



Calidad de cuidados de enfermería en la atención de pacientes traumatizados por accidentes de tránsito en Catamarca.

Florentina Graciela García.

Tesis - Doctor en Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2019

Aprobada: 1 de Octubre de 2019

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Calidad de cuidados de enfermería en la atención de pacientes traumatizados por accidentes de tránsito en Catamarca por Florentina Graciela García se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

**CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
TRAUMATIZADOS POR ACCIDENTES DE
TRANSITO EN CATAMARCA**

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO:

Dra. Prof. RUTH FERNANDEZ

Dr. Prof. GABRIEL ACEVEDO

Dr. Prof. ROLANDO MONTENEGRO

**"LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS".**

Dedicatoria

Agradecimiento

ÍNDICE

TÍTULOS	PÁGINAS
Resumen	5
Abstract	7
Introducción	9
Objetivos	19
Material y Método	21
Resultados	24
Discusión	72
Conclusión	87
Recomendaciones	89
Bibliografías	90
Anexos	97

RESUMEN

Los accidentes de tránsito generan entidades nosológicas incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), propuesta por la Organización Mundial de la Salud, ubicadas entre los códigos V01 – V89, que, asumidas como enfermedad traumática, representan tres etapas: el pre- trauma, el trauma y el pos-trauma. Esta última fase se corresponde a la atención intrahospitalaria, donde se determinan las mejores formas de tratamientos para revertir el daño estructural y fisiológico que pone en riesgo la vida del paciente. Recuperar al máximo las funciones perdidas con una atención apropiada y de calidad en esta etapa, favorece la recuperación, minimiza el sufrimiento y facilita la adaptación de los pacientes a su entorno, aplicándose así el concepto de prevención terciaria.

El objetivo fue determinar la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción de pacientes traumatizados, en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

La metodología que se utilizó en el presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal. Se observó al 100% (46), del personal de enfermería que se desempeña en el Servicio de Traumatología y al 100% (460) de personas traumatizadas por accidentes de tránsito que fueron encuestadas para conocer el nivel de satisfacción por los cuidados que brindó el personal actuante.

El análisis de las características socio demográficas del personal de enfermería determinó que el 72% corresponden al sexo femenino. En la distribución por grupo etario el mayor porcentaje 28,3%, correspondió al rango de 38 – 42 años. El valor de la media de edad del grupo analizado fue de $40,28 \pm 0,29$ años, siendo similar para varones y mujeres.

La distribución por nivel de formación representó mayor frecuencia de auxiliares de enfermería que los enfermeros y licenciados en enfermería.

La evaluación de los procedimientos técnicos independientes de la enfermería, como ser higiene y confort, eliminaciones de aparatos urinario y digestivo, registraron puntaje negativo, en tanto que los procedimientos interdependientes con otros profesionales obtuvieron puntuaciones positivas. El análisis multivariado de nivel licenciado en enfermería agrupó puntajes positivos, en la satisfacción de los pacientes y en las de las observaciones de los procedimientos, mientras que el nivel

auxiliar de enfermería, valoraciones negativas en las observaciones y niveles aceptable y deficiente de los pacientes.

La mayoría de los pacientes valoraron como buenos los cuidados de enfermería que se les brindaron en la consulta de sus niveles de satisfacción.

Los pacientes juzgaron positivamente a: la cortesía que les brindó enfermería, la rapidez con que respondieron a sus necesidades y/o llamados, el tiempo transcurrido para brindarle compañía, y la presencia y actitud hacia ellos.

Palabras Clave: enfermería - satisfacción - calidad – accidente – paciente

Abstract

Traffic accidents generate nosological entities included in the International Classification of Diseases (ICD 10), proposed by the World Health Organization, located between codes V01 - V89, which assumed as a traumatic disease, represent three stages: pre-trauma, trauma and post-trauma. This last phase corresponds to intrahospital care, where the best forms of treatments are determined to reverse the structural and physiological damage that puts the patient's life at risk. Recover to the maximum the lost functions with an appropriate attention and of quality in this stage, favors the recovery, minimizes the suffering and facilitates the adaptation of the patients to his surroundings, applying therefore the concept of tertiary prevention.

The objective was to determine the quality of nursing care and degree of satisfaction of traumatized patients, in the Traumatology Service of the San Juan Bautista Interzonal Hospital.

The methodology used in the present study was observational and descriptive type of cross-section. It was observed 100% (46) of the nursing staff that works in the Traumatology Service and 100% (460) of people traumatized by traffic accidents that were surveyed to know the level of satisfaction for the care provided by the acting staff.

The analysis of the socio-demographic characteristics of the nursing staff determined that 72% correspond to the female sex. In the distribution by age group, the highest percentage was 28.3%, corresponding to the range of 38 - 42 years. The mean age value of the group analyzed was 40.28 ± 0.29 years, being similar for men and women.

The distribution by level of training represented a higher frequency of nursing assistants than nurses and bachelors in nursing.

The evaluation of the independent technical procedures of nursing, such as hygiene and comfort, eliminations of urinary and digestive devices, registered negative scores, while interdependent procedures with other professionals obtained positive scores. The multivariate analysis of the graduate level in nursing grouped positive scores, in the satisfaction of the patients and in the observations of the procedures, while the auxiliary level of nursing, negative evaluations in the observations and acceptable and deficient levels of the patients.

Most of the patients rated as good the nursing care that was offered to them in the consultation of their levels of satisfaction.

Patients judged positively: the courtesy provided by nursing, the speed with which they responded to their needs and / or calls, the time elapsed to provide companionship, and the presence and attitude toward them.

Keywords: nursing- satisfaction- quality- accident - patient

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tránsito generan entidades nosológicas incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), propuesta por la Organización Mundial de la Salud, ubicadas entre los códigos V01 – V89, que, asumidas como enfermedad traumática o trauma, han permitido homogeneizar la denominación permitiendo comparar los datos de países desarrollados o en vía de desarrollo ^(1,2,3). A su vez, el trauma, como entidad nosológica presenta tres fases, el pre trauma, el trauma y el pos - trauma. Esta última fase se corresponde a la atención intrahospitalaria, donde se determina las mejores formas de tratamientos para recuperar la fisiología, que pone en riesgo la vida del paciente, y/o recuperar al máximo las funciones perdidas. Es decir que, en esta etapa, la atención apropiada favorece la reducción de las secuelas y discapacidades, minimiza el sufrimiento y facilita la adaptación de los pacientes a su entorno, aplicándose así el concepto de prevención terciaria.

El trauma y sus consecuencias tales como la muerte, discapacidades psicofísicas temporales o permanentes y elevados costos socioeconómicos, afectan tanto la vida de las personas; como al sistema organizativo de una ciudad, e influye negativamente en su calidad de vida y la de sus habitantes.

El desarrollo de los sistemas o servicios de trauma, llevó a una reducción significativa, en el número de las muertes prevenibles postraumáticas. En la actualidad se considera aceptable, una tasa de muerte prevenible menor que el 2% como el ideal de un sistema de trauma. Sin embargo, aun fallecen pacientes que desarrollan complicaciones que, podrían evitarse o prevenirse. Estos errores se producen en fases diferentes de la atención del paciente traumatizado, tales como la reanimación, la fase operatoria y la de cuidados críticos ^(4,5,6). Por otra parte, en el Servicio de Trauma, las causas de muerte prevenibles incluyen errores en el juicio clínico – quirúrgico o en las técnicas instituidas. Esta concepción es útil para monitorear el desempeño de los integrantes del equipo de salud, a través de la evolución del paciente, lo cual está asociado al control de calidad de la atención ^(7, 8,9). En resumen, la calidad tiene una relación directa con el cliente; Marcos Erize, en su conferencia sobre calidad total, señala que a la calidad siempre la define el cliente, y además plantea ideas tales como: “merecen que les demos el trato más cortés y más atento que podamos” ^(10, 11,12).

La enfermera Virginia Henderson Álvarez, define en su teoría la calidad de atención de enfermería como la consecución de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración de la salud en cada paciente ^(13,14). Desde la perspectiva

de la atención hospitalaria la conceptualización de atención de calidad tiene que ver con una dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponible a favor del paciente (gestión de cuidados, prestaciones y desempeño). En sí, una dimensión social que mide la satisfacción del paciente y las relaciones humanas y, además, una dimensión de calidad que responde al grado en que el servicio satisface las necesidades del destinatario ^(15,16). Esta concepción, que analiza la atención que se brinda en los servicios sanitarios incumbe al concepto de Donabedian Vuori y colaboradores para abordar la calidad en las acciones de asistencia ^(17,18). La satisfacción y la percepción de la calidad en las instituciones de salud, por parte del cliente es bastante más compleja que en otras instituciones de servicio: un óptimo resultado asistencial no siempre es sinónimo de satisfacción, a pesar que calidad no significa necesariamente mejor, sino el mejor nivel de respuesta a las expectativas del usuario, con el menor riesgo posible ^(19,20).

En Catamarca, los accidentes son factores de morbi – mortalidad prematura, discapacidad física, enfermedad y un elevado costo asistencial. Los pacientes ingresan por el servicio de emergencia donde permanecen internados en un promedio de 24 a 48 horas, y luego de acuerdo a su evolución son derivados al Servicio de Traumatología, para la continuidad de su tratamiento. Los pacientes durante este período, aun sin estar calificados para evaluar los aspectos intrínsecos de los tratamientos brindados por los integrantes del equipo de salud son conscientes de sus derechos y plantean con mayor exigencia las bondades perceptibles de la atención sanitaria. La atención de enfermería cobra un interés especial en los pacientes con trauma.

La Organización Mundial de la Salud estimula esfuerzos colaborativos para avanzar en la investigación de Atención Esencial del Trauma combinando las perspectivas de la salud pública y el área clínica de los sistemas de trauma ^(21,22). En los recursos descriptos como esenciales se encuentran los referidos al área de atención de enfermería, con el consecuente registro del rendimiento en esa área. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud define calidad de atención en enfermería como el alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo de riesgos con un alto grado de satisfacción por parte del paciente. Afirmando, entonces, que la calidad tiene dos aspectos básicos: la calidad técnica o intrínseca: que son las características técnicas de la atención y la calidad percibida o sea la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un servicio para satisfacer sus expectativas ⁽²³⁾. El tratamiento avanzado de las heridas reposa en el conocimiento

del proceso de cicatrización ⁽²⁴⁾, así como de los factores que le son adversos; el personal debe realizar los procedimientos con técnicas y ordenamiento, para la optimización de la calidad de atención disminuyendo así los tiempos de tratamiento y los costos ⁽²⁵⁾.

Epidemiología de los accidentes de tráfico.

Los accidentes de tráfico, deben ser considerados como el resultado de una situación peligrosa en confluencia, con una serie de elementos que originan riesgos que, lejos de ser hechos aleatorios e impredecibles, son resultados de actos inseguros y condiciones inseguras. Controlando el riesgo, se controla la probabilidad de los accidentes de tráfico, es decir se aplicaría el principio de todos los accidentes pueden y deben evitarse ⁽²⁶⁾.

Los estilos de vida, conductas y comportamientos, educación vial, tolerancia social para el consumo de alcohol, excesos de velocidades, la falta de uso de elementos de seguridad, y determinantes estructurales tales como la congestión vehicular en la vía pública, mal estado de las rutas, falta de señalización, malas condiciones climática, impericia en el manejo ^(28,29), es así que en los tres elementos epidemiológicos: huésped, agente, y ambiente, convergen diferentes factores prevenibles en la mayoría de los casos. Es por ello que la forma reconocida científicamente, de analizar los accidentes de tránsito, es la aplicación del clásico modelo epidemiológico. La cadena epidemiológica en este caso estaría constituida por el vehículo (agente), huésped (individuos), y ambiente (ruta en circulación). Este abordaje, permite visualizar los factores de riesgos intervinientes en cada eslabón de esta cadena epidemiológica. Así se definen los factores de riesgos en relación al huésped, al agente y al ambiente

El trauma como enfermedad

El trauma como enfermedad requiere un abordaje integral que permita Evitar – Mitigar – Atender, partiendo de una perspectiva amplia, no solo como un abordaje teórico sino como un concepto operativo que permita intervenciones multidisciplinarias, multisectorial y participativas. Precisar a ciencia cierta nuestro objeto de estudio y de trabajo es necesario, aplicar el paradigma conceptual del trauma como enfermedad y con enfoque epidemiológico, que permitan avanzar en el Conocimiento de sus causas, analizar factores de riesgos que prevalecen o inciden en el huésped, agente, y ambiente, asimismo desde el punto de vista epidemiológico

se analiza la atención intrahospitalaria, de la persona con trauma ya que esta etapa, se encuadra en el concepto de prevención terciaria y comprende la atención apropiada para posibilitar la conservación de la vida y la disminución de las secuelas, que cuenten con el equipamiento adecuado y sobre todo con recurso humano debidamente capacitado.

No existe una definición única, que contenga, todos los aspectos de la enfermedad traumática, pero sí están incluidas, en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, ubicadas entre los códigos V01 – V89. Además, en ella se reconoce las consecuencias, las causas generadoras de lesiones y muertes accidentales, por lo que se puede usar indistintamente las expresiones “enfermedad traumática y trauma”, de uso más amplio en la bibliografía médica. Adoptar esta clasificación permite comparar los datos de países desarrollados o en vía de desarrollo con la propia realidad ⁽³⁰⁾.

