utilizado, el proceso de trabajo, el mantenimiento de registros de producción, manejo de dinero u objetos de valor, control del personal, calidad del producto acabado y la seguridad de los demás: para evitar riesgos mortales en trabajos altamente peligrosos, evitar accidentes que puedan causar invalidez o muerte, evitar lesiones a él y a otros, así como grandes daños materiales o daños de consideración. (Cano, Marshall y Vásquez, 1988)

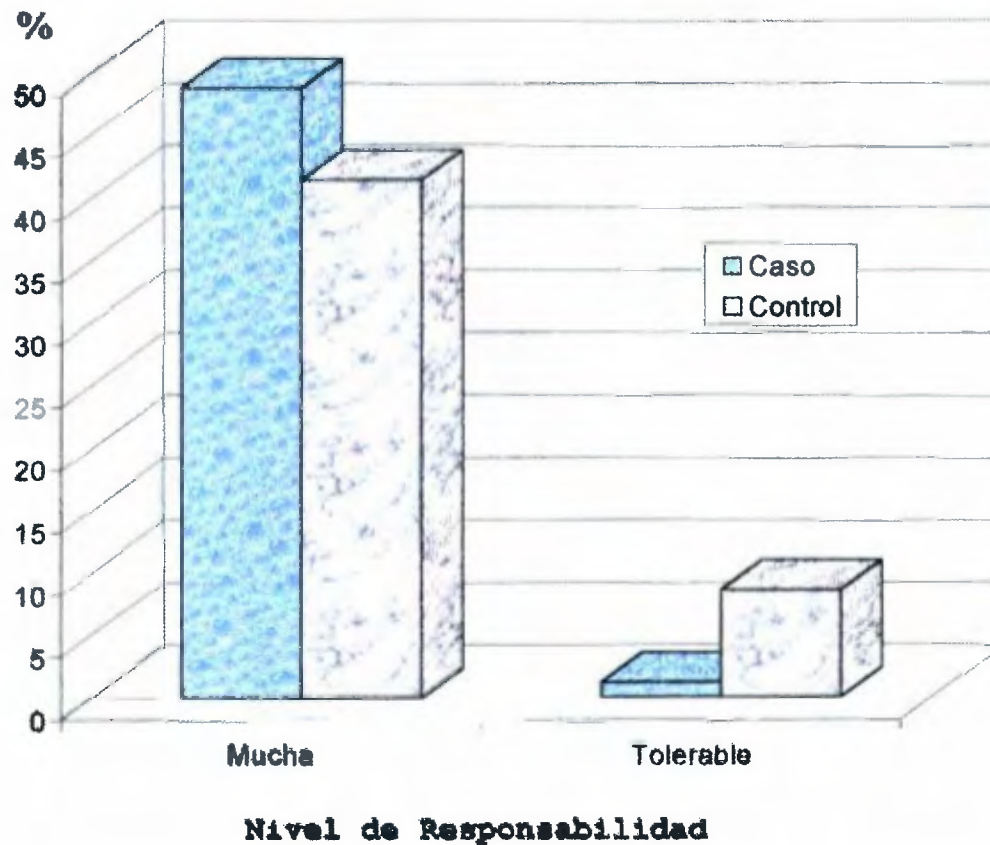
En la valoración del nivel de responsabilidad de la enfermera durante su labor, se observó que el 90.2% manifestó que tiene mucha responsabilidad en su cargo, correspondiendo un 48.8% a los casos y el otro 41.4% a los controles; mientras que el 9.8% restante de la muestra consideró que tenían un nivel de responsabilidad tolerable

durante su labor; de los cuales el 1.2% representó a los casos y el 8.6% a los controles.

El cálculo del Odds ratio arrojó un valor de 8.24, que señala que si la enfermera considera que labora en un nivel con mucha responsabilidad, este agente estresor puede ser considerado como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 4.99 con un valor P de 0.026 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que laboran en un nivel con mucha responsabilidad en comparación con el grupo de enfermeras que opinan que laboran con un nivel de responsabilidad tolerable dentro de sus condiciones de trabajo; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Nivel de Responsabilidad en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Enfermera cambiando a una paciente de la silla de puerperio a la silla para su traslado de la Sala de Parto a la Sala 22 en el segundo piso de la Maternidad del Hospital Santo Tomás.



Cuadro XXXI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Comodidad del Mobiliario en su Labor Administrativa, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Comodidad del Mobiliario en su Labor Administrativa	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Incómodos	65	79.3	34	41.5	31	37.8
Cómodos	17	20.7	7	8.5	10	12.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Desde la perspectiva del análisis psico - social del puesto de trabajo, la evaluación minuciosa de movimientos y posturas, así como de carga física, corresponde al área de la ergonomía (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

La comodidad del mobiliario en la labor administrativa de la enfermera, es una variable que se consideró importante en la evaluación del puesto de la enfermera desde el punto de vista ergonómico.

El 79.3% de la muestra manifestó que el mobiliario era incómodo para la realización de sus actividades administrativas, de las cuales el 41.5% correspondió a los casos y el 37.8% a los controles. En contraste con un 20.7% que opinó que los muebles eran cómodos, donde el 8.5% representaba a los casos y el otro 12.2% a los controles.

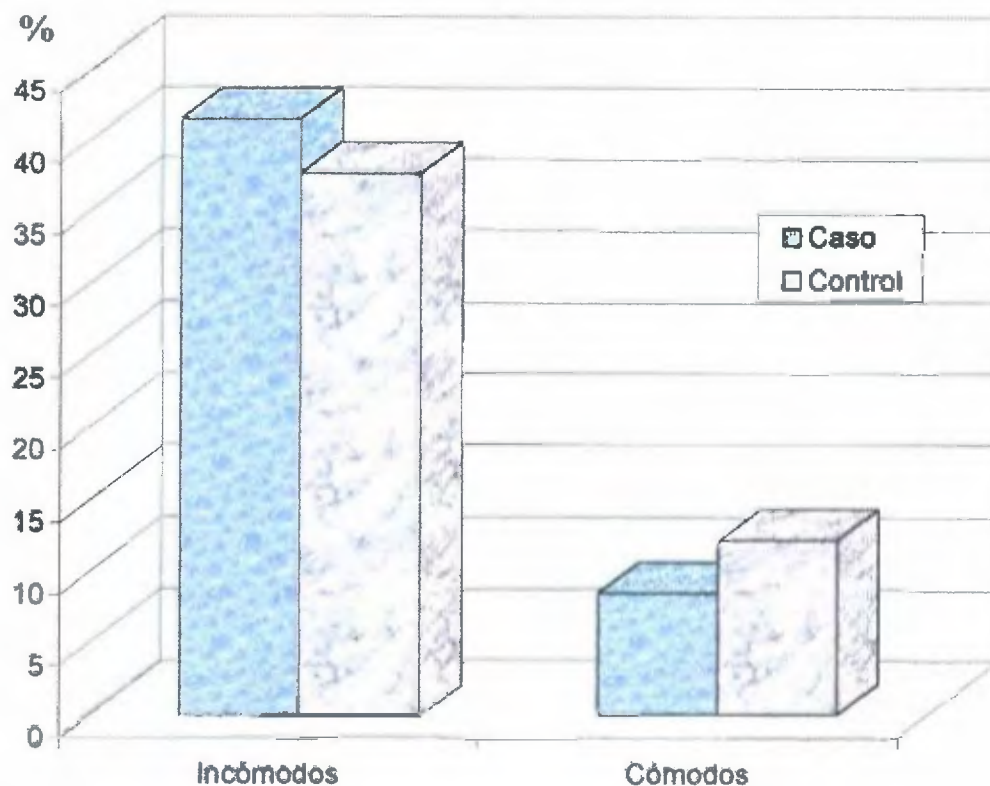
Al realizar el análisis de contingencia para ambos grupos el Odds ratio de 1.57 dentro de los valores límites de 0.47 a 5.28, señala que hay más probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que usaban muebles incómodos en comparación con las que usaron mobiliario cómodo.

Se determinó un X^2 de 0.67 con un valor P de 0.41 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que los mobiliarios para sus labores administrativas son incómodos y el grupo de enfermeras que consideran que los muebles de la estación para sus funciones administrativas son cómodos; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Altura y Comodidad del Mobiliario para las Actividades Administrativas de las Enfermeras del Hospital Santo Tomás



Gráfica XXIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Comodidad del Mobiliario en su Labor Administrativa, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Comodidad del Mobiliario Administrativo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XXXII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario en su Labor Administrativa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Altura del Mobiliario en su Labor Administrativa de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Muy altos	8	9.7	2	2.4	6	7.3
Muy bajos	48	58.6	25	30.5	23	28.1
Altura adecuada	26	31.7	14	17.1	12	14.6

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La evaluación de los movimientos y posturas forzadas e inadecuadas, dentro de los factores de riesgo del contenido del trabajo trata de establecer la relación inadecuada del sujeto con su puesto de trabajo, tomando como referencia las medidas antropométricas del hombre en el diseño de las instalaciones, por la forma como está organizado el trabajo, por el material utilizado y por el tipo de tarea que realiza (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

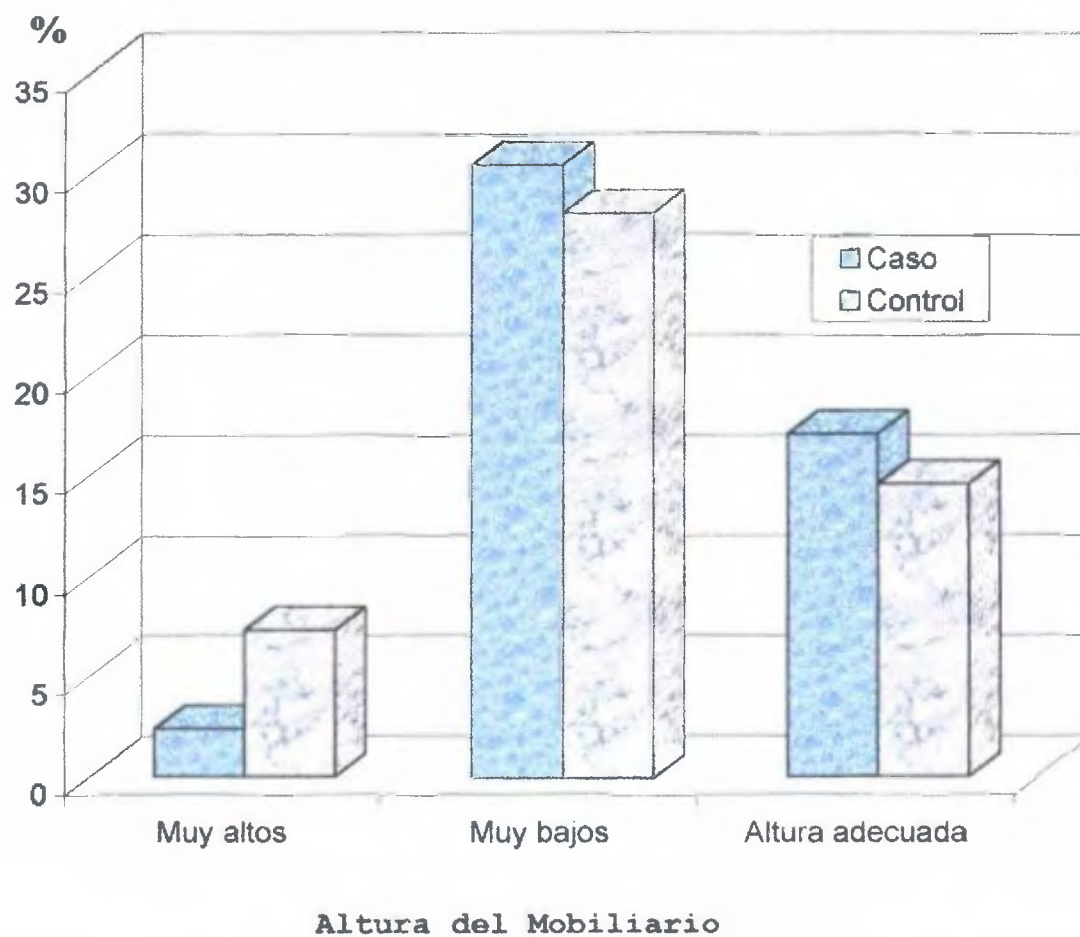
Al analizar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en relación con la variable ergonómica de la altura del mobiliario que utiliza la enfermera para realizar sus labores administrativas observamos que el 58.6% de la muestra consideró que la altura del mobiliario era baja, representando de este grupo un 30.5% a los casos y un 28.1% a los controles.

El otro porcentaje representativo correspondió al 31.7% que opinó que la altura del mobiliario era adecuada, de los cuales un 17.1% representó a los casos y el otro 14.6% a los controles; mientras que un 9.7% de toda la muestra señaló que los muebles eran muy altos.

En lo que respecta al análisis de contingencia, que compara a los muebles con alturas inadecuadas con relación a los que tienen altura adecuada, un Odds ratio de 0.80 dentro de los valores límites de 0.28 a 2.24, señala que hay una menor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que usan muebles con una altura adecuada en sus labores administrativas.

Se determinó un X^2 de 0.23 con un valor P de 0.635 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que los mobiliarios para sus labores administrativas tienen una altura inadecuada (ya sean muy altos o muy bajos) y el grupo de enfermeras que consideran que los muebles de la estación utilizados en sus funciones administrativas tienen una altura adecuada; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario en su Labor Administrativa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XXXIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Altura y Dimensiones del Mobiliario de Insumo y Equipo usado en las Labores de Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Altura del Mobiliario en su Labor de Atención Directa de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Muy Altos	46	56.1	22	26.8	24	29.3
Muy Bajos	10	12.2	5	6.1	5	6.1
Altura adecuada	26	31.7	14	17.1	12	14.6

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La evaluación del mobiliario que contiene los insumos y equipo que se utilizan para atender a los pacientes durante su hospitalización es un aspecto que también debe ser considerado en el análisis del puesto de la enfermera, desde el punto de vista ergonómico, debido a que muchas de las actividades y desplazamiento que ella realiza en el proceso de equiparse para brindar la atención directa, son alrededor de este mobiliario.

El mayor porcentaje de la muestra opinó que la altura y dimensiones del mobiliario de insumos y equipo para sus labores de atención directa era muy alto, totalizando un 56.1%, de los cuales 26.8% correspondía a los casos y 29.3% a los controles; seguido de un 31.7% de la muestra que consideró que la altura del mobiliario era adecuada.

El otro porcentaje menos representativo fue el de 12.2% de la muestra que manifestó que el mobiliario de insumos y equipo para la atención directa era muy bajo, donde 6.1% representó a los grupos de casos y controles respectivamente.

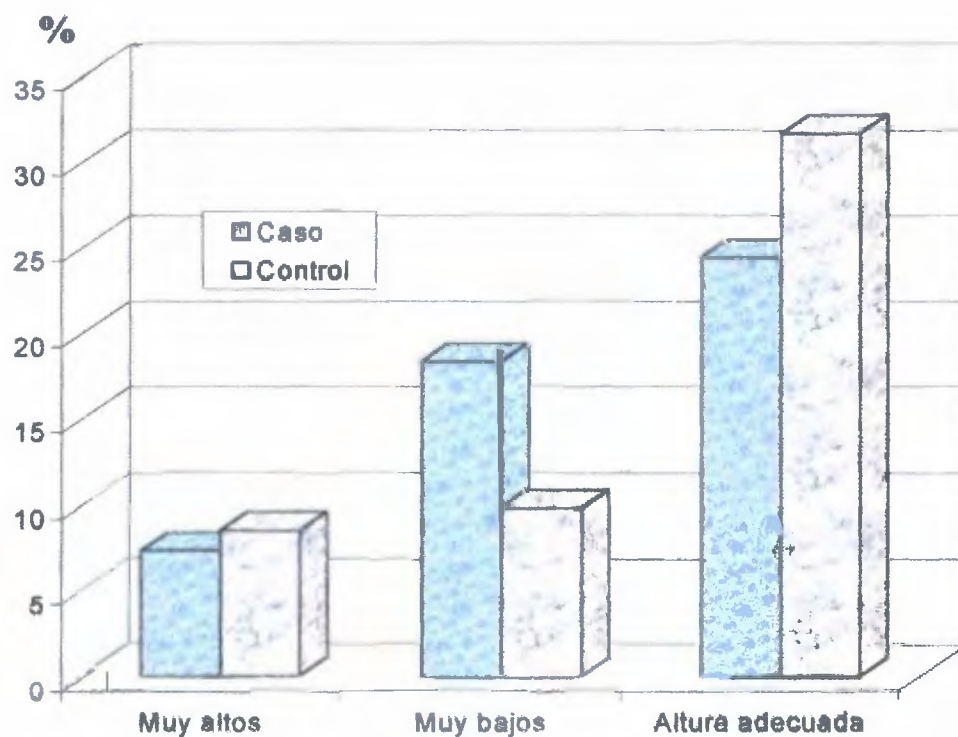
En cuanto al análisis de la razón de disparidad el Odds ratio de 1.22 dentro de los valores límites de 0.41 a 3.59, al comparar a los grupos que opinaron que el mobiliario tenía una altura adecuada con relación a los que si expresaron incomodidad debido a una altura ya fuera muy alta o muy baja, indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que tienen que equiparse de insumos y equipo para brindar la atención directa por altura y dimensiones inadecuadas, del mobiliario de la estación de enfermería, en comparación a las que consideran que tienen un mobiliario con medidas adecuadas.

En este aspecto es importante mencionar que la opinión de cada enfermera es muy particular y personal, ya que ésta depende de la estatura propia de la enfermera y de allí se deriva su percepción en este aspecto ergonómico.

Se determinó un χ^2 de 0.16 con un valor P de 0.69 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que los mobiliarios que usan para equiparse de insumos y equipo para brindar la atención directa, tienen alturas y dimensiones inadecuadas, en comparación con el

grupo de enfermeras que consideran que los muebles de insumos y de equipo tienen medidas adecuadas; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Altura y Dimensiones del Mobiliario de Insumo y Equipo usado en las Labores de Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Altura y Dimensiones del Mobiliario

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Altura y Dimensiones del Mobiliario de Insumos y de Equipo usado para las Actividades de Atención Directa de Enfermería



Cuadro XXXIV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Facilidad de Movimiento entre las Unidades de los pacientes en la Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Facilidad de Movimiento entre las unidades de los pacientes en la atención de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Dificultad	60	73.2	34	41.5	26	31.7
Facilidad	22	26.8	7	8.5	15	18.3

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

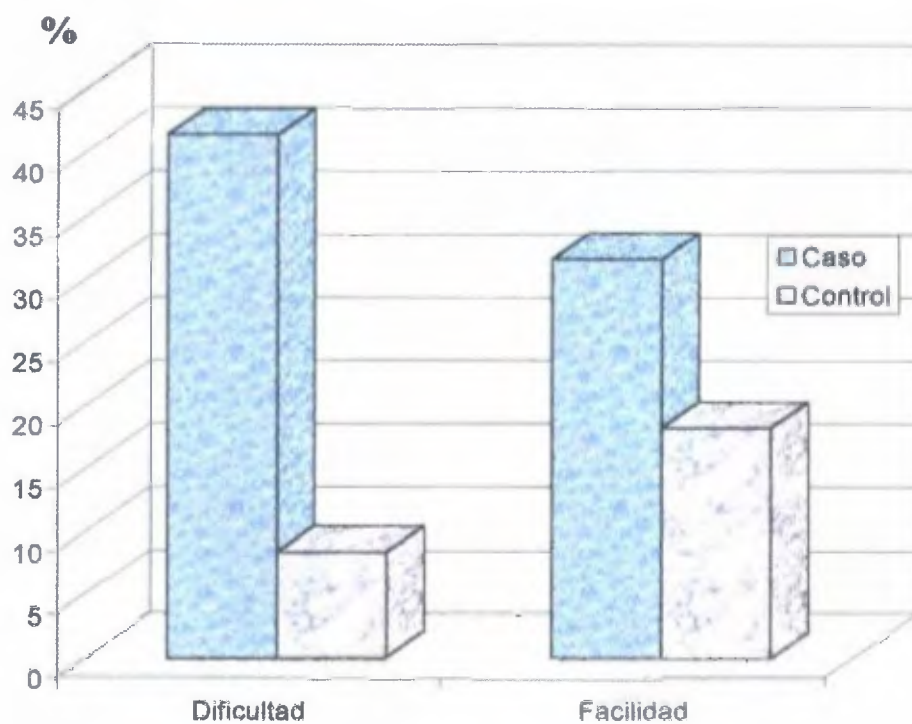
El espacio con que cuenta la enfermera para hacer sus actividades y desplazarse entre las unidades de los pacientes, durante su proceso de atención directa, es otro aspecto ergonómico a considerar en la labor de la enfermera.

