



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos
del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

Martins, Lima, 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Administración y Gestión en Salud

AUTOR

Gutiérrez Albinagorta, Jorge Armando

ORCID: 0009-0008-0539-2820

ASESOR

Loayza Alarico, Manuel Jesús

ORCID: 0000-0001-5535-2634

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Gutiérrez Albinagorta, Jorge Armando

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 41393416

Datos de asesor

Loayza Alarico, Manuel Jesús

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 10313361

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Desposorio Robles, Keile Joyce

DNI: 40415248

Orcid: 0000-0003-2324-7826

SECRETARIO: Vasquez Chuquihuaccha, Christopher Cesar

DNI: 41920115

Orcid: 0000-0001-6247-0874

VOCAL: Alatriza Gutierrez Vda. De Bambaren, Maria del Socorro

DNI: 07197660

Orcid: 0000-0002-6312-4030

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.03.01

Código del Programa: 912569

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, JORGE ARMANDO GUTIÉRREZ ALBINAGORTA, con código de estudiante N°202020971, con DNI N° 41393416, con domicilio en Calle Las Gaviotas 288, departamento 301, distrito bellavista, provincia constitucional del Callao, en mi condición de Médico Cirujano de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2023" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Loayza Alarico, Manuel Jesús, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 12% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, _02_ de _MAYO_ de 2023_



Firma

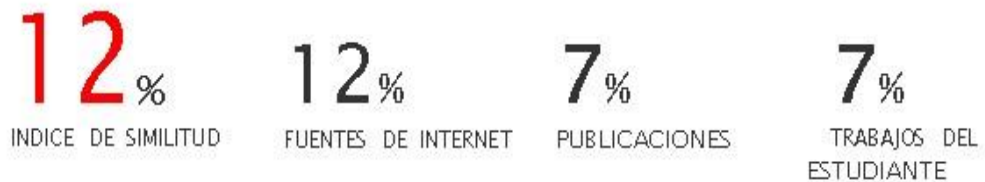
JORGE ARMANDO GUTIÉRREZ ALBINAGORTA

N° 41393416

DNI

Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
6	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	libros.cidepro.org Fuente de Internet	< 1%
8	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	< 1%

9	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	< 1%
10	www.aeesme.org Fuente de Internet	< 1%
11	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	< 1%
12	Submitted to Universidad de Cádiz Trabajo del estudiante	< 1%
13	dspace.udla.edu.ec Fuente de Internet	< 1%
14	gdoc.tips Fuente de Internet	< 1%
15	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
16	de.slideshare.net Fuente de Internet	< 1%
17	prezi.com Fuente de Internet	< 1%
18	pdfs.semanticscholar.org Fuente de Internet	< 1%
19	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
20	Submitted to Universidad del Istmo de Panamá Trabajo del estudiante	< 1%
21	repository.unilibre.edu.co Fuente de Internet	< 1%
22	Submitted to Universidad de Jaén Trabajo del estudiante	< 1%
23	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	< 1%
24	revistas.udes.edu.co Fuente de Internet	< 1%
25	www.dspace.uce.edu.ec:8080 Fuente de Internet	< 1%

Excluir citas
Excluir bibliografía

Apagado
Activo

Excluir coincidencias < 20 ~~words~~

Caratula

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la realidad problemática	5
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Línea de investigación.....	8
1.4 Objetivos: General y específicos	8
1.4.1 General	8
1.4.2 Específicos.....	8
1.5 Justificación	9
1.6 Delimitación	11
1.7 Viabilidad	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes de investigación	12
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Definiciones conceptuales	23
2.4 Hipótesis.....	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	25
3.1 Tipo de estudio	25
3.2 Diseño de investigación	25
3.3 Población y muestra	25
3.3.1 Población	25
3.3.2 Muestra	25
3.3.3 Selección de la muestra	26
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	26
3.4 Operacionalización de variables	27
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	31
3.7 Aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	34
4.1 Recursos	34
4.2 Cronograma.....	34
4.3 Presupuesto	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

ANEXOS.....	40
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	40
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
5. SOLICITUD AL COMITÉ DE ETICA.....	57

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El Síndrome de agotamiento profesional o Síndrome de Burnout (SBO), que literalmente significa "sentirse o estar quemado", es un peligro para la salud pública, ya que afecta a mucho personal sanitario. El primero en definir el SBO como "una combinación de síntomas médicos, bioquímicos y psicológicos inespecíficos que surgen durante la actividad laboral como consecuencia de una demanda excesiva de energía" fue Herbert Freudenberger en 1974.⁽¹⁾

La Clasificación Internacional de Enfermedades describe el burnout como "estrés crónico en el lugar de trabajo que no se maneja adecuadamente". Se manifiesta como la sensación de cansancio o falta de energía, pensamientos negativos sobre el propio trabajo y una disminución del rendimiento profesional. La Organización Mundial de la Salud clasificó el burnout como síndrome. El SOB está relacionado a problemas del ámbito laboral y no a otras áreas.⁽²⁾

Christina Maslach en 1976, realizó una primera aproximación en relación no solo a la definición del SBO sino también de sus principales características, es así que el SBO lo caracteriza por ser un tipo persistente de estrés laboral provocado por las interacciones con las personas bajo el cuidado sanitario, que se traduce en cansancio y distanciamiento emocional en la actividad profesional, y ella dividió al SBO en tres dimensiones: el agotamiento emocional (AE), que representa el estrés básico, la despersonalización (DP), que representa la dimensión interpersonal y el bajo rendimiento personal (RP), que representa la autoevaluación.⁽³⁾

El SBO es muy común sobre todo entre los médicos, con una prevalencia aprox. del 50% entre estudiantes, residentes y los médicos de emergencia, quienes presentan los niveles más altos del SBO entre todas las especialidades. Las emergencias y las áreas de cuidados críticos son las áreas de mayor estrés y con mayor trabajo multidisciplinario, con situaciones de alta responsabilidad e impacto directo en la morbilidad y mortalidad de las personas. El SBO se define como un tipo de estrés laboral recurrente provocado por los encuentros con las

personas bajo el cuidado sanitario, que causa agotamiento y distanciamiento emocional en las actividades relacionadas con el trabajo. ⁽⁴⁾

Los estudios sobre la relación entre el SBO y la calidad asistencial se han basado a menudo en encuestas de satisfacción de los pacientes, así como en modelos técnicos de simulación o modelos objetivos de calidad.⁽⁵⁾ De ahí que no se entienda del todo la relación entre SBO y el tipo y el nivel de la calidad asistencial resultante.⁽⁶⁾ El SBO es una emergencia de salud pública que impacta en la seguridad de los pacientes, el nivel de atención, el uso eficiente de los recursos, la financiación de los servicios, la frecuencia de acontecimientos desfavorables, los riesgos operativos, jurídicos, financieros, de reputación y de otro tipo, así como en la consecución de los objetivos y resultados sanitarios de las instituciones.⁽⁷⁾

El SBO se origina de factores estresantes como la carga de trabajo, las horas excesivas, la carga administrativa, los registros médicos electrónicos, procesos de trabajo ineficientes, las decisiones complejas relacionadas con el paciente, la mala integración entre el trabajo y la vida, el ambiente de trabajo hostil y factores organizacionales como la cultura, valores y el liderazgo no efectivo.⁽⁸⁾ El SBO se ha relacionado con un riesgo considerablemente elevado de errores en la toma de decisiones clínicas entre los médicos, como por ejemplo en el diagnóstico o el tratamiento,⁽⁹⁾ El resultado es una atención de alto riesgo al paciente, una empatía deficiente, tiempos de espera más largos, una menor satisfacción del paciente y una reducción del cumplimiento en el plan de tratamiento. El SBO está vinculado a un mayor desgaste de los médicos, menor rendimiento, infelicidad y ausentismo laboral, interacciones interpersonales tensas y jubilación anticipada.

Si bien el estrés está muy relacionado con el trabajo y puede ser positivo en términos de motivación, los proveedores de atención sanitaria pueden desarrollar SBO cuando se sienten incapaces de realizar su trabajo especializado.⁽¹⁰⁾ La prevalencia del SBO es muy variable y esto es debido a que no se tiene claro un criterio totalmente aceptado, hay diferencias por grupo ocupacional, residentes y especialistas, por especialidad, años de servicio.

No hay consenso en el punto de corte del criterio de dimensiones del SBO, en los números de ítems e incluso en la escala de Likert de 5, 6 o 7 ítems para definir el SBO; otros también adoptan el criterio de definición en base a cuartiles 25-75 o percentiles al 33%-66%. Por tanto, la prevalencia varía de manera muy significativa, desde un 3% llegando hasta un 85%. Un metaanálisis del 2020 ⁽¹¹⁾ demostró un alto nivel del SBO en los médicos de emergencia, donde el 40% tuvo altos niveles de AE y DP, y a la vez estos fueron más susceptibles al SBO en comparación con otras especialidades y con otros profesionales de la salud.

El COVID19 ha tenido un profundo efecto en los sistemas y en el personal sanitario. No se ha tenido alguna experiencia documentada en relación con estudios que demuestren la relación entre el SBO y la calidad de atención en nuestro hospital o en algún otro establecimiento de salud durante la pandemia del COVID19 en nuestro país. Se ha descrito que los trabajadores sanitarios de la primera línea presentaron un mayor riesgo de tener AE en comparación con los trabajadores de segunda línea; además la prevalencia de AE fue más alta en la primera etapa de la pandemia en comparación con las etapas tardías. ⁽¹²⁾

Son muchos los factores que se han relacionado con la salud mental del personal sanitario que presentaron SBO, como son la escasez de recursos hospitalarios, el riesgo de contraer el virus por motivos laborales, los turnos más largos, la alteración de los patrones de sueño, la conciliación de la vida laboral y personal, los dilemas morales, el miedo a contagiar la enfermedad a los familiares, la desatención de las necesidades personales y la comunicación ineficaz. Todos ellos se reconocen como elementos que contribuyen a aumentar el agotamiento físico y mental, la ansiedad, el estrés y el burnout. ⁽¹³⁾

Por tanto, se evaluó la relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de la atención médica, medido en base al grado de cumplimiento en la calidad de los registros médicos de las atenciones de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), en las áreas de los tópicos clínicos y quirúrgicos de los pacientes de la Emergencia de Adultos, en las áreas de tópico de medicina Prioridad II, Prioridad III, tópico de cirugía y tópico de traumatología.

Se plantea la hipótesis general de que los médicos con mayor grado de severidad del SBO tendrán puntuaciones/ porcentajes de grado de cumplimiento de la calidad de registro más bajas en comparación con los médicos con menor grado de severidad del SBO, que tendrán puntuaciones/ porcentajes más altos.

1.2 Formulación del problema

¿El Síndrome de Burnout está relacionado a la calidad de registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el primer semestre del 2023?