La tendencia a nivel internacional, es considerar a esta enfermedad como una pandemia de los últimos años y, pese a las recomendaciones, de las organizaciones internacionales, sigue siendo la enfermedad olvidada de la sociedad moderna. Su característica más destacada es su elevada y progresiva incidencia afectando predominantemente a personas jóvenes. En el marco de las prioridades del trauma, la particularidad predominante es trabajar a partir de la producción de la lesión, o sea que el enfoque reside en la atención, sin embargo, el trauma como enfermedad, también compromete aspectos previos e inmediatos a la producción de la lesión, que es determinante cuando se piensa en medidas preventivas de la producción de lesiones.

El término accidente, es ampliamente usado tanto en el ámbito popular como técnico, no obstante, el punto de partida, para trabajar en la prevención y el control de las lesiones provocadas, por los accidentes es la necesidad de establecer un concepto claro y de aceptación general, que incluya en primer lugar una definición del término; ello requiere entonces, la revisión del uso popular de la palabra accidente y sus consecuencias en quienes trabajan en el ámbito de la prevención.

Según su acepción más corriente, el accidente refiere a un suceso imprevisto, en general desgraciado, que altera la marcha normal de las actividades diarias. Dicha de otra manera un accidente no es un producto del azar ni de la fatalidad, tampoco intencional, en el sentido de querer producir un daño en forma consciente.

La palabra accidente también se utiliza para describir el error humano, esta utilización tiene como resultado, la exclusión del sujeto de la secuencia que deriva

en una lesión no intencional, lo que hace imposible analizar las acciones que conducen a las conductas de riesgo.

Cuando se produce un accidente, suele atribuirse al destino, esta creencia al funcionar como premisa, impide la toma de conciencia de los factores determinantes del evento y dificulta la implementación de estrategias para prevenirlo ⁽³¹⁾.

De acuerdo con los informes de la Organización Panamericana de la Salud, la cadena que puede desembocar en la producción de una lesión no intencional se caracteriza por la falta de intencionalidad, que diferencia las lesiones no intencionales de los homicidios, los suicidios y otras violencias.

Un problema de salud pública

Las lesiones y sus consecuencias tales como la muerte, discapacidades psicofísicas temporales o permanentes y elevados costos socioeconómicos, afecta tanto la vida de las personas; como el sistema organizativo de una ciudad e influyen negativamente en su calidad de vida y la de sus habitantes. Comprometen la vida de las personas, en todos sus aspectos, desde su salud psicofísica hasta la capacidad de inserción laboral, produce cambios en la dinámica familiar y en las relaciones sociales, es decir los traumatismos constituyen un problema de salud por la morbilidad que originan, la responsabilidad del sector salud de brindar asistencia prehospitalaria, tratamiento y la rehabilitación. El impacto económico, que ocasiona a los servicios de salud, la atención de los pacientes traumatizados, suele ser costosa, es necesaria la utilización de una metodología epidemiológica, para identificar los factores asociados con la producción de lesiones, la posibilidad del sector salud de llevar a cabo estrategias, de prevención para evitar las lesiones no intencionales.

Por su magnitud y sus consecuencias para la salud de la población, el trauma es el problema de salud que genera más muertes, discapacidades, años de vida y de trabajo potencial perdidos, por lo tanto, se la debe definir como un problema de Salud Pública, es una enfermedad epidémica y endémica, o sea que afecta en un mismo punto a muchos individuos a la vez, y además es la enfermedad que prevalece en los países en vías de desarrollo ⁽³²⁾.

En cuanto a los Niveles de Prevención, el Trauma tiene en cuenta la Prevención Primaria, la cual propone evitar la producción del traumatismo, trabajando sobre el ambiente, es decir mantenimiento de rutas, y caminos, áreas recreativas seguras para niños, conductas individuales, los aspectos socioculturales y las reglamentaciones legales diseños adecuados de vehículos, entre otros. La Prevención Secundaria la cual consiste en asegurar que aquella persona, que no puede evitar el evento, tenga la protección necesaria y adecuada para disminuir y atenuar las consecuencias (uso de cinturón de seguridad, casco) y la Prevención Terciaria, la cual consiste en lograr que la persona sea atendida de manera eficiente y eficaz, para obtener la máxima supervivencia con el mínimo de secuelas posibles y así permitir su reinserción social y laboral ⁽³³⁾.

Organización de la Atención del Traumatizado.

En la organización de la atención del paciente traumatizado, la curva de mortalidad en relación con el tiempo transcurrido desde la producción del traumatismo es trimodal. En primer lugar, el mayor incremento en la tasa de mortalidad ocurre en el mismo momento del accidente, debido a lesiones graves que afectan órganos vitales. Son muertes inevitables.

El segundo incremento en la tasa de mortalidad ocurre el periodo de tiempo que va desde minutos hasta pocas horas después del traumatismo (hora o período de “de oro”), muchas de las muertes que se producen en este periodo de tiempo son prevenibles, una actuación rápida y adecuada en este periodo puede disminuir, en forma trascendental, la mortalidad y morbilidad derivadas de los traumatismos graves.

El tercer incremento en la tasa de mortalidad se produce en el hospital transcurridos días o inclusive semanas después del accidente. Las muertes se deben a complicaciones sistémicas postraumáticas o posquirúrgicas, pero también influye la actuación inicial adecuada, oportuna y eficaz, y el tiempo de internación, recuperación como las secuelas o discapacidades están relacionadas con la calidad de atención que reciben los heridos en el servicio de traumatología

Los cuidados del paciente politraumatizado, comienza con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas, en cuanto a la columna cervical, la respiración la circulación y un breve examen neurológico, una vez completada la valoración, se realiza los primeros cuidados, y por último se lleva a cabo una evaluación secundaria más pormenorizada, de la cabeza a los pies, para

identificar posibles lesiones estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea.

En la evaluación secundaria: se debe tener en cuenta, otros aspectos que pueden incidir en el tratamiento y posterior manejo del paciente con trauma múltiple como ser la edad porque el traumatismo es la principal causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida.

Las enfermedades preexistentes es otro aspecto a tener en cuenta, ya que ciertas enfermedades pueden predisponer a lesiones o aumentar o agravar las complicaciones del trauma, tales como diabetes mellitus, o enfermedades cardiovasculares⁽³⁴⁾.

Así como las consecuencias directas del trauma, tales como las hemorragias y compromisos del sistema nervioso central, son la causa más frecuente de daños y muerte en las primeras horas, la infección es una de las causas importantes de letalidad después del tercer día luego del trauma, por sepsis o fallo múltiple de órganos, además las infecciones son la complicación más frecuente del tratamiento quirúrgico del trauma y están frecuentemente asociadas con la mortalidad tardía por esta causa⁽³⁵⁾. Algunos estudios demuestran una estrecha relación de la mortalidad en pacientes que presenta infecciones intrahospitalarias, es una de las principales causas de mortalidad y de incapacidad como consecuencia del trauma, pues contribuyen a la mortalidad tardía en los hospitales⁽³⁶⁾. Las infecciones también incrementan el tiempo de internación hasta en cinco días por cada episodio de infección intrahospitalaria, con lo cual se incrementa los costos de atención⁽³⁷⁾.

De acuerdo a la CIE (2010), el Enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica no solo para dar cuidado al individuo enfermo y ayudar a su contexto familiar mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; sino que también está capacitado para aplicar estrategias y cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención, promoviendo el autocuidado a través de la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Control de calidad en la atención del paciente traumatizado:

De acuerdo con el documento "Recursos para el cuidado óptimo del Paciente traumatizado. 2004" que redactó el comité de trauma del American College Of, surge el concepto de trauma como un acontecimiento de muerte o complicación "No – prevenible", es decir se producen lesiones graves o fatales a pesar del cuidado óptimo.

Una muerte prevenible suele incluir una lesión o una combinación de lesiones consideradas sobre vivibles. Los pacientes, en esta categoría suelen encontrarse estables o, si están inestables, responden en forma adecuada al tratamiento. El propósito del control de calidad es medir la coincidencia con los estándares definidos de cuidado para proveer una atención holista, reducir la variabilidad y los costos mientras se mantiene la calidad.

El proceso de control de calidad, requiere documentación independiente de la historia clínica, del paciente y la forma más conveniente de documentación es el registro del trauma. Este provee datos objetivos de apoyo al programa de control de calidad.

Análisis del desempeño de los sistemas de trauma.

La efectividad de los sistemas de trauma se evalúa en los registros, y estudios basados en la población. Los registros son ventajosos porque incluyen una descripción detallada de severidad de lesión y contiene datos fisiológicos. Desde esta perspectiva las limitaciones de los estudios de los registros de trauma son los datos incompletos, la falta de datos de algunos estudios, los errores en la codificación, la falta de factores de morbilidad y el sobre seguimiento en el largo plazo.

Los estudios basados en la población incluyen informaciones de todos los pacientes lesionados en una región mediante los certificados de defunción, los datos de alta hospitalaria y el sistema de informaciones de accidentes fatales.

Dimensiones de la calidad que merecen ser consideradas

Dentro de las dimensiones de la calidad, la dimensión técnica consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponible a favor del paciente que involucra la gestión de cuidados, de prestaciones y de desempeño.

La segunda dimensión es la social que mide el riesgo que producen los servicios ofrecidos al paciente, su satisfacción y del personal y relaciones humana.

La tercera dimensión de la calidad es el componente ambiental, el grado en que el servicio satisface las necesidades del usuario, es decir de la calidad percibida por el paciente que a pesar del bajo nivel de conocimiento médicos puede juzgar el acto del profesional, comprendiendo no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad, el tiempo de espera, sino también la percepción de aspectos de calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores.

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella, mejorar la calidad

puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recurso que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta a la accesibilidad y sostenibilidad. En síntesis, comprende la eficiencia, eficacia, efectividad, costos y control de gestión ^(37,38).

La calidad de los cuidados de enfermería

El concepto de calidad, plantea desafíos a las actividades de enfermería, desde esa perspectiva, hacer las cosas bien desde el principio nos propone un replanteo ético – filosófico frente al acto de enfermería, que “merece hacer las cosas bien desde el principio, lo mejor posible”.

Los retos para enfermería son entre otros, el uso de adecuado de tecnología, y utilizar en forma eficaz los recursos, respondiendo al mismo tiempo a las demandas de los cuidados de los usuarios, y a las actuales tendencias sanitarias.

La OMS señala al respecto, que la “Educación y la formación de los profesionales sanitarios deben suministrarles las capacidades necesarias para servir de agentes activos en este proceso, proporcionándoles los medios para evaluar la calidad y resultados de su trabajo, como un paso necesario a la hora de mejorar las prestaciones de la atención sanitaria” OMS ⁽³⁹⁾.

Indicadores de calidad en Enfermería:

Una de las maneras de obtener información, que nos permita tomar decisiones sobre la calidad de atención son los indicadores, enfermería debe seleccionar indicadores que midan de forma cuantitativa un aspecto importante de la asistencia que determine si la calidad del servicio se ajusta a exigencias como ser la exactitud en la evaluación de los pacientes, el cumplimiento con los requisitos de la documentación, el reconocimiento precoz de síntomas que cambien la situación del paciente. Se incluye además el cumplimiento con los protocolos sobre el manejo de pacientes, la pertinencia de las intervenciones de las enfermeras de acuerdo con la condición del paciente, el cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad, la puntualidad en la administración de medicamentos, y los procedimientos o terapias cancelados debido a la preparación inadecuada del paciente.

Los efectos adversos que pueden surgir a partir del déficit en la calidad de atención del personal de enfermería se podría incluir, la aparición de úlceras por decúbito, la infección nosocomial identificada, la eliminación inadecuada de agujas, la preparación o administración inadecuada de medicamentos por la vía intravenoso, la

documentación de Enfermería incompleta y la transcripción incorrecta de las órdenes del médico. Otros aspectos que se deben tener en cuenta en este análisis son el personal de enfermería insuficiente para las necesidades de atención de los pacientes, la falta de evaluación documentada por la enfermera menor de 24 horas, la falta de equipo o equipos en mal estados de funcionamiento, la realización del procedimiento o prueba diagnóstica sin prescripción médica, los tratamientos o procedimientos programados omitidos, y el uso de medios de sujeción del paciente que resulte en pérdida de la circulación en extremidades o en otros daños al paciente ⁽⁴⁰⁾.

En función de lo expuesto el propósito de la presente investigación fue abordar en el personal de enfermería del servicio de traumatología un hospital de Catamarca, el análisis de la calidad de atención del personal de enfermería y la percepción de los pacientes acerca de la atención de enfermería que reciben.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción de pacientes traumatizados, en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista Catamarca.

Objetivos específicos:

- Caracterizar al Recurso Humano de Enfermería
- Evaluar los procedimientos técnicos propios de la enfermería
- Determinar el grado de satisfacción del paciente de acuerdo a las relaciones humanas y a la atención que recibió del personal de enfermería.
- Establecer el nivel de relación entre la calidad de atención del personal de enfermería y la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y METODOS

El diseño de la Investigación fue observacional, descriptivo de corte transversal.

Unidades de observación en el Personal de enfermería: se estudió al 100% del personal de enfermería que se desempeña en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista (46 empleados) durante el período de estudio. Se efectuaron diez observaciones por cada técnica de ejecución prevista en la Guía de Observación.

Unidades de encuestas de pacientes: fue el 100% de las personas traumatizadas, por accidentes de tránsito que permanecieron internadas derivadas al Servicio de Traumatología, que ingresaron conscientes, durante el mismo período. Total 460.