El 73.2% de la muestra consideró que tenían dificultad y limitación para movilizarse entre las unidades de los pacientes, durante el desarrollo de sus cuidados integrales de enfermería; de este grupo 41.7% correspondía a los casos y 31.7% a los controles. El otro 26.8% restante opinó que contaban con facilidad de movimiento entre las unidades de los pacientes al realizar sus tareas de atención directa; donde 8.5% y 18.3% representaban a los casos y a los controles respectivamente.

Sí es cierto que este criterio ergonómico depende de la opinión personal de la enfermera, de acuerdo a su estatura y dimensión corporal personal, este aspecto tan subjetivo y personal, al ser analizado en una tabla de contingencia nos establece un Odds ratio de 2.80 dentro de los valores límites de 0.90 a 8.97, lo que nos lleva a considerar el espacio entre las unidades de los pacientes como facilitador o limitante en las labores de atención directa de la enfermera, como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 4.40 con un valor P de 0.11 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que manifestaron dificultad de movimiento entre las unidades de los pacientes y el grupo de Enfermeras que expresó que pueden moverse con facilidad entre las unidades de los pacientes; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Facilidad de Movimiento entre las Unidades de los pacientes en la Atención Directa de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Facilidad de Movimiento entre las Unidades de los Pacientes

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La facilidad de movimiento entre las unidades de los pacientes durante la atención directa de enfermería, pueden limitar el buen uso de la mecánica corporal en el personal.



Cuadro XXXV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario de los Pacientes en las Labores de atención directa, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Altura del Mobiliario de los Pacientes en la atención directa	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Muy Altos	13	15.8	6	7.3	7	8.5
Muy Bajos	23	28.1	15	18.3	8	9.8
Altura adecuada	46	56.1	20	24.4	26	31.7

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La altura del mobiliario de la unidad de los pacientes durante su hospitalización, es una característica que también debe ser evaluada desde el punto de vista ergonómico, en el análisis del puesto de la enfermera, debido a que todas las actividades que ella desempeña en el proceso de atención directa, se desarrollan alrededor de este mobiliario.

El 56.1% del grupo de estudio consideró que la altura del mobiliario de la unidad del paciente era adecuada, donde 24.4% representaban a los casos y 31.7% a los controles.

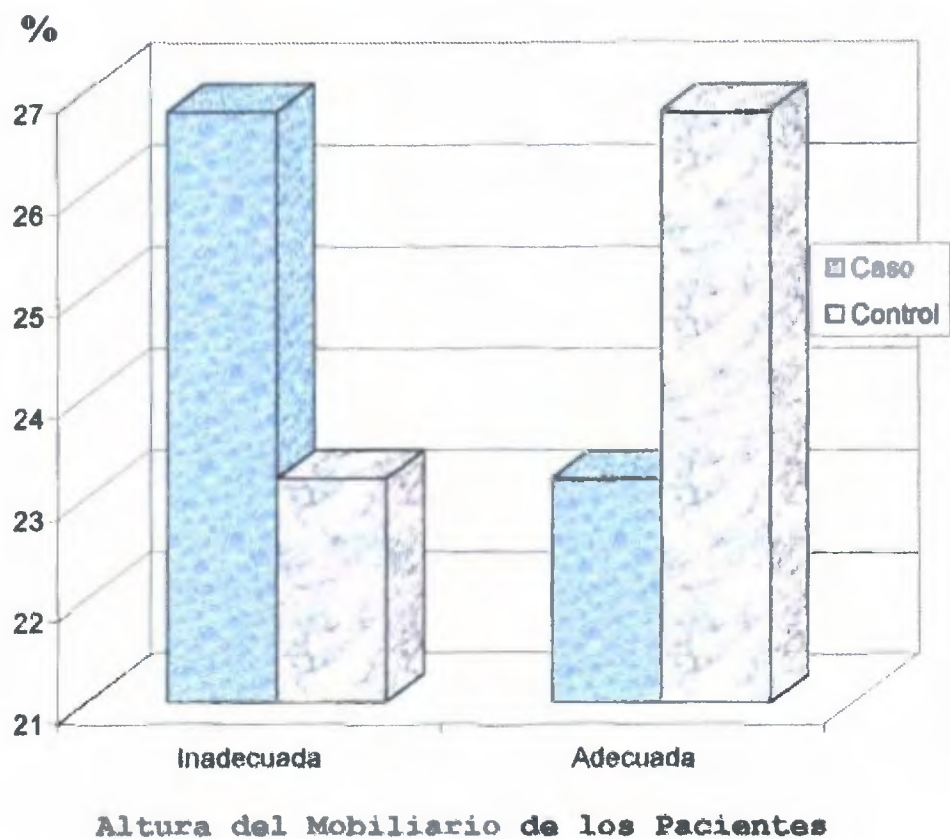
Los otros dos grupos correspondían al 28.1% que opinó que los muebles de la unidad del paciente eran muy bajos, donde 18.3% representaba a los casos y 9.8% a los controles; mientras que el otro grupo que consideró que los muebles eran muy altos constituyó un 15.8% del grupo

encuestado, con 7.3% y 8.5% para los casos y controles respectivamente.

Al evaluar la razón de disparidad con base a una reagrupación que comparó a los que consideraban que los muebles eran o muy bajos o muy altos en relación con el grupo que consideró que tenían una altura adecuada, se obtuvo un Odds ratio de 1.82 dentro de los valores límites de 0.69 a 4.85, que indica que las enfermeras que consideran que la altura del mobiliario de la unidad del paciente es inadecuada, tienen más probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas que las que no tienen incomodidad con el mobiliario.

Se determinó un X^2 de 1.78 con un valor P de 0.18 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la altura del mobiliario de los pacientes es inadecuada, debido a que es muy alta o muy baja, en comparación con el grupo de enfermeras que consideran que los muebles de los pacientes tienen una altura adecuada; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Altura del Mobiliario de los Pacientes en las Labores de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

El espacio limitado entre las unidades de los pacientes puede dificultar el movimiento y las actividades que realiza la enfermera durante la atención directa de enfermería.



Cuadro XXXVI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Forma de Alcanzar los Atriles en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Forma de Alcanzar los Atriles en su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Estirándose	63	76.8	36	43.9	27	32.9
Fácil de Alcanzar	19	23.2	5	6.1	14	17.1

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro aspecto que debe ser considerado, desde el punto de vista ergonómico, es el relacionado con la forma en que la enfermera alcanza los atriles durante la actividad de administración de soluciones, medicamentos y tratamientos parenterales en el proceso de atención directa de los pacientes, debido a los movimientos y posturas forzadas e inadecuadas que se realizan durante esta actividad.

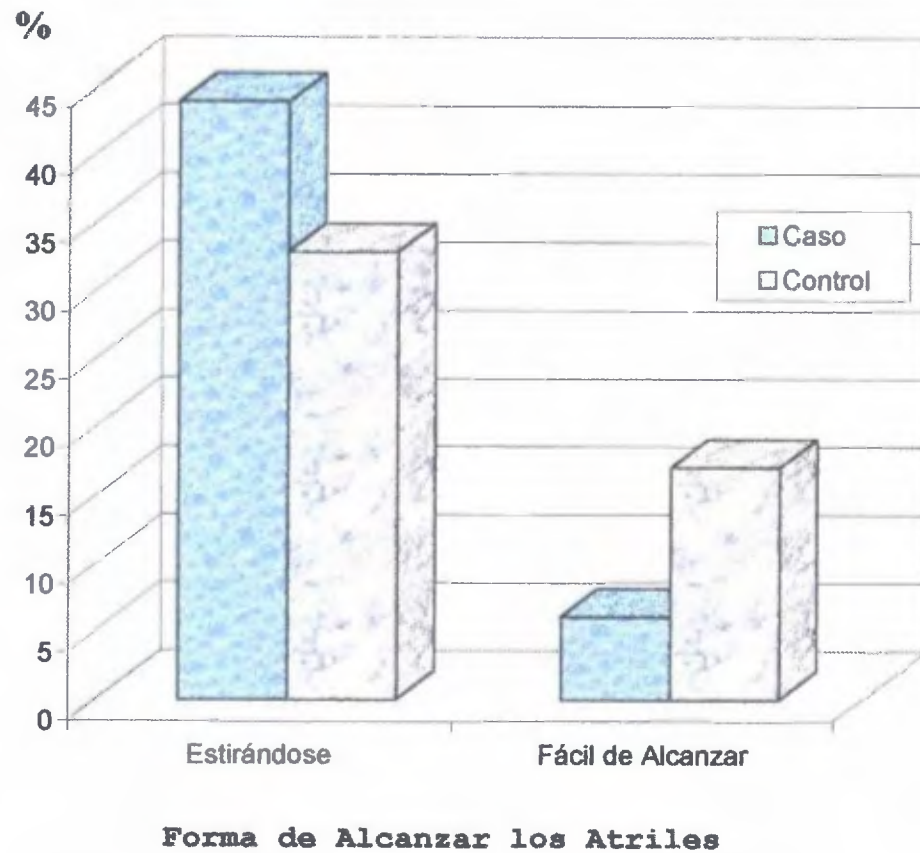
En su mayoría, el 76.8% de las enfermeras refirieron que alcanzaban los atriles estirándose, donde el 43.9% correspondía a los casos y 32.9% a los controles. El 23.2% restante de la muestra indicó que los atriles eran fáciles de alcanzar para ellas, de este porcentaje 6.1% y 17.1% representaba a los casos y a los controles respectivamente.

Es cierto que la forma de alcanzar los atriles depende de la estatura y complexión corporal de la enfermera, pero al someter esta variable ergonómica al análisis de contingencia se encontró que un Odds ratio de 3.73 lleva a

considerar la forma en que la enfermera debe alcanzar los atriles durante la administración de soluciones, medicamentos y tratamientos endovenosos a los pacientes como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se determinó un X^2 de 5.55 con un valor P de 0.018 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que manifestaron dificultad para alcanzar los atriles, haciendo movimientos de estiramiento o inclinando los atriles de las unidades de los pacientes para administrar tratamientos intravenosos, en comparación con el grupo de Enfermeras que expresó que pueden alcanzar con facilidad los atriles de las unidades de los pacientes; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Forma de Alcanzar los Atriles en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

La forma de alcanzar los atriles, es un aspecto importante desde el punto de vista ergonómico, debido a los movimientos y posturas forzadas e inadecuadas que se realizan durante esta actividad.



Cuadro XXXVII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Clima de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Clima de la sala en su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Caliente	41	50.0	24	29.3	17	20.7
Fresco	16	19.5	7	8.5	9	11.0
Frío	25	30.5	10	12.2	15	18.3

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Desde la perspectiva del análisis psicosocial del puesto de trabajo, la evaluación minuciosa de los factores de riesgo físicos del micro-clima, como son: la temperatura, iluminación, ruido, vibraciones y radiaciones, corresponde al área de la higiene y seguridad. Sin embargo, como se tratan de factores que afectan al trabajador, pueden ser detectados por nuestra área sensorial y los resultados pueden ser corroborados con la medición instrumental realizada en dicha área (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

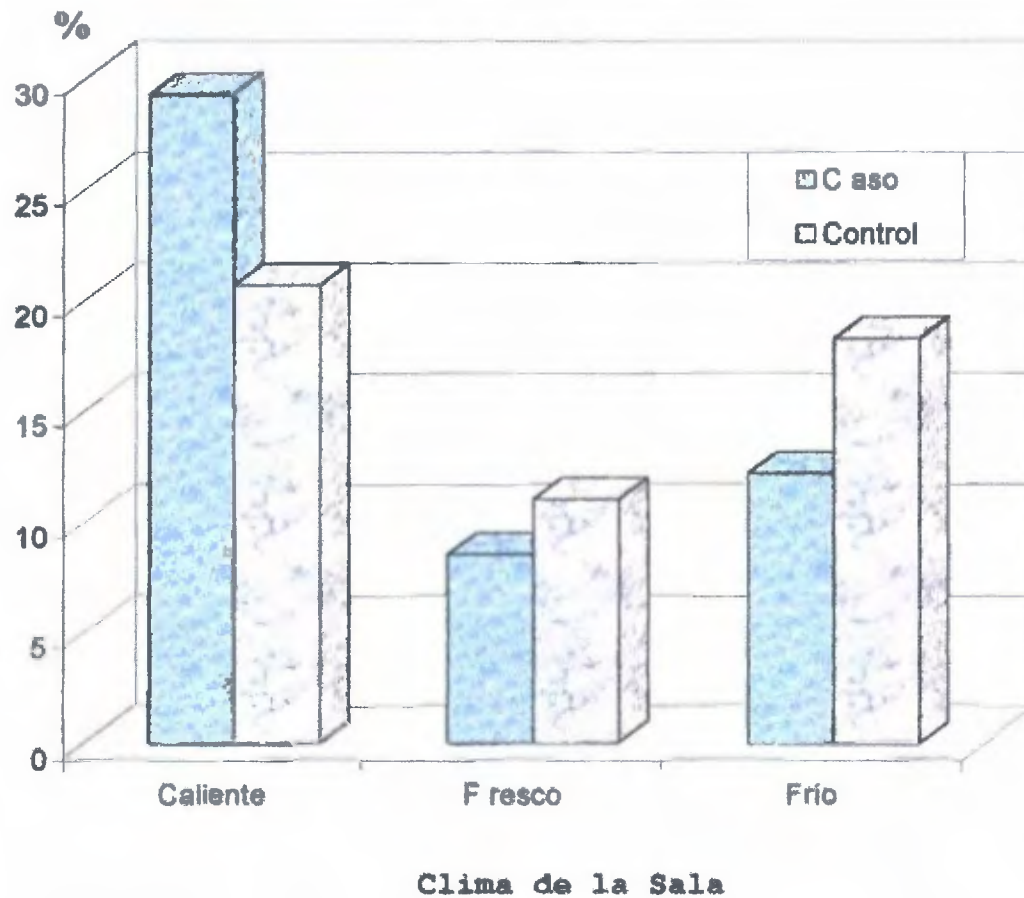
En la evaluación del puesto de la enfermera es importante el micro clima de la sala donde labora. En esta variable, observamos que el 50% de las enfermeras señalaron que el clima de la sala era caliente, donde 29.3% correspondía a los casos y 20.7% a los controles. Por el contrario, el 50% restante opinó que el clima de su sala era fresco (19.5% de la muestra) y el 30.5% restante indicó

que era frío, correspondiendo 12.2% a los casos y 18.3% a los controles.

En el análisis de la razón de disparidad, se comparó al grupo de las enfermeras que consideraban el clima de la sala caliente con las que opinaron que era fresco o frío, calculando un Odds ratio de 1.99 dentro de los valores límites de 0.76 a 5.29, lo que señala que un micro - clima de trabajo inadecuado puede ser considerado un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 2.39 con un valor P de 0.122 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que el clima de su sala es caliente, en comparación con el grupo de enfermeras que consideran que su sala es fresca o fría por el uso de sistemas de aire acondicionado; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Clima de la Sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

La temperatura es otro factor de riesgo físico dentro del micro clima de trabajo; la misma puede ser natural o artificial, ya sea caliente, fresca o fría y su distribución dentro del espacio para clasificar el confort térmico del trabajador .



Cuadro XXXVIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Iluminación de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Iluminación de la sala en su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Inadecuada	41	50.0	22	26.8	19	23.2
Adecuada	41	50.0	19	23.2	22	26.8

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otro aspecto a considerar en el micro clima de trabajo desde el punto de vista de los factores de riesgo físicos es la iluminación; en este punto evaluamos si la misma es natural o artificial y su intensidad, ya sea excesiva o deficiente (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

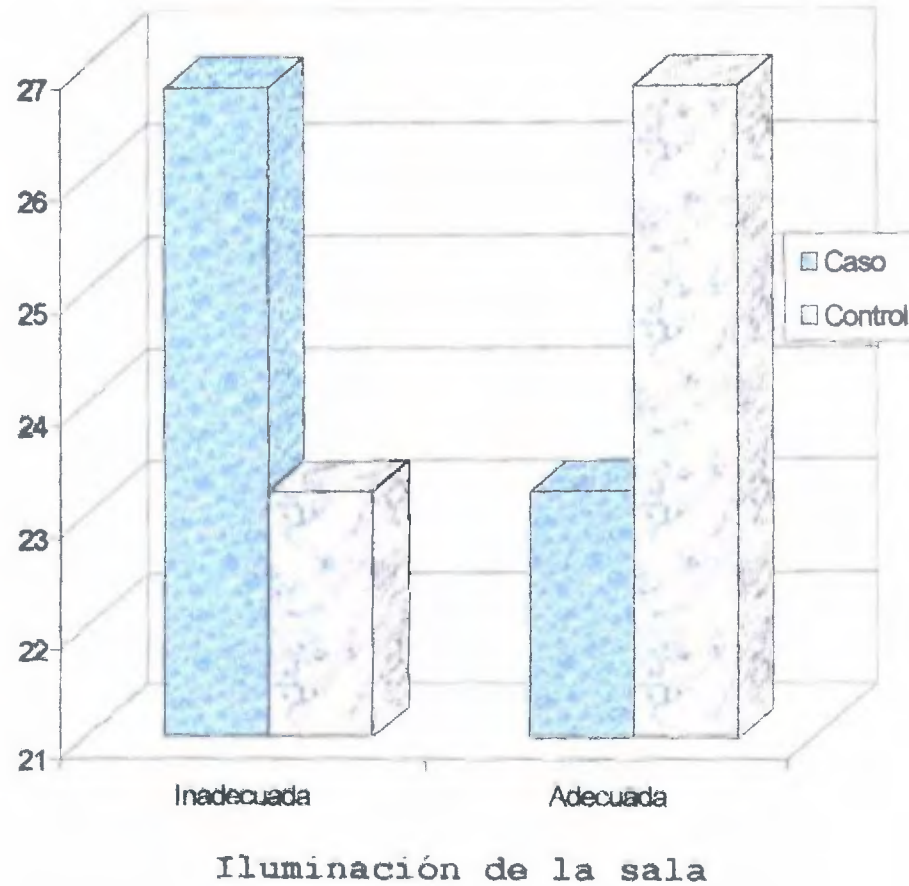
En el caso del grupo de estudio, el 50% consideró que la iluminación era adecuada, tanto en su intensidad como en su distribución dentro de la sala, donde 23.2% representaba a los casos y 26.8% a los controles. Por el contrario el 50% opinó que la iluminación era inadecuada, ya fuera por su baja intensidad o por su mala distribución en la sala, correspondiendo 26.8% y 23.2% a los caos y controles respectivamente.