1.3 Línea de investigación

El estudio se desarrollará bajo el ámbito de la RM N°658-2019/ MINSA, que aprueba las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023, Prioridad Nacional N°8: Problema sanitario de Salud Ambiental y Ocupacional y la Prioridad Nacional N°10: Problema Sanitario de Salud Mental.

1.4 Objetivo

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación del Síndrome de Burnout y la calidad de registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el primer semestre del 2023.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoría de la calidad del registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

- Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus características sociolaborales entre los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar la relación entre las características sociolaborales, los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoría de la calidad de registro de la atención en los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.5 Justificación

Justificación Teórica

La calidad en los servicios de salud debe estar dirigida a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas en la recuperación plena de su salud, además de generar valor tanto para el sistema de salud como para la persona. La calidad es un factor diferenciador y es una ventaja competitiva para el logro de la excelencia operativa y de una gestión robusta de los servicios de salud, ya que los servicios siempre deben estar en mejora continua en relación a los componentes o dimensiones de la calidad.⁽¹⁴⁾ En relación a estos, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*), ha determinado las siguientes ocho dimensiones de la calidad: la calidad científico-técnica, la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad u oportunidad, la satisfacción del paciente, la equidad, la atención centrada en la persona y la seguridad del paciente.⁽¹⁵⁾

En nuestra región se ha demostrado que una pobre gestión y soporte laboral, el bajo reconocimiento de las necesidades, la falta de conocimiento sobre los derechos de los profesionales de la salud, la baja satisfacción laboral y las limitaciones de poder gestionar de manera efectiva la alta demanda de atención en los servicios de emergencias, llevan al desarrollo del SBO, sobre todo del personal de emergencia.⁽¹⁶⁾

Esto puede precipitar efectos nocivos en la salud de los profesionales, como un aumento de síntomas depresivos, aumento de los años perdidos por discapacidad como parte del componente años de vida saludables perdidos (AVISA), aumento de los costos y del ausentismo y sobrecarga laboral. ⁽¹⁷⁾

Aunque se han investigado con anterioridad, las relaciones entre el SBO y la calidad de los servicios de salud, estas difieren mucho entre especialidades médicas y entre las categorías o dominios de la calidad. Varias investigaciones han examinado partes de estas correlaciones, pero muy pocas han examinado cuantitativamente todas las variables y dominios. ⁽¹⁸⁾

Es necesario que las personas que toman las decisiones en las direcciones o gerencias reconozcan el SBO entre los médicos de las áreas de emergencia, y propongan las soluciones en los diferentes ámbitos como la esfera personal, del equipo asistencial, del clima laboral, de la seguridad del paciente, la esfera institucional y la comunidad. Prestar atención a los problemas de salud mental, la salud ocupacional, reducir la carga de trabajo mediante el ajuste de sus turnos de trabajo, reducir los factores estresantes relacionados con el trabajo y crear un entorno de saludable, entre otras acciones correctivas o preventivas que puedan mitigar el riesgo de la aparición y del impacto del SBO. ⁽¹⁹⁾

Justificación Práctica

La falta de médicos tiene un gran impacto negativo en el sistema sanitario, y sobre todo considerando que los médicos de los servicios de emergencia y cuidados críticos están mayor expuestos a presentar el SBO. Los efectos de tener algún componente o los tres del SBO parece disminuir su profesionalidad, aumentar el peligro de errores médicos, reducir su productividad (presencia en el trabajo, bajas por enfermedad), aumentar el desgaste y elevar la tasa de suicidios. ⁽²⁰⁾ Tienen un impacto financiero significativo, suponen un riesgo de sucesos desfavorables, errores médicos y mala praxis, repercuten en la seguridad del paciente, en la seguridad del propio médico (una segunda víctima) y de sus familias, así como en la reputación institucional de las organizaciones sanitarias. Teniendo en cuenta el mayor peligro de infección por COVID19, los

flujos estándar de trabajo y atención se vuelven extremadamente impredecibles y llenos de reprocesamientos y fallos. ⁽²¹⁾. La realización del presente estudio de investigación está justificada por todas estas razones.

1.6 Delimitación

La investigación comprende a todos los médicos de las áreas clínicas y quirúrgicas que están programados en las guardias en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los meses de abril a julio del 2023.

1.7 Viabilidad

La Universidad Ricardo Palma (URP), su Facultad de Medicina Humana y la Escuela de Residentado Médico, supervisarán la aprobación final de este proyecto de investigación a través de su Comité de Especialidad. La jefatura medica del servicio de emergencias y la oficina de calidad de la Red Rebagliati deberán aprobarlo antes de someterlo a la consideración del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se tendrá el acceso a los médicos de emergencia a través de las jefaturas de guardia y de la jefatura del Departamento de Emergencia, además previamente a la obtención de la información, se realizara el consentimiento informado para la participación de los médicos, en formato escrito (según modelo adjunto en anexo 4), la cual será completamente anónima y en donde se precisa que en cualquier momento pueden desistir de participar en la investigación; además se precisa que se tendrán 15 días para resolver el cuestionario. Se obtendrán los datos en relación con el SBO por medio de encuestas a través de documentos de Google y se enviarán los enlaces URL de estos por medio de *bitly* a los celulares y/o correos de los médicos. También se tendrá acceso a la Historia Clínica Electrónica de ESSALUD, ESSI (ESSALUD servicios de salud inteligentes) de las atenciones en emergencia a través de la Oficina de Calidad de la Red Prestacional Rebagliati, por medio de las auditorías realizadas por la Unidad de Auditoria Medica en su programación mensual de actividades.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

A nivel Internacional:

Loerbrocks (2017),⁽²²⁾ Se realizó un estudio transversal analítico con una muestra de 416 médicos con el objetivo de determinar las relaciones entre el agotamiento y el compromiso laboral de los médicos y la calidad auto percibida de la atención al paciente. Los resultados revelaron que, mientras que el compromiso laboral estaba relacionado con la DP, el AE estaba asociado con la percepción de los médicos de que prestaban una atención deficiente al paciente.

Yuguero (2017),⁽²³⁾ Se realizó un estudio observacional transversal en la región sanitaria de Lleida y Pirineos, en 5 hospitales, muestra de 100 participantes, con el objetivo de evaluar la relación entre empatía y burnout en profesionales de urgencias. Se observaron diferencias significativas con la empatía, siendo los profesionales con mayor burnout los que mostraron menor empatía.

Lu (2017),⁽²⁴⁾ Relación entre el Burnout de los residentes de medicina de emergencia y el rendimiento clínico en un entorno de simulación de alta fidelidad, Universidad del Noroeste de Chicago, EE.UU, su objetivo fue determinar si el Burnout en los residentes de medicina de emergencia se asoció con diferencias en el desempeño clínico, se utilizó una simulación de alta fidelidad donde se midió el desempeño basado en hitos, las cuales son una herramienta de la calidad de atención, este fue un estudio transversal, analítico, en el que se utilizó la escala de Maslach y 58 médicos como muestra; se demostró que el burnout entre los residentes de medicina de urgencias se asociaba con peores puntuaciones acumuladas en cuatro escenarios de simulación de alta fidelidad.

Baier (2018),⁽⁹⁾ Utilizando un estudio transversal de 1101 trabajadores y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) e ítems sobre satisfacción laboral, los investigadores analizaron el grado general de burnout entre los trabajadores de urgencias médicas y la relación entre el burnout y los resultados de seguridad

percibidos. Llegaron a la conclusión de que el porcentaje de trabajadores de urgencias con un alto nivel de burnout está aumentando.

Moukarzel (2019),⁽²⁵⁾ la frecuencia del síndrome de burnout y las causas del mismo entre el personal que trabaja en los servicios de urgencias, Para determinar las características significativas y determinar la prevalencia del SBO entre los trabajadores de los servicios de urgencias, se tuvo una muestra de 379 profesionales médicos, paramédicos y personal administrativo de tres hospitales universitarios de Francia, los que participaron en una encuesta transversal analítica. El estudio llegó a la conclusión de que los profesionales de urgencias son un grupo especialmente vulnerable porque se enfrentan con frecuencia a situaciones estresantes típicas de la profesión de urgencias (gravedad de las patologías, imprevisibilidad de las situaciones, carga emocional y violencia física y verbal frecuente) y porque estas situaciones son un caldo de cultivo para el estrés y el SBO. Al igual que el SBO, la mitad de ellos lo experimentaron.

Boutou (2019),⁽²⁶⁾ Síndrome de Burnout entre los médicos de emergencia: una actualización sobre su prevalencia y factores de riesgo, Hospital de Tesalónica, Grecia, el propósito fue revisar la literatura publicada sobre la prevalencia del burnout entre los médicos de urgencias e identificar los factores de riesgo, comprendiendo 27 estudios que cumplían los criterios de elegibilidad, y se encontró que la prevalencia del burnout entre los médicos de urgencias es alta, la incidencia varía del 25% al 77,8%, debido a las características particulares de cada población, y que hay una serie de factores de riesgo a tener en cuenta. Es necesario aumentar el consenso sobre el uso del MBI como herramienta diagnóstica, ya que los médicos de urgencias tienen un alto riesgo de burnout.

Baruah (2019),⁽¹⁾ Se trataba de una investigación transversal con 68 participantes que pretendía determinar el grado y las causas que influyen en el burnout del personal médico de urgencias en la India. La muestra estaba formada por médicos, enfermeros y paramédicos de urgencias, encontrándose que el valor medio de AE fue $14,9 \pm 9,88$ (nivel bajo-moderado), la DP fue $8,39 \pm 7,107$ (nivel moderado), mientras que la RP fue $38,60 \pm 8,77$ (nivel moderado-bajo). Se

concluye que tener una familia con un hijo y poder tener equilibrio entre la vida laboral y familiar con un horario de trabajo limitado reduce el burnout.

Sharifi (2021),⁽²⁰⁾ Burnout entre proveedores de atención médica de COVID19; revisión sistemática de epidemiología y recomendaciones, Universidad de Shiraz de Ciencias Médicas, Irán, Este estudio incluyó 12 artículos y analizó exhaustivamente la epidemiología del burnout, así como las medidas preventivas y terapéuticas para el personal sanitario de las salas de COVID19, 11 con diseño transversal, tuvo las siguientes conclusiones: es necesario que los gerentes de atención médica y los formuladores de políticas conozcan el Burnout entre los proveedores de atención que trabajan en las salas COVID19 e implementar soluciones adecuadas para prevenir o reducir el Burnout.

Rocha (2019),⁽²⁷⁾ Burnout y satisfacción laboral entre los proveedores de cuidados intensivos y de emergencia en un hospital público, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, El objetivo de este estudio fue examinar las variables que afectan a la prevalencia del SBO y a los niveles de satisfacción laboral entre quienes prestan servicios de urgencias y cuidados críticos. En este estudio transversal analítico, que incluyó una muestra de 91 trabajadores, se utilizó el cuestionario *Maslach Burnout Inventory -Human Services Survey* (MBI-HSS) y la Escala de Satisfacción Laboral. Se llegó a la conclusión de que el trabajo de enfermería en la UCI, la insatisfacción con las relaciones jerárquicas, la falta de oportunidades de crecimiento profesional y el haber considerado la posibilidad de abandonar la profesión explicaban más de la mitad de la prevalencia del EA. La primera señal fue la relación positiva entre el burnout y el descontento laboral.