Los datos que sustentan este estudio se recopilaron a través de tres instrumentos:

- a) Se diseñó una encuesta estructurada para identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería, la cual incluyó sexo, edad, antigüedad, nivel de escolaridad, formación específica, y capacitación
- b) Se utilizó una guía de observación de las acciones que dedica el personal de enfermería a los pacientes con lesiones externas, por accidentes de tránsito. c) Se aplicó un cuestionario para valorar el nivel de satisfacción de los pacientes.

Operacionalización de las variables.

A continuación, se describen los instrumentos utilizados:

- a) Encuesta para la identificación de las características sociodemográficas

Caracterización del personal de enfermería: esta variable se operacionalizó según sexo, edad, nivel de instrucción, nivel de formación específica (Licenciados en Enfermería, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería). Antigüedad.

Capacitaciones: se consultó sobre asistencia a cursos específicos sobre la asistencia a pacientes con lesiones traumáticas.

Turnos que trabaja: mañana, tarde y noche.

- b) La guía de observación fue adaptada del Libro Calidad Total en Atención Primaria de Salud ⁽⁴¹⁾, de donde se obtuvo la guía de evaluación del proceso de atención que brinda el personal de enfermería. En la misma se asignaron coeficientes positivos cuando los procedimientos fueron realizados en forma correcta, y negativos cuando el procedimiento fue realizado incorrectamente.

Las variables involucradas en la misma se relacionaron con los aspectos técnicos teniendo en cuenta la preparación de los respectivos equipos, la explicación del procedimiento al paciente, la ejecución de los procedimientos y su registro, la comodidad percibida por el paciente y el acondicionamiento del equipo.

Las observaciones se registraron como Si o No de acuerdo a que se cumplieran o no correctamente los procedimientos.

Este diseño contempló además el cálculo de un coeficiente el cual $P = 3(1) + 3(2) + 2(3) + 3(4) + 2(5) + 2(6) + 2(7) + 3(8) + 3(9) + 3(10) + 2(11) + 1(12) + 1(13) + 2(14) + 2(15) + 2(16) + 2(17) + 2(18) = 40$ puntos

Cuando los aspectos técnicos observados se cumplieron correctamente en su totalidad se obtuvo un valor de Coeficiente positivo, en el caso que se produjese la omisión en uno de los pasos observados, el mismo pasó a tener coeficiente negativo.

c) En la construcción de la encuesta para evaluar la satisfacción del paciente, se empleó la propuesta de Richard Gerson, la cual presenta un conjunto de ítems que miden la reacción del sujeto en cinco categorías. A partir de la propuesta efectuada por el autor se realizaron modificaciones para adaptarlas al objetivo y obtener las apreciaciones de los pacientes que califiquen a la atención del personal de enfermería.

Los aspectos a evaluar en la encuesta de satisfacción de los pacientes comprendieron tanto las de relaciones con el profesional como de las acciones técnicas profesionales percibidas por el paciente:

Análisis estadístico:

El análisis de los datos fue efectuado de acuerdo a la naturaleza de las variables. Para la descripción de las variables mensurables se presentaron sus medidas de resumen y las variables categóricas fueron expresadas a partir de las frecuencias de las mismas. Las comparaciones de frecuencias fueron efectuadas por datos categorizados y las asociaciones entre las variables mediante análisis multivariado, se consideraron en todos de los casos con un nivel de significación de 0,05.

Consideraciones éticas:

En la presente investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos para trabajar con seres humanos, implementándose el consentimiento informado tanto en los profesionales como en los pacientes involucrados en el estudio.

RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación fueron organizados de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo de investigación.

El primer objetivo fue analizar las características socio demográficas del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista. Se realizó un análisis exploratorio de la base de datos, y se encuestó a los 46 integrantes del personal de enfermería que se desempeñan en el Servicio de traumatología, observándose que la mayor proporción corresponde al sexo femenino, $p < 0,0001$ (Figura 1).

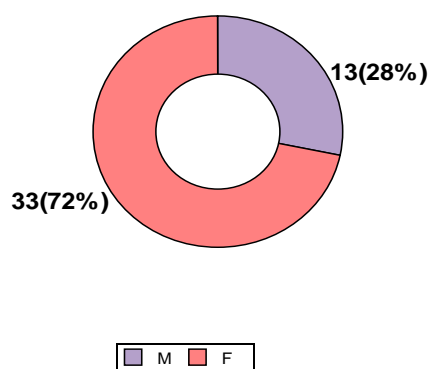


Figura 1: Distribución de personal de enfermería por sexo del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista (N=46)

Referencia: M: masculino; F: femenino

Con la finalidad de valorar la distribución del personal de enfermería por grupo etareo y sexo, se los agrupó en 6 grupos cada 4 años, para obtener la homogeneidad y diferenciabilidad, de las fracciones de edades, teniendo en cuenta que, en los grupos de 33 a 42 años, el personal tiene más años de servicio entre 10 a 20 años. Se determinó que el 71,7 % fueron mujeres, de las cuales la mayor concentración se encuentra en los grupos etareos de 33 a 42 años. En el caso del personal de enfermería del sexo masculino el grupo más representativo fue de 38 a 42 años. El valor de la media de edad del grupo analizado fue de $40,28 \pm 0,29$ años, siendo similar para varones y mujeres.

Se observa en la siguiente tabla, la distribución del personal de acuerdo al grupo de edad y sexo

Tabla 1. Distribución del personal de enfermería por grupo etáreo y sexo, del Servicio de Traumatología Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Grupo etáreo	Masculino		Femenino		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%
28 - 32	1	2,2	2	4,3	3	6,5
33 - 37	1	2,2	8	17,4	9	19,6
38 - 42	5	10,9	8	17,4	13	28,3
43 - 47	4	8,7	6	13,1	10	21,8
48 - 52	2	4,3	7	15,2	9	19,5
53 - 57	0	0	2	4,3	2	4,3
Total (N=46)	13	28,3	33	71,7	46	100

Al evaluar el nivel de instrucción obtenido por el personal en estudio, se observó que la mayoría de ellos cumplieron los estudios secundarios (93,48%), pero persistiendo aún una frecuencia de 3 integrantes que poseen sólo el nivel primario (6,52%).

En la formación específica se detectó que el Auxiliar de Enfermería, presenta mayor frecuencia que los Enfermeros y lo Licenciados en Enfermería ($p < 0,01$) ver Figura 2.

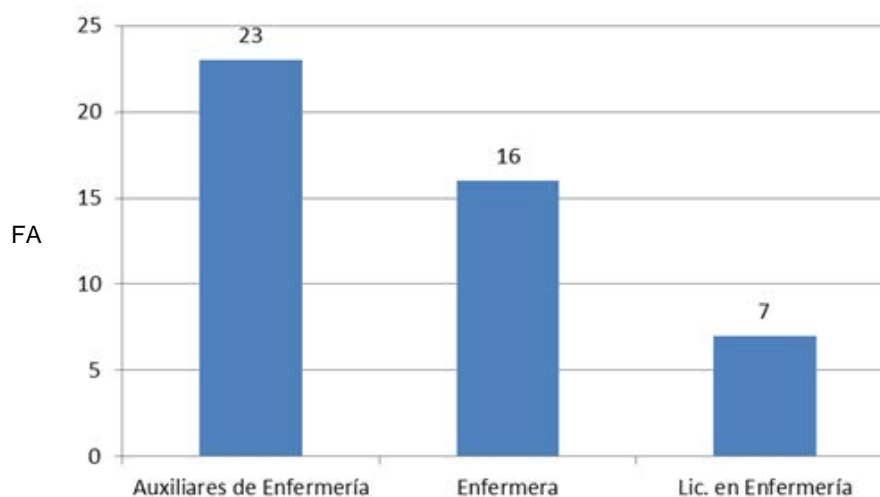


Figura 2: Distribución de personal de enfermería de acuerdo al nivel de formación específica del Servicio de Traumatología Hospital Interzonal San Juan Bautista. (N=46)

Referencia: FA: Frecuencia Absoluta; AE: Auxiliares de Enfermería, E: enfermera, Lic.: Licenciado en enfermería

Del total personal de enfermería estudiado solo se capacitaron 7 en cuidados de enfermería en el paciente con lesiones traumáticas producidas por accidentes de tránsito ver Figura 3.

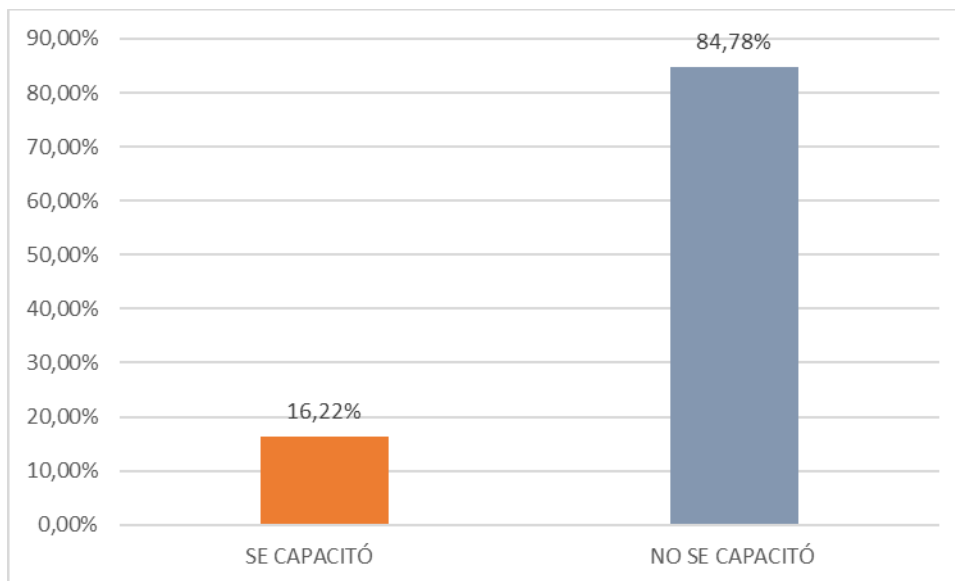


Figura 3: Distribución de personal de enfermería según su capacitación del Servicio de Traumatología Hospital Interzonal San Juan Bautista

El segundo objetivo específico de este trabajo fue “evaluar los procedimientos técnicos propios de la enfermería”. Para ello se realizaron 10 observaciones, a cada personal de enfermería del nivel operativo, en los diferentes turnos que estuvieron planificados, aplicando la guía de observación. El primer aspecto analizado fue la valoración de los signos vitales, en donde se evaluó si el personal de enfermería realizó los controles en forma completa. El análisis mostró que 26 enfermeros controlan en forma completa y aplican los procedimientos en forma correcta, siendo 20 los agentes que no cumplieron con los procedimientos técnicos adecuados. Dieciocho enfermeros verificaron la ingesta del medicamento, pero los 28 restantes no comprobaron que el paciente deglutiera la medicación (Figura 4)

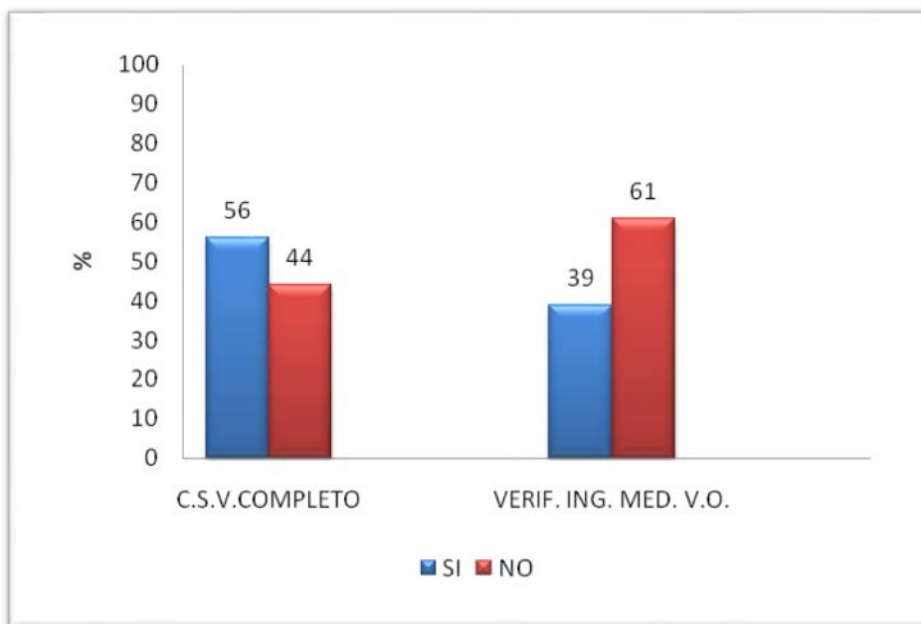


Figura 4: Frecuencias control de signos vitales completo y verificación si el paciente deglute la medicación por vía oral por personal de enfermería de Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: C.S.V. COMPLETO.: control de signos vitales completos. VERIF.ING.MED. V.O.: verifica ingesta medicación vía oral

Tal como se observa en la siguiente figura el procedimiento de control de venoclisis fue el de mayor frecuencia de las observadas, continuando en ese orden con la adecuada colocación de marbetes en los frascos de soluciones de los planes de hidratación, y finalmente con frecuencias menores una adecuada administración de los medicamentos y aplicación de las normas de bioseguridad ver figura 5.