El cálculo de la razón de disparidad, el Odds ratio de 1.34 dentro de los valores límites de 0.51 a 3.51, indica que hay más probabilidad de desarrollar la Predisposición

a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras expuestas a una iluminación deficiente, que en las que laboran en una sala con iluminación adecuada; aspecto que es muy importante de considerar en la labor de la enfermera, debido a que trabaja la mayoría de sus turnos de 3 p.m. a 11 p.m. y de 11 p.m. a 7 a.m., donde se requiere la luz artificial apropiada.

Se determinó un X^2 de 0.44 con un valor P de 0.51 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que consideran que la iluminación de su sala es inadecuada, en comparación con el grupo de enfermeras que consideran que su sala tiene un sistema de iluminación adecuado; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Iluminación de la sala en su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La iluminación es otro factor de riesgo físico dentro del micro clima de trabajo; la misma puede ser natural o artificial y se mide su intensidad, ya sea excesiva o deficiente y su distribución para clasificarla como adecuada o inadecuada.



Cuadro XXXIX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la presencia de Ruidos durante su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Presencia de Ruidos durante su Labor de Enfermería	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Permanentes	43	52.4	25	30.5	18	22.0
Esporádicos	39	47.6	16	19.5	23	28.0

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

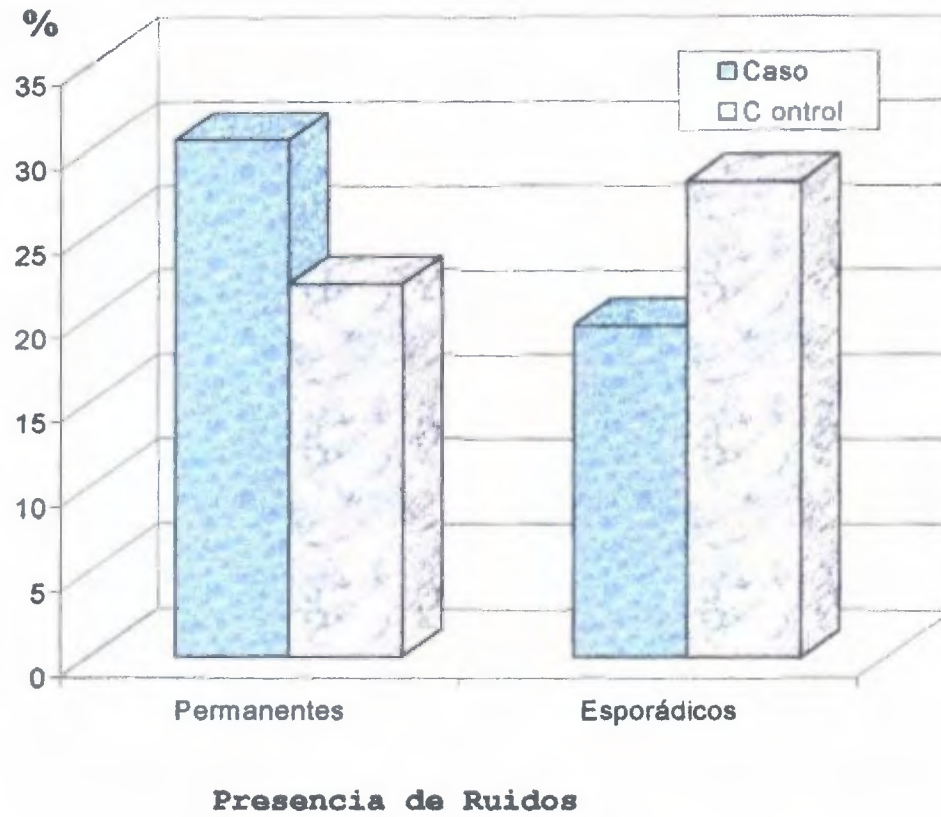
En la evaluación psicosocial del puesto de trabajo, la inspección minuciosa del micro - clima de trabajo toma en cuenta como otro factor de riesgo físico el ruido, tomando como características básicas para la evaluación de su impacto su intensidad, la fuente, su continuidad y si es intermitente o no (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

En el grupo de enfermeras encuestadas, el 52.4% manifestó que los ruidos en su sala eran permanentes, correspondiendo 30.5% a los casos y 22% a los controles; mientras que el 47.6% restante refirió que los ruidos eran esporádicos, donde el 19.5% y 28% representaban a los casos y a los controles respectivamente.

Al analizar esta variable física del micro clima de trabajo, calculamos una razón de disparidad de 2.00 dentro de los valores límites de 0.76 a 5.31, lo que establece que debemos considerar el ruido como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

Se calculó un X^2 de 2.40 con un valor P de 0.121 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que manifestaron que tenían ruidos permanentes en su sala, en comparación con el grupo de enfermeras que expresaron que los ruidos en su sala eran esporádicos; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Presencia de Ruidos durante su Labor de Enfermería, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La presencia de ruidos en las salas de hospitalización es originada por las alarmas de las bombas de infusión, monitores cardiacos, tanques de oxigeno, aires acondicionados, etc.



Cuadro XL: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Fluidos Corporales Manejados en su Sala por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Fluidos Corporales Manejados en su Sala	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Todos los fluidos corporales	48	58.5	23	28.0	25	30.5
Sangre, orina, heces y saliva	26	31.7	15	18.3	11	13.4
Heridas, sangre, orina y saliva	8	9.8	3	3.7	5	6.1

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En la identificación de los factores de riesgo del contenido del trabajo es importante la observación de la presencia de agentes biológicos, que van desde los animales ponzoñosos, roedores, plantas venenosas e irritantes, vectores mecánicos como la mosca, vectores biológicos como los mosquitos, hasta la presencia de micro-organismos como las bacterias, hongos, virus, etc. (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

El manejo de fluidos corporales por parte del personal de enfermería, muchas veces esta determinado por el tipo de servicio especializado en que labora el personal, que está en contacto con absolutamente todos los fluidos fisiológicos del paciente ya sea por vías naturales o por la presencia de drenajes o lesiones quirúrgicas o no quirúrgicas, a diferencia de otros servicios en que los

pacientes sólo requieren cuidados intermedios y se auto ayudan sin requerir del manejo de todos los fluidos corporales.

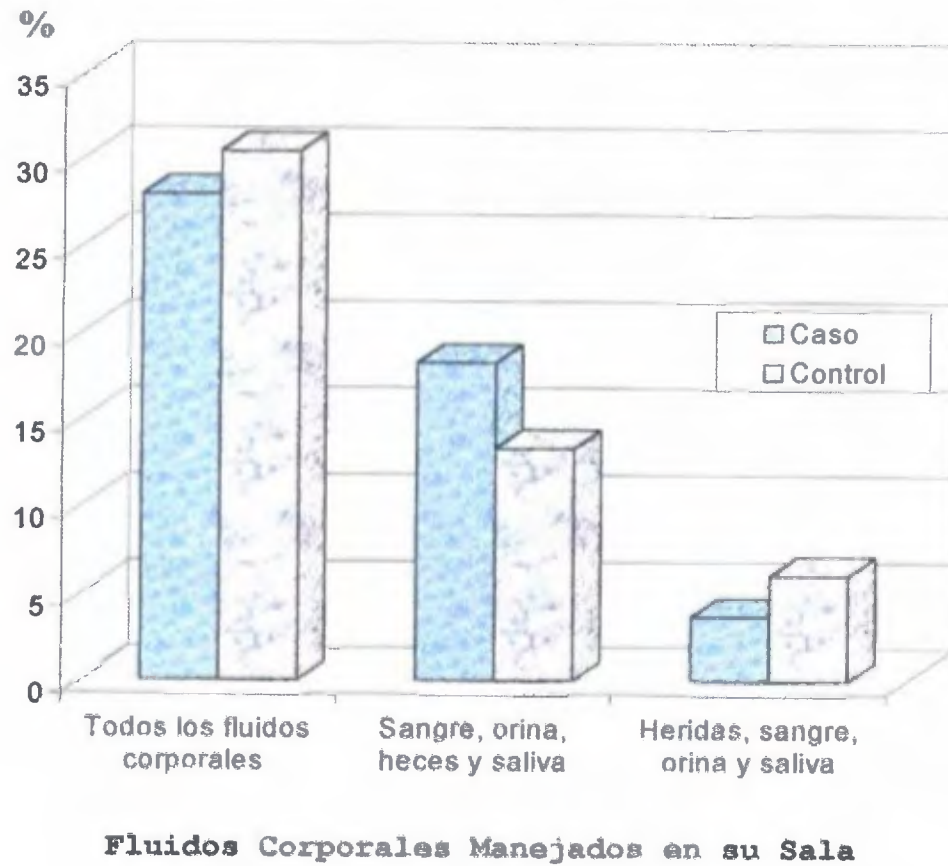
En la muestra encuestada, el 58.5% de las enfermeras informó que manejaban todos los fluidos corporales, correspondiendo 28% y 30.5% a los casos y controles respectivamente, a diferencia de otros servicios que totalizaron un 31.7% donde sólo se maneja sangre, orina, heces y saliva, con un 18.3% para los casos y 13.4% para los controles. El grupo menos representativo correspondió al 9.8% de la muestra que manifestó que por lo general sólo tenían contacto con heridas, sangre, orina y saliva, que es el grupo que corresponde a los pacientes en servicios de cuidado intermedio.

En la comparación del manejo de fluidos corporales, según el tipo de cuidados y servicios brindados por el personal, se calculó un Odds Ratio de 1.76, dentro de los valores límites de 0.33 a 10.16, que indica que hay mayor probabilidad de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras expuestas con mayor frecuencia a los fluidos corporales, con relación a las que tienen menor exposición a estos fluidos al atender a los pacientes.

Se calculó un χ^2 de 0.55 con un valor P de 0.46 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras expuestas con mayor frecuencia a los fluidos corporales, en

comparación a las que tienen menor exposición a estos fluidos al atender a los pacientes; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Fluidos Corporales Manejados en su Sala manejados por las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XLI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Dotación Inadecuada de Equipo de Protección Personal, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Dotación de Equipo de Protección Personal	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Equipo Incompleto	57	69.5	35	42.7	22	26.8
Equipo Completo	25	30.5	6	7.3	19	23.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En la observación de los factores de riesgo psicosociales es importante la evaluación de la dotación del equipo de protección personal. En esta variable se determina si las instituciones proporcionan el equipo sin seguir las especificaciones técnicas establecidas, o proporciona el equipo adecuado, pero no lo renueva con la periodicidad requerida, o no les proporciona el mantenimiento preventivo a los equipos (Cano, Marshall y Vásquez, 1988).

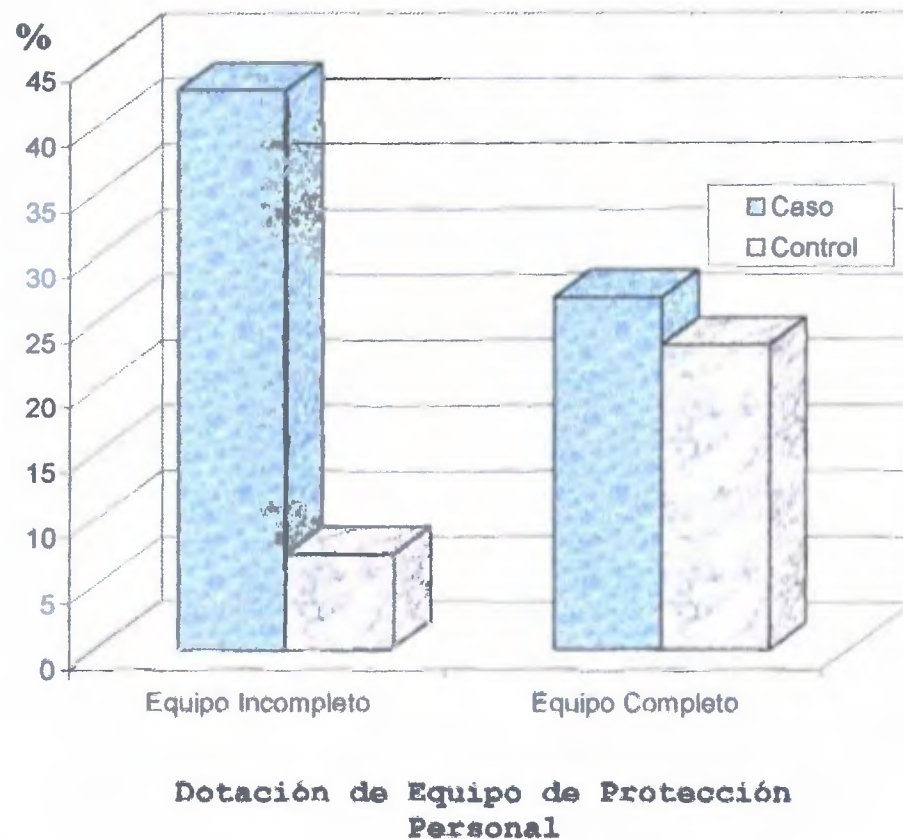
En la evaluación porcentual de la dotación del equipo de protección personal en las enfermeras encuestadas, se observó que el 69.5% refirió que se les suministraba equipo incompleto, mencionando en su mayoría la falta de protectores oculares, batas para asistir en procedimientos especiales e incluso ropa suficiente para el uso del personal intrahospitalariamente, correspondiendo 42.7% y 26.8% a los casos y controles respectivamente.

El otro grupo de enfermeras consideró que contaban casi siempre con el equipo básico de trabajo para su protección personal representando el 30.5% de la muestra, donde 7.3% representaba a los casos y 23.2% a los controles.

En cuanto al análisis de la razón de disparidad el Odds ratio de 5.04 dentro de los valores límites de 1.57 a 16.83, al comparar a los grupos que opinaron que tenían equipo de protección personal incompleto con relación a los que expresaron que contaban con el equipo de protección completo, indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que no tienen el equipo de protección completo para brindar la atención directa, en comparación a las que consideran que tienen el equipo completo.

Se determinó un X^2 de 9.72 con un valor P de 0.0018 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que opinaron que tenían equipo de protección personal incompleto con relación a los que expresaron que contaban con el equipo de protección completo; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Dotación de Equipo de Protección Personal, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

D. Estado de Salud e Historial Obstétrico

Cuadro XLII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según la Condición de Salud en la última cita Médica, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Condición de Salud en la última cita Médica	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Enferma	25	30.5	19	23.2	6	7.3
Sana	57	69.5	22	26.8	35	42.7

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

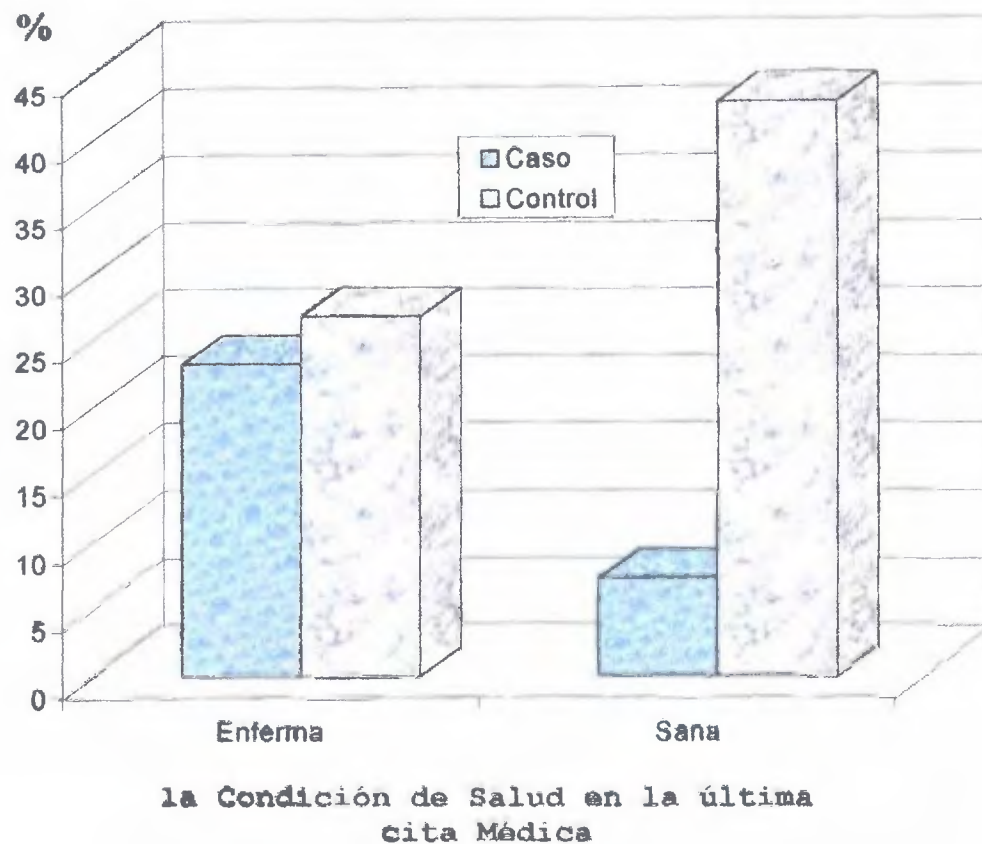
En la evaluación porcentual del estado de salud de las enfermeras encuestadas, en función del diagnóstico de su condición de salud en su última cita médica, encontramos que el 69.5% refirió que estaban sanas, correspondiendo 26.8% y 42.7% a los casos y controles respectivamente. El 30.5% restante presentaba una enfermedad en su última atención médica, donde 23.2% representaba a los casos y 7.3% a los controles.

En el cálculo de la razón de disparidad, un Odds ratio de 5.04 dentro de los límites de 1.57 a 16.83 señala que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras diagnosticadas como enfermas que en las que estaban saludables.