Zhang (2020),⁽¹¹⁾ El objetivo del estudio era evaluar exhaustivamente la prevalencia del burnout en las tres subescalas del MBI. Metaanálisis y Revisión Sistemática, Provincia de Sichuan, China. Hubo una muestra de 1943 médicos de urgencias de 17 investigaciones realizadas en 12 hospitales diferentes. Según dieciséis investigaciones, los médicos de urgencias suelen experimentar grandes niveles de burnout, y el 40% presentaron altos niveles de AE y RP. En comparación con los médicos de otros departamentos y miembros del equipo médico de urgencias, los médicos de urgencias son más propensos al burnout.

Dimitriu, (2020), ⁽²⁸⁾ El síndrome de burnout en médicos residentes rumanos durante la pandemia de COVID19 se estudió transversalmente mediante 100 encuestas con el objetivo de determinar la prevalencia en varias especialidades del SBO en relación con COVID19 y su relación entre las salas con COVID19 y sin COVID19. Dos meses después del inicio de la pandemia, se encontró una tasa media de burnout en médicos residentes del 76%. En el contexto del COVID19, la mejor forma de combatir el SBO parece ser la organización dentro del hospital y las sesiones prácticas de formación sobre el uso de equipos de protección individual, fuente de una sensación de bienestar mental. El burnout fue significativamente más frecuente en los trabajadores de las salas no COVID19 (86%) en comparación con los que trabajaban en salas COVID19.

Hewitt (2020), ⁽²⁹⁾ El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia del burnout en los EE.UU. utilizando una variedad de definiciones y umbrales, tales como si los síntomas deben aparecer en ambos dominios o sólo en uno, y evaluar la fuerza de la relación entre las diferentes definiciones de burnout y los pensamientos suicidas, así como los pensamientos de burnout entre la población general. Se utilizó una versión de 6 ítems del *Maslach Burnout Inventory* para evaluar dos aspectos del burnout: el AE y la DP. 2607 residentes de cirugía general (43,2%) indicaron SBO semanalmente en cualquiera de las subescalas. Según los criterios de burnout, las estimaciones de su frecuencia diferían mucho.

A nivel Nacional:

Marticorena (2016), ⁽³⁰⁾ Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras en Perú, en SuSalud 2014, fue un estudio descriptivo transversal con una muestra de 5067 profesionales de la salud. Su objetivo fue estimar la prevalencia del SBO, según diversos puntos de corte establecidos, y compararla con otros estudios. Se observó que la prevalencia global de la SBO era del 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) cuando se utilizaban los valores por defecto, del 7,9% (IC95%: 6,93-8,95) cuando se utilizaban los puntos de corte del cuartil, y del 12,5% (IC95%: 11,29-13,77) cuando se utilizaban los puntos de corte del tercil. En consecuencia, la prevalencia del SBO varía en función de cuál de los distintos puntos de corte descritos se utilice en la población sanitaria.

Muñoz del Carpio (2019),⁽³¹⁾ Síndrome de Burnout en médicos de Arequipa (Perú). Esta investigación descriptiva y transversal incluyó como muestra a 87 médicos y buscó determinar la prevalencia del SBO. Concluyó que el 42,5% de los médicos presentaba niveles bajos de burnout, el 29,9% niveles moderados y el 27,6% niveles severos. Descubrieron que el 1,1% tenía niveles leves de síndrome de burnout, el 92,2% moderados y el 6,9% graves; el 28,7% tenía niveles leves de despersonalización, el 21,8% moderados y el 49,4% graves; el 52,9% tenía niveles leves de baja realización personal, el 12,6% moderados y el 34,5% graves; y el 1,1% tenía niveles leves de baja realización personal. El resultado del estudio fue que los médicos de Arequipa tenían una menor frecuencia de SBO, mientras que los que trabajan en establecimientos de salud son más propensos a tener baja autorrealización y los que tienen poca antigüedad en el servicio son más propensos a tener despersonalización.

Sarmiento (2019),⁽³²⁾ Burnout en el servicio de emergencia de un hospital, USMP, Cuzco, con el objetivo de encontrar la prevalencia de Burnout en el servicio de emergencia, se realizó un estudio descriptivo transversal analítico en 110 trabajadores, entre médicos, enfermeras, obstetras y personal técnico, y se utilizó el cuestionario "Maslach Burnout Inventory". Los resultados mostraron un 10% de trabajadores con SBO, 16,3% en médicos, 8,6% en enfermeras y obstetras y no se encontró SBO en personal técnico. Las conclusiones fueron que 1 de cada 10 trabajadores de urgencias tenía SBO en el momento de la encuesta y era mayor en médicos y trabajadores con contratos temporales.

Cotrina (2019),⁽³³⁾ El objetivo era determinar si el síndrome de Burnout estaba relacionado con el número de puestos, especialidades y horas de trabajo semanales en dos hospitales de la zona. En esta investigación observacional, descriptiva y transversal, que tuvo en cuenta a 150 médicos, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI). No se encontró asociación significativa entre las variables estudiadas, pero se descubrió que una porción significativa tiene baja realización personal, lo que demuestra desmotivación, que estaría en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout. Se observó síndrome de Burnout en el 2,67%, alto agotamiento emocional en el 8,67%, baja realización personal en el 78,67% y alta despersonalización en el 10%.

Vílchez (2019), ⁽³⁴⁾ El objetivo era determinar si el número de puestos, las especializaciones y las horas de trabajo semanales en dos hospitales locales estaban relacionados con el síndrome de burnout. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) en un estudio observacional, descriptivo y transversal, que tuvo en cuenta a 150 médicos. Los factores objeto de estudio no se correlacionaron significativamente, pero se observó que una mayoría sustancial presentaba niveles bajos de satisfacción personal, lo que indica desmotivación y pone en riesgo de adquirir el síndrome de burnout. Se observó un elevado desgaste emocional en el 8,67%, síndrome de burnout en el 2,67%, escasa satisfacción personal en el 78,67% y despersonalización significativa en el 10%.

Lauracio (2020), ⁽³⁵⁾ Desempeño laboral y burnout en trabajadores de la salud. Este estudio descriptivo correlacional se realizó en el Centro de Salud Vallecito I-3 de Puno con una muestra de todos los trabajadores. Sus objetivos fueron identificar el síndrome de burnout en sus tres dimensiones: AE, DP y RP; así como el nivel de desempeño laboral en cuatro escalas diferentes: calidad técnica/atención médica, capacitación/educación continua, productividad y competencias y establecer la relación entre burnout y desempeño laboral; determinando que no existe correlación entre el SBO y el desempeño laboral.

2.2 Bases Teóricas

Concepto del Síndrome de Burnout

La definición de SBO de Christina Maslach, que se centra en las tres (03) características principales de cansancio emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal, es la que se reconoce con mayor frecuencia en todo el mundo. En consecuencia, el SBO es una reacción al estrés laboral continuado que se caracteriza por actitudes y sentimientos desfavorables hacia los compañeros de trabajo y hacia la propia función profesional, así como por una sensación de agotamiento. ⁽³⁶⁾

Estrés y Burnout

Según Hernández (2003) ⁽³⁷⁾, el estrés es el resultado de una conexión con el entorno que el sujeto percibe como muy vital para su propio bienestar y cuyas

demandas son superiores a su capacidad de afrontamiento. El término "afrontamiento" se refiere a cualquier actividad cognitivo-conductual utilizada para gestionar las demandas que el sujeto percibe como excesivas dados los recursos de que dispone. Si una persona no dispone de suficientes mecanismos de afrontamiento para manejar el estrés, estará psicológicamente expuesta a él. El SBO nacería de los empleados que utilizan mecanismos de afrontamiento ineficaces para protegerse de las condiciones de estrés crónico en el trabajo. ⁽³⁸⁾

Síntomas del Síndrome de Burnout

Según Cisneros (2015) ⁽³⁹⁾ se manifiesta en tres síntomas típicos:

- ✓ Agotamiento emocional: la persona está aburrida, agotada y de mal humor.
- ✓ Despersonalización: la persona pierde la empatía completamente y los trata como seres sin ningún valor.
- ✓ Baja realización personal: cuando la persona no aprecia ser recompensado o valorado su esfuerzo y el empeño que pone en su trabajo diario, no aprecia un crecimiento laboral a futuro y deja de creer en su potencial como trabajador que aporta a la empresa.

Fases del Síndrome de Burnout

Para Miravalles (2017), ⁽⁴⁰⁾ las fases del Burnout son tres:

- 1) Al principio, los compañeros de trabajo son muy respetados y cualquier comportamiento negativo es bien aceptado, ya que todos están entusiasmados con el nuevo trabajo y piensan que todo se resolverá favorablemente de inmediato.
- 2) En una segunda fase, Se da cuenta de que no todos los problemas pueden resolverse tan rápido como antes, y empieza a ver la realidad de forma objetiva y diferente a lo que había previsto. Como consecuencia, se entera de los defectos de sus compañeros, se compara con ellos y llega a la conclusión de que ya no le valoran en el trabajo. Entonces, empieza a sentir que está dando demasiado de sí, empieza a perder la confianza en sí mismo y piensa que le será imposible conseguir un trabajo mejor.

- 3) La tercera fase o la fase del quemado, es el resultado de todos los factores mencionados. Carece de la productividad inicial y está mentalmente agotado. Su estrés es máximo y se manifiesta en forma de fatiga constante. También cambia su actitud y empieza a llevarse mal con sus compañeros, jefes y clientes porque parece que todo lo que hacen está mal. También está emocionalmente agotado y tiene poca motivación para llevar a cabo sus tareas. El individuo empieza a aislarse de todo, incluso de su lugar de trabajo, lo que hace que empiece a faltar al trabajo y finalmente lo abandone, y esta conducta continúa en puestos posteriores.

Causas del Síndrome de Burnout

Para Morales (2015) ⁽⁴¹⁾, estas serían las causas del síndrome de Burnout:

- a) Las relaciones interpersonales se ven afectadas por la intensidad del trabajo y por obtener metas de productividad. El estrés limita que una persona haga bien su trabajo y, como su esfuerzo no es valorado, se acontece un desinterés por lograr los objetivos de la empresa y propios.
- b) Pocas oportunidades de formación y una falta de compromiso con la capacitación, para mejorar las competencias de los propios trabajadores.
- c) No tener iniciativas como las pausas activas, para que las tareas de los trabajadores no se vuelvan monótonas. Es importante ofrecer un mobiliario ergonómico y un apoyo psicológico para un trabajo de calidad.