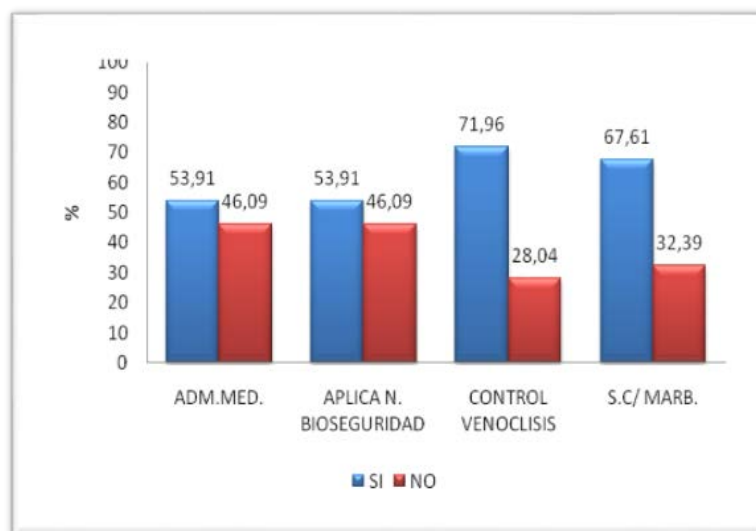


Figura 5: Frecuencias observadas en administración de medicamentos, aplicación de normas de bioseguridad, control de venoclisis, soluciones con marbetes, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Referencia: ADM.MED.: administración de medicamentos. APLICACION BIOSEGURIDAD: aplica normas de bioseguridad, S. C/MARB.: soluciones con marbetes

En cuanto a las curaciones de heridas, un poco más de la mitad del personal de los dos niveles de formación realizaron el procedimiento en forma correcta. En la colocación de catéteres 28 agentes lo realizaron en forma correcta. Se estima que el nivel profesional tiene 16 veces más posibilidades de realizar las curaciones y la colocación de catéteres en forma adecuada ($p < 0,0001$) ver figura 6.

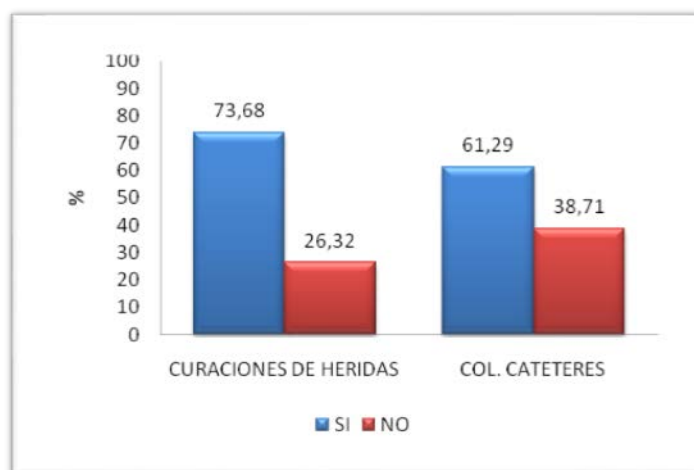


Figura 6: Frecuencias observadas en curaciones de heridas y colocación catéteres del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Referencia: COL. CATÉTERES: colocación de catéteres.

En la mayoría de las observaciones realizadas al personal en estudio, sí aplicaron medidas de prevención de flebitis, pero en la frecuencia punción libre de infección, se observó que 36 de ellos, no aplicaron precauciones para detectar signos de infección en la zona de venopunción y flebotomía.

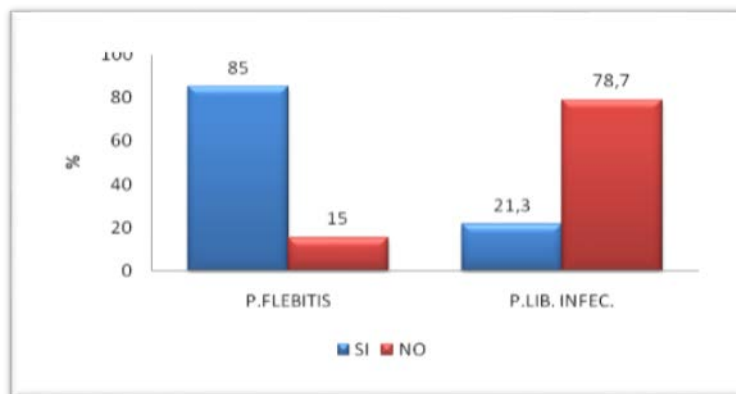


Figura 7: Frecuencias observadas en prevención de flebitis y punción libre de infección, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: P. FLEBITIS: prevención de flebitis P.LIB.INFECC.: Punción libre de infección

Un poco más de la mitad de los registros de enfermería observados fueron realizados bien, completos, organizados y oportunos figura 8.

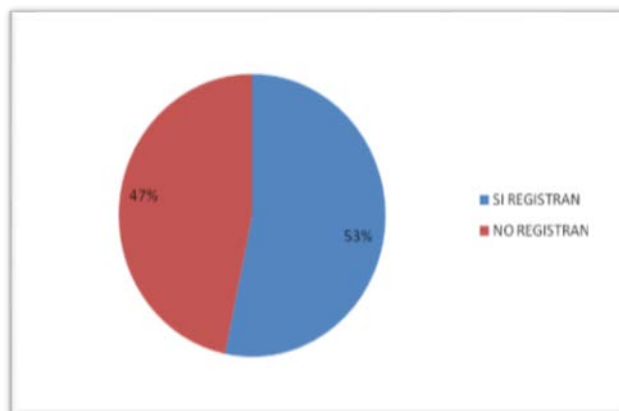


Figura 8: Frecuencias observadas en registros realizados por el personal de enfermería del Servicio de traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

En la frecuencia observada de higiene al paciente solo 3 enfermeros si higienizaron a los pacientes dependientes, mientras 45 enfermeros no realizaron la higiene de las unidades de los pacientes Figura 9.

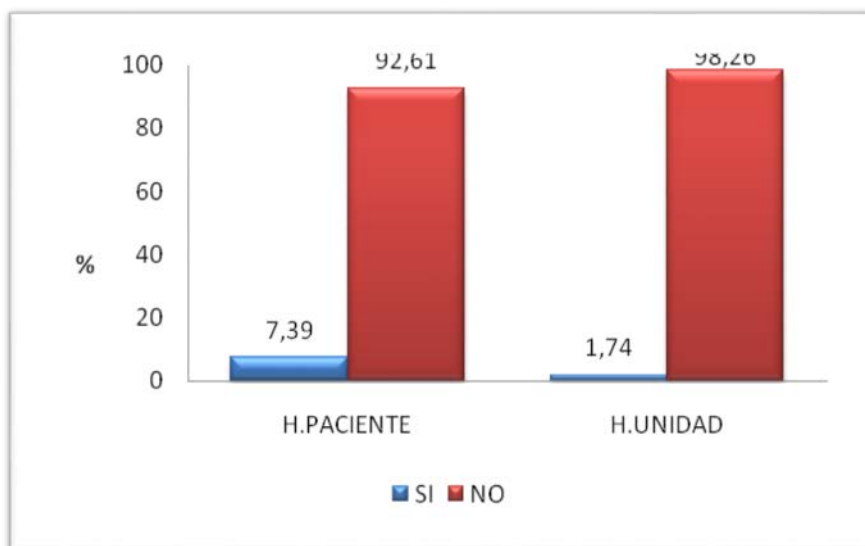


Figura 9: Frecuencias observadas de higiene y confort al paciente por personal de enfermería de Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: H. PACIENTE: higiene al paciente. H. UNIDAD: higiene de la unidad.

Considerando las frecuencias eliminación de los aparatos urinario y digestivo, 34 personal de enfermería no realizaron acciones antes y después de las micciones, y 36 enfermeros no actuaron para favorecer al paciente dependiente en sus eliminaciones digestivas ($p < 0,0001$) ver figura10.

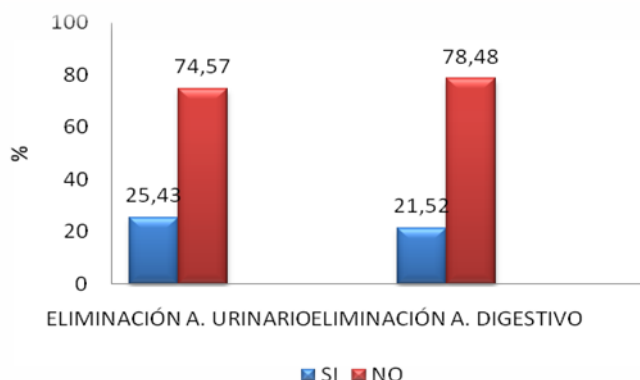


Figura 10: Frecuencias observadas en Intervenciones de enfermería en las eliminaciones de aparato urinario y digestivo en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

En cuanto a la prevención de úlceras por presión, se observó que 28 enfermeros, no aplicaron cuidados específicos para evitar la formación de las úlceras por presión a los pacientes dependientes, ver Figura 11.

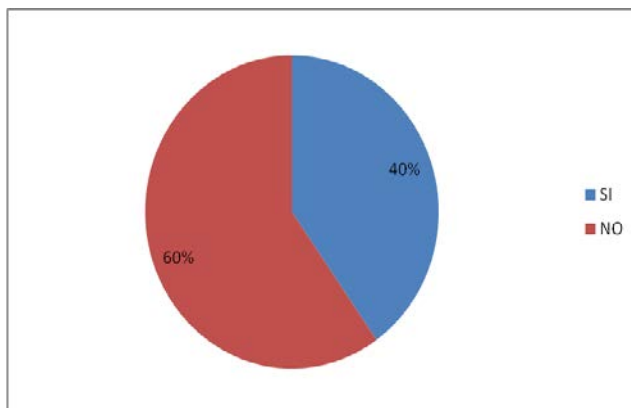


Figura 11: Frecuencias observadas en prevención de úlceras por presión por personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Valorando el principio de respetar la privacidad del paciente fueron 36 enfermeros que la aplicaron; mientras que en respeta el descanso y sueño fueron 44 los enfermeros que aplicaron el mencionado principio ($p < 0,0001$) ver Figura 12.

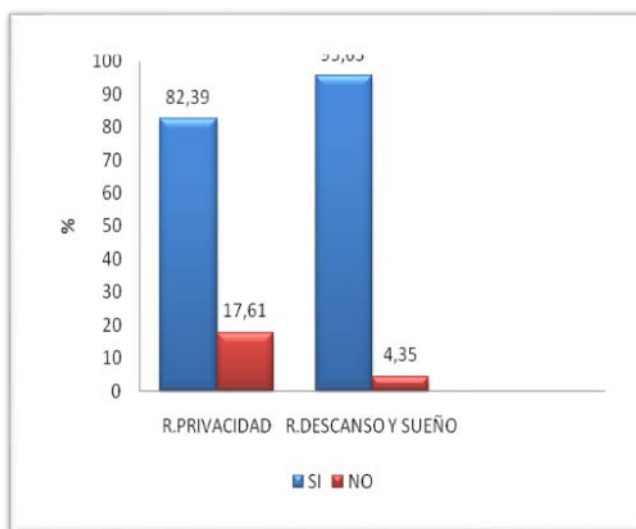


Figura 12: Frecuencias observadas de respeta privacidad, descanso y sueño del paciente al personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: R. PRIVACIDAD: respeta privacidad; R. DESCANSO Y SUEÑO: respeta descanso y sueño

El mayor porcentaje de las personas internadas con lesiones externas por accidentes de tránsito fueron del sexo masculino.

El tercer objetivo específico de este trabajo fue: determinar el grado de satisfacción del paciente de acuerdo a las relaciones humanas y a la atención que recibió del personal de enfermería. Para ello se aplicó una encuesta estructura a 460 pacientes internados por lesiones externas por accidentes de tránsito, que ingresaron consciente al servicio de traumatología. Se consideró caracterizar a los pacientes según género determinándose que 300 correspondieron al género masculino.

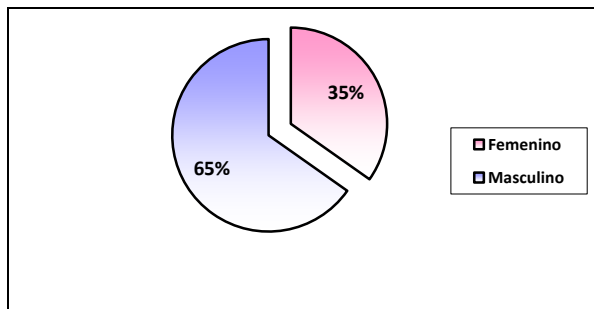


Figura 13: Distribución de los pacientes según género, internados en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Cuando se preguntó cómo fue el proceso de admisión que les brindó el personal de enfermería, 271 pacientes expresaron que fue bueno, mientras 105 consideraron que fue aceptable ver Figura 14

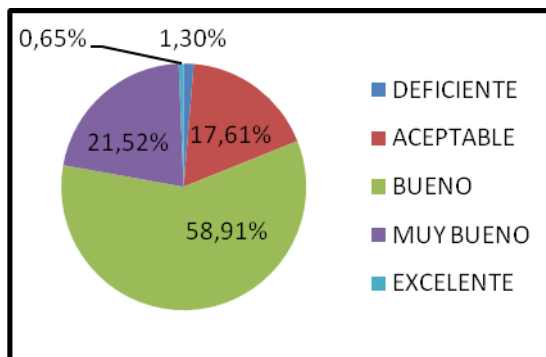


Figura 14: Nivel de satisfacción de los pacientes en el proceso de admisión que brindó el personal de enfermería en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

La orientación del funcionamiento y normas del servicio que brindó enfermería, 284 pacientes expresaron que fue buena la orientación. (Ver figura 15)

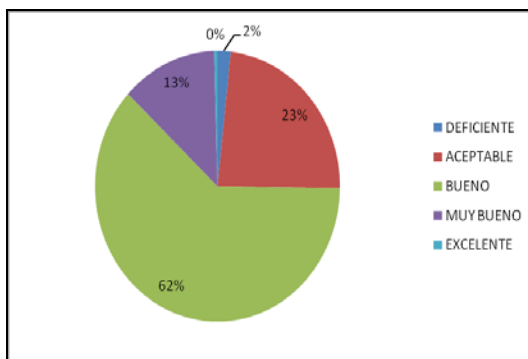


Figura 15: nivel de satisfacción de los pacientes en la orientación que brindó el personal de enfermería en el Servicio de Traumatología del Hospital San Juan Bautista

En cuanto a la percepción de los pacientes por los cuidados recibidos, del personal de enfermería, 277 pacientes lo percibieron que fue bueno, pero 95 expresaron que fue muy bueno ver Figura 16.