Se determinó un X^2 de 9.72 con un valor P de 0.0018 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras diagnosticadas como enfermas en su última cita médica con relación a las que tenían buen estado de salud; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

D. Estado de Salud e Historial Obstétrico

Gráfica XXXIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según la Condición de Salud en la Última Cita Médica, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XLIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Diagnóstico Médico en su última cita de Control de Salud, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Diagnóstico Médico en su última cita de Control de Salud	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Sana	57	69.5	22	26.8	35	42.7
Bronquitis asmática	4	4.8	3	3.6	1	1.2
Síndrome Gripal	4	4.8	3	3.6	1	1.2
Efusión pleural	1	1.2	0	0	1	1.2
Hipertensión arterial	1	1.2	1	1.2	0	0
Varices profundas y migrañas	1	1.2	1	1.2	0	0
Punción de mano con aguja	3	3.6	2	2.4	1	1.2
Lumbalgia	1	1.2	1	1.2	0	0
Amenaza de parto prematuro	2	2.4	2	2.4	0	0
Aborto retenido	1	1.2	1	1.2	0	0
Embarazo de alto riesgo	1	1.2	0	0	1	1.2
Placenta previa	1	1.2	0	0	1	1.2
Quiste de ovario	2	2.4	2	2.4	0	0
Inflamación intrapelvica	1	1.2	1	1.2	0	0
Colelitiasis	1	1.2	1	1.2	0	0
Diabetes Mellitus	1	1.2	1	1.2	0	0
Trastorno afectivo bipolar	1	1.2	1	1.2	0	0

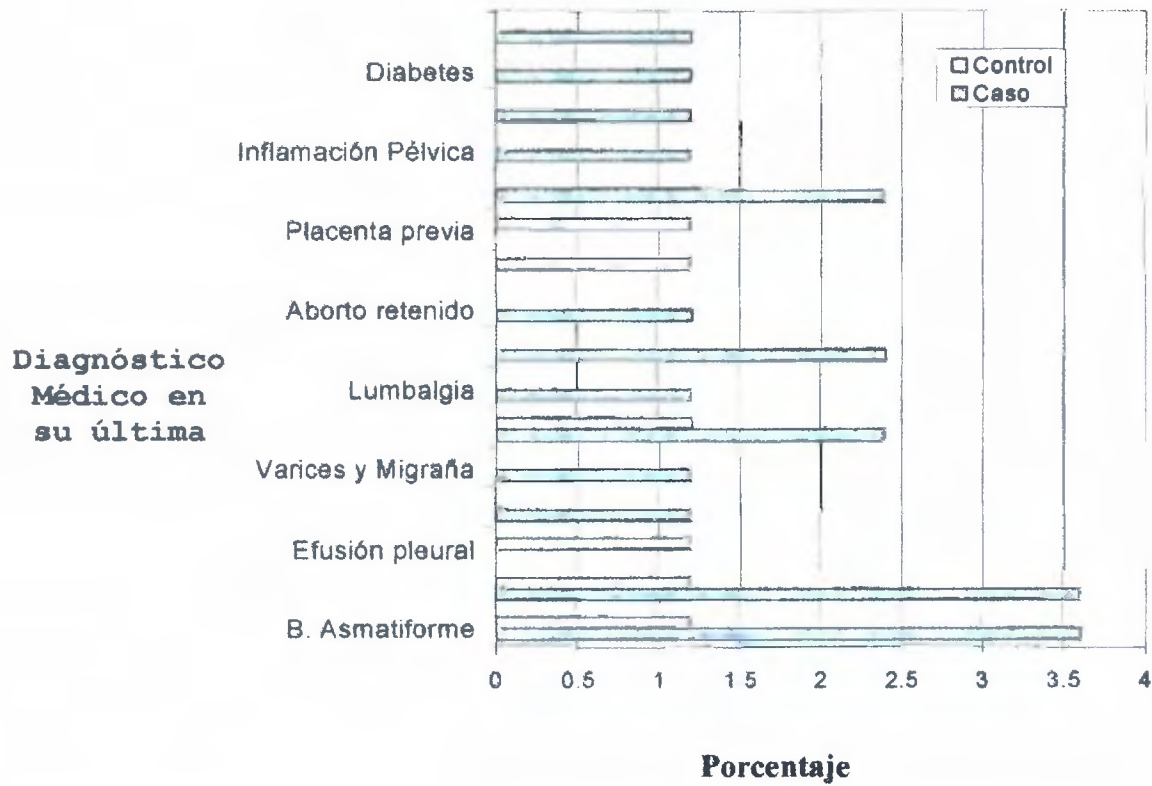
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Quando se observaron los diagnósticos médicos más predominantes en la última cita de control de salud, se encontró que las afecciones respiratorias eran las más comunes, representando un 4.9% los casos de síndrome gripal y otro 4.9% los cuadros de bronquitis asmática.

Le siguen en porcentaje los padecimientos de origen gineco - obstétricos como: el quiste de ovario con un 2.4% y la amenaza de parto prematuro con un 2.4%. Cabe señalar que hay otros problemas gineco - obstétricos en menor porcentaje, como lo son: el aborto retenido, la placenta previa, el embarazo de alto riesgo y la inflamación intra pélvica que corresponden a 1.2%, cada una, respectivamente. En este aspecto es importante destacar que los diagnósticos obstétricos de amenaza de parto prematuro, aborto retenido y embarazo de alto riesgo entre, otros, son los que se evalúan en este estudio, en función de la exposición a los factores de riesgo psicosociales del puesto de la enfermera.

En el análisis de contingencia, el Odds ratio de 5.04 indica que los diferentes diagnósticos médicos y una afección de la condición de salud pueden ser considerados como un factor de riesgo para desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas. Se calculó un X^2 de 9.72 con un valor P de 0.0018 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras diagnosticadas como enfermas en su última cita médica con relación a las que tenían buen estado de salud; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Diagnóstico Médico en su última cita de Control de Salud, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XLIV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de Embarazos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de embarazos entre las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
1 Embarazo	23	28.0	4	4.9	19	23.2
2 Embarazos	30	36.6	15	18.5	15	18.5
3 Embarazos	22	26.8	16	19.5	6	7.3
4 Embarazos	5	6.1	4	4.9	1	1.2
5 Embarazos	2	2.4	2	2.4	0	0

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

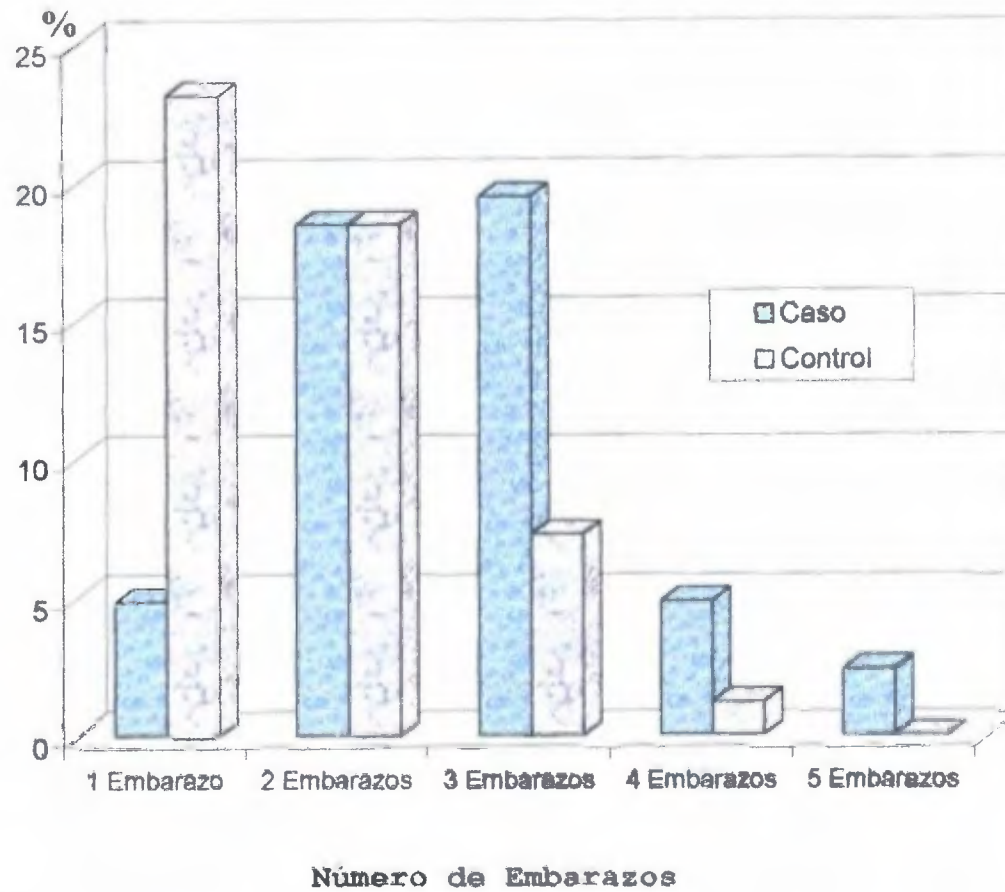
Cuando se observó el número de embarazos de las enfermeras encuestadas, se encontró que el 36.6% había tenido 2 embarazos en toda su vida Reproductivas hasta el 31 de diciembre de 1999, donde el 18.3% representa a los casos y controles respectivamente. Seguido a este grupo estaba el de las enfermeras con un embarazo, que totalizaron un 28% de la muestra, correspondiendo 4.9% a los casos y 23.2% a los controles; y finalmente, el grupo que tuvo 3 embarazos, que representó 26.8% de la muestra, donde 19.5% y 7.3% representaba a los casos y controles respectivamente.

Los grupos con un mayor número de embarazos se caracterizaron por tener los menores porcentajes; donde las enfermeras con cuatro embarazos representaron un 6.1% de la muestra y las que tuvieron cinco embarazos un 2.4% del grupo encuestado.

En lo que respecta al cálculo de la razón de disparidad, se tomó como criterio de exposición al mayor número de embarazos, utilizando el criterio obstétrico de que a mayor número de embarazos hay más variación en las condiciones y riesgos obstétricos del binomio materno. Así que se procedió a la comparación de los grupos con más de tres embarazos con el de dos y un embarazos, obteniéndose un Odds ratio de 5.62 dentro de los límites de 1.84 a 17.84, lo que señala que hay mayor probabilidad de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en la medida que hay un mayor número de embarazos.

Se determinó un X^2 de 12.00 con un valor P de 0.0005 con un grado de libertad, lo que indica que si hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con tres embarazos y más, en comparación a las que tenían uno y dos embarazos; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Embarazos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XLV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de Partos Vaginales, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de Partos Vaginales	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Ninguno	39	47.5	18	21.9	21	25.6
1 Parto	19	23.2	8	9.8	11	13.4
2 Partos	14	17.1	9	11.0	5	6.1
3 Partos	8	9.8	5	6.1	3	3.7
4 Partos	2	2.4	1	1.2	1	1.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

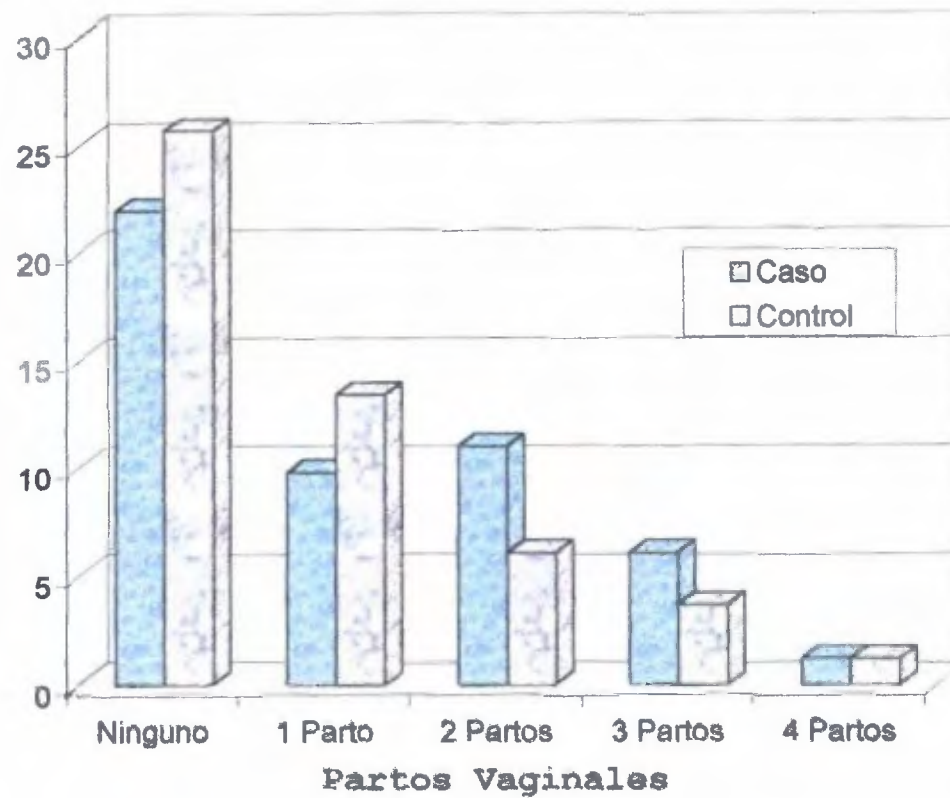
En la observación del número de partos vaginales que presentaron las enfermeras que lograron culminar sus nueve meses de embarazo, se encontró que el 47.5% de toda la muestra estaba constituido por las enfermeras que nunca tuvieron un parto vaginal, donde 21.9% representaba a los casos y 25.6% a los controles; seguido del 23.2% de la muestra que presentó un parto vaginal, representando 9.8% y 13.4% a los casos y los controles respectivamente.

El tercer grupo con mayor porcentaje fue el de las enfermeras con dos partos vaginales que constituyeron un 17.1%, en el que 11% correspondía a los casos y 6.1% a los controles. Los grupos con menor porcentaje fueron los de las enfermeras con tres partos que totalizó un 9.8% y el de las que tuvieron cuatro partos que representan el 2.4% de la muestra.

Se tomó en cuenta el criterio de la literatura obstétrica, que establece que existen suficientes elementos afirmativos que indican que, a mayor paridad, hay mayor riesgo de presentar posibles complicaciones en el período de expulsivo y post parto debido al aumento de la edad y los cambios físicos, fisiológicos, emocionales y sociales originados por la multigestación y multiparidad, en la comparación del grupo de más de tres partos con los de dos partos y menos y se obtuvo un Odds ratio de 1.59, que indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras a medida que hay mayor paridad.

Se calculó un X^2 de 0.46 con un valor P de 0.4997 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con tres y cuatro partos en comparación a las que tenían dos partos y menos; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según el Número de Partos Vaginales, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XLVI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número Nacimientos por Cesárea, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de Nacimientos por Cesárea entre las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Ninguna	36	43.9	20	24.4	16	19.5
1 Cesárea	22	26.8	7	8.6	15	18.3
2 Cesáreas	20	24.4	11	13.4	9	11.0
3 Cesáreas	4	4.9	3	3.6	1	1.2

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

La cesárea se realiza cuando existen las indicaciones obstétricas que ameritan la intervención del período gestacional por vía quirúrgica, como lo son: signos de sufrimiento fetal, tono uterino basal menor de 15 milímetros de mercurio, imposibilidad de colocar el electrodo fetal y catéter para registro interno de la presión amniótica, avances en los signos clínicos y de laboratorio de la severidad de cualquier cuadro clínico en la madre o por la imposibilidad de parto vaginal inmediato, luego de horas prolongadas de labor de parto, ya sea por falta de dilatación, desproporción cefalo pélvica, distosia de presentación de producto, placenta previa y otros.

En el grupo de enfermeras encuestadas, observamos que el 43.9% de la muestra no fue sujeto de cesárea para la terminación de su embarazo, que son las que corresponden a las enfermeras que dieron a luz por parto vaginal. El otro

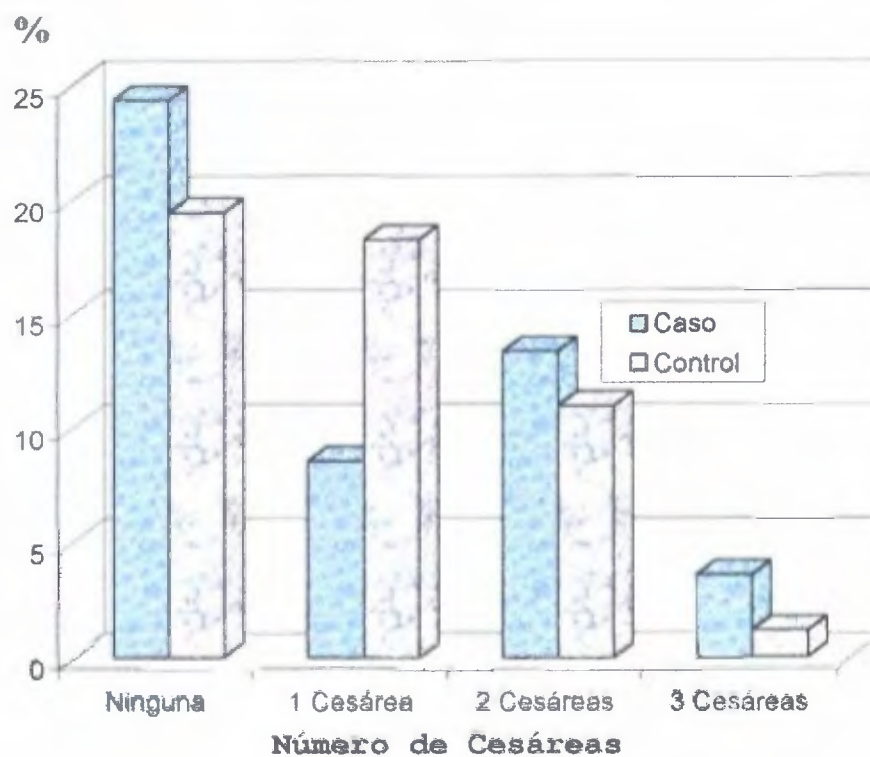
grupo con un porcentaje representativo es el de las enfermeras que tuvieron una cesárea (26.8%) de las cuales 8.6% representaban a los casos y 18.3% a los controles; seguido de las que fueron sujeto a dos cesáreas que totalizaron 24.4% correspondiendo 13.4% y 11% a los casos y a los controles respectivamente. El menor porcentaje era el de las enfermeras que finalizaron sus embarazos con tres cesáreas, correspondiendo al 4.9% de la muestra, donde 3.6% representa a los casos y 1.2% a los controles.

En el análisis de la razón de disparidad se comparó al grupo que no fue sujeto a cesárea con las que tuvieron una cesárea y más, considerando el criterio obstétrico de que el parto vaginal es la vía natural y de preferencia para la interrupción del embarazo y que toda intervención quirúrgica conlleva sus propios riesgos trans y post - operatorios; obteniéndose un Odds ratio de 1.49 con valores límites de 0.57 a 3.93, que indica que el uso de la cesárea es más probable en las enfermeras con Predisposición a Pérdidas Reproductivas que en las que terminaron sus embarazos por parto vaginal.

Se calculó un X^2 de 0.79 con un valor P de 0.37 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que culminaron sus embarazos con una, dos o tres cesáreas en comparación a las que terminaron sus embarazos sin requerir de esta intervención quirúrgica; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de

Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XXXVIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número Nacimientos por Cesárea, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XLVII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de Abortos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de Abortos de las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Ninguno	61	74.4	20	24.4	41	50.0
1 Aborto	18	22.0	18	22.0	0	0
2 Abortos	1	1.2	1	1.2	0	0
3 Partos	2	2.4	2	2.4	0	0

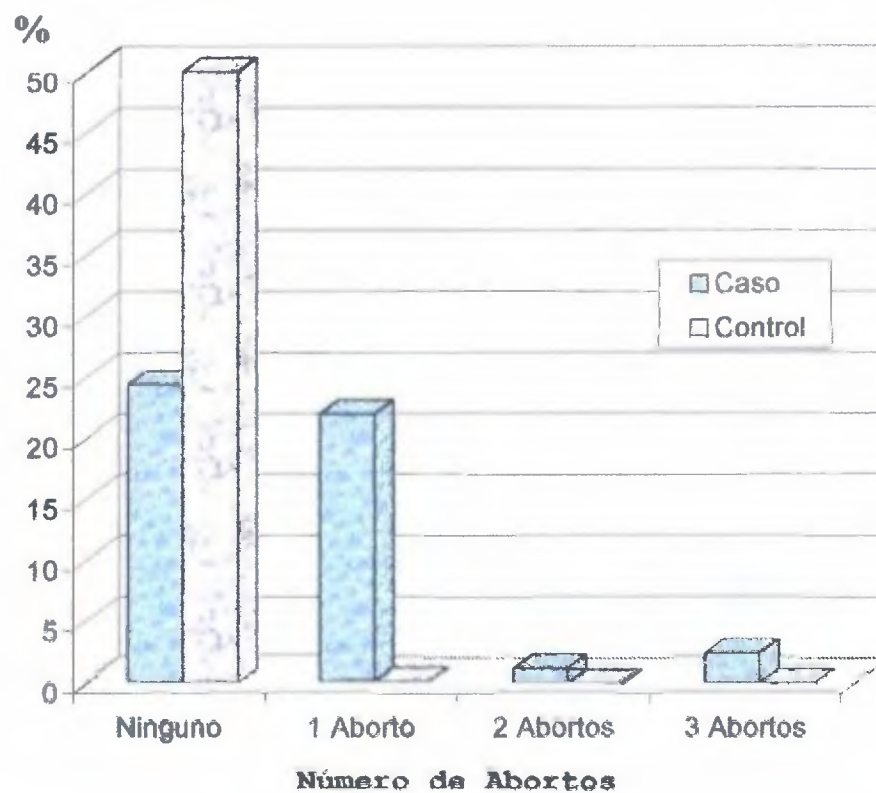
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En el grupo de estudio el mayor porcentaje está constituido por las enfermeras que refirieron no sufrir ningún aborto (74.4%), donde 24.4% representa a los casos y 50% a los controles. Seguido del grupo que presentó un aborto con un 22% de los casos.