Síndrome de Burnout en el personal médico

Excesiva carga de trabajo, mala comunicación paciente-equipo de salud, baja remuneración, escasa capacitación, limitadas políticas de promoción, falta de recursos para equipamiento biomédico y deficiencias de infraestructura, alto riesgo de demandas por mala praxis, débil relación médico-paciente y otras características que concuerdan con el SBO se observan en el desarrollo típico del trabajo médico. ⁽⁴²⁾ Los médicos diagnostican a sus pacientes trastornos alimentarios, irritabilidad emocional, pérdida de memoria, cefaleas, mialgias, hipertensión arterial, irritabilidad emocional, falta de concentración y otros

síntomas psicosomáticos del estrés, que crean conflictos en su vida profesional y personal. Sin embargo, omiten que el individuo estresado no está interesado en su profesión, no siente devoción por ella y tiene una conexión médico-paciente pésima. ⁽⁴³⁾

Herramienta de Medición del Síndrome de Burnout

El cuestionario de Cristina Maslach, ⁽⁴⁴⁾, es el instrumento más utilizado en el mundo para evaluar el Síndrome de Burnout y está conformada por los tres siguientes componentes / dimensiones que definen al síndrome:

- **Agotamiento Emocional:** etapa en la que nuestro organismo es incapaz de producir respuestas adaptativas, lo que provoca cambios fisiológicos que, con el tiempo, pueden derivar en daños patológicos graves. Como nuestras reacciones al estrés son distintivas, el grado de agotamiento se reflejará en nuestra reacción al estrés y cuánto cansancio cognitivo/emocional vivamos.
- **Realización Personal:** proceso donde determinamos si podemos alcanzar nuestros objetivos a la luz de lo que prevemos que ocurrirá en el futuro. Como todo el mundo tiene objetivos, no alcanzarlos provoca un estrés y una frustración considerables, ya que, para empezar, socava su impulso.
- **Despersonalización:** falta de personalidad que va unida a la duda y a la baja credibilidad en sí mismo, confunde su estado actual, pierde la orientación y el concepto de tiempo y espacio, presentando desorientación mental, por lo que la persona puede desarrollar conductas psiquiátricas o enfermedades del sistema nervioso central; la persona no es consciente de sus actos y no tiene capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Definición de la Calidad, Calidad de Atención de Salud y sus componentes

Joseph Moses Juran, padre de la gestión moderna de la calidad, reconocía que "la calidad es subjetiva y la determina el cliente, quien utiliza el producto o experimenta el servicio, en función de sus cualidades y de la ausencia de defectos que provoquen satisfacción o descontento". ⁽⁴⁵⁾ Sus aportes se centran en tres procedimientos reconocidos como la Trilogía de Juran:

- Planificar la calidad, es el proceso de estar preparado para cumplir los objetivos de calidad.
- Control de calidad, el proceso de mantener los niveles de calidad en todas las operaciones.
- Mejora de la calidad, método para alcanzar un rendimiento nunca visto.

La complejidad de la atención en salud y la presencia de múltiples actores como los pacientes, profesionales de la salud, entidades prestadoras y aseguradoras, políticas, reguladores, reflejan que la satisfacción del paciente no puede ser utilizada por sí sola para definir la calidad de la asistencia sanitaria. ⁽⁴⁶⁾

En la actualidad existen muchas definiciones de la calidad de la asistencia sanitaria, pero la del Dr. Avedis Donabedian, ⁽⁴⁷⁾ que se refiere a la calidad de la asistencia técnica e implica utilizar la ciencia y la tecnología médicas de forma que se maximicen los beneficios para la salud sin aumentar también los riesgos, es la que goza de mayor aceptación mundial. Por lo tanto, el nivel de calidad es el punto en el que se prevé que la atención prestada alcance el mejor equilibrio posible entre riesgos y beneficios.

Según Donabedian, ⁽⁴⁸⁾ son tres los componentes de la calidad asistencial:

- El componente técnico: Es el uso de la ciencia y la tecnología para gestionar el problema de una persona de forma que produzca los máximos beneficios minimizando los peligros.
- El componente interpersonal: Se basa en la idea de que las relaciones interpersonales deben atenerse a las normas y valores sociales que guían la interacción humana en general. Tanto la ética profesional como las expectativas individuales influyen hasta cierto punto en estas normas.
- El Componente aspectos de confort: Todos estos aspectos del entorno del paciente contribuyen a que el tratamiento sea más agradable.

Enfoques de la Calidad en Salud

Avedis Donabedian ⁽⁴⁸⁾ presentó tres métodos -estructura, procedimiento y resultado- para evaluar la calidad del servicio sanitario, los cuales incluso se mantienen vigentes en la forma de indicadores de calidad, los cuales son:

- **Estructura:** Es la evaluación de diversos recursos, entre ellos los edificios, la maquinaria, los fondos y las personas. De acuerdo con el vínculo entre estructura y calidad, algunos fallos del proceso pueden deberse a cuestiones estructurales. La accesibilidad geográfica, las cualidades físicas y la estructura de cada servicio, los recursos humanos, los materiales, las actividades asistenciales, la enseñanza y la investigación son los indicadores estructurales.
- **Proceso:** Una serie de procedimientos que los profesionales médicos realizan a los pacientes para contribuir a mejorar su salud. Se considera que las variables más comunes son las relativas a la disponibilidad y puntualidad del servicio, la utilización de los recursos, la calidad técnica, la comunicación efectiva, la eficacia de la gestión y el diagnóstico. La calidad de la información contenida en los papeles o formularios de la historia clínica que los médicos u otros profesionales sanitarios deben documentar a lo largo del tratamiento es uno de los indicadores de proceso más cruciales. La auditoría de la historia clínica, documento médico legalmente vinculante en el que se documenta todo el proceso de tratamiento en los distintos ámbitos asistenciales, como la hospitalización y la atención ambulatoria, es el ejemplo más ilustrativo. La premisa es que, si una auditoría médica resulta en un historial médico aceptable, se deduce que el paciente recibió un tratamiento de alta calidad. ⁽⁴⁹⁾
- **Resultado:** Es el cambio en la salud provocado por la recepción de un tratamiento médico y se refiere a la ventaja clínica en el estado de salud alcanzada en los pacientes. Los resultados en salud, según Donabedian, son "aquellos cambios positivos o negativos en el estado de salud real o previsto de individuos, organizaciones o comunidades que pueden vincularse a un tratamiento sanitario previo o actual". Otros hallazgos, como la comprensión de la enfermedad, un cambio de comportamiento y la satisfacción del paciente, también se incluyen en los resultados. A esta última se le da un peso significativo, ya que afecta directamente a los propios resultados, así como a la forma en que los pacientes evaluarán el calibre del tratamiento que recibieron. El examen de la eficacia,

efectividad y eficiencia de las prácticas médicas ofrece posibilidades para analizar tanto la tecnología y los propios profesionales sanitarios como la eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas.

Auditoría de la Calidad de Registro de la Atención en los Servicios en Salud

En nuestro país, actualmente está vigente la Norma Técnica Sanitaria N°029 - MINS/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud” de julio 2016, la cual delinea el marco conceptual y operativo con relación a la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. Es el método de Auditoría de Gestión Clínica que se utiliza en relación con la evaluación de los registros médicos que se encuentran en las historias clínicas, lo que puede dar lugar a posibilidades de mejora en términos de eficiencia, eficacia, cobertura, costes y, lo que es más importante, la calidad de la asistencia sanitaria prestada. El Ministerio de Salud reconoce la Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud como el instrumento que puede utilizarse para evaluar la calidad de la atención médica, el cual incluye secciones de la historia clínica, como la anamnesis al paciente, el examen físico, el plan de trabajo y terapéutico a los pacientes de emergencia, consulta externa y hospitalización. ⁽⁵⁰⁾

2.3 Definiciones Conceptuales

A. - Síndrome de Burnout (SBO)

Reacción ineficaz al estrés laboral persistente, se caracteriza por el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución del rendimiento laboral.

B.- Auditoría Médica de Calidad de Registro de la Atención

Tipo específico de auditoría médica que se lleva a cabo tras la prestación de un acto médico a una persona con una necesidad sanitaria. La realizan expertos médicos que no han participado en la recogida de datos ni en la prestación del tratamiento médico. Es un proceso metódico que implica un examen exhaustivo de los registros con el objetivo de determinar si se cumplen o no las normas y requisitos de calidad de los procesos de atención al paciente.

2.4 Hipótesis

Hipótesis General

- El Síndrome de Burnout está relacionado a una deficiente calidad del registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el primer semestre 2023.

Hipótesis Específicas

1. Hay una relación entre los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoría de la calidad de registro de la atención entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
2. La prevalencia del Síndrome de Burnout entre los médicos asistentes de la Emergencia de Adultos está subestimada en relación con otros países de la región y existen características particulares de las variables sociolaborales entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con el Síndrome de Burnout.
3. Existe una relación entre las variables sociolaborales, los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoría de la calidad de registro de la atención entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional.

3.2 Diseño de investigación

Es un estudio no experimental, porque no presentará intervención y no se manipulará variables, es transversal porque la medida de las variables se realizara en un solo momento; es de estadística descriptiva y correlacional, ya que utilizará unidades de frecuencia y tablas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; es correlacional porque se utilizará medidas como razón de prevalencia, la prueba de chi-cuadrado para determinar diferencias entre las variables, correlación de Pearson y el Coeficiente tau (τ) de Kendall, para las correlaciones de variables numéricas e intervalos jerarquizados, las que demostrarían una relación entre las variables independientes y la variable dependiente (grados del Burnout y calidad de registro médico de la atención respectivamente).

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población estará conformada por 190 médicos asistenciales de las áreas clínica y quirúrgica, programados para realizar guardias en la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de ESSALUD, en Jesús María.

3.3.2 Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizará de acuerdo con la estimación de prevalencias, en donde la proporción o prevalencia del SBO se calcula en 50%. La fórmula de cálculo de la muestra, para población finita y conociendo la proporción sería:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

- N: Es el tamaño de la población (190 médicos)
- Z: Es el nivel de confianza (95%)
- p: Es la proporción de la población (190) que tiene la variable de interés (SBO). Definido para el estudio en 50% o 0.5
- q: 1-p que es 50% o 0.5
- e: Es el Margen de error (error alfa) de 5% o 0.5.

Siendo el resultado del cálculo de la muestra en 141 personas, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error (tipo alfa) del 5%.

3.3.3 Selección de la muestra

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión del presente proyecto de investigación, se elegirá la muestra.

3.3.4 Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Médicos asistenciales de cualquier modalidad de contrato (276, 728, CAS y terceros) que realizan guardias en la Emergencia Adultos del HNERM.
- Tener más de 1 año de servicio asistencial en la Emergencia de Adultos (en caso de exresidentes del HNERM y que ahora son médicos asistenciales, no se considerara el criterio de tener más de 1 año de servicio asistencial).
- Médicos que hayan dado su consentimiento al estudio.