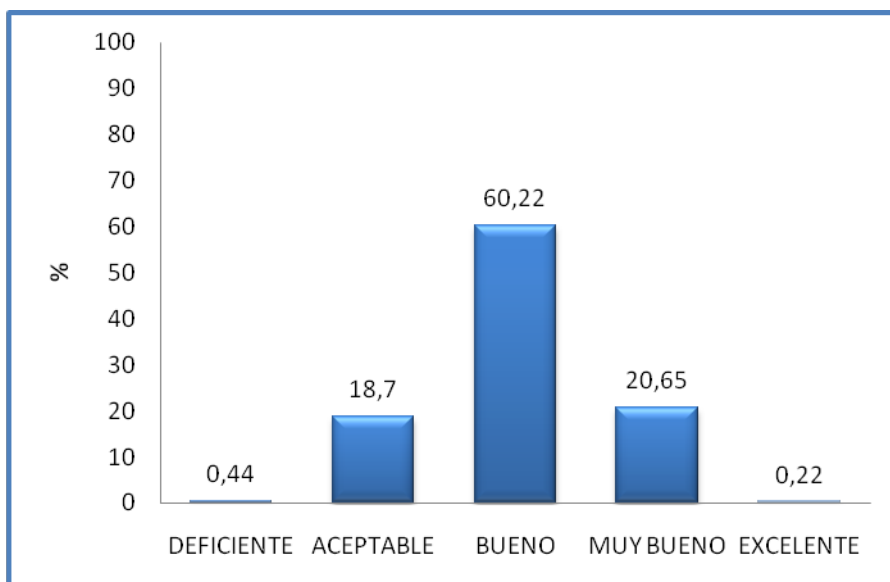


Figura 16: Nivel de satisfacción de los pacientes por cuidados recibidos de enfermería en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

En lo que respecta a la resolución de problemas por el personal de enfermería, 277 pacientes valoraron como bueno, y para 98 fueron muy bueno, ver figura 17.

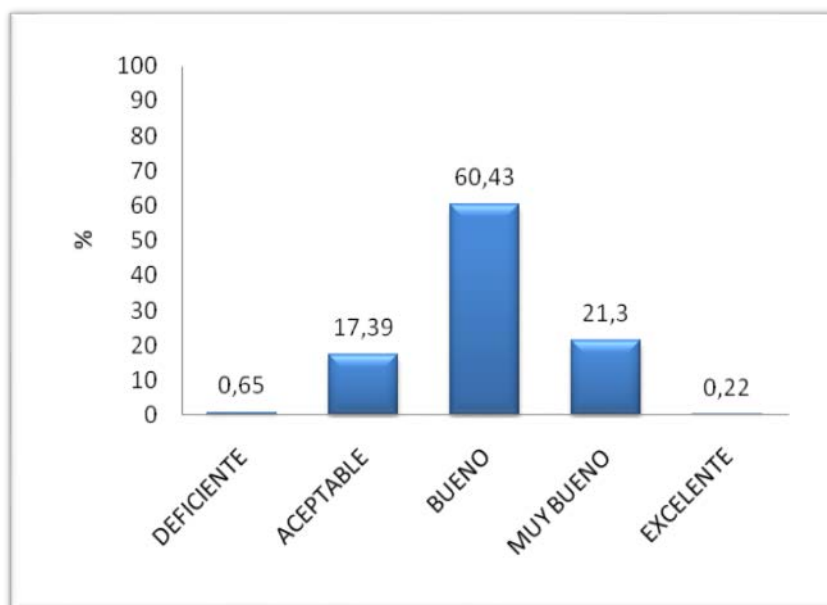


Figura 17: Nivel de satisfacción de los pacientes por la resolución de problema por enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Un poco más de la mitad de los pacientes encuestados consideraron que fue buena la respuesta de enfermería, a sus necesidades, ver Figura 18.

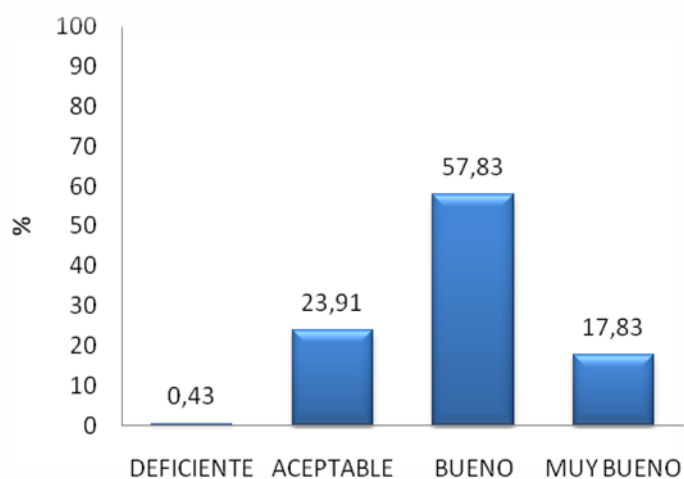


Figura 18: Nivel de satisfacción de los pacientes por respuesta de enfermería en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

El control de los horarios de los medicamentos fue valorado como bueno por 284 pacientes, mientras que 109 consideraron como aceptable, ver figura 19.

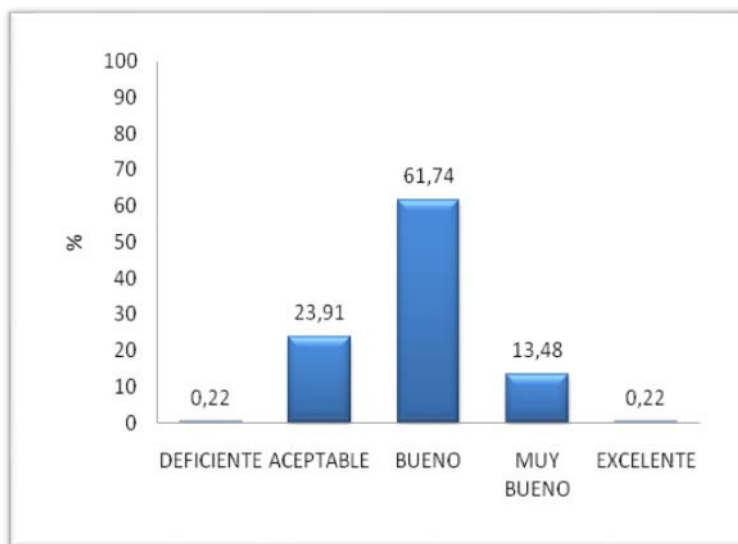


Figura 19: Nivel de satisfacción de los pacientes en el control de horarios de la medicación en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Estimando la respuesta del personal de enfermería al dolor del paciente, 255 indicaron que fue buena ver figura 20.

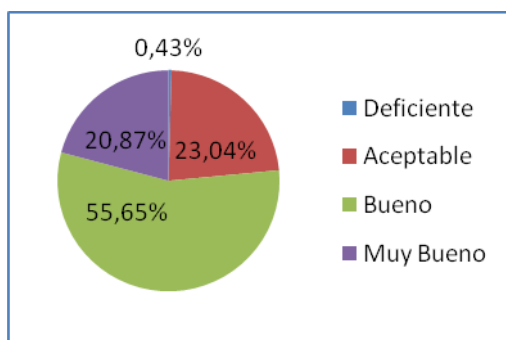


Figura 20: Nivel de Satisfacción de los Pacientes en Relación a la Respuesta al Dolor, por el Personal de Enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Cuando se les consultó a los pacientes respecto a las explicaciones de los procedimientos que le brindó enfermería, 291 lo valoraron como bueno, mientras que 96 lo estimaron como aceptable ver figura 21.

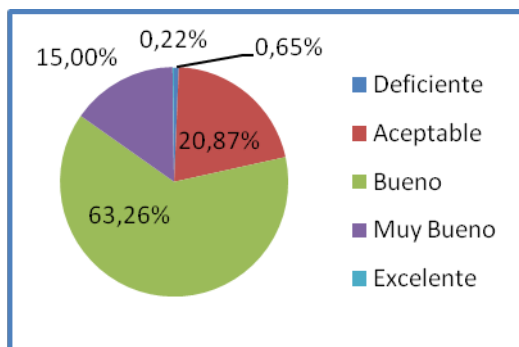


Figura 21: Nivel de satisfacción de los pacientes en relación a las explicaciones de los procedimientos que brindó el personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

La movilización que realiza el personal de enfermería a los pacientes dependientes 284 de ellos la valoraron como buena, pero 129 valoraron que fue aceptable ver figura 22.

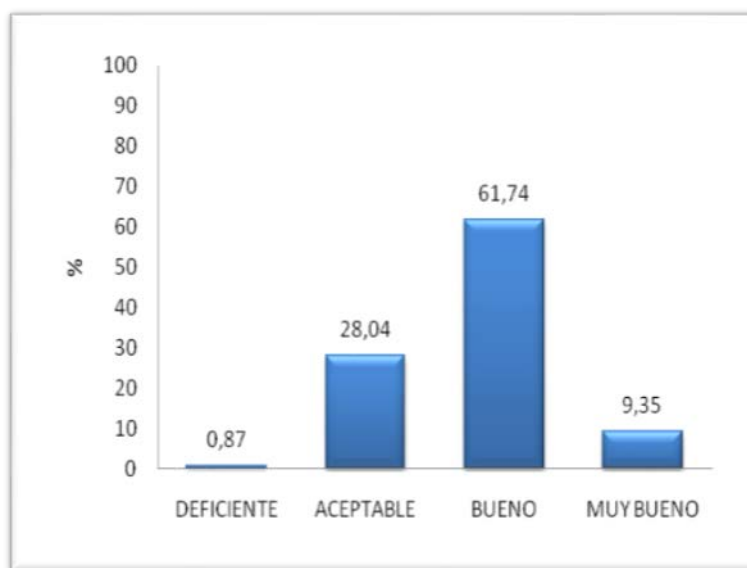


Figura 22: Nivel de satisfacción de los pacientes por la movilización que brinda enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

En cuanto a la percepción de los pacientes en el control de velocidad de goteo de soluciones del plan de hidratación, por el personal de enfermería, un poco más de la mitad estimó que fue bueno ver figura 23.

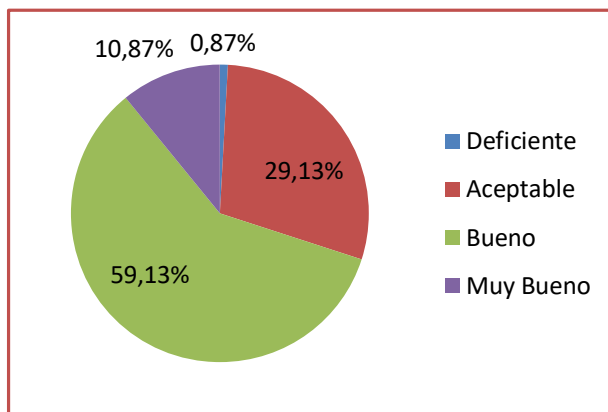


Figura 23: Nivel de Satisfacción de los Pacientes con el control de velocidad de goteo de soluciones de plan de hidratación que hace enfermería en el servicio de traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Al control de los drenajes por el personal de enfermería, 292 pacientes lo valoraron como bueno, ver figura 24.

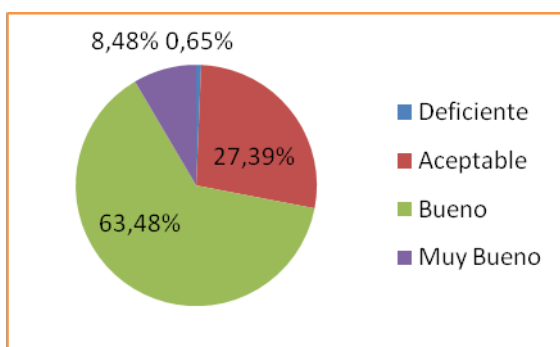


Figura 24: Nivel de Satisfacción de los Pacientes con el control de drenajes, que brinda enfermería en el servicio de traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Las observaciones realizadas para determinar la calidad de los procedimientos de enfermería fueron evaluadas en relación al nivel de formación obtenido por el personal de enfermería.

Así como resultado de analizar la valoración de los signos vitales según el nivel de formación (Figura 25), reveló que el personal que cuenta con nivel profesional (Enfermera/o y Licenciada/o en Enfermería) controla con mayor frecuencia los signos vitales que los auxiliares de enfermería ($p < 0,0001$). En este mismo sentido se detectó que el personal de nivel profesional tiene la posibilidad de evaluar signos vitales 4 veces más que un personal auxiliar (OR=4,12; IC: 2,77 – 6,12), ver figura 25.