Los grupos menos representativos fueron los que sufrieron tres abortos, que correspondieron al 2.4% de los casos y finalmente el 1.2% restante constituido por las que experimentaron dos abortos.

El análisis de la razón de disparidad y del Chi cuadrado no se pueden realizar en esta variable debido a que uno de los criterios de inclusión de los controles es que no hayan presentado ningún aborto, y cualquier cálculo de Odds ratio con un cuadrante igual a cero no puede ser calculado.

Gráfica XXXIX: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de Abortos, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro XLVIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de semanas al momento del Aborto, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de semanas al momento del Aborto de las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	85	100.0	44	50.0	41	50.0
Ninguno Aborto	61	74.4	20	24.4	41	50.0
4 Semanas	1	1.2	1	1.2	0	0
6 Semanas	5	5.9	5	5.9	0	0
8 Semanas	5	5.9	5	5.9	0	0
10 Semanas	3	3.5	3	3.5	0	0
11 Semanas	1	1.2	1	1.2	0	0
12 Semanas	6	8.0	6	8.0	0	0
14 Semanas	1	1.2	1	1.2	0	0
28 Semanas	1	1.2	1	1.2	0	0
32 Semanas	1	1.2	1	1.2	0	0

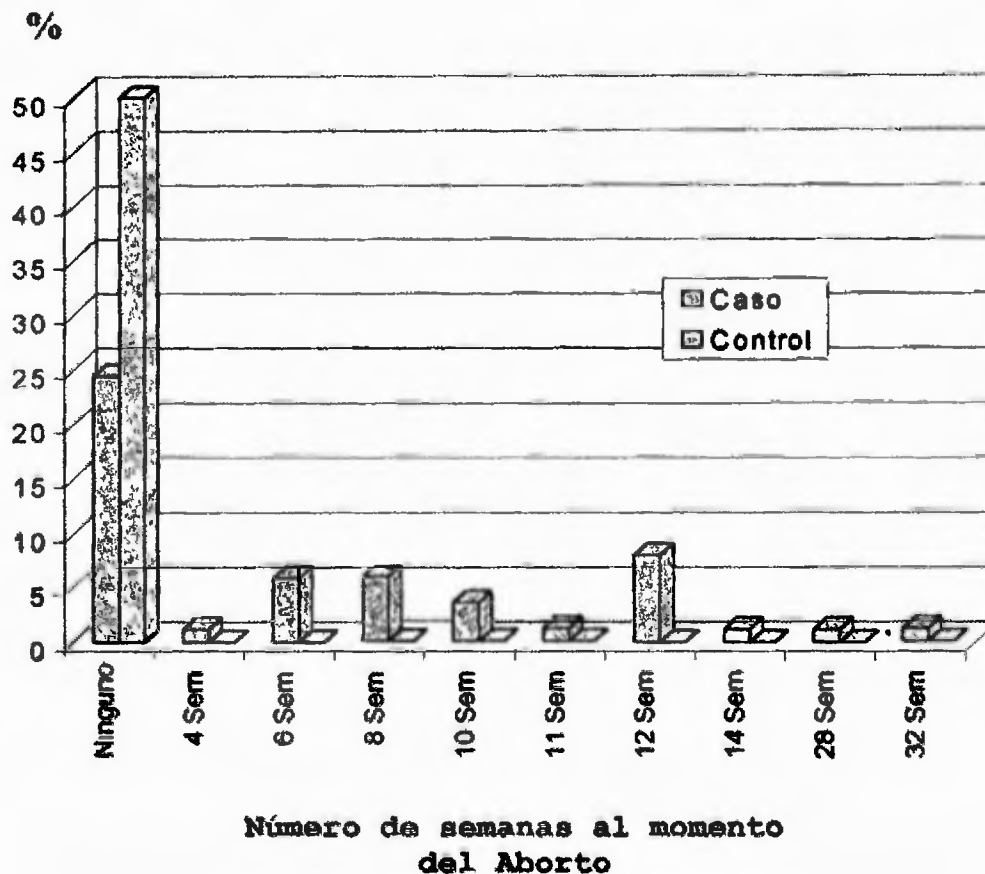
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En el análisis del número de semanas que tenían los productos gestacionales al momento del aborto, se observó que el mayor porcentaje era de 7%, constituido por los productos de doce semanas, de gestación, seguido de los productos con ocho y seis semanas que representaban el 5.9% respectivamente, y luego el de 10 semanas con un 3.5% de los casos.

Los grupos con menor porcentaje eran los de cuatro semanas, catorce, veintiocho y treinta y dos semanas de gestación con 1.2% cada uno; observándose que el predominio de los abortos en los casos encuestados es durante el primer trimestre de gestación.

Debido a que uno de los criterios de inclusión de los controles era no presentar ningún aborto, no es posible hacer el análisis de contingencia, ni el de Chi cuadrado, ya que uno de los grupos es igual a cero.

Gráfica XL: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de semanas al momento del Aborto, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro XLIX: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el número de hijos en la Actualidad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Número de hijos en la actualidad entre las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Ninguno	1	1.2	1	1.2	0	0
1 Hijo	27	33.0	8	9.8	19	23.2
2 Hijos	37	45.1	22	26.8	15	18.3
3 Hijos	15	18.3	10	12.2	5	6.1
4 Hijos	2	2.4	0	0	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

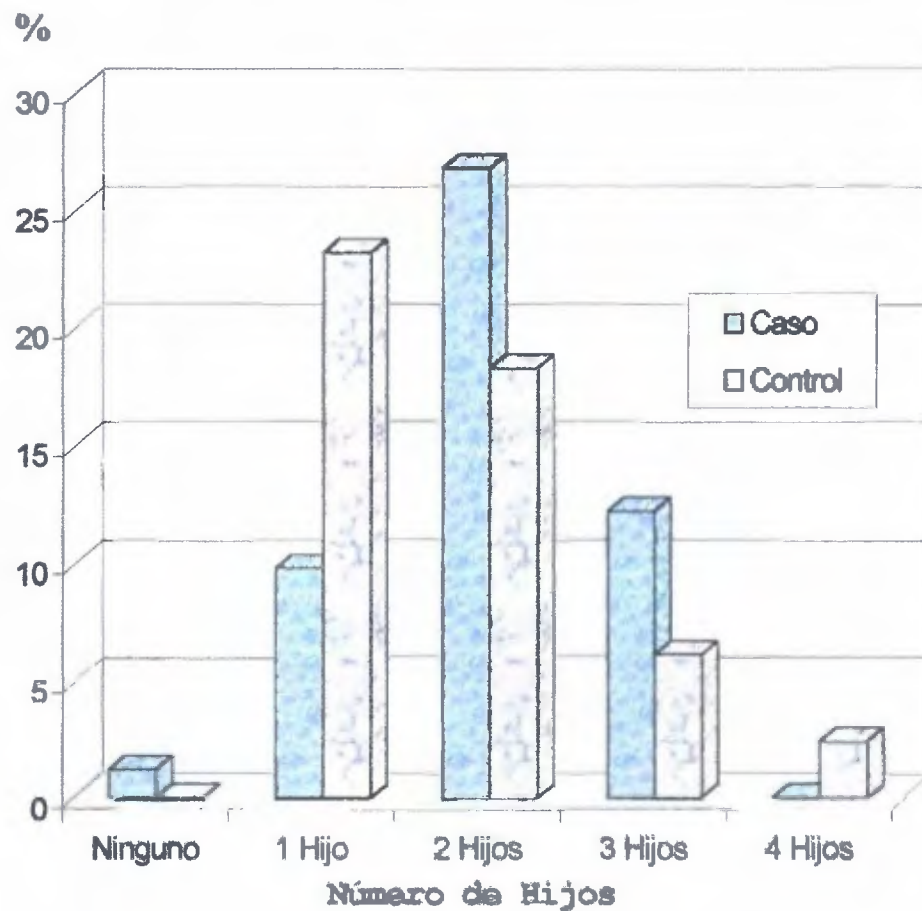
En la observación del número de hijos que tienen las enfermeras encuestadas en la actualidad, se encontró que el mayor porcentaje estaba constituido por las enfermeras que tienen un sólo hijo, con un 45.1% correspondiendo 26.8% a los casos y 18.3% a los controles; seguido del 33% que tiene dos hijos que representan 26.8% y 18.3% de los casos y los controles respectivamente; el otro 18.3% de la muestra es el de las enfermeras que tienen tres hijos.

Los menores porcentajes se encontraron en los extremos de estos grupos, donde el 2.4% representa a las enfermeras con cuatro hijos y el del 1.2% de la muestra que corresponde a las enfermeras que pese a sus embarazos, no tienen ningún hijo.

En el análisis de contingencia se consideró la mayor gestación y paridad como factores de riesgo obstétrico y al comparar a los grupos con tres y cuatro hijos con el grupo de dos hijos y menos, se obtuvo un Odds ratio de 1.62 dentro de los límites de 0.49 a 5.47, que indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en los grupos con mayor número de hijos.

Se calculó un X^2 de 0.77 con un valor P de 0.38 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con tres y cuatro hijos en comparación a las que tienen uno y dos hijos; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según el Número de Hijos en la Actualidad, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás. 1999.

Cuadro 1: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Resultado de Papanicolau, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Resultado de Papanicolau entre las Enfermeras	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Proceso Inflamatorio	42	51.2	24	29.3	18	22.0
Normal	40	48.8	17	20.7	23	28.0

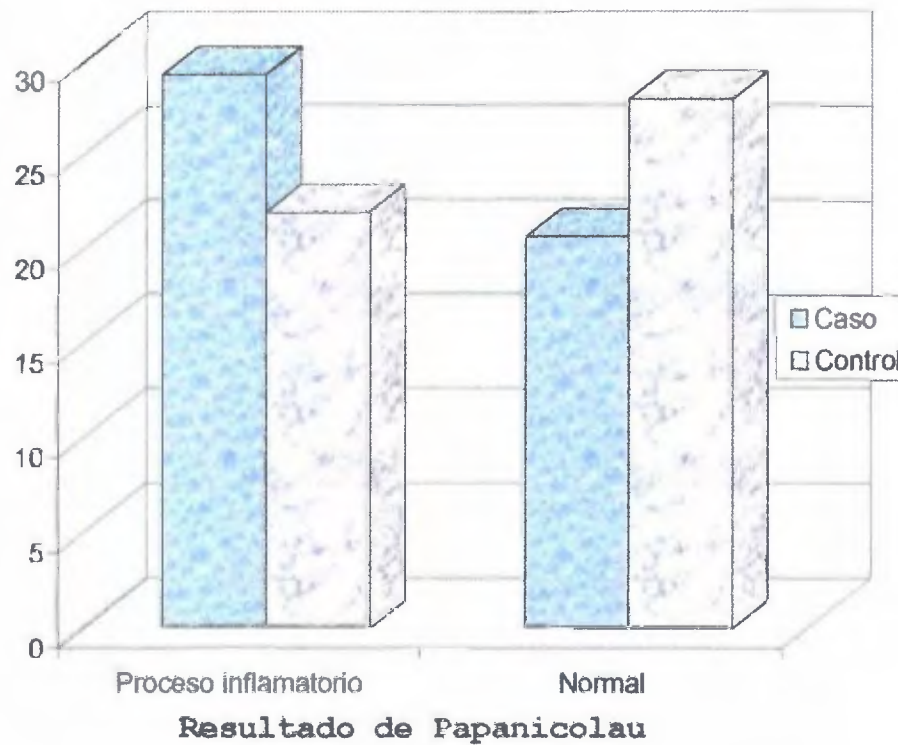
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Otra variable de la salud gineco obstétrica evaluada en el grupo de enfermeras encuestadas es la relacionada con el último resultado de Papanicolau. El mayor porcentaje fue el de las enfermeras con diagnóstico de proceso inflamatorio con un 51.2%, en el que 29.3% representaba a los casos y 22% a los controles; mientras que el 48.8% de la muestra restante correspondió a las que tenían un resultado de Papanicolau normal, donde 20.7% estaba constituido por los casos y 28% por los controles.

En el análisis de la razón de disparidad el Odds ratio de 1.80 dentro de los valores límites de 0.69 a 4.77, muestra que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras con diagnóstico de proceso inflamatorio en su último resultado de Papanicolau que en las que tienen diagnóstico de Papanicolau normal.

Se calculó un X^2 de 1.76 con un valor P de 0.185 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras con diagnóstico de proceso inflamatorio en su último Papanicolau, en comparación a las que tienen diagnóstico de tejido cervical normal; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Resultado de Papanicolau entre las Enfermeras, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

E. Condiciones Laborales de la Embarazada en el H.S.T.

Cuadro LI: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Acogida a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidéz, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Se Acogió a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidéz	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Se Acogió	24	29.3	23	28.1	1	1.2
No se Acogió	58	70.7	18	21.9	40	48.8

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En el análisis de las enfermeras que se acogieron a incapacidad antes de su licencia de gravidéz para ausentarse del trabajo por prescripción obstétrica debido a alguna amenaza a su período de gestación, se encontró que el 70.7% de la muestra no necesitó acogerse a incapacidad antes de su licencia de gravidéz, correspondiendo 21.9% a los casos y 48.8% a los controles.

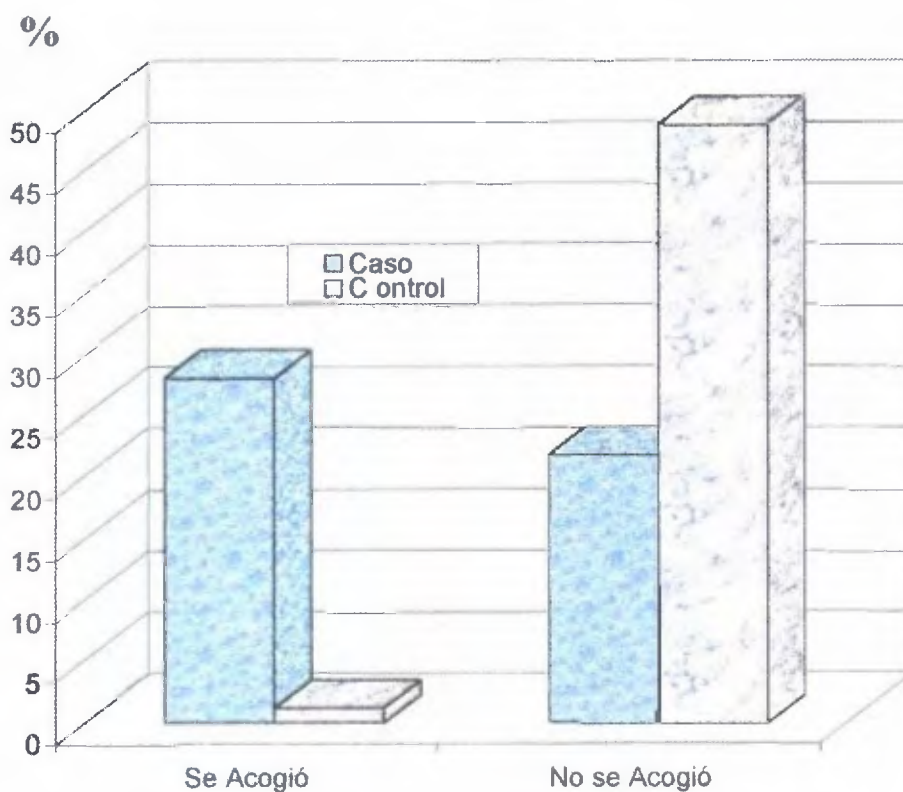
El otro grupo representa a las enfermeras que por indicación obstétrica fueron incapacitadas antes de acogerse a su licencia de gravidéz para proteger su embarazo, correspondiendo a un 29.2%, donde 28% representa a los casos y la única excepción es un 1.2% correspondiente a un control incapacitado por un diagnóstico psiquiátrico de trastorno afectivo bipolar y no por causas obstétricas o clínicas físicas.

Al analizar la razón de disparidad el Odds ratio de 51.11 indica que hay mayor probabilidad de presentar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que se acogieron a incapacidad antes de su licencia de gravidez con relación a las que estaban sanas y no se acogieron a incapacidad.

Se determinó un χ^2 de 28.51 con un valor P de 0.0000001 con un grado de libertad, lo que indica que sí hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que sí se acogieron a incapacidad antes de su licencia de gravidez en comparación a las que estaban sanas y no se acogieron a incapacidad antes de su licencia; por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen un mayor riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

E. Condiciones Laborales de la Embarazada en el H.S.T.

Gráfica XLIII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Acogida a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidéz, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Acogida a Incapacidad antes de su Licencia por Gravidéz

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro LII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Asignación de Turno durante el embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Asignación de Turno durante el embarazo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
Turno Rotativo	79	96.4	40	48.8	39	47.6
Turno Permanente	3	3.6	1	1.2	2	2.4

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

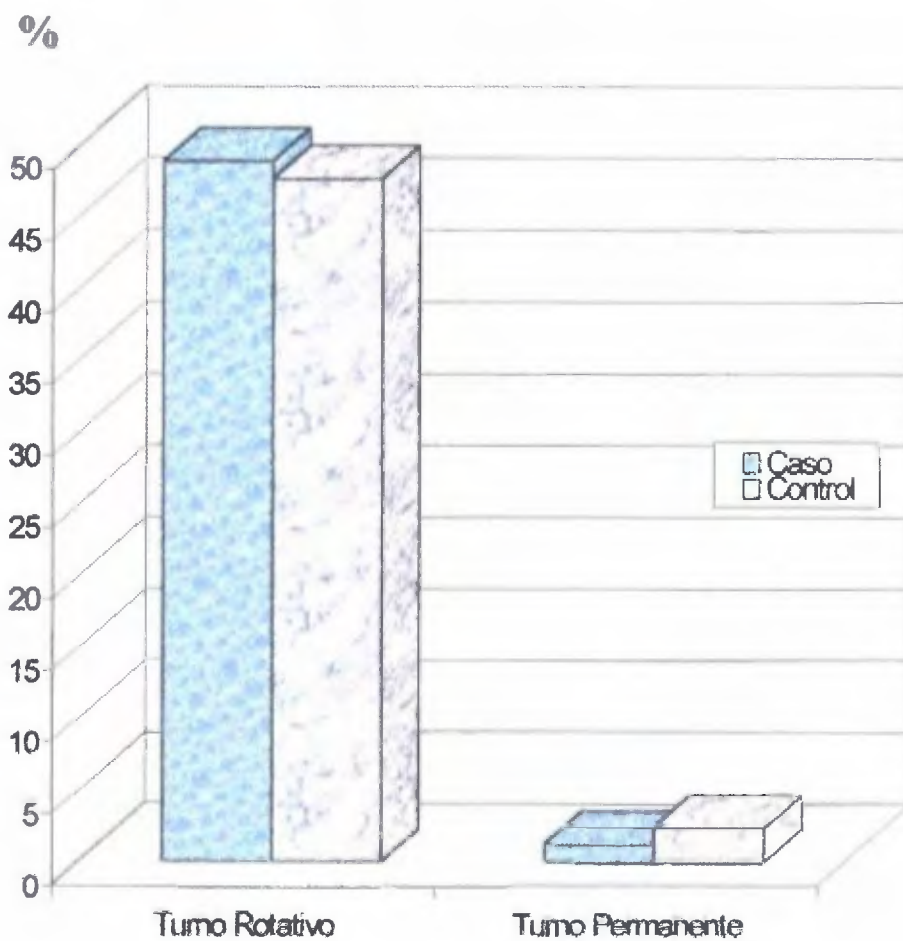
En la evaluación de la asignación de turnos, ya sean permanentes o rotativos, durante el embarazo de las enfermeras encuestadas, con relación a la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, se observó que el 96.4% realiza turnos rotativos, correspondiendo 48.8% a los casos y 47.6% a los controles; mientras que el 3.6% restante representa al grupo que contó con una programación de turno permanente, con un porcentaje de 1.2% y 2.4% para los casos y controles respectivamente. En el Hospital Santo Tomás, las enfermeras con turnos permanentes de 7am a 3pm corresponden a las que realizan labores administrativas o realizan algún tipo de labor técnica especializada o padecen alguna afección en su condición de salud.