Criterios de Exclusión

- Médicos que no den su consentimiento al estudio.
- Médicos de licencia/vacaciones durante la etapa de recolección de datos.
- Tener menos de 1 año de tiempo de servicio en la Emergencia Adulto.

- Ser médicos residentes de cualquier año o especialidad.

3.4 Operacionalización de variables

Ver anexo 02 (operacionalización de variables)

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La encuesta y el cuestionario serán la técnica e instrumento de recolección de datos respectivamente, empleados ambos para la variable del SBO. Esta será remitida a los médicos al inicio de su guardia y tendrán 15 días para resolverla.

Dependiendo de la población, se han sugerido varias herramientas para diagnosticar a las personas con SBO; sin embargo, *El Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS), creado por Maslach y Jackson en 1981 y aplicado al campo de la asistencia sanitaria, se utilizó como herramienta de recogida de datos debido a su alta consistencia interna, amplia aceptación internacional, evidencia de validez concurrente y una fiabilidad cercana al 90%.

Contiene 22 ítems sobre emociones y pensamientos relacionados con las interacciones laborales, con 9 ítems sobre recursos emocionales y fatiga, 5 ítems sobre despersonalización y 8 ítems sobre competencia y eficacia laboral. La valoración oscila entre 0 y 6, donde 0 significa nunca, 1 significa una o dos veces al año o menos, 2 significa una o dos veces al mes o menos, 3 significa una o dos veces a la semana y 6 significa a diario. El alfa global de Cronbach es de 0,86.⁽⁴⁴⁾

La fatiga emocional (AE), la despersonalización (DP) y la satisfacción personal son las tres cualidades que evalúa el MBI-HSS. La versión española aprobada del AE tiene 9 ítems, una puntuación máxima de 54 y un alfa de Cronbach de 0,85. Consta de los siguientes componentes: 1,2,3,6,8,13,14,16, y 20 son las puntuaciones más altas de esta subescala, y cuanto más alta es la puntuación, más desgaste emocional y burnout está experimentando la persona. b) La DP tiene 5 ítems con un valor máximo de 30 y un alfa de Cronbach de 0,58. Sus 5 ítems son 5, 10, 11, 15 y 22.

Cuanto mayor sea la despersonalización y el grado de burnout del sujeto, mayor será su puntuación en esta subescala. c) El RP tiene 8 partes, un valor máximo

de 48 y un alfa de Cronbach de 0,71. Evalúa las percepciones de satisfacción laboral y autoeficacia. Los siguientes componentes conforman la Realización Personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La siguiente lista incluye las dimensiones, signos, cosas, escalas de medida, niveles y rangos que definen el síndrome de burnout.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES Y RANGO
Agotamiento Emocional (AE)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agotamiento ➤ Tensión ➤ Frustración 	1,2,3,6, 8,13,14, 16 y 20	1. Nunca 2. Alguna vez al año o menos 3. Una vez al mes o menos 4. Algunas veces al mes 5. Una vez a la semana 6. Varias veces a la semana. 7. Diariamente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo <=18 ✓ Medio 19-26 ✓ Alto >=27
Realización Personal (RP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entendimiento ➤ Enfrentamiento ➤ Vitalidad 	4,7,9,12, 17,18,19 y 21		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo <=33 ✓ Medio 34-39 ✓ Alto >=40
Despersonalización (DP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insensibilidad ➤ Preocupación ➤ Limite 	5, 10, 11, 15 y 22		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo <= 5 ✓ Medio 6-9 ✓ Alto >=10

Dado que la puntuación en esta situación está inversamente relacionada con el nivel de Burnout, cuanto mayor sea la puntuación en esta subescala, mejor será la autorrealización. Es decir, el tema se ve más afectado cuanto menor es la puntuación en éxito personal. Puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajas en Realización Personal en estas tres escalas -que tienen un alto grado de consistencia interna- definen la condición, aunque no existe una puntuación clínica de corte para determinar si existe o no BOS. La siguiente escala se utiliza para categorizar el SBO según el grado de intensidad: de 0 a 33 puntos (SBO bajo), de 34 a 66 puntos (SBO medio), y de 67 a 99 puntos (SBO alto).

Finalmente, para el Diagnóstico del SOB se debe tener puntuaciones altas en los dominios de AE (≥ 27 puntos) y DP (≥ 10 puntos) y bajos puntajes en el dominio RP (≤ 33 puntos). Otra alternativa válida sobre el punto de corte para el diagnóstico de SBO, donde la prevalencia del SBO fue más alta y estable, es cuando se usa los terciles mayores al 33% en cada dominio para el diagnóstico

de SBO, siendo solo los dominios de AE y DP los que deben estar presentes (para el dominio AE puntajes >16 y para DP > 6 puntos). En relación con el dominio de RP debe ser menor a 35 y no es requisito para considerarlo diagnóstico del SBO. ⁽³⁴⁾

En relación con las variables sociolaborales, estos son los siguientes:

1. Edad: en años.
2. Sexo: femenino y masculino.
3. Hijos: si/no.
4. Estado civil: Casado/a o conviviente (si/no)
5. Años de ejercicio profesional en emergencia (1 a 3 años, >3 a 10 años, > de 10 años)
6. Trabajo en otro servicio de emergencia público o privado (si/no)
7. Especialidad médica (Emergencias y desastres, medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, urología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, otros)

Para el presente estudio se utilizará, además, como herramienta de recogida de información en el registro de calidad asistencial, el instrumento de auditoría médica en base a la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA/ DIGEPRES-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en cuyo anexo N°06 se describe el "Formato de Evaluación de la Calidad de registro en Emergencia", el cual se divide en 5 secciones: a) Datos generales de la auditoría, b) observaciones, c) no conformidades, d) conclusión y e) recomendaciones. Esta auditoría se realizará solo a las atenciones realizadas en los tópicos de medicina Prioridad II, Prioridad III, tópico de Cirugía, tópico de Traumatología y Ortopedia, mas no en las áreas de observación, monitoreo de emergencia, cuidados intensivos de emergencia y trauma shock.

Las auditorías serán realizadas por los médicos auditores de la Unidad de Auditoría Médica de la Oficina de Calidad de la Red Prestacional Rebagliati, la cual tomando en cuenta la base estadística de las atenciones realizadas en el mes designado para el estudio, realizara un muestreo probabilístico de las atenciones, y seleccionará las atenciones recibidas en los tópicos de medicina y

de las áreas quirúrgicas, teniendo en cuenta que se abarcará la totalidad de la muestra de 141 médicos a evaluar con el instrumento de auditoría médica.

En las observaciones de la auditoría de registro de la calidad de atención se consideran las siguientes secciones a evaluar: Filiación (16 ítems de 8 puntos en subtotal), anamnesis (5 ítems de 13 puntos en subtotal), examen físico (5 ítems de 10 puntos en subtotal), diagnósticos (3 ítems de 20 puntos en subtotal), plan de trabajo (9 ítems de 19 puntos en subtotal), especifica indicaciones de alta (3 ítems de 3 puntos en subtotal), tratamiento (6 ítems de 8 puntos en subtotal), notas de evolución (9 ítems de 11 puntos en subtotal), registros de enfermería/obstetricia (6 ítems de 3 puntos en subtotal), atributos de la historia clínica (5 ítems de 5 puntos en subtotal), que suman en total 100 puntos.

Se considerará la calificación unitaria dada por cada ítem si está conforme o cero en caso no esté conforme y se considera no aplica cuando sea el caso (se resta sobre 100 la calificación del ítem de no aplicar para el total del puntaje). La calificación se base en tres criterios: a) Satisfactorio (>90-100% del puntaje esperado), b) Por mejorar (75-90% del puntaje esperado) y c) Deficiente (<75% del puntaje esperado). Debido a la ausencia de las secciones de afiliación, indicaciones de alta, notas de evolución y registros de enfermería del análisis en la presente investigación, la puntuación se basará en un máximo de 66 puntos, manteniendo los porcentajes de cumplimiento de la auditoría antes mencionados. En el marco de la auditoría de los registros de calidad asistencial, se presentan las siguientes dimensiones, ítems, escalas de medición, subtotales y criterios de puntuación.

DIMENSIÓN	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	SUBTOTALES
Filiación	16 en total	✓ conforme ✓ no conforme ✓ no aplica	8 puntos
Anamnesis	5 en total		13 puntos
Examen Clínico	5 en total		10 puntos
Diagnósticos	3 en total		20 puntos
Plan de Trabajos	9 en total		19 puntos
indicaciones de Alta	3 en total		3 puntos
Tratamiento	6 en total		8 puntos
Notas de evolución	9 en total		11 puntos
Registros de enfermería	6 en total		3 puntos
Atributos de la Historia	5 en total		5 puntos

Calificación:
1. Satisfactorio: >90-100% del puntaje máximo esperado
2. Por mejorar: 75-90% del puntaje máximo esperado.
3. Deficiente: <75% del puntaje máximo esperado.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Antes de participar en el estudio, los participantes deberán cumplimentar un cuestionario digital en el que se explicará el objetivo de la investigación. Este cuestionario se desarrollará en Google Docs. para su digitalización, y se notificará a los participantes su participación en el estudio por correo electrónico o WhatsApp con un enlace para completar el cuestionario: bit.ly/BurnoutHNERM. Una vez finalizadas las encuestas, las respuestas anónimas a los cuestionarios se enviarán para su procesamiento. Cada formulario será codificado y colocado en una base de datos para su procesamiento utilizando Excel y Stata 15.

Para efectos de la investigación, son variables cualitativas ordinales, las variables del síndrome de Burnout en sus tres dominios de AE, DP y RP con sus grados bajo, medio y alto, como suma total, así como una evaluación por cada componente y también son variables cualitativas ordinales las variables de registro de auditoria como son: satisfactorio, por mejorar y deficiente; Se analizarán mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas, gráficos de barras y de tarta, así como variables sociolaborales dicotómicas nominales o nominales, y se considerará estadística de prueba de hipótesis la chi-cuadrado y la prueba t de Student para variables cualitativas y continuas, respectivamente. Con la operacionalización de estas variables se realizará una correlación con Coeficiente tau (τ) de Kendall, para datos jerarquizados en intervalos, considerándose un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo y un IC al 95%.

Además, las variables tendrán una operacionalización como variables cuantitativas discretas para la variable del Síndrome de Burnout, en sus tres dimensiones: Bajo ≤ 18 , Medio 19-26 y Alto ≥ 27 para AE, Bajo ≤ 33 , Medio 34-39 y Alto ≥ 40 para RP y Bajo ≤ 5 , Medio 6-9 y Alto ≥ 10 para DP; y variable cuantitativa continua para el porcentaje de cumplimiento del registro de la auditoria de la calidad de la atención medica: Satisfactorio: $>90-100\%$ del puntaje máximo esperado, Por mejorar: $75-90\%$ del puntaje máximo esperado y Deficiente: $<75\%$ del puntaje máximo.