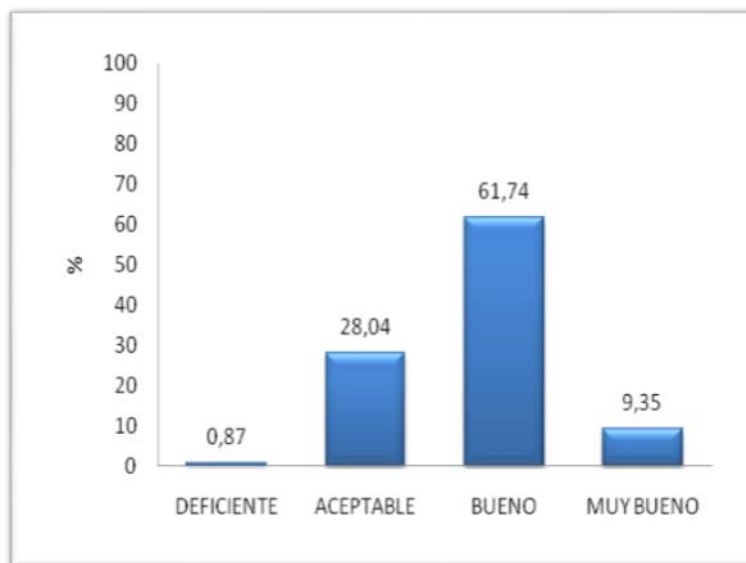


Figura 25: Distribución de frecuencias de control de signos vitales observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

En lo que refiere a la instalación de las soluciones de los planes de hidrataciones 31 personales de enfermería, de los dos niveles de formación, instalaron correctamente las soluciones con marbetes. El análisis reveló que el licenciado en enfermería tiene el doble de oportunidades de realización este procedimiento que las enfermeras y los auxiliares de enfermería, ($p < 0,0001$) (OR = 2,50 IC= 1,66 – 3,77) ver Figura 26.

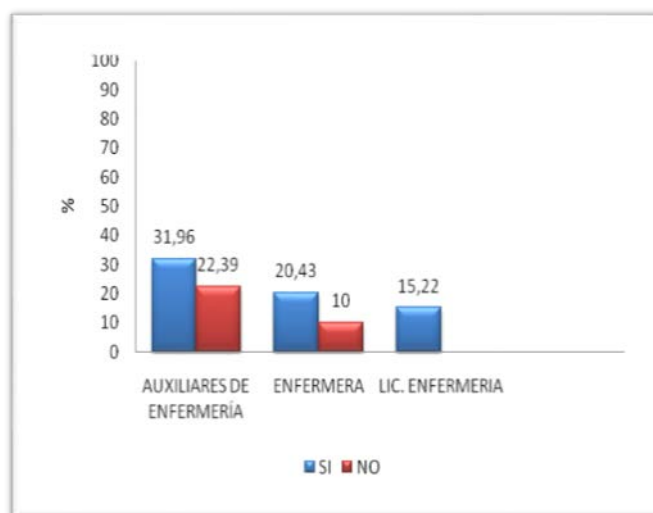


Figura 26: Distribución de frecuencia de soluciones de planes de hidrataciones con marbetes, observadas por nivel de formación, de personal de enfermería de Servicio Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

En la mayoría de las observaciones realizadas al personal Se verificó que aplica adecuadamente medidas de prevención de flebitis, pero en la punción libre de infección, se observó que un elevado porcentaje no efectuaron las precauciones para detectar y prevenir signos de infección en la zona de venopunción y flebotomía, ver figura 27.

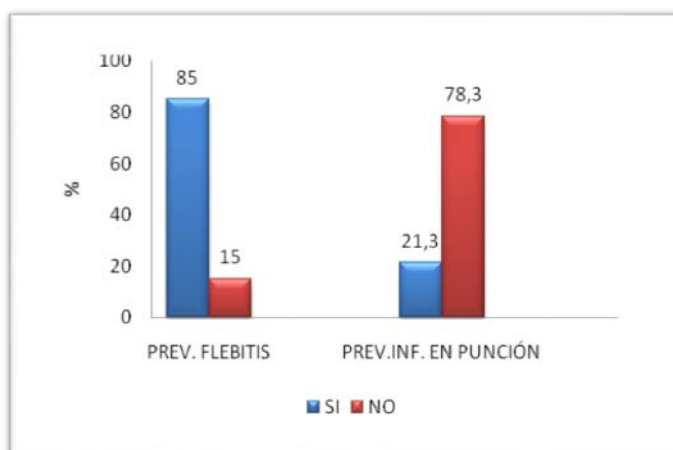


Figura 27: Distribución de frecuencia de prevención de flebitis y prevención de infecciones en zona de punción, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Referencia: PREV. FLEBITIS: prevención de flebitis, PREV. INF. EN PUNCIÓN: prevención de infección en punción

Comparando los registros que realizó el personal en estudio, se observó que el nivel profesional en mayor porcentaje realizó los registros en forma completa, y oportuna

se estima que este nivel tiene el doble de posibilidades de realizarlo ($p < 0,0001$, IC = 1,54 – 3,20), ver figura 28.

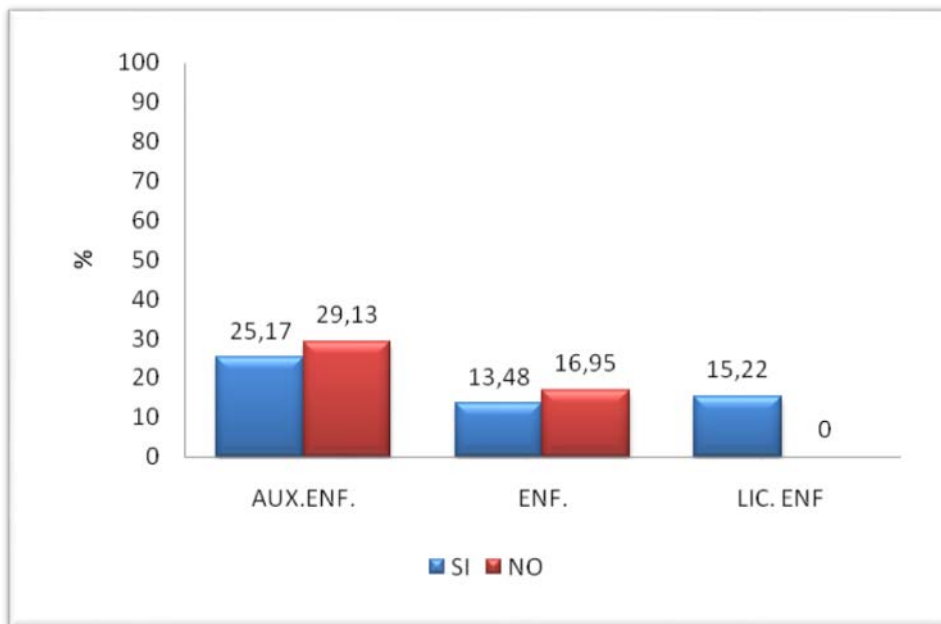


Figura 28: Distribución de frecuencia de registros, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX. ENF.: auxiliares de enfermería; LIC.ENF.: licenciados en enfermería

Respecto a la preparación y administración de medicamentos los auxiliares de enfermería son los que presentaron mayores dificultades, figuras 29 y 30.

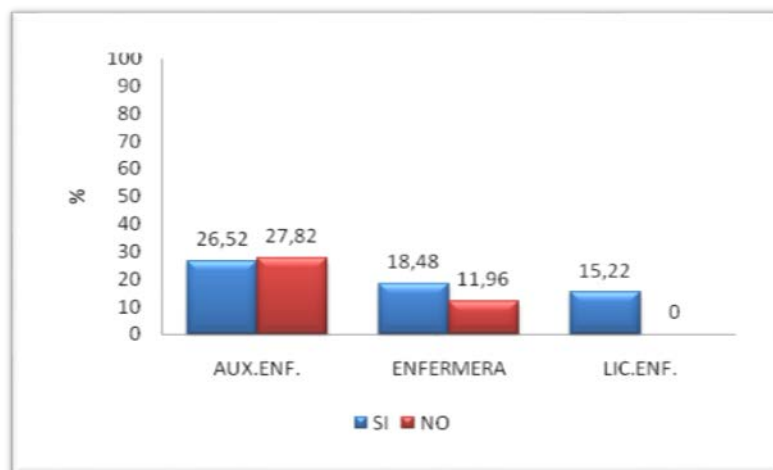


Figura 29: Distribución de frecuencia de preparación de medicamento observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX. ENF.: auxiliares de enfermería; LIC.ENF.: licenciados en enfermería

En el caso de la administración de medicamentos tanto el nivel profesional como las enfermeras tuvieron dificultades, mientras que los licenciados en enfermería aplicaron las reglas de administración de los medicamentos en forma correcta, ver figura 30.

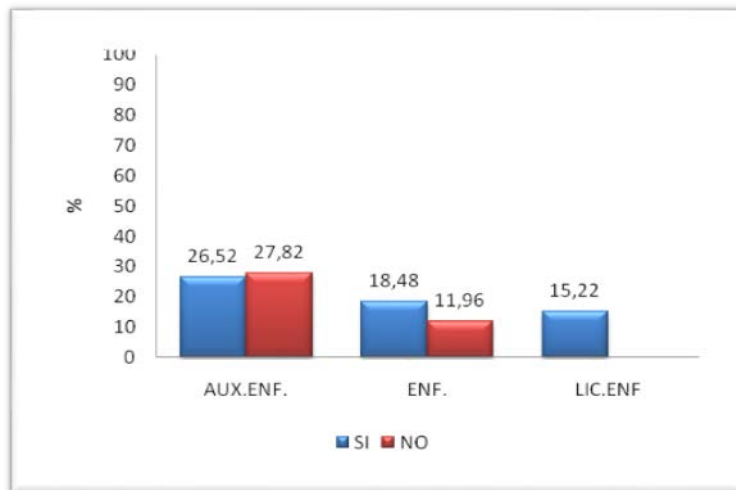


Figura 30: Distribución de frecuencia de administración de medicamento, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX. ENF.: auxiliares de enfermería; LIC.ENF.: licenciados en enfermería

En lo que respecta a verificación y registros de la medicación se observó que un elevado porcentaje de auxiliares de enfermería presentaron errores en verificación o registros de la administración de medicamentos, y los niveles profesionales también lo presentaron, pero en menor proporción, presentando el doble de chance de realizarlo mejor que los auxiliares de enfermería $p < 0,0005$, ver figura 31.

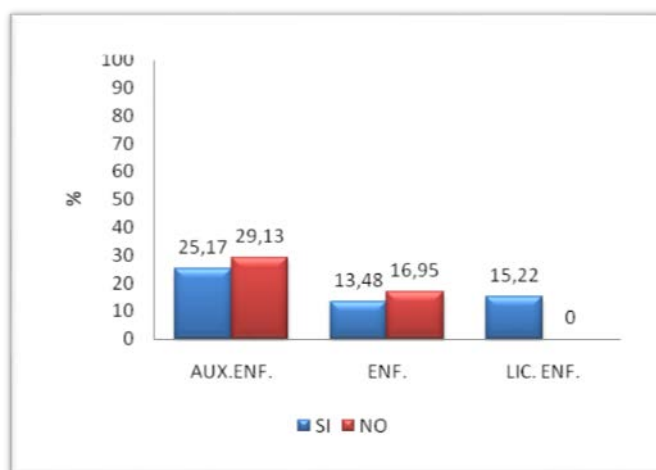


Figura 31: Distribución de frecuencia de verificaciones de la medicación y registros, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. auxiliares de enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

En cuanto a la valoración de higienes y confort de pacientes la mayoría del personal de enfermería en sus dos niveles de formación no higienizó a los pacientes dependientes y solo lo efectuaron en una menor proporción de los auxiliares de enfermería, $p < 0,0001$, ver figura 32.

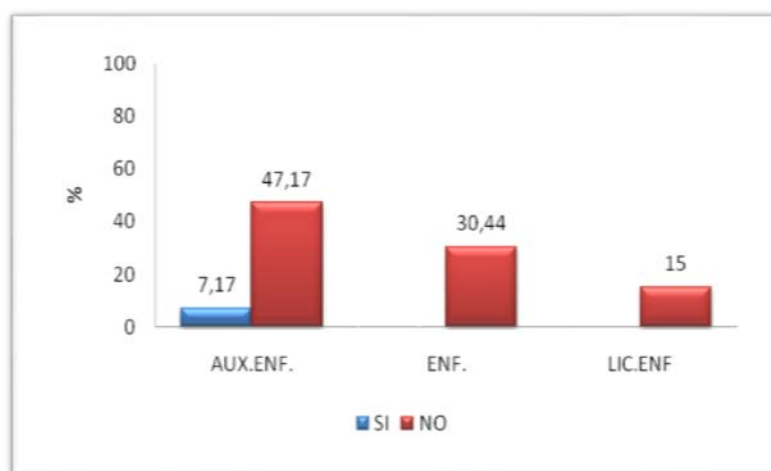


Figura 32: Distribución de frecuencia de higiene de pacientes, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de Enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

El Personal de Enfermería en sus dos niveles de formación tampoco realizaron la higiene de las unidades de los pacientes, $p < 0,0001$, ver figura 33.