En el análisis de contingencia, un Odds ratio de 2.05 indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las

enfermeras que realizan turnos rotativos en comparación con las que realizan turno de 7am a 3pm permanente.

Se calculó un X^2 de 0.35 con un valor P de 0.556 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre las enfermeras embarazadas que realizan turnos rotativos en comparación a las que durante su embarazo realizaron sus labores en turno permanente de 7 a.m. a 3 p.m.; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLIV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Asignación de Turno durante el embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Asignación de Turno durante el Embarazo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro LIII: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Traslado durante su Embarazo de Sala, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Traslado de Sala durante su Embarazo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
No fue trasladada	58	70.7	31	37.8	27	32.9
Fue Traslada	24	29.3	10	12.2	14	17.1

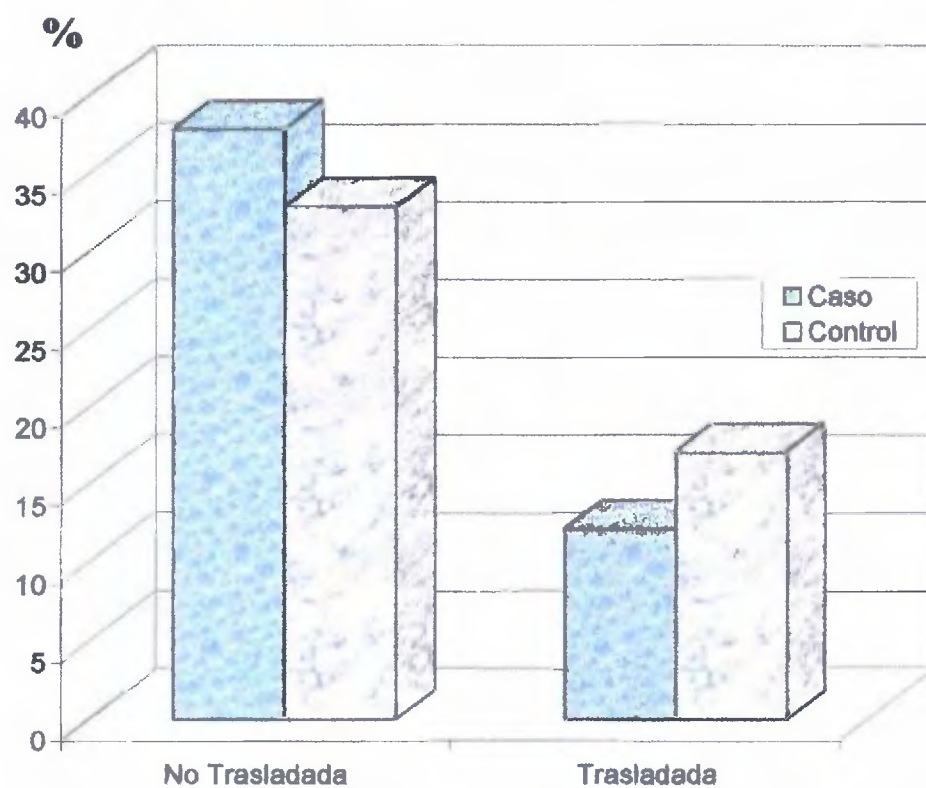
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

En el traslado de las enfermeras a otra sala diferente durante su embarazo, se observó que el 70.7% informó que no fueron trasladadas de sala, correspondiendo 37.8% a los casos y 32.9% a los controles; mientras que el 29.3% restante representaba al grupo que fue trasladado de sala por su período gestacional, con un porcentaje de 12.2% y 17.1% para los casos y controles respectivamente.

En el análisis de la razón de disparidad para esta variable, se encontró un Odds ratio de 1.61 dentro de los límites de 0.56 a 4.70, que señala que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que no son trasladadas de sala durante su embarazo, que en las enfermeras que son trasladadas a una sala distinta.

Se calculó un X^2 de 0.94 con un valor P de 0.332 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras embarazadas que no fueron trasladadas de servicio durante su embarazo en comparación a las que si fueron trasladadas de sala durante su período gestacional; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLV: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Traslado de Sala durante su Embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Traslado de Sala durante su Embarazo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro LIV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
No reubicada	42	51.2	24	29.3	18	22.0
Reubicada	40	48.8	17	20.7	23	28.0

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Para poder hacer el análisis de la variable de reubicación en salas de menor riesgo, debemos primeramente establecer los criterios que se usan en una inspección sanitaria de las condiciones de trabajo, que permiten determinar las características propias del eco sistema de trabajo del servicio donde labora la enfermera y su relación con la salud de la misma.

Las características que se usan para determinar las salas de menor riesgo son: la infraestructura física de la sala, la duración de la jornada, turnicidad, pausas durante el turno, tipo de supervisión, censo de la sala, condición y requerimientos de los pacientes, equipo de protección, actividades que desarrolla en su labor, grado de responsabilidad y otras.

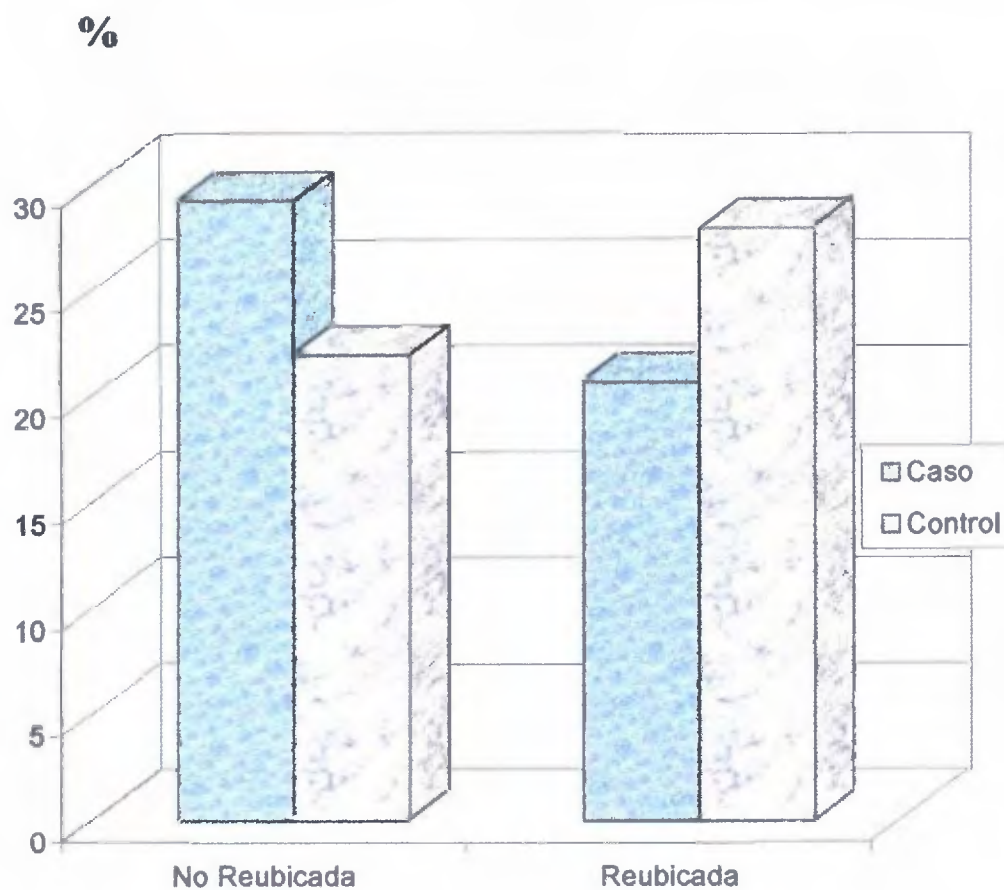
Se observó que el 51.3% de las enfermeras encuestadas informaron que no fueron reubicadas en salas de menor

riesgo, correspondiendo 29.3% a los casos y 22% a los controles. El 48.7% restante expresó que sí fue reubicada en salas de menor riesgo, representando 20.7% y 28% a los casos y a los controles respectivamente.

En el cálculo de la razón de disparidad se obtuvo un Odds ratio de 1.80 dentro de los límites de 0.69 a 4.77, que indica que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que no son reubicadas en salas de menor riesgo con relación a las que si son reubicadas por su condición obstétrica.

Se calculó un X^2 de 1.76 con un valor P de 0.185 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras embarazadas que no fueron reubicadas en servicios de menor riesgo en comparación a las enfermeras que fueron reubicadas en salas de menor riesgo durante su embarazo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLVI: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Reubicación de la Enfermera en sala de Menor Riesgo durante su embarazo

Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Cuadro LV: Distribución de la Frecuencia y Porcentaje de los Casos y Controles de las Pérdidas Reproductivas, según Consideración especial hacia la embarazada, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.

Consideración especial hacia la embarazada	Pérdidas Reproductivas					
	Total		Casos		Controles	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	82	100.0	41	50.0	41	50.0
No hay consideración	69	84.1	37	45.1	32	39.0
Hay consideración	13	15.9	4	4.9	9	11.0

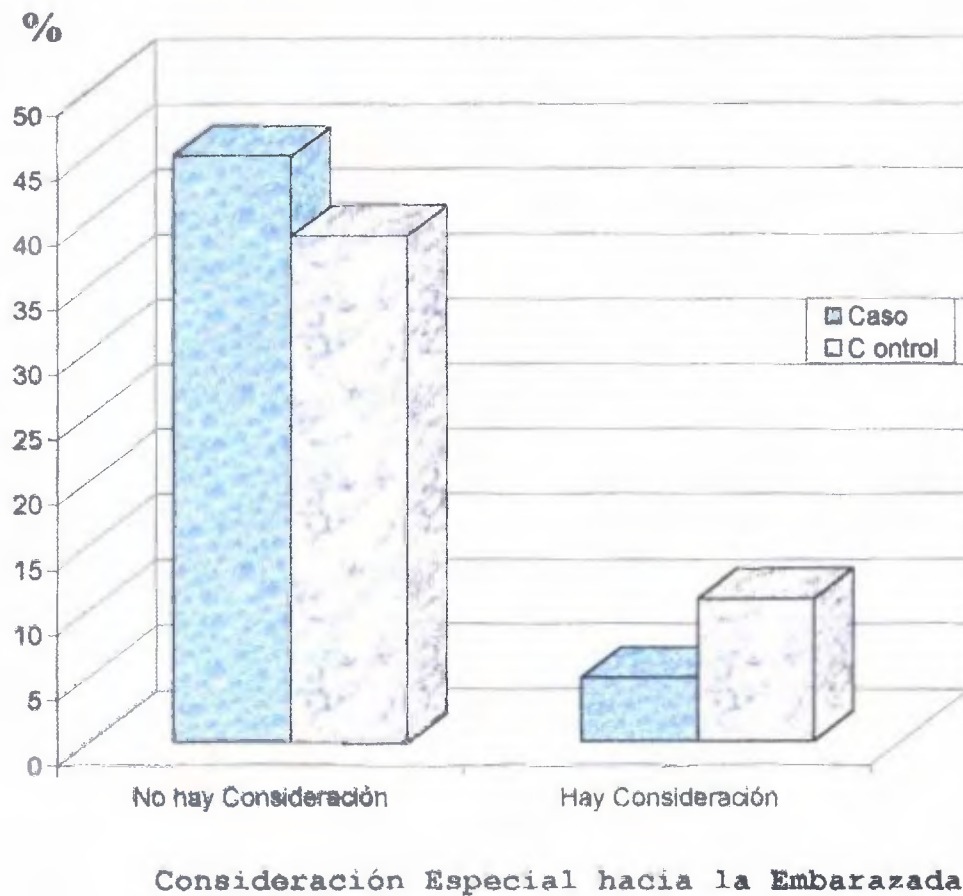
Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

Las enfermeras encuestadas manifestaron en su mayoría (84.1%) que no se le tiene ninguna consideración especial a la embarazada, correspondiendo 45.1% a los casos y 39% a los controles. El 15.9% restante de la muestra acotó que sí hay algunas consideraciones especiales con la embarazada, representando el 4.9% y 11% a los casos y los controles respectivamente.

En el análisis de la razón de disparidad, el Odds ratio de 2.60 señala que hay más probabilidad de presentar Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que no reciben consideración especial durante su embarazo con relación a las que si recibieron alguna consideración especial.

Se calculó un X^2 de 2.29 con un valor P de 0.1306 con un grado de libertad, lo que indica que no hay diferencia significativa entre el desarrollo de la Predisposición a Pérdidas Reproductivas entre los grupos de enfermeras que no se les tiene consideración a las embarazadas en comparación a las que opinaron que sí se les tiene consideración a las enfermeras durante su embarazo; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece que las enfermeras identificadas como casos tienen igual riesgo de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas por factores relacionados con el trabajo, que sus controles con buena salud Reproductivas, expuestas a los mismos factores laborales.

Gráfica XLVII: Distribución del Porcentaje de los Casos y Controles de las Perdidas Reproductivas, según Consideración Especial hacia la Embarazada, entre las Enfermeras del Hospital Santo Tomás. Año 2000.



Fuente: Encuesta por Estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional a Enfermeras del Hospital Santo Tomás.1999.

CONCLUSIONES

La información obtenida de las encuestas aplicadas a las enfermeras embarazada intrahospitalaria del Hospital nos ha permitido arribar las siguientes conclusiones:

- Las enfermeras embarazadas intrahospitalarias se encuentran expuesta a una serie de factores de riesgo de origen laboral que pueden aumentar en forma significativa la probabilidad de Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, ya sea desde el inicio de la gestación, durante la evolución del embarazo o en la etapa final del mismo.
- ◆ El criterio legal que establece los servicios profesionales de la enfermería, medicina y demás disciplinas hospitalarias como un servicio esencial para el estado, vulnera directamente los derechos del binomio materno establecidos por las leyes y convenios internacionales de fuero materno y protección de la lactancia materna y antepone el rol profesional de la enfermera, coartando sus derechos de mujer y madre.
- ◆ Las actividades de la Clínica de Salud de los Trabajadores no han abarcado aún las etapas de prevención, identificación y control de los factores de riesgo y la promoción de la salud del personal de enfermería.

- ◆ La mayoría del grupo encuestado (44%) manifestó que los turnos rotativos son el elemento de la organización del trabajo que más les afecta, correspondiendo 22% a los casos y a los controles respectivamente; seguido del doblaje de turnos con un 20.7% donde 9.8% y 10.9% representa a los casos y controles respectivamente.

- ◆ El exceso de trabajo de enfermería (17.1%) y laborar en salas pesadas (13.4%) son factores de la organización del trabajo que afectan a las enfermeras; además de la ausencia de pausas de descanso durante el turno y la fusión de salas durante sus labores, con un 2.4% respectivamente.

- ◆ Los factores de riesgo del contenido del trabajo más frecuentemente identificados en el grupo enfermeras son: la movilización de pacientes (26.2%) con un 13.4% para los casos y 12.8% para los controles; seguido de la deambulación constante de las enfermeras con un 10.9% en el que 7.9% y 3.0% representa a los casos y controles respectivamente; y en tercer lugar de importancia está el trabajo de pie con un 10.4%, con 6.1% para los casos y 4.3% para los controles.

- ◆ Las actividades mencionadas por las enfermeras tienen en común el factor de riesgo del contenido del trabajo denominado carga física, dinámica y estática. En esta variable se evaluó el esfuerzo físico, y se tomó en cuenta el grado de esfuerzos, ya fuera dinámico o estático, que se realizó en un tiempo determinado, el

número de veces que lo realizaba, la característica del objeto (peso), la trayectoria, el desplazamiento, y la posición del músculo o parte del cuerpo cuando realizó el esfuerzo.

- ◆ El estrés y el trabajo físico excesivo son factores del contenido del trabajo identificados en las enfermeras con un 8.5% respectivamente; además de la actividad de empujar camillas, sillas, camas y equipo con un 7.9% y el contagio con agentes biológicos con un 6.7%.

- ◆ Los factores menos mencionados por el personal son: el manejo de sustancias químicas cancerígenas, con un 5.4%, el cansancio y la falta de descanso, con un 4.2% respectivamente; y el agacharse e inclinarse, con un 3.6%.

- ◆ En el análisis de la variable de los efectos resultantes del trabajo, se consideró la fatiga crónica como la mayor exposición y el agotamiento y al estrés como las variables de no exposición, obteniéndose un Odds ratio de 14.67 y χ^2 de 9.76 que indican que la fatiga crónica debe ser considerada como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, en comparación al grupo de las enfermeras con cuadros de agotamiento y estrés.

- ◆ La evaluación de los servicios según la condición y volumen de los pacientes, en Áreas de Alto Riesgo (Maternidad, Medicina, Urgencias y Cirugía) y Áreas de

Menor Riesgo (Salón de Operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y Oficina de Enfermería), un Odds ratio de 1.59 y X^2 de 8.31, indican que sí hay relación entre el servicio donde se labora, con la presencia de los múltiples factores estresantes propios de estas salas, y el riesgo de Predisposición a Pérdidas Reproductivas.

- ◆ El Odds ratio de 8.24 y X^2 de 4.99 señalan que si la enfermera considera que labora en un nivel con mucha responsabilidad, este agente estresor puede ser considerado como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, en comparación con el grupo de enfermeras que opinan que laboran con un nivel de responsabilidad tolerable dentro de sus condiciones de trabajo
- ◆ La evaluación de la variable de espacio entre las unidades de los pacientes, es un criterio ergonómico que depende de la opinión personal, de acuerdo a su estatura y dimensión corporal personal. En este análisis se estableció un Odds ratio de 2.80 y X^2 de 4.40, que lleva a considerar el espacio entre las unidades de los pacientes como un facilitador o limitante de las labores de atención directa de la enfermera y como un factor de riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas
- ◆ La forma de alcanzar los atriles depende de la estatura y complexión corporal de la enfermera. En el análisis de esta variable ergonómica, un Odds ratio de 3.73 y X^2 de 5.55, que llevan a considerar la forma en que la enfermera debe alcanzar los atriles como un factor de

riesgo para la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas.