Se calculará la media y la DE tanto de estas variables como de edad, y años de experiencia laboral (frecuencia por intervalos). Se utilizará la correlación de Pearson para variables cuantitativas entre la variable dependiente (% de cumplimiento de la auditoría de la calidad de los registros sanitarios) y la variable independiente principal para evaluar la hipótesis de una relación lineal entre ambas (grados de Síndrome de Burnout para cada uno de los tres dominios, como variable numérica discreta).

Tras un análisis de regresión logística univariante con una $p < 0,05$, seguido de un análisis multivariante, se generarán odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95% para las variables que se consideren factores relacionados con la SBO. Los datos se procesarán con STATA 15 para Windows y se registrarán con Microsoft Office Excel 365.

3.7 Aspectos éticos

Este estudio explorará el impacto y las relaciones del Síndrome de Burnout y la calidad de registro de la atención en los médicos del Departamento de Emergencia, Servicio de Emergencia Adultos, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La invitación a inscribirse será voluntaria, y se dispondrá de un consentimiento informado para su aprobación, con la oportunidad de abandonar la investigación en cualquier momento. Asimismo, se mantendrá la identidad de los médicos y de los pacientes auditados, así como la confidencialidad de la información personal recogida durante las auditorías de registro. Para garantizar la protección de las personas, todas las hojas de registro de las auditorías, los datos socioculturales, ocupacionales y profesionales, y el cuestionario *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS) se anonimizarán completamente durante la fase de recogida de datos. Además, los datos personales se codificarán de acuerdo con la matriz de operacionalización de las variables, y se realizará un procedimiento de enmascaramiento de los datos personales y de los datos sanitarios personales.

El acceso a la información y los resultados de la auditoría estará a cargo de los médicos auditores de la Oficina de Calidad de la Red Prestacional Rebagliati,

utilizando como fuente de información el ESSI ESSALUD, la base de datos de la producción de las atenciones por emergencia y el sistema de auditoría de la Oficina de Calidad.

Finalmente, no reporto ningún conflicto de interés, y este estudio estará íntegramente financiado de manera individual y con la evaluación y subsecuente aprobación de corresponder, por el Comité de la Especialidad de la Escuela de Residentado Médico de la Universidad Ricardo Palma y también por el Comité de Ética de la Oficina de Investigación y Docencia de la Red Prestacional Rebagliati.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El presente proyecto de investigación será autofinanciado por el autor.

4.2 Cronograma

ETAPAS	2023									
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración del proyecto	X									
Presentación del proyecto	X									
Revisión bibliográfica	X									
Trabajo de campo y captación de información		X	X	X	X					
Procesamiento de datos				X	X	X	X			
Análisis e interpretación de datos						X	X	X		
Elaboración del informe								X	X	
Presentación del informe										X

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)		
			UNITARIO	TOTAL	
BIENES					
Papel bond A-4	Paquete	02	15	30	
Lapiceros	Unidades	05	2	10	
Corrector	Unidades	02	03	06	
Resaltador	Unidades	02	02	04	
Perforador	Unidades	01	15	15	
Engrapador	Unidades	01	15	15	
Grapas	Caja	01	10	10	
USB	Unidades	01	30	30	
Espiralado	Unidades	05	10	50	
Internet	Paquete de datos mensual	01	80	80	
Fotocopias	Hojas	500	0.10	50	
COSTO TOTAL				300 soles	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baruah A, Das S, Dutta A, Das B, Sharma T, Hazarika M. DEGREE AND FACTORS OF BURNOUT AMONG EMERGENCY HEALTHCARE WORKERS IN INDIA. *Int J Sci Res Ahmedabad India*. abril de 2019;8(4):41-5.
2. Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations. *Arch Acad Emerg Med*. 2021;9(1):e7.
3. Patel RS, Sekhri S, Bhimanadham NN, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*. 3 de junio de 2019;11(6):e4805.
4. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas EMA*. diciembre de 2013;25(6):491-5.
5. Chang BP, Cato KD, Cassai M, Breen L. Clinician burnout and its association with team based care in the Emergency Department. *Am J Emerg Med*. noviembre de 2019;37(11):2113-4.
6. Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. agosto de 2015;22(4):227-34.
7. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. abril de 2017;32(4):475-82.
8. Durand A-C, Bompard C, Sportiello J, Michelet P, Gentile S. Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. *Work Read Mass*. 2019;63(1):57-67.
9. Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emerg Med*. 20 de agosto de 2018;18(1):24.
10. Smeds MR, Thrush CR, McDaniel FK, Gill R, Kimbrough MK, Shames BD, et al. Relationships between study habits, burnout, and general surgery resident performance on the American Board of Surgery In-Training Examination. *J Surg Res*. septiembre de 2017;217:217-25.
11. Zhang Q, Mu M-C, He Y, Cai Z-L, Li Z-C. Burnout in emergency medicine physicians: A meta-analysis and systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 7 de agosto de 2020;99(32): e21462.

12. A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis—PMC. (s. f.). Recuperado 20 de abril de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9877514/>
13. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* septiembre de 2020;34(3):553-60.
14. Henao Nieto, D. E., Giraldo Villa, A., & Yepes Delgado, C. E. (2018). Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.iecp>
15. Leadership To Improve Diagnosis: A Call to Action. (s. f.). Recuperado 21 de abril de 2023, de <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/issue-briefs/leadership.html>
16. Relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms in physicians: A cross-sectional study based on the employment demand–control model using structural equation modelling | *BMJ Open*. (s. f.). Recuperado 20 de abril de 2023, de <https://bmjopen.bmj.com/content/12/10/e057888.long>
17. Castro, H. M., Prieto, M. A., & Muñoz, A. M. (2022). Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de covid-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. *Medicina* 82(4):479-486
18. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 17 de julio de 2017;17(1):491.
19. Stehman CR, Clark RL, Purpura A, Kellogg AR. Wellness: Combating Burnout and Its Consequences in Emergency Medicine. *West J Emerg Med.* 13 de abril de 2020;21(3):555-65.
20. Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations. *Arch Acad Emerg Med.* 2021;9(1): e7.
21. Meira-Silva, V. S. T., Freire, A. C. T. N., Zinezzi, D. P., Ribeiro, F. C. R., Coutinho, G. D., Lima, I. M. B., Crispi, I. C., Porto, J. D., Silva, L. G. P., Miranda, L. H. A., Zurita, M. G. F., Belerique, V. H. R., & Bandoli, Y. T. (s. f.). Burnout syndrome in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 20(1), 122-131. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-849>

22. Loerbroks A, Glaser J, Vu-Eickmann P, Angerer P. Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occup Med Oxf Engl*. 1 de julio de 2017;67(5):356-62.
23. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. septiembre de 2017;96(37):e8030.
24. Lu DW, Dresden SM, Mark Courtney D, Salzman DH. An Investigation of the Relationship Between Emergency Medicine Trainee Burnout and Clinical Performance in a High-fidelity Simulation Environment. *AEM Educ Train*. enero de 2017;1(1):55-9.
25. Moukarzel A, Michelet P, Durand A-C, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Res Int*. 2019;2019:6462472.
26. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I. Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. octubre de 2019;23(20):9058-65.
27. Rocha LJ, Juste Werneck Cortes M da C, Dias EC, Fernandes F de M, Gontijo ED. Burnout and job satisfaction among emergency and intensive care providers in a public hospital. *Rev Bras Med Trab Publicacao Of Assoc Nac Med Trab-ANAMT*. 2019;17(3):300-12.
28. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. noviembre de 2020;144:109972.
29. Hewitt DB, Ellis RJ, Hu Y-Y, Cheung EO, Moskowitz JT, Agarwal G, et al. Evaluating the Association of Multiple Burnout Definitions and Thresholds With Prevalence and Outcomes. *JAMA Surg*. 1 de noviembre de 2020;155(11):1043-9.
30. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]*. abril de 2016 [citado 20 de enero de 2023];33(2):241-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342016000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T, Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]*. junio de 2019 [citado 20 de enero de 2023];57(2):139-48. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272019000200139&lng=es&nrm=iso&tlng=es

32. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital | Horizonte Médico (Lima) [Internet]. [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/835>
33. Cotrina-Onofre Y, Panez-Mateo L. Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. Rev Peru Investig En Salud [Internet]. 10 de julio de 2019 [citado 20 de enero de 2023];3(3):127-32. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/335>
34. Síndrome de Burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana [Internet]. [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312019000400010&script=sci_arttext
35. Lauracio C, Lauracio T. Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. Rev Innova Educ [Internet]. 6 de octubre de 2020 [citado 20 de enero de 2023];2(4):543-54. Disponible en: <https://revistainnovaeducacion.com/index.php/rie/article/view/90>
36. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2015 [citado 20 de enero de 2023];32(1):119-24. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es
37. Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública, 29(2), 103-110.
38. Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., Robazzi, M. L. do C. C., Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. do C. C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Enfermería Global, 18(55), 344-376. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
39. D. Cisneros. Síndrome de Burnout - Síntomas, causas y tratamiento. [Internet]. tuSintoma.com. 2015 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://tusintoma.com/sindrome-de-burnout/>
40. Síndrome Burnout-Gabinete de Psicología [Internet]. [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <http://javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Fases.html>
41. Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 32(1), 119-124.
42. Aranda, C. (2014). El síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. Revista de Investigación en Psicología, 14(2), 45. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i2.2099>.