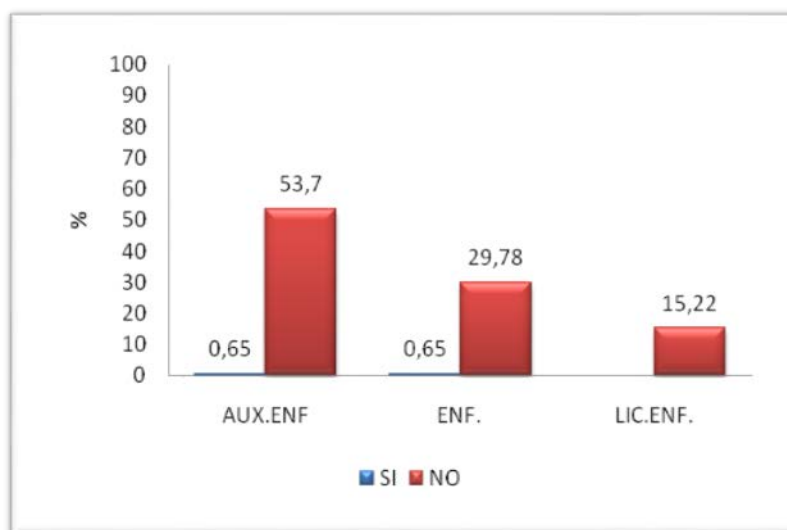


Figura 33: Distribución de frecuencias de higienes de las unidades de los pacientes, observadas por nivel de formación del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. auxiliares de enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

En cuanto a las acciones relacionadas con la eliminación de aparatos urinario y digestivo de los pacientes, el mayor porcentaje de los dos niveles de formación del personal en estudio no efectuaron acciones, figura 34 y 35.

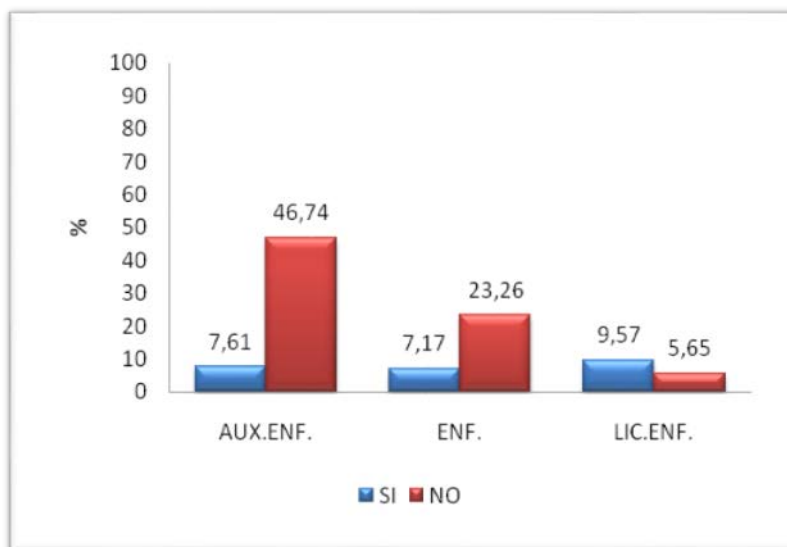


Figura 34: Distribución de frecuencia de relacionadas con eliminación del aparato urinario, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

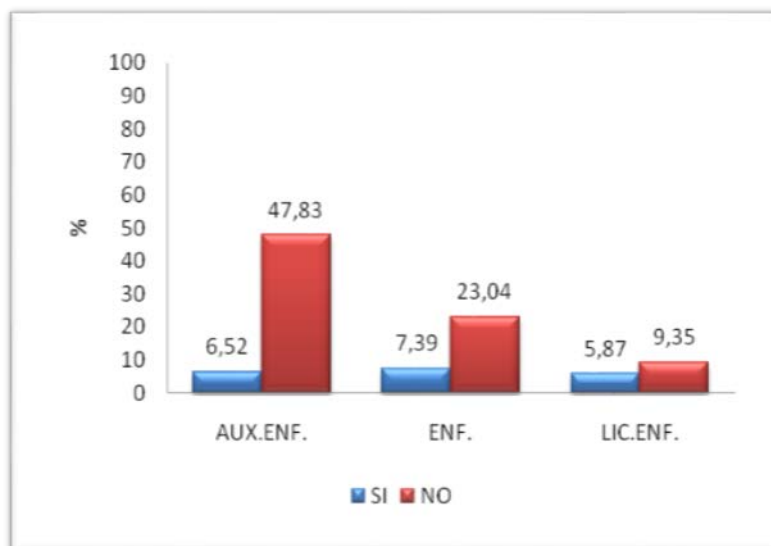


Figura 35: Distribución de frecuencia de eliminación de aparato digestivo, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

En relación, a la presencia de respeto de la privacidad de los pacientes, la mayoría del personal de enfermería, cumplieron con dicho procedimiento, ver figura 36.

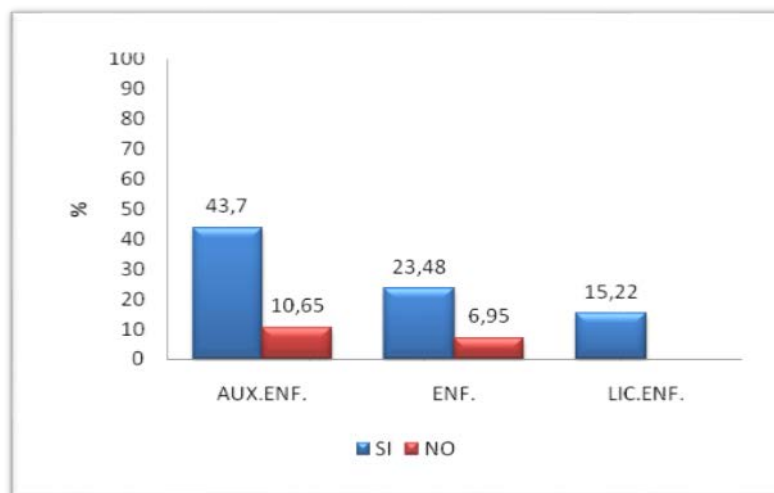


Figura 36: Distribución de frecuencia de respeta la privacidad de los pacientes, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de enfermería; ENF: enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

Respecto a la prevención de las úlceras por presión, un poco más de la mitad del personal en estudio en sus dos niveles de formación no aplicaron en forma correcta

acciones de prevención, se estableció que es un procedimiento no aplicado correctamente por el personal de enfermería, ver figura 37.

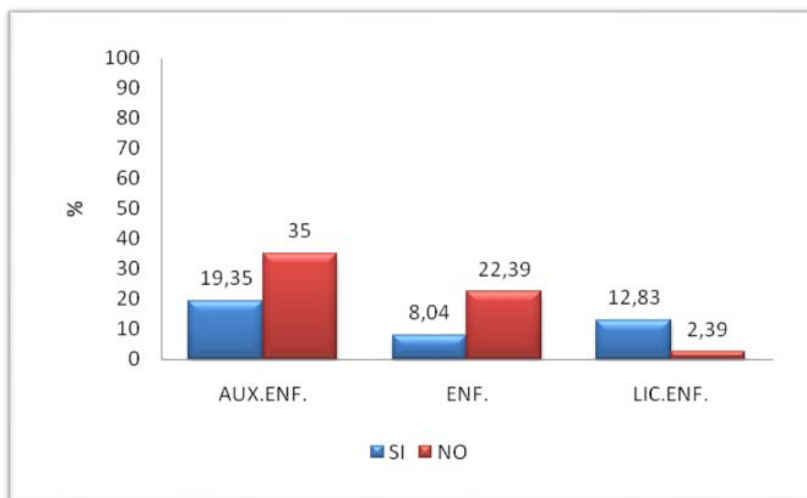


Figura 37: Distribución de frecuencia de acciones de enfermería en prevención de úlceras por presión, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de enfermería; ENF. enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

Tal como se observa en la figura 38 el personal evaluado respeta el descanso y sueño de los pacientes.

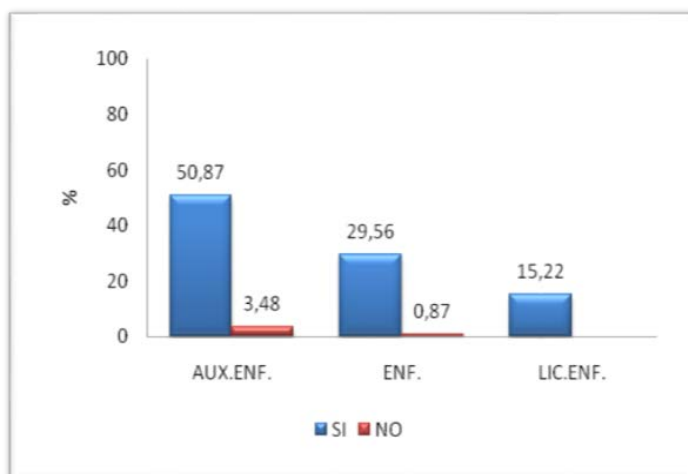


Figura 38: Distribución de frecuencia de respeto el descanso y sueño, observadas por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: AUX.ENF. Auxiliares de enfermería; ENF. enfermeras; LIC. ENF. Licenciados en enfermería.

Otro nivel de análisis estuvo relacionado con evaluar las características de los procedimientos en relación a los turnos de la jornada laboral así se pudo observar

que la frecuencia del control de los signos vitales fue proporcionalmente mayor en el turno noche que en los otros dos turnos, ($p = 0,01$) ver figura 39.

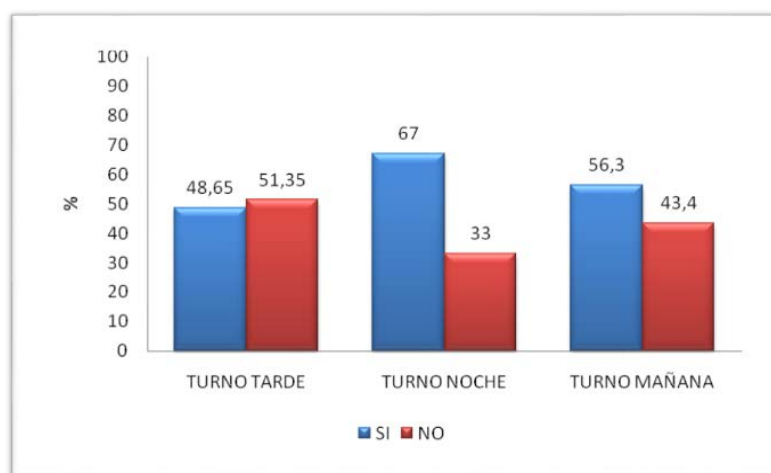


Figura 39: Distribución de frecuencia de control de signos vitales, observadas por turno de trabajo del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

En lo que respecta si verifica la ingesta del paciente de la medicación vía oral, el personal del turno mañana es el que más controla, pero la mayoría del personal de los tres turnos no lo comprueba ver figura 40.

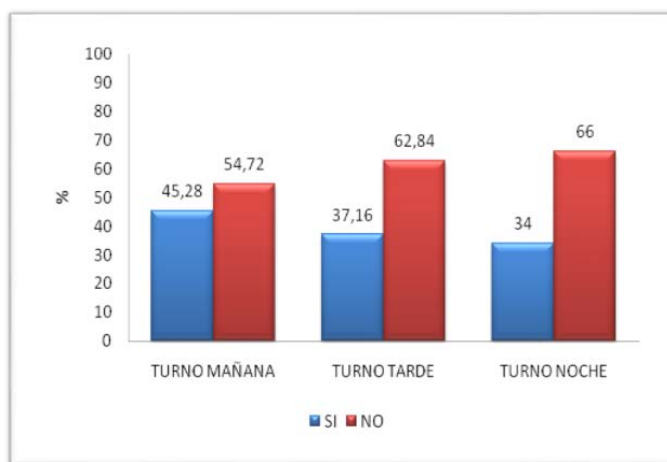


Figura 40: Distribución de frecuencia de verifica la ingesta de los pacientes de medicación vía oral, observadas por turno de trabajo del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Respecto preparación de medicaciones se destaca el personal que trabaja en turno noche en la realización del procedimiento en forma correcta, ver figura 41.

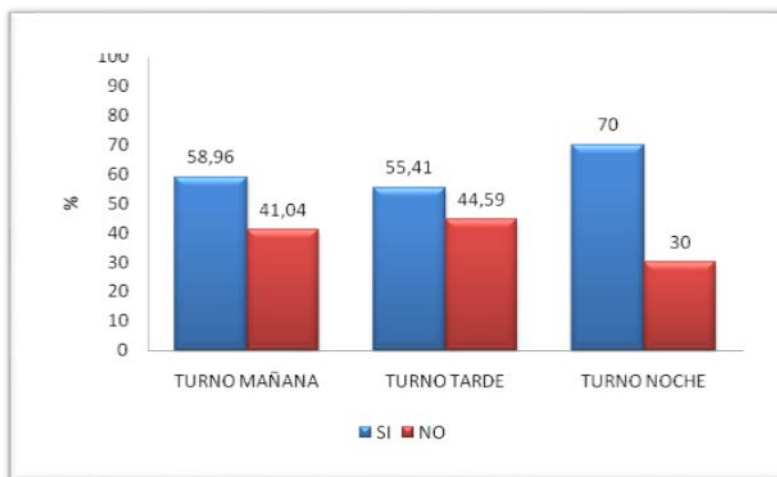


Figura 41: Distribución de frecuencia de preparación de medicaciones, observadas por turno de trabajo, de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En la figura 42, se puede observar la distribución respecto a la verificación y registro de la medicación, en los tres turnos y en un elevado porcentaje no realizó este procedimiento en forma correcta.