- ◆ En la comparación de los grupos que opinaron que tenían equipo de protección personal incompleto con los que declararon contar con equipo de protección completo, un Odds ratio de 5.04 y X^2 de 9.72 demuestran que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que no tienen el equipo de protección completo para brindar la atención directa, en comparación a las que consideran que tienen el equipo completo.
- ◆ Un Odds ratio de 5.04 y X^2 de 9.72 señalan que hay mayor probabilidad de desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras diagnosticadas como enfermas con relación a las que tenían buen estado de salud en su última cita médica.
- ◆ En el análisis de los diferentes diagnósticos médicos, un Odds ratio de 5.04 y X^2 de 9.72, indican que una afección de la condición de salud puede ser considerada como un factor de riesgo para desarrollar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas, con relación a las que tenían buen estado de salud, expuestas a los mismos factores laborales.
- ◆ En la comparación de los grupos con más de tres embarazos con el de dos y un embarazos, un Odds ratio de 5.62 y X^2 de 12.00, señalan que hay mayor probabilidad de

Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en la medida que hay un mayor número de embarazos.

- ◆ El Odds ratio de 51.11 y X^2 de 28.51 indican que hay mayor probabilidad de presentar la Predisposición a la Pérdidas Reproductivas en las enfermeras que se acogieron a incapacidad antes de su licencia de gravidez con relación a las que estaban sanas y no se acogieron a incapacidad antes de su licencia.

RECOMENDACIONES

- ◆ Establecer estrategias que permitan disminuir la exposición de la enfermera embarazada a los factores de riesgo intrahospitalario durante su período de embarazo y de lactancia materna, considerando su reubicación en áreas que no estén destinadas a la atención en salas de hospitalización.
- ◆ Garantizarle al personal femenino intrahospitalario el goce de los derechos y beneficios que establecen las leyes y convenios internacionales de protección del embarazo y la lactancia materna, es la mejor inversión social en concepto de promoción, prevención y protección de la salud del binomio materno que puede hacer el estado a través de las entidades de salud.
- ◆ Intensificar las actividades de prevención, identificación y control de los factores de riesgo y fortalecer la promoción de la salud del personal de enfermería en la Clínica de Salud de los Trabajadores del Hospital Santo Tomás.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, Marcia G. de. **"LA MUJER EMBARAZADA Y LA RELACIÓN LABORAL"**. Conferencia en la asociación Nacional de Enfermeras. Panamá. 1993.
- Alleyne, Camilo. **LA PROMOCIÓN DE LA MATERNIDAD SEGURA**. Conferencia Magistral en la Maternidad María Cantera de Remón. 1998.
- Almeida Filho, Naomar de. **EPIDEMIOLOGÍA SIN NÚMEROS**. O.P.S. Washington D.C.1992.
- Alvear, G.; Rios, V.; Villegas, J. **"SALUD-ENFERMEDAD EN LAS COSTURERAS"**. Revista Salud Problema, N- 14, México, UAM-X. 1988.
- Anónimo. 1954. **DECRETO LEY 14 DE 1954, LEY ORGANICA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**. Panamá.1954.
- Anónimo. **PERFIL BÁSICO DE LA ENFERMERA**. Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud. Panamá. 1991.
- Anónimo. 1991. 50 Años. **ESTADÍSTICA DE SEGURIDAD SOCIAL. AÑOS 1941-1991**. Departamento Nacional de Estadística de la C.S.S. Panamá. Pág. 138.
- Anónimo. **INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN PANAMÁ**. Fundación para la Promoción de la Mujer. Panamá. 1993
- Anónimo. 1997. **PANAMÁ EN CIFRAS. AÑOS 1992-1996**. Dirección de estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Pág. 250.
- Anónimo. Abril 1997. **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO. AÑO 1997**. C.S.S. Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Ejemplar N° 16. Departamento de Epidemiología. VII Parte Procesamiento Y Análisis De Datos.
- Anónimo. 1998. **BOLETÍN DE ESTADÍSTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AÑOS 1992-1996**. Departamento Nacional de Estadística de la C.S.S. Panamá. Pág. 99.

Anónimo. 2000. **ESTADÍSTICAS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS. AÑO 2000.** Dirección Nacional de Prestaciones Económicas de la C.S.S. Panamá. Pág. 70.

Anónimo. 2000. **PANAMÁ EN CIFRAS. AÑOS 1995-1999.** Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Pág. 284.

Arias, F. **EARLY PREGNANCY LOSS. EN: ARIAS F. PRACTICAL GUIDE TO HIGH RISK PREGNANCY AND DELIVERY.** Mosby Year Book, St. Louis, 1993. pág. 55-70.

Beaglehole, Robert, Bonita Ruth y Kjellström, Tord. **EPIDEMIOLOGÍA BÁSICA.** O.M.S. 1996. Primera Reimpresión. Washington D.C.

Bienz, John y Bienz, Mavis. **INTRODUCCIÓN A LA SOCIOLOGÍA.** Pág. 462.

Breilh, Jaime. **"LA LUCHA POR LA SALUD DE LA MUJER: FETICHISMO Y VERDAD"**. Quito. Documentos CEAS. N- 12. 1989.

Camel V., Fayad. **ESTADÍSTICAS MÉDICAS Y DE SALUD PÚBLICA.** Venezuela. Año 1974.

Canales, F.H., Alvarado, E.L. de, Pineda, E.B. Metodología de Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. Editorial Linusa, O.P.S./O.M.S. Primera Edición. México, 1986.

Cano Q., Iraida E.; Hilbert, Bolivar. **LOS FACTORES PSICO-SOCIALES DE LA INDUSTRIA COMO RIESGO DE TRABAJO CAPACES DE AGREDIR LA INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL DE LOS TRABAJADORES.** Programa de Salud Ocupacional. Caja de Seguro Social. Panamá, 1982.

Cano Q., Iraida E.; Marshall, Roberto; Argote, Norma Priscilla Vásquez, de. **LOS FACTORES PSICO-SOCIALES DE LA INDUSTRIA COMO RIESGOS DE TRABAJO.** Programa de Salud Ocupacional. Caja de Seguro Social. Panamá, 1984.

Cano Q., Iraida E.; Marshall, Roberto; Argote, Norma Priscilla Vásquez, de. **PLANTEO TEÓRICO METODOLÓGICO PARA ABORDAR EL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO**

PSICO-SOCIALES VINCULADOS AL TRABAJO Y NORMAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS QUE RIGEN LAS ACCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL Y EL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD OCUPACIONAL. Panamá. 1986.

Cano Q., Iraida E.; Marshall, Roberto; Argote, Norma Priscilla Vásquez, de. **GUÍA PRÁCTICA PARA LA REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE CAMPO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICO SOCIAL.** Panamá. 1988. Pág.59

Cano Q., Iraida G. **DEFINICIÓN ADAPTADA AL CAMPO DE ESTUDIO PSICO SOCIAL EN SALUD OCUPACIONAL.** Panamá. 1989.

Cano Q., Iraida E. **"MANEJO DE LA EMBARAZADA REFERIDA AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL"**. Panamá. 1998.

CELADE. Serie A, N° 1046. **PANAMÁ: EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD SEGÚN VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y GEOGRÁFICAS. AÑOS 1965 - 1977.** Setiembre de 1984.

Centro de Estudios de la Mujer. **MUNDO DE MUJER, CONTINUIDAD Y CAMBIO.** Ediciones Centro de Estudios de la Mujer. Santiago de Chile. 1988. pág. 599.

Colimon, Kahl-Martín. **FUNDAMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA.** Ediciones Días de Santos, S.A. Madrid. 1978a, 1990b.

Daniel, Waive. **BIOESTADÍSTICA. BASES PARA EL ANÁLISIS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.** Tercera edición. Editorial Limusa. México. 1994.

Davis, Keith. **EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN EL TRABAJO.** Editorial Mc Graw-Hill. México, 1983.

De la Cruz, Rosa Elena de. **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUJER PANAMEÑA.** MIPPE. Setiembre de 1984.

Denmann, Catalina. **"LAS REPERCUSIONES DE LA INDUSTRIA MAQUILADORA DE EXPORTACIÓN EN LA SALUD: EL PESO AL NACER DE LOS HIJOS DE LAS OBRERAS EN NOGALES"**. Serie Cuadernos de Trabajo, N-2. México.1991.

Departamento de Estadística de la C.S.S. **BORRADOR PRELIMINAR DEL BOLETÍN DE ESTADÍSTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AÑOS 1992-1997.** Panamá. 1998.

Díaz Mérida, Francisco. **INSPECCIÓN SANITARIA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.** Programa de Salud Ocupacional. Caja de Seguro Social. Panamá, 1982.

Díaz Mérida, Francisco. **VIGILANCIA DEL MEDIO Y DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN LOS CENTROS DE TRABAJO.** Programa de Salud Ocupacional. Caja de Seguro Social. Panamá, 1982.

Escobar, Vielka de. **"RESPONSABILIDADES FAMILIARES DE LA PROFESIONAL DE HOY"** Conferencia en la A.N.E.P. Panamá. 1993.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). **LA INVERSIÓN EN LA MUJER: OBJETIVOS DE LOS AÑOS 90.** Año 1990.

Guerrero, Rodrigo, Gonzalez, Carlos Luis y Medina, Ernesto. **EPIDEMIOLOGÍA.** Fondo educativo Interamericano, S.A. Caracas. 1981.

Gibbs, R. and Sweet, R. **POSTABORTION INFECCIÓN AND SEPTIC SHOCK. EN: INFECTIOUS DISEASES OF THE FEMALE GENITAL TRACT.** (eds) II edición. Williams & Wilkins, USA, 1990

Grimaldo, Gloria. **"ADAPTACIÓN DE LA MUJER GESTANTE AL TRABAJO"**. Conferencia en la A.N.E.P. Panamá. 1993.

Hernández, F. Puy. **ANÁLISIS DE TAREAS.** Editorial Linusa. Primera Reimpresión. México, 1976.

Jenicek, Milos, Cléroux, Robert. **EPIDEMIOLOGÍA. PRINCIPIOS-TÉCNICAS-APLICACIONES.** Salvat Editores, S.A. Barcelona 1987.

Kerlinger, Fred N. **INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO.** Segunda Edición en español. Mc Graw-Hill. México D.F.

Kroes, W.11. et al.; "Job stress: An unlisted occupational hazard", in **Journal of Occupational Medicine**, 16, 1974, pp. 659-661.

La Dou, Joseph. **MEDICINA LABORAL**. Editorial Manual Moderno, S.A. México. 1993.

Laurel, Asa Cristina. **PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**. N-3 de la Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000. O.P.S. Washington. 1993. Pág. 296.

Leach R. and Ory S. **MODERN MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY**. J Reprod Med 1989; 34(5): 324-336.

Leaverton, Paul E. **A REVIEW OF BIOSTATISTICS. A PROGRAM FOR SELF-INSTRUCTION**. Little Brown and company (Inc.). Segunda Edición. U.S.A. 1878.

León M., Víctor M. **"HISTORIA NATURAL Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1984-1989**. Tesis. Universidad de Panamá. 1993. Pág 250.

Lwanga, S.K. y Lemeshow, S. **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA EN LOS ESTUDIOS SANITARIOS**. Manual Práctico. OMS. Ginebra.1991.

Mariner, Ann. **MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA**. Nueva editorial interamericana, S.A. Primera edición en Español. México, D.F., 1984.

Mc Cormicks, Ernest J. **ERGONOMÍA**. Editorial Gustavo Gilli, S.A. Barcelona, España, 1980.

Ministerio de Salud. **ENCUESTA SOBRE SALUD MATERNO INFANTIL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR, AÑOS 1984 - 1985. INFORME GENERAL FINAL**. Setiembre de 1986.

MIPPE. Oficina de Planificación Social. **BREVE SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN PANAMÁ**. Enero 1990.

MIPPE. **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUJER**. Documento de trabajo N°97. Enero 1992.

Misrachi, Rina y Moreno, José. **CÓDIGO DE TRABAJO DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ**. Segunda edición. Editorial Misrachi y Pujol S.A. Bogotá. 1996. Pág 612.

Niswander, K.R. **MANUAL DE OBSTETRICIA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**. Salvat Editores, S.A. Barcelona. 1984.

Nyberg, D. **THREATENED ABORTION AND ABNORMAL FIRST TRIMESTER INTRAUTERINE PREGNANCY**. EN: **TRANSVAGINAL ULTRASOUND**, (ed) I edición. Mosby Year Book, USA, 1992.

O.I.T. **INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES Y EL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO**. Documento Provisional para Uso Interno. Primera Edición. Ginebra, Suiza, 1980. Pág.111.

O.I.T./O.M.S. **IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS FACTORES PSICO-SOCIALES NOCIVOS EN EL TRABAJO**. Ginebra, Suiza, 1984.

O.I.T. **MANUAL DE INTRODUCCIÓN A LAS CONDICIONES Y EL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO**. Primera Edición. Ginebra, Suiza, 1987.

Omram, Abdel R. **FECUNDIDAD Y SALUD. LA EXPERIENCIA LATINOMERICANA**. O.P.S. Año 1985.

O.P.S. **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES Y ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL TRABAJO**. O.P.S. Washington D.C. 1993.

O.P.S. **PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**. O.P.S. Washington D.C. 1993.

Oyarzún E, Serani A. **ABORTO PRECOZ: ERROR DE LA NATURALEZA O FALTA DE ESPÍRITU CRÍTICO?** Rev Med Chile 1994; 122: 454-458.

Ravelo, Patricia. **"SALUD Y TRABAJO"**. Salud Problema, N-20. México, UAM-X. 1990.

Rinlin, E. Michel, et. al. **MANUAL DE PROBLEMAS CLÍNICOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**. Salvat Editores, S.A. Barcelona. 1988.

Ross, Xenia de. **"SALUD MATERNAL"**. Conferencia en la A.N.E.P. Panamá. 1992.

Ross, Xenia de. **"SALUD MATERNAL"**. Conferencia en la A.N.E.P. Panamá. 1993.

Russel, Arnulf. **PSICOLOGÍA DEL TRABAJO**. Editorial Ediciones Morata, S.A. Madrid, España, 1976.

Sampieri, Roberto, Fernandez, Carlos y Baptista, Pilar. **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**. Editora Mc Graw-Hill. México. 1991.

Sivadon, Paul; Roger, Ariel. **PSICOPATOLOGÍA DEL TRABAJO**. Editorial Reus, S.A. España, 1972.

Smith, John; et. al. **PREVALENCIA DE ABORTOS EN EL PERSONAL DE LOS SALONES DE OPERACIONES**. Hospital Monte Sinaí. J.A.M.A. Estados Unidos. 1992.

Urrutia de Diaz, Lucinda: **LA FECUNDIDAD**. Universidad de Panamá. 1997.

FICHA SOCIOLOGICA

Mas, Juan Carlos. **Curso de Salud Ocupacional I de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional**. Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. Panamá. 1997.

Mas, Juan Carlos. **Curso de Salud Ocupacional II de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional**. Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. Panamá. 1998.

REVISTAS

Alonso Arenal, D. Florentino. **CONDICIONES DE TRABAJO: ANÁLISIS Y MÉTODOS. SALUD Y TRABAJO**. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. N°42, Marzo-Abril, 1984, Madrid, España.

Cantalejo, Alejo Fraile; Izquierdo, Javier Eransus; Rosel Ajanil, Luis O. **LOS MAPAS DE RIESGOS. CONCEPTOS, METODOLOGÍA Y APLICACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE LA RIOJA.** Salud y Trabajo. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. N°55, 1986.

Caplan, R. D. Et al.: **Job demands and worker health. Main effects and occupational differences.** (Washington, US Departament of Health, Education and Welfare, 1975) (Hew Publication N° 75 - 160, Niosh).

Carcoba Alonso, Angel Carlos. **METODOLOGÍA SINDICAL DE ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.** Salud y Trabajo. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. N°57, Marzo-Abril, 1986.

Consejo Interamericano de Seguridad. **PROCEDIMIENTOS DE INSPECCIÓN Y CONTROL.** Noticias de Seguridad. Enero, 1987. N.J., Estados Unidos.

Consejo Interamericano de Seguridad. **PROCEDIMIENTOS DE INSPECCIÓN Y CONTROL** (Segunda Parte). Noticias de Seguridad. Febrero, 1987. N.J., Estados Unidos.

Consejo Interamericano de Seguridad. **PROCEDIMIENTOS DE INSPECCIÓN Y CONTROL** (Tercera Parte). Noticias de Seguridad. Marzo, 1987. N.J., Estados Unidos.

Consejo Interamericano de Seguridad. **PROCEDIMIENTOS DE INSPECCIÓN Y CONTROL** (Cuarta Parte). Noticias de Seguridad. Abril, 1987. N.J., Estados Unidos.

López Mena, Luis. **MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA PREVENTIVA: SALUD Y TRABAJO.** Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. N°42, Marzo-Abril, 1984, Madrid, España.

ANEXOS

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SANTO TOMÁS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
DIRECCIÓN DE DOCENCIA EN ENFERMERÍA**

**SEMINARIO TALLER
“PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL
DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS”**

DIRIGIDO A: PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS

FECHA: TODOS LOS SABADOS DURANTE 5 SEMANAS

HORA: 8:00 am. a 4:00 pm.

LUGAR: AUDITORIO CARMEN UREÑA DEL H.S.T.

PANAMÁ.