43. Castillo, I., Jairo, C., & Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 187–192.
44. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *The Maslach Burnout Inventory Manual*. En: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 1997. p. 191-218.
45. GestioPolis.com Experto. ¿Qué hizo Joseph M. Juran por la gestión de la calidad? [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/quehizo-joseph-m-juran-por-la-gestion-de-la-calidad/>
46. Bakker, A., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol*, 389411. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235.
47. Donabedian A. *A Guide to Medical Care Administration. Medical Care Appraisal – Quality and Utilization*. American Public Health Association; 1969. p. 2.
48. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. En: *Donabedian A. Quality assurance and utilization review*; 1986. p. 6-12.
49. Zurita B. Calidad de la Atención de la Salud y su implicancia nacional. *Revista Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM* [Internet]. 2002. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.html.
50. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud [Internet]. [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284837-norma-tecnica-de-salud-de-auditoria-de-la-calidad-de-la-atencion-en-salud>

ANEXOS

ANEXO N°01 - MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿El Síndrome de Burnout está asociado a la calidad de registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>OG. Determinar la relación del Síndrome de Burnout y la calidad de registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p><u>HIPOTESIS GENERAL</u></p> <p>HG El Síndrome de Burnout está relacionado a una deficiente calidad del registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p><u>VARIABLES INDEPENDIENTES:</u></p> <p>-SÍNDROME DE BURNOUT: con sus 3 dimensiones:</p> <p>Agotamiento Emocional (AE), Realización Personal (RP) y Despersonalización (DP)</p> <p>Cada una de estas con 3 categorías como variables ordinales y numéricas discretas:</p> <p>AE: Bajo <=18, Medio 19-26 y alto >=27,</p> <p>RP: Bajo <=33, Medio 34-39 y Alto >=40 y</p>	<p>ESTUDIO CUANTITATIVO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, PROSPECTIVO Y ANALÍTICO.</p>	<p><u>POBLACION</u></p> <p>La población estará conformada por 190 médicos asistenciales de la Emergencia Adulto del HNERM. ESSALUD. Lima. 2023, que corresponde al total de los profesionales programados en las guardias de emergencia y que prestan atención en las áreas de tópico de las áreas quirúrgicas y clínicas.</p>	<p>Ficha de recolección de datos que comprenden dos partes: Para evaluar y diagnosticar el síndrome de burnout se utiliza un cuestionario que incluye datos sociolaborales y el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS).</p>	<p>Para efectos de la investigación, son variables cualitativas ordinales, las variables del síndrome de Burnout en sus tres dominios de AE, DP y RP con sus grados bajo, medio y alto y también son variables cualitativas ordinales, las variables de registro de auditoria como son: satisfactorio, por mejorar y deficiente; estas serán analizadas mediante tabla de frecuencias absolutas y relativas, gráficos de barra o de pastel, al igual que las variables sociolaborales nominales dicotómicas o nominales y el</p>

<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>1. ¿Existe una relación entre los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad de registro de atención en los médicos asistentes de la Emergencia de Adultos del HNERM?</p>	<p><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></p> <p>OE1 Determinar la correlación entre los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad del registro de la atención en los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p><u>HIPOTESIS ESPECIFICAS</u></p> <p>HE1 Hay una correlación entre los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad de registro de atención entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>DP: Bajo<= 5, Medio 6-9 y Alto>=10</p> <ul style="list-style-type: none"> - EDAD (variable numérica discreta) - SEXO (variable categórica: masculino y femenino) - HIJOS: (variable categórica: si /no) - ESTADO CIVIL: Casado/a o conviviente (variable categórica: si /no) - EJERCICIO PROFESIONAL; Años de trabajo en emergencia: (variable numérica de intervalo discreta: 1 a 3 años, de >3 a 10 años, más de 10 años) - IPRESS Pública o Privada: Trabajo en otro servicio de emergencia (variable categórica: si / no) 		<p><u>MUESTRA</u></p> <p>Se realizará muestreo censal, donde están comprendidos los 190 médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del HNERM, programados en las guardias de la zona de Tópico de las áreas clínica médica y quirúrgica.</p>	<p>NTS N 029-MINSA/DIGE PRES-V02-2016: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en salud: Anexo N° 06: Formato de Evaluación de la calidad de registro en emergencia. Con este instrumento se realizará la auditoria de registro de las atenciones de emergencia.</p>	<p>estadístico de la prueba de hipótesis se considerará el Chi cuadrado y la T de Student para variables cualitativas y continuas respectivamente. Con la operacionalización de estas variables se realizará una correlación con Coeficiente tau (τ) de Kendall, para datos jerarquizados en intervalos, considerándose un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo y un IC al 95%.</p> <p>Además, las variables tendrán una operacionalización como variables cuantitativas discretas para la variable del Síndrome de Burnout, en sus tres dimensiones: Bajo <=18 , Medio 19-26 y Alto</p>
--	---	--	---	--	--	---	--

<p>2.- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y que características sociolaborales son las más comunes entre los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p>OE2. Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus características sociolaborales entre los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>HE2. La prevalencia del Síndrome de Burnout entre los médicos asistentes de la Emergencia de Adultos esta subestimada en relación con otros países de la región y existen características particulares de las variables sociolaborales entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con el Síndrome de Burnout.</p>	<p>- ESPECIALIDAD MÉDICA: variable nominal: (Emergencias y desastres, medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, urología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, otros)</p> <p><u>VARIABLE DEPENDIENTE:</u></p> <p>- CALIDAD DE REGISTRO ATENCIÓN MÉDICA, realizada mediante la auditoria de gestión clínica, tiene 3 categorías como variables ordinales y numéricas continuas expresadas en porcentaje respectivamente:</p>				<p>>=27 para AE, Bajo <=33, Medio 34-39 y Alto>=40 para RP y Bajo<= 5, Medio 6-9 y Alto>=10 para DP; y variable cuantitativa continua para el porcentaje de cumplimiento del registro de la auditoria de la calidad de la atención medica: Satisfactorio: >90-100% del puntaje máximo esperado, Por mejorar: 75-90% del puntaje máximo esperado y Deficiente: <75% del puntaje máximo esperado.</p> <p>Se calculará la media y la DE tanto de estas variables como de edad, y años de experiencia laboral (frecuencia por intervalos). El estadístico de la prueba de hipótesis será la correlación de Pearson para variables</p>
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>3.- ¿Existe una relación entre las características sociolaborales? los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad de registro de atención en los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p>OE3. Determinar la correlación entre las características sociolaborales, los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad de registro de atención en los médicos de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>HE3. 3. Existe una correlación entre las variables sociolaborales, los grados de intensidad de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y los niveles de calificación de la auditoria de la calidad de registro de la atención entre los médicos asistenciales de la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p>- Satisfactorio: >90-100% del puntaje máximo esperado</p> <p>- Por mejorar: 75-90% del puntaje máximo esperado.</p> <p>- Deficiente: <75% del puntaje máximo esperado.</p>				<p>cuantitativas para la variable dependiente (porcentaje de cumplimiento de la auditoria de la calidad de registro de la atención medica) y la variable independiente principal (grados del Síndrome de Burnout por cada uno de los tres dominios, como variable numérica discreta).</p> <p>Se calcularán los OR (Odds Ratio) y los intervalos de confianza al 95% (IC) para las variables consideradas como factores asociados con el SBO, después de un análisis de regresión logística univariado con una $p < 0.05$, los cuales pasarán a un análisis multivariado. Los resultados serán registrados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Office Excel 365 y procesados con STATA 15 para Windows.</p>
---	---	---	--	--	--	--	--

ANEXO N° 02. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<p align="center"><u>VARIABLE DEPENDIENTE:</u></p> <p align="center">CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCION MEDICA</p>	<p>Describe un estado deseado de la atención sanitaria que es posible gracias a la existencia de determinados rasgos o atributos en la atención sanitaria (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.</p>	<p>Es un variable politómica de escala ordinal y se mide en base al instrumento de recolección: NTS N 029-MINSA/ DIGEPRES-V. O2: Norma técnica de salud de Auditoría de la calidad de la atención en salud, Anexo 06: formato de evaluación de la calidad de registro en emergencia, que se dividen en 5 secciones: a) Datos generales de la auditoria, b) observaciones, c) no conformidades, d) conclusión y e) recomendaciones. Dentro de las observaciones se consideran las siguientes: anamnesis (5 ítems de 13 puntos en subtotal), examen físico (5 ítems de 10 puntos en subtotal), diagnósticos (3 ítems de 20 puntos en subtotal), plan de trabajo (9 ítems de 19 puntos en subtotal), tratamiento (6 ítems de 8 puntos en subtotal), atributos de la</p>	<p align="center">CUALITATIVA ORDINAL/ CUANTITATIVA CONTINUA</p>	<p align="center">VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>Anamnesis: 5 ítems en total, 13 puntos máx.</p> <p>Examen Clínico:5 ítems en total. 10 puntos máx.</p> <p>Diagnósticos:3 ítems en total, 20 puntos máx.</p> <p>Plan de Trabajos: 9 ítems en total, 19 puntos máx.</p> <p>Tratamiento: 6 ítems en total, 8 puntos máx.</p> <p>Atributos de la Historia: 5 ítems en total, 5 puntos máx.</p>	<p>La calificación se base en tres criterios:</p> <p>a) Satisfactorio (>90-100% del puntaje esperado): 1</p> <p>b) Por mejorar (75-90% del puntaje esperado): 2, y</p> <p>c) Deficiente (<75% del puntaje esperado): 3</p> <p>Esta variable también se operacionalizará como cuantitativa continua, en base al porcentaje de cumplimiento de la auditoria (0 al 100%) para el cálculo de la media de cumplimiento, y para la prueba de correlación de</p>

		<p>historia clínica (5 ítems de 5 puntos en subtotal), que suman en total 75 puntos. Se considera la calificación unitaria dada por cada ítem si está conforme o cero en caso no esté conforme y se considera no aplica cuando sea el caso (se resta sobre 75 la calificación del ítem de no aplicar para el total del puntaje).</p>		<p>Total, de 33 ítems con 75 puntos máximo de obtener (100%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - SATISFACTORIO (>90-100%) - POR MEJORAR 75 – 90%) - DEFICIENTE (<75%) <p>VARIABLE CUANTITATIVA CONTINUA</p> <p>0-100% De cumplimiento</p>	<p>Pearson para variables cuantitativas.</p>
<p><u>VARIABLES INDEPENDIENTES:</u></p> <p><u>SINDROME DE BURNOUT</u></p>	<p>Se define en la CIE-11 como “un síndrome conceptualizado, resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado correctamente”. Usualmente descrito en el personal de salud y se caracteriza por tener tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y repercusión en el ámbito profesional.</p>	<p>Variable cualitativa de escala ordinal valorada por el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) - Human Services Survey (HSS) que consta de 22 ítems, 3 dimensiones y 9 indicadores, el cual emplea la escala de Likert de 7 ítems con puntuaciones del 0 al 6, cada una con un puntaje de 1 punto, con niveles: alto, medio y bajo y las dimensiones son: Agotamiento Emocional – AE (con 9 ítems)</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL/ CUANTITATIVA DISCRETA</p>	<p><u>VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL</u></p> <p>3 DIMENSIONES (escala de Likert de 0 a 6 puntos por cada ítem)</p> <p>AGOTAMIENTO EMOCIONAL – AE: (ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAJO -MEDIO -ALTO 	<p><i>En total se valora el SBO así:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -0 a 33 puntos (Sd. Burnout bajo):1 -34 a 66 puntos (Sd. Burnout medio):2 -67 a 99 puntos (Sd. Burnout alto):3 <p><i>Por dimensión se valora el SBO:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> AE: Bajo <=18:1 Medio: 19-26:2 Alto >=27:3 DP:

		<p>Despersonalización – DP (5 ítems) y falta de Realización Personal - RP (8 ítems).</p>	<p>DESPERSONALIZACIÓN- DP (ítems 5, 10, 11, 15 y 22) -BAJO -MEDIO -ALTO</p> <p>REALIZACIÓN PERSONAL- RP (Ítems 4,7,9,12,17,18,19y 21) BAJO MEDIO ALTO</p> <p>VARIABLE CUANTITATIVA DISCRETA</p> <p>De 0 a 132 puntos en total y por cada componente:</p> <p>AE: 0 a 54 puntos DP: 0 a 45 puntos RP: 0 a 48 puntos</p>	<p><i>Bajo <=33:1</i> <i>Medio: 34-39:2</i> <i>Alto>=40:3</i> RP: <i>Bajo<= 5:1</i> <i>Medio 6-9:2</i> <i>Alto>=10:3</i></p> <p>Esta variable será cuantitativa discreta para el cálculo de la media y la prueba de correlación de <i>Pearson</i>.</p> <p>Para efectos de la prevalencia del SBO, se dividirá en terciles cada componente del SBO: teniendo así para:</p> <p>AE <33%: 4, 33%-66%:5 >66%-100%: 6</p> <p>DP <33%: 4, 33%-66%:5 >66%-100%: 6</p> <p>RP <33%: 4, 33%-66%:5 >66%-100%: 6</p>
--	--	--	--	--

SEXO	Es el estado orgánico que separa a los miembros de una especie en machos y hembras y permite un tipo de reproducción conocido como diversidad genética.	Es la identificación que hacen los médicos de emergencia del HNERM de su sexo, al marcar el espacio correspondiente si pertenece al sexo femenino, o al sexo masculino al momento de la recolección de la información.	CUALITATIVA DICOTOMICA	CUALITATIVA DICOTÓMICA: -Masculino -Femenino	Masculino: 1 Femenino: 2
EDAD	El periodo de tiempo que ha vivido una persona de acuerdo con su fecha de nacimiento.	Número de años (expresado en números enteros) de vida cumplidos de los médicos de la Emergencia de Adultos del HNERM, según su fecha de nacimiento al momento de la recolección de la información.	CUANTITATIVA DISCRETA	VARIABLE CUANTITATIVA DISCRETA (edad en años)	-Número entero (en años)
ESTADO CIVIL	La capacidad de obrar y los efectos jurídicos que tiene cada persona vienen determinados por la condición estable o permanente en la que se encuentra respecto a sus propias circunstancias y a la ley.	Situación de relación reconocida de los médicos de la emergencia de Adultos del HNERM en el momento en que se realiza la recolección de la información. Para el estudio los convivientes serán considerados como una relación similar a casados.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	CUALITATIVA DICOTÓMICA: - Si es casado/ conviviente -NO es casado / conviviente	Si es Casado/ conviviente: 1 NO es Casado /conviviente: 2

HIJOS	Hijo se llama a aquel individuo respecto de su madre y de su padre.	Es la identificación de tener o no hijos vivos al momento de la recolección de la información.	CUALITATIVA DICOTOMICA	CUALITATIVA DICOTÓMICA: -SI tiene hijos -NO tiene hijos	-SI tiene hijos: 1 -NO tiene hijos: 2
EJERCICIO PROFESIONAL	Es tiempo toda actividad técnica, científica o instructiva que requiera la formación conferida por un título otorgado por instituciones de educación superior públicas o privadas reconocidas por el Estado, y la obligación que de ello se deriva, sea que se realice en forma pública o privada, voluntaria o en relación de dependencia.	Número de años de ejercicio profesional de los médicos de la emergencia del HNERM en IPRESS públicas y/o privadas en áreas de Emergencia o áreas críticas, desde la fecha de colegiatura hasta la fecha de la recolección de la información (pueden ser: de 1 a 3 años, de más de 3 años a 10 años y mayor a 10 años).	CUANITATIVA DE INTERVALO DISCRETA	CUANTITATIVA DE INTERVALO DISCRETA: - 1-3 años - >3-10 años - >10 años	1-3 años: 1 >3- 10 años: 2 >10 años: 3
IPRESS PUBLICA O PRIVADA (Instituciones prestadoras de servicios de salud)	Las instituciones que prestan servicios de salud sean públicas, privadas o mixtas, son agrupadas y acreditadas por la autoridad sanitaria (el Ministerio de Salud a través de sus Direcciones Regionales) e inscritas en el RENIPRES. Estas instituciones están autorizadas para prestar servicios de salud a la	Es la identificación si el medico de emergencia trabaja o no en otra IPRESS (pública o privada) diferente al HNERM, en áreas de emergencia o áreas criticas	CUALITATIVA CATEGORICA	CUALITATIVA DICOTÓMICA: -SI -NO	-SI: 1 -NO: 2

	población designada dependiendo de la complejidad de sus necesidades médicas.				
ESPECIALIDAD MEDICA	Una especialidad médica es un campo de estudio que un licenciado en medicina sigue como parte de su segunda especialización y que se deriva de un cuerpo de conocimientos médicos especializados relacionados con una región concreta del cuerpo humano, una técnica quirúrgica concreta o una técnica diagnóstica concreta.	Es la clasificación de los médicos asistentes de la emergencia de Adultos del HNERM de acuerdo a su tipo de especialización ya culminada o en curso respectivamente divididos en: áreas clínicas y quirúrgicas como medicina de emergencia y desastres, medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, neurocirugía, urología, cirugía de tórax y cardiovascular entre otros)	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	CUALITATIVA NOMINAL - medicina de emergencia y desastres -medicina interna -cirugía general -ortopedia y traumatología - neurocirugía - urología - cirugía de tórax y cardiovascular - otras especialidades	- medicina de emergencias y desastres:1 -medicina interna:2 -cirugía general:3 -ortopedia y traumatología: 4 - neurocirugía: 5 - urología: 6 - cirugía de tórax y cardiovascular:7 - otras especialidades:8

ANEXO N° 03

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO SOCIOLABORAL Y EL INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

Es un gusto saludarle y agradecerle anticipadamente por su valiosa colaboración en esta encuesta anónima, donde solo tendrá que responder siete preguntas de información general y posteriormente un cuestionario de 22 preguntas en relación con cómo se ha sentido emocionalmente en estos últimos meses en relación con su trabajo, en sus relaciones laborales y ambiente laboral; con solo marcar con un "x" sobre el recuadro que mejor le parezca de acuerdo con cada pregunta. El presente cuestionario tiene el propósito de recopilar información sobre información general y además la forma como se está presentando el Síndrome de Burnout, su prevalencia y asociaciones en los médicos de emergencia del HNERM.

INFORMACION GENERAL

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: años: _____
3. Casado/ conviviente: Si () No ()
4. Tiene hijos: Sí () No ()
5. Años de Ejercicio profesional en áreas de Emergencia:
1 a 3 años () > 3 a 10 años () Más 10 años ()
- 6.-Labora en clínica, hospital u otro establecimiento de salud público o privado diferente a la Emergencia Adulto del HNERM, en las áreas de emergencias o críticas: Si () No ()
- 7- Especialidad del médico asistente:
Emergencia y Desastres ()
Medicina Interna ()
Cirugía General ()
Ortopedia y Traumatología ()
Urología ()
Neurocirugía ()
Cirugía de Tórax y Cardiovascular
Otras especialidades ()

CUESTIONARIO DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS), para identificación y valoración del Síndrome de Burnout

		Nunc	Pocas veces al año o	Una vez al mes o	Unas pocas veces al	Una vez a la semana	Pocas veces a la	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5	Creo que trato a las personas como si fuesen objetos impersonales.							
6	Trabajar todo el día con mucha gente me supone un							
7	Trato eficazmente los problemas de las personas.							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento muy activo.							
13	Me siento frustrado en mi trabajo.							
14	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15	No me preocupa lo que le ocurra a las personas.							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							

17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.								
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con otras personas.								
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.								
20	Siento que ya no puedo más								
21	En mi trabajo trato los problemas que se me presentan con mucha calma.								
22	Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.								

La técnica de recolección de datos empleado para la variable de la calidad de registro de la atención será el formato de Auditoría de la calidad de registro de Emergencia, que es el anexo N°06 de la NTS N 029-MINSA/ DIGEPRES-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en salud, 2016.

ANEXO N° 6			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA

Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA

ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		

EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA

Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA

Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			


ANEXO N° 4 – MODELO DE FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2023

Yo, Jorge Armando Gutiérrez Albinagorta, médico residente del tercer año de la especialidad de Administración y Gestión en Salud de la Escuela de Residentado Médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, le invito a participar como parte de la población de estudio, en esta investigación que será realizado en las instalaciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el área de la Emergencia de Adultos.

Es importante mencionar que este estudio tiene la aprobación del Comité de la Especialidad de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, así como del Comité de Ética de la Oficina de Investigación y Docencia de la Red Prestacional Rebagliati. Recuerde que en cualquier momento puede negar su consentimiento.

1. El propósito de este estudio de investigación, titulado “Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2023, servirá para conocer el impacto del Síndrome de Burnout en los médicos de la emergencia de Adultos, determinar su prevalencia y los factores de riesgos sociolaborales asociados, así como establecer sus principales relaciones con la calidad de registro de la atención evaluada en la auditoria médica.
2. Su participación en este estudio le tomará aproximadamente 10 minutos, y estará basado en una encuesta que se le será proporcionada a su correo electrónico o wasap mediante un link URL denominado: bitly/BurnoutHNERM.
3. Su participación es completamente voluntaria y anónima. Se tendrá 15 días de plazo para completar el cuestionario.
4. Para saber sobre tus derechos en esta investigación, para cualquier consulta, reclamo o comentario puede comunicarse con Jorge Armando Gutiérrez Albinagorta, en calidad de investigador principal del estudio al correo jaga22@hotmail.com, al teléfono 966950456.

 ACEPTO PARTICIPAR

 NO ACEPTO PARTICIPAR

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO N°05 - MODELO DE SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN - ANEXO 8 – COMITÉ DE ETICA DE LA RED PRESTACIONAL REBAGLIATI - ESSALUD

Jesús María, Lima Metropolitana

Dr. Víctor Manuel Espada Yuffra

Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia de la RPR - ESSALUD

Presente. -

Asunto: Solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación del Protocolo de investigación denominado “Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2023”, por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación, así como la presentación ante la gerencia/dirección para su aprobación.

Se trata de un estudio tipo observacional, cuyo investigador principal pertenece a la Oficina de Investigación y Docencia de la Red Prestacional Rebagliati. El proyecto se llevará a cabo en el Área de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la Red Prestacional Rebagliati

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

JORGE ARMANDO GUTIERREZ ALBINAGORTA

DNI: 41393416



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jorge Armando Gutiérrez Albinagorta
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención e...
Nombre del archivo: GUTIERREZ_ALBINAGORTA_JORGE_ARMANDO.docx
Tamaño del archivo: 2.09M
Total páginas: 55
Total de palabras: 13,996
Total de caracteres: 76,571
Fecha de entrega: 28-abr.-2023 10:57a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2078383701



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Síndrome de Burnout y la Calidad de Registro de Atención en los médicos del Servicio de Emergencia Adultos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martín, Lima, 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Administración y Gestión en Salud

AUTOR

Gutiérrez Albinagorta, Jorge Armando

ORCID: 0009-0008-0539-2820

ASESOR

Louyza Alarico, Manuel Jesús

ORCID: 0000-0001-5535-2634

Lima, Perú

2023