AGRADECIMIENTO

A la Profesora Ermila Muños M.S.P. cuya guía y orientación nos permitió tener la oportunidad de iniciar el ejercicio de la Salud Ocupacional con nuestros propios trabajadores del Sector Salud, y nos enseñó el valor de la Educación como un instrumento para proponer y generar cambios dentro de nuestra propia Institución, aún en nuestra condición de subalternos

A los participantes, a los expositores, a la Dirección Médica del Hospital Santo Tomás en la figura de su Director Médico, por el apoyo administrativo para promover que el Departamento de Enfermería a través de la Dirección de Docencia en Enfermería, facilitará la organización de esta actividad educativa

1. OBJETIVOS DEL SEMINARIO TALLER:

Desarrollar el componentes de Promoción y Educación para la Salud Integral del Personal de Enfermería del HST adoptando el enfoque del proceso de atención de Enfermería como riesgo biopsicosocial de la la salud del personal, su familia y comunidad

Promover la concientización del papel activo del personal de enfermería, en la prevención y mejoras de sus condiciones de salud

Auto diagnosticar los principales problemas de salud que presenta el grupo, derivados de su proceso de trabajo intrahospitalario

Proponer algunas alternativas y estrategias de solución para evitar los daños a su salud personal, y familiar

2. METODOLOGÍA:

Este Seminario Taller será organizado bajo la responsabilidad de la Dirección de Docencia en Enfermería del Departamento de Enfermería del Hospital Santo Tomás con el apoyo técnico de un grupo de especialistas en Salud Ocupacional

La actividad se desarrollará durante cinco sábados consecutivos, a partir del primer sábado, en sesiones de ocho horas diarias, con dos descansos de 15 minutos, uno en la mañana y otro en la tarde y media hora de almuerzo, para completar un total de cuarenta horas

Las sesiones de la mañana serán dedicadas a Exposiciones Dialogadas, Conferencias dictadas por especialistas de las áreas relacionadas con el tema del día, apoyadas las mismas con material audio visual (Métodos de Comunicación)

Las sesiones de la tarde serán dedicadas a los Talleres. Para la realización de estos, se organizarán grupos de trabajo atendiendo a la multidisciplina del personal, diferencia de los servicios en los que laboran los participantes, en unos casos y, en otros, los grupos tendrán en común su área de trabajo. Cada uno de los miembros de los grupos de trabajo recibirá, al momento de iniciar la sesión de Taller (Método de Capacitación), lo siguiente

a- Una guía de trabajo que contendrá

- *la información pertinente al tema
- *las instrucciones para la distribución del tiempo
- *la organización de la discusión
- *el objetivo del Taller
- *el contenido del tema de discusión

b- Un juego de transparencias de acetato y marcadores, para que escriban en ellas los resultados a los que lleguen después de la discusión y presentarlos luego al resto del auditorio

Para la discusión de grupo en los talleres, se establecerá un tiempo máximo (variable según el Taller), luego de transcurrido este tiempo, todos los grupos se reunirán en la Sala de Seminario para presentar, con ayuda de las transparencias, el resultado de su trabajo. La presentación estará a cargo del vocero del grupo, designado por el resto de los miembros

Una vez finalizada la presentación de los trabajos de los grupos, se tomará un receso de 15 minutos para iniciar la sesión plenaria, dirigida por uno de los moderadores que habrán sido previamente designados por la Coordinación General del seminario Taller. Los moderadores serán expositores que han participado en las sesiones de la mañana

La Coordinación general del seminario taller, confeccionará los resúmenes de los talleres, en forma secuencial, para que este material sirva de apoyo para las discusiones de las sesiones siguientes. Este material será distribuido a los participantes del Seminario Taller al inicio de cada nueva sesión

El último sábado, en la quinta sesión del seminario, los participantes se agruparán voluntariamente, atendiendo al aporte técnico y administrativo que podrán brindar, en cinco grupos de trabajo que tendrán la responsabilidad de formular un programa o plan de acción en las siguientes áreas que les serán propuestas:

- 1. La Fortaleza de la Acción Participativa de los Grupos.**
- 2. Los Procesos de Trabajo de Enfermería Intrahospitalarios y su impacto en la Salud del personal.**
- 3. Los Modelos Administrativos basados en la acción participativa y liderazgo compartido.**
- 4. Los Estilos de Vida de los Trabajadores con Turnos Rotativos.**
- 5. Modelos Funcionales y Científicos de Turnos rotativos.**

La selección de estas cinco áreas de trabajo, obedece al análisis global de la prioridad de generar cambios, en la problemática de salud actual de nuestra institución

3. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO:

Nuestro grupo sujeto de acción estará constituido por Personal del Departamento de Enfermería del Hospital Santo Tomás, principalmente subdividido en dos tipos de personas:

Enfermeras (os): Personal femenino o masculino de 20 a 60 años de edad, con preparación universitaria completa ya sea a nivel de Enfermera(o) Básica(o) o Licenciada(o) en Ciencias de la Enfermería, ya tengan o no especialidad a nivel de Post Básico, Post Grado o Maestría, que labore en el Hospital Santo Tomás

Auxiliares de Enfermería: Personal femenino o masculino de 19 a 60 años de edad, con preparación básica de Auxiliar de Enfermería, que labore en el Hospital Santo Tomás

4. DESCRIPCIÓN DE LOS EXPOSITORES:

Los expositores serán profesionales del Sector Salud, especialistas en las áreas de Educación con participación grupal, Administración, Ergonomía y Salud Ocupacional

SEMINARIO TALLER
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
PROGRAMA

SABADO N- 1

TEMA DEL DÍA: “La Fortaleza de la Acción Participativa de los Grupos”

7 30am - 8 00am	Inscripción y Registro de Participantes.
8 00am - 8 30am	Acto inagural Director del Hospital Santo Tomás Presentación de la Actividad Directora del Departamento de Enfermería Palabras de Bienvenida Directora de Docencia en Enfermería
8 30am - 9 30am	Tipos de Grupos. Expositor
9 30am -10 30am	Características de los Grupos. Expositor
10 30am-10 45am	RECESO
10 45am-11 45am	El Rol de los Grupos como Actores Sociales Expositor:
11 45am-12 45pm	La dinámica de los Grupos Formales e Informales dentro de una Institución. Expositor
12 45am -1 15pm	ALMUERZO
1:30 PM-4:00PM	TALLER

SESIÓN DE TALLER N- 1

Tema: La Fortaleza de la Acción Participativa de los Grupos.

1- Objetivos Específicos:

El Personal de Enfermería del Hospital Santo Tomás dominará los principios básicos de la dinámica de grupo, la acción participativa de los grupos y la identificación de líderes naturales y formales, en todas sus actividades intrainstitucionales en los próximos seis meses

El grupo desarrollará el proceso de toma de decisiones respecto a sus condiciones de trabajo, en toda situación interdepartamental, en los próximos seis meses

2- Actividades:

Utilice la información recibida durante las conferencias para organizar la discusión de grupo en base a los ejercicios siguientes

a Identifique los principales problemas que dificultan la cohesión de grupo dentro del Personal de enfermería del Hospital Santo Tomás

b Establezca un orden de prioridad entre estos problemas

c Sugiera las acciones a desarrollar para mejorar la dinámica de grupos dentro de la Institución

d Establezca algunos mecanismos para que el grupo inicie el desarrollo de su Rol como Actores Sociales dentro del Departamento y de la Institución

3. Dinámica del Taller:

a- Se formarán grupos interdisciplinarios atendiendo a las áreas de actividad de los participantes

b Cada grupo de trabajo elegirá

- *un coordinador del grupo, que orientará la discusión
- *un secretario del grupo, que anotará y resumirá los resultados de la discusión
- *un portavoz que presentará ante la audiencia los resultados.

c- en la medida de lo posible, los expositores que desarrollarán los temas del día se integrarán a los diferentes grupos de trabajo, rotando por todos los mismos.

d- Los resultados de la discusión de cada uno de los grupos, serán presentados en transparencias de acetato las cuales serán suministradas por la coordinación General del Seminario Taller

e- Cada grupo dispondrá de seis minutos para la exposición de los resultados del trabajo de grupo (en acetatos)

Distribución del tiempo del Taller:

-Discusión, preparación del trabajo de grupo	1 30pm - 2 15pm
-Exposición de los resultados de cada grupo	2 15pm - 2 45pm
RECESO	2 45pm - 3 00pm
-Plenaria	3 00pm - 4 00pm

SEMINARIO TALLER
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
PROGRAMA

SABADO N- 2

**TEMA DEL DÍA: “Los Procesos de Trabajo de la Enfermería Intrahospitalaria
y su impacto en la salud del Personal ”**

7 30am - 8 00am	Registro de Participantes.
8 00am - 9 00am	Elementos de los Procesos de Trabajo Expositor
9 00am -10 00am	La Atención de Enfermería Intrahospitalaria como un proceso de Trabajo Expositor
10 00am-10 15am	RECESO
10 15am-11 15am	Los Factores de Riesgo del Proceso de trabajo del Personal de Enfermería del Hospital Santo Tomás Expositor
11 15am-12 15pm	Los Riesgos Psico-sociales del Medio Intrahospitalario Expositor
12 15am -12 45pm	ALMUERZO
12:45 PM-4:00PM	TALLER

SESIÓN DE TALLER N- 2

Tema: “Los Procesos de Trabajo de la Enfermería Intrahospitalaria y su impacto en la salud del Personal ”

1- Objetivos Específicos:

El personal de enfermería propondrá alternativas de disminución del ritmo intenso de trabajo y nuevas estrategias administrativas, con el apoyo de otras instituciones de salud, para contrarrestar la alta demanda de servicios de nuestra institución, en los próximos seis meses

El grupo evitará el estrés excesivo y constante con el desarrollo de hábitos de vida anti estrés y con ejercicios de relajación, durante su turno de trabajo, a partir de la actividad educativa

2- Actividades:

Utilice la información recibida durante las conferencias para organizar la discusión de grupo en base a los ejercicios siguientes

a Identifique los principales problemas de salud del Personal de enfermería del Hospital Santo Tomás, relacionados con los procesos de trabajo

b Establezca un orden de prioridad entre estos problemas

c Sugiera las acciones a desarrollar para disminuir los factores de riesgo que afectan al grupo dentro de la Institución.

d Establezca algunos mecanismos para que el grupo participe en el desarrollo de acciones para disminuir los riesgos psico-sociales dentro del Departamento y de la Institución.

3. Dinámica del Taller:

a- Se formarán grupos interdisciplinarios atendiendo a las áreas de actividad de los participantes

b Cada grupo de trabajo elegirá

- *un coordinador del grupo, que orientará la discusión
- *un secretario del grupo, que anotará y resumirá los resultados de la discusión
- *un portavoz que presentará ante la audiencia los resultados

c- en la medida de lo posible, los expositores que desarrollarán los temas del día se integrarán a los diferentes grupos de trabajo, rotando por todos los mismos

d- Los resultados de la discusión de cada uno de los grupos, serán presentados en transparencias de acetato las cuales serán suministradas por la coordinación General del Seminario Taller

e- Cada grupo dispondrá de seis minutos para la exposición de los resultados del trabajo de grupo (en acetatos)

Distribución del tiempo del Taller:

-Discusión, preparación del trabajo de grupo	12 45pm - 1 15pm
-Exposición de los resultados de cada grupo	1 15pm - 1 45pm
RECESO	1 45pm - 2 00pm
-Plenaria	2 00pm - 4 00pm

SEMINARIO TALLER
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
PROGRAMA

SABADO N- 3

**TEMA DEL DÍA: “Los Modelos administrativos basados en la Acción Participativa y
Liderazgo compartido”**

- | | |
|------------------|--|
| 7 30am - 8 00am | Registro de Participantes. |
| 8 00am - 9 00am | Tipos de Modelos Administrativos Tradicionales
Expositor |
| 9 00am -10 00am | La Atención de Enfermería Intrahospitalaria articulada en un
Modelo administrativo
Expositor |
| 10 00am-10 15am | <i>RECESO</i> |
| 10 15am-11 15am | Los Nuevos Modelos Gerenciales de la Administración Moderna
Expositor |
| 11 15am-12 15pm | La participación del Personal de Enfermería dentro de los nuevos
Modelos gerenciales
Expositor |
| 12 15am -12 45pm | <i>ALMUERZO</i> |
| 12:45 PM-4:00PM | TALLER |

SESIÓN DE TALLER N- 3

Tema: “Los Modelos administrativos basados en la Acción Participativa y Liderazgo compartido”

1- Objetivos Específicos:

El personal de enfermería participará en los procesos administrativos y continuará con acciones de liderazgo compartido entre los líderes del grupo y directivos del Departamento de Enfermería, dentro del periodo de un año

El personal de enfermería propondrá alternativas y nuevas estrategias administrativas, para generar cambios graduales en el modelo gerencial del departamento

2- Actividades:

Utilice la información recibida durante las conferencias para organizar la discusión de grupo en base a los ejercicios siguientes

- a Identifique los principales problemas administrativos del Personal de enfermería del Hospital Santo Tomás, relacionados con el modelo administrativo actual
- b Establezca un orden de prioridad entre estos problemas
- c Sugiera las acciones a desarrollar, para disminuir la dinámica administrativa que limita al grupo a participar en la toma de decisiones dentro de la Institución
- d Establezca algunos mecanismos para que el grupo participe en el desarrollo de acciones de implementación de los nuevos modelos gerenciales dentro del Departamento y de la Institución

3. Dinámica del Taller:

a- Se formarán grupos interdisciplinarios atendiendo a las áreas de actividad de los participantes

b Cada grupo de trabajo elegirá:

- *un coordinador del grupo, que orientará la discusión
- *un secretario del grupo, que anotará y resumirá los resultados de la discusión.
- *un portavoz que presentará ante la audiencia los resultados

c- en la medida de lo posible, los expositores que desarrollarán los temas del día se integrarán a los diferentes grupos de trabajo, rotando por todos los mismos

d- Los resultados de la discusión de cada uno de los grupos, serán presentados en transparencias de acetato las cuales serán suministradas por la coordinación General del Seminario Taller

e- Cada grupo dispondrá de seis minutos para la exposición de los resultados del trabajo de grupo (en acetatos)

Distribución del tiempo del Taller:

-Discusión, preparación del trabajo de grupo	12 45pm - 1 15pm
-Exposición de los resultados de cada grupo	1 15pm - 1 45pm
RECESO	1 45pm - 2 00pm
-Plenaria	2 00pm - 4 00pm

SEMINARIO TALLER
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
PROGRAMA

SABADO N- 4

TEMA DEL DÍA: “Los Estilos de vida de los Trabajadores con turnos rotativos ”

7 30am - 8 00am	Registro de Participantes.
8 00am - 9 00am	Los Ritmos Circadianos y la fisiología normal del Cuerpo Humano
	Expositor
9 00am -10 00am	Los Procesos Normales de descanso y Fisiología del Sueño
	Expositor
10 00am-10 15am	<i>RECESO</i>
10 15am-11 15am	Los Hábitos de vida saludables para los trabajadores con Turnos rotativos
	Expositor
11 15am-12 15pm	La participación vital de la familia en los hábitos de vida del trabajador con turnos rotativos
	Expositor
12 15am -12 45pm	<i>ALMUERZO</i>
12:45 PM-4:00PM	TALLER

SESIÓN DE TALLER N- 4

Tema: “Los Estilos de vida de los Trabajadores con turnos rotativos ”

1- Objetivos Específicos:

El grupo mantendrá un estilo de vida saludable, en función de sus turnos, con el apoyo familiar

El personal de enfermería mantendrá el uso de la buena mecánica corporal, durante todas sus actividades de trabajo

El grupo comenzará y continuará una rutina saludable de ejercicios, por lo menos en sus dos días libres, a partir de la actividad educativa

El personal de enfermería que hace turnos pagados en su tiempo libre, valorará en orden de prioridad la importancia del tiempo de descanso y la vida en familia, en comparación con el aspecto económico, en la medida de sus posibilidades económicas

2- Actividades:

Utilice la información recibida durante las conferencias para organizar la discusión de grupo en base a los ejercicios siguientes

a Identifique los principales problemas de salud del Personal de Enfermería del Hospital Santo Tomás, derivados de la programación de turnos actual

b Establezca un orden de prioridad entre estos problemas

c Sugiera una rutina de vida saludable para un trabajador con turnos rotativos y mencione los resultados que usted espera de esta rutina

d Explique el papel de los miembros de la familia y mencione las acciones que deben desarrollar para mantener hábitos **de vida saludables** en el trabajador con turnos rotativos

3. Dinámica del Taller:

a- Se formarán grupos interdisciplinarios atendiendo a las áreas de actividad de los participantes.

b Cada grupo de trabajo elegirá:

- *un coordinador del grupo, que orientará la discusión.
- *un secretario del grupo, que anotará y resumirá los resultados de la discusión
- *un portavoz que presentará ante la audiencia los resultados.

c- en la medida de lo posible, los expositores que desarrollarán los temas del día se integrarán a los diferentes grupos de trabajo, rotando por todos los mismos

d- Los resultados de la discusión de cada uno de los grupos, serán presentados en transparencias de acetato las cuales serán suministradas por la coordinación General del Seminario Taller

e- Cada grupo dispondrá de seis minutos para la exposición de los resultados del trabajo de grupo (en acetatos)

Distribución del tiempo del Taller:

-Discusión, preparación del trabajo de grupo	12 45pm - 1 15pm
-Exposición de los resultados de cada grupo	1 15pm - 1 45pm
RECESO	1 45pm - 2 00pm
-Plenaria	2 00pm - 4 00pm

SEMINARIO TALLER
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
PROGRAMA

SABADO N- 5

TEMA DEL DÍA: “Modelos Funcionales y científicos de Turnos Rotativos”

7 30am - 8 00am	Registro de Participantes.
8 00am - 9 00am	Deficiencias de los Modelos de Turnos Rotativos tradicionales Expositor
9 00am -10 00am	Estadísticas de los efectos de los turnos mal programados Expositor
10 00am-10 15am	<i>RECESO</i>
10 15am-11 15am	Principios Biologicos y Científicos de los nuevos modelos de Turnos Rotativos Expositor
11 15am-12 15pm	Nuevos Modelos Científicos de Programación de Turnos Rotativo Expositor
12 15am -12 45pm	<i>ALMUERZO</i>
12:45 PM-4:00PM	TALLER

SESIÓN DE TALLER N- 5

Tema: “Modelos Funcionales y científicos de Turnos Rotativos”

1- Objetivos Específicos:

El grupo identificará las deficiencias de los modelos de turno existentes, a partir de la actividad educativa

El personal de enfermería propondrá nuevos modelos de turnos rotativos, para mejorar sus condiciones de salud y responder a la demanda de servicios de nuestra institución, en los próximos seis meses

2- Actividades:

Utilice la información recibida durante las conferencias para organizar la discusión de grupo en base a los ejercicios siguientes

a Identifique los principales problemas de salud del Personal de enfermería del Hospital Santo Tomás, relacionados con la programación de turnos actual

b Establezca un orden de prioridad entre estos problemas

c Sugiera modelos de turnos científicos que se pueden programar para disminuir los factores de riesgo, que afectan al grupo por la actual programación

d Establezca algunos mecanismos para que el grupo desarrolle los modelos de turnos propuestos dentro de algunas salas de la Institución, y que en un periodo participen en la evaluación.

3. Dinámica del Taller:

a- Se formarán grupos interdisciplinarios atendiendo a las áreas de actividad de los participantes

b Cada grupo de trabajo elegirá

- *un coordinador del grupo, que orientará la discusión.
- *un secretario del grupo, que anotará y resumirá los resultados de la discusión.
- *un portavoz que presentará ante la audiencia los resultados

c- en la medida de lo posible, los expositores que desarrollarán los temas del día se integrarán a los diferentes grupos de trabajo, rotando por todos los mismos

d- Los resultados de la discusión de cada uno de los grupos, serán presentados en transparencias de acetato las cuales serán suministradas por la coordinación General del Seminario Taller

e- Cada grupo dispondrá de seis minutos para la exposición de los resultados del trabajo de grupo (en acetatos)

Distribución del tiempo del Taller:

-Discusión, preparación del trabajo de grupo	12 45pm - 1 15pm
-Exposición de los resultados de cada grupo	1 15pm - 1 45pm
RECESO	1 45pm - 2.00pm
-Plenaria	2 00pm - 4 00pm

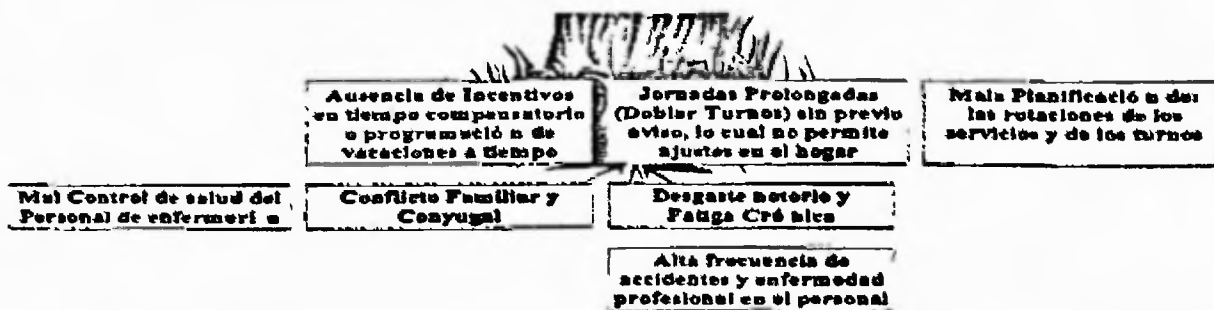
TÉCNICA DE ÁRBOL DE PROBLEMA

MANIFESTACIONES (Frutos del Problema)



Problemas de Salud del Personal de Enfermería derivados del Trabajo

PROBLEMA FOCAL



DETERMINANTES (Raíces del Problema)