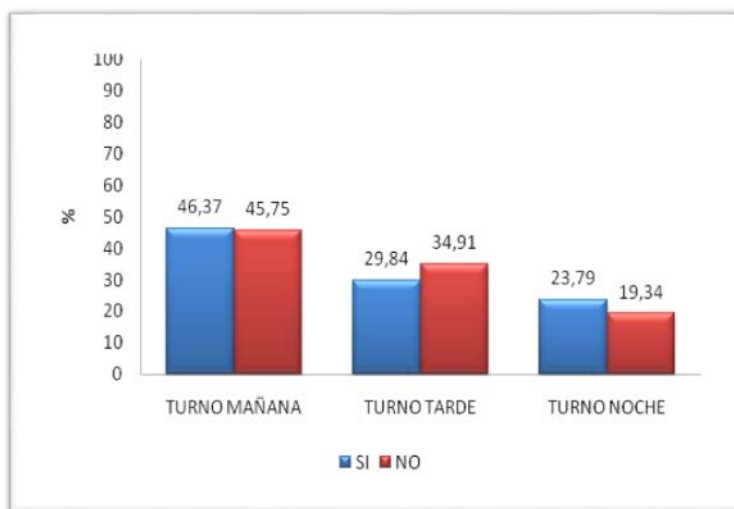


Figura 42: Distribución de frecuencia de verifica y registra la medicación, observadas por turnos de trabajo, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En lo que respecta al control del tiempo de las venoclisis se observó que la mayoría del personal del turno tarde realizó el control en forma correcta, y los turnos mañana y noche presentaron características similares, ($p < 0,0005$) ver Figura 43.

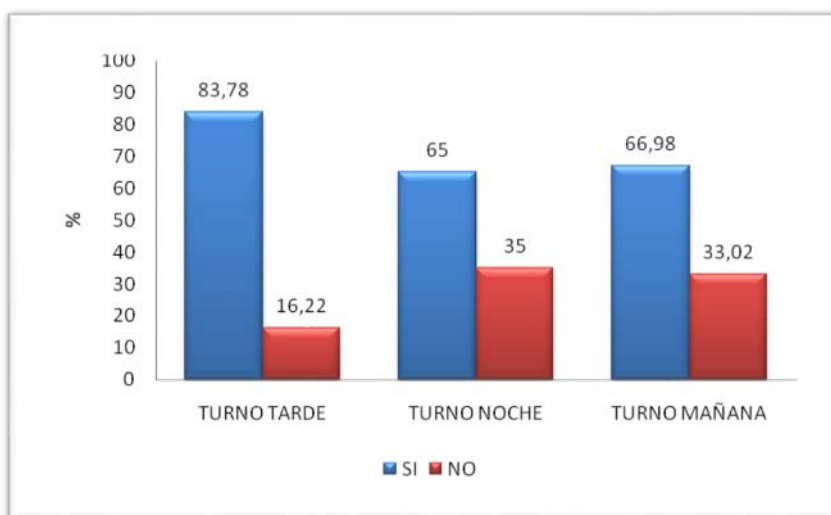


Figura 43: Distribución de frecuencia de control de tiempo de las soluciones de venoclisis, observadas por turnos de trabajo al personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En la frecuencia de las soluciones de los planes de hidrataciones con los rótulos correspondientes se destaca el personal de turno noche, pero un elevado porcentaje de enfermero del turno tarde no realizó esta actividad, ver figura 44.

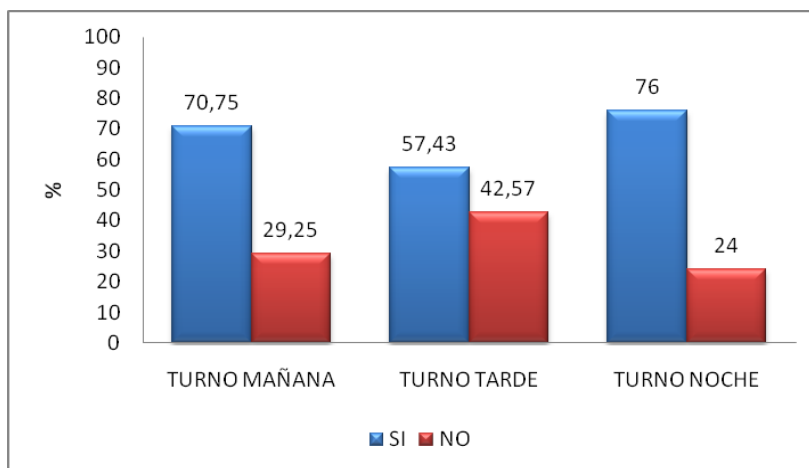


Figura 44: Distribución de frecuencia de soluciones de planes de hidrataciones con marbetes, observadas por turnos de trabajo, al personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En cuanto a la frecuencia de prevención de flebitis, observadas al personal de enfermería, el mayor porcentaje que previno las inflamaciones de las venas por las venoclisis, correspondieron al turno tarde, mientras que entre los turnos mañana y noche presentaron características similares en este procedimiento, ver figura 45.

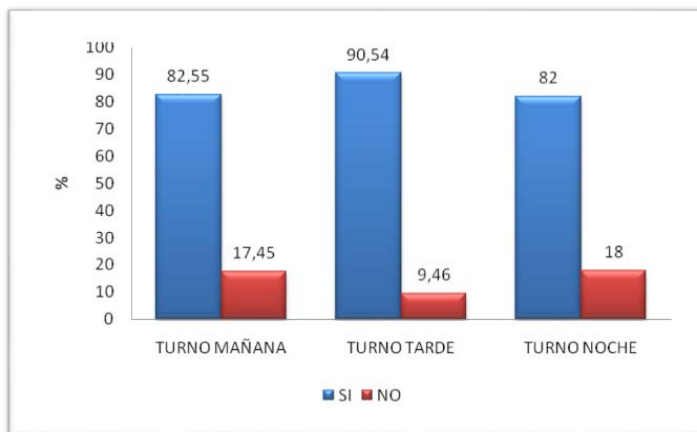


Figura 45: Distribución de frecuencia de prevención de flebitis, observadas por turno de trabajo de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Al evaluar la actividad zona de punción libre de infecciones, sobresale el personal de turno noche, así mismo en los turnos mañana y tarde un elevado porcentaje de los enfermeros aplicaron precauciones para evitar los riesgos de infecciones en la zona de punción, ver figura 46.



Figura 46: Distribución de frecuencia zona de punción libre de infecciones, observadas por turno de trabajo, de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En cuanto a las observaciones realizadas al personal de enfermería en la aplicación de las normas de bioseguridad, según los turnos laborales, se detectó que un poco más de la mitad del personal de enfermería de turno mañana, aplicó en forma correcta las normas de bioseguridad, en similar situación se valoró en el turno noche pero distinta fue la situación en el turno tarde ya que casi la mitad del personal en

estudio no aplicó las precauciones universales de bioseguridad, $p < 0,0002$, ver figura 47.

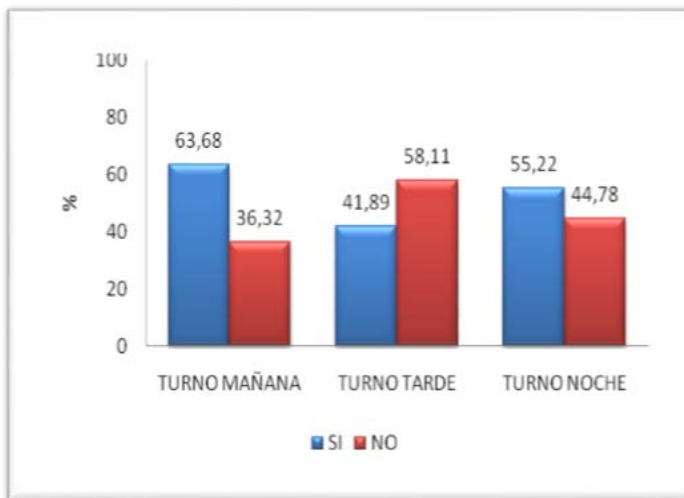


Figura 47: Distribución de frecuencia aplicación de normas de bioseguridad, observadas por turnos de trabajo del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Las curaciones de heridas observadas en los turnos de trabajo, el mayor porcentaje del personal que trabaja en el turno noche las realizó en forma correcta, por orden decreciente siguió el turno tarde y mañana, ver Figura 48.

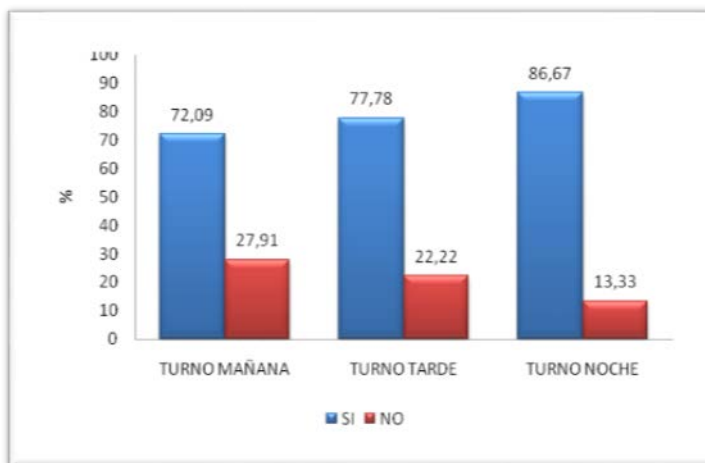


Figura 48: Distribución de frecuencia curaciones de heridas observadas por turnos de trabajo del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

La frecuencia de los registros de enfermería completos y oportunos observadas por turnos de trabajo, el mayor porcentaje del personal que trabaja en el turno noche lo realizó en forma correcta, tanto en el turno mañana como de la tarde un poco más de la mitad del personal en estudio si confeccionaron los registros en forma adecuada, ver figura 49.



Figura 49: Distribución de frecuencia de registros de enfermería observadas por turnos de trabajo de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

La frecuencia de higienes de pacientes observadas según los turnos de trabajos, casi la totalidad del personal de los tres turnos no higienizaron a los pacientes dependientes, ver figura 50.

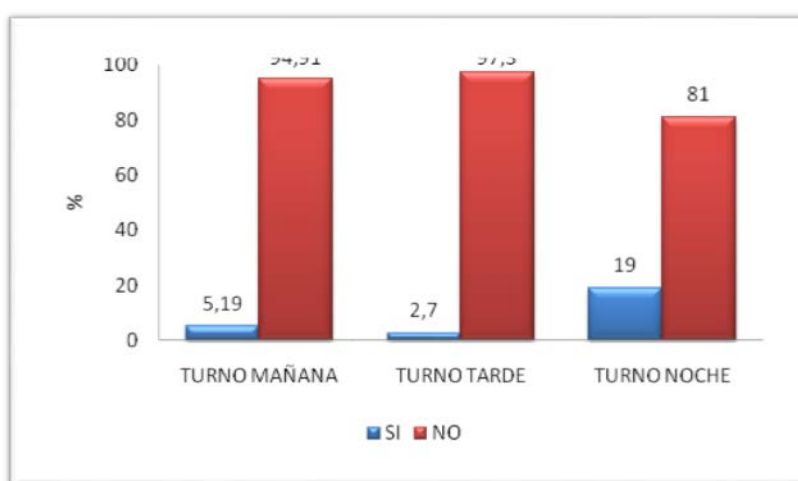


Figura 50: Distribución de frecuencia de higiene de pacientes, observadas por turnos de trabajos de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

La distribución de la frecuencia de higiene de las unidades, casi la totalidad del personal de los tres turnos no realizaron la higiene de las unidades de los pacientes, ver figura 51.

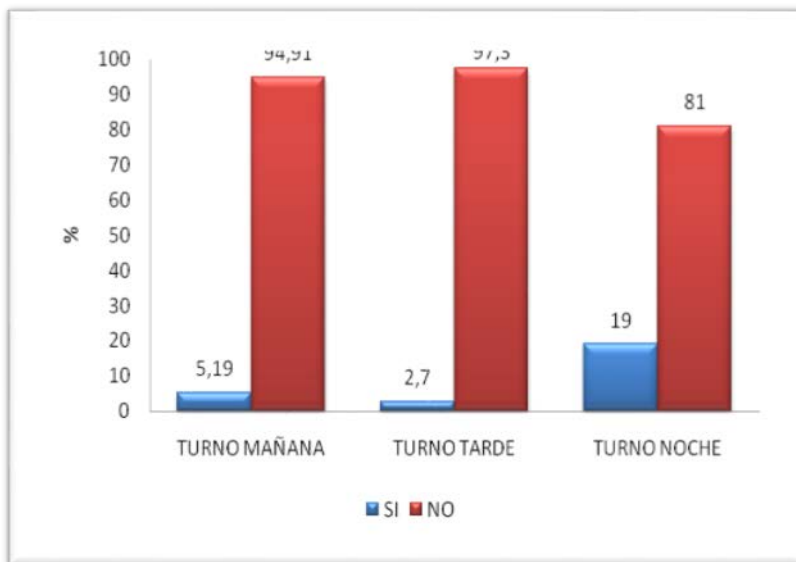


Figura 51: Distribución de frecuencia higiene de las unidades de pacientes observadas por turnos de trabajos del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Cuando se analizó la frecuencia de las acciones de enfermería relacionadas a las eliminaciones del aparato urinario de los pacientes un elevado porcentaje del personal no las realizó. Mientras que en las eliminaciones del aparato digestivo el personal de enfermería del turno mañana en menor porcentaje si realizó las acciones inherentes, pero en líneas generales los personales de los tres turnos no las realizaron $p < 0,0001$, ver figura 52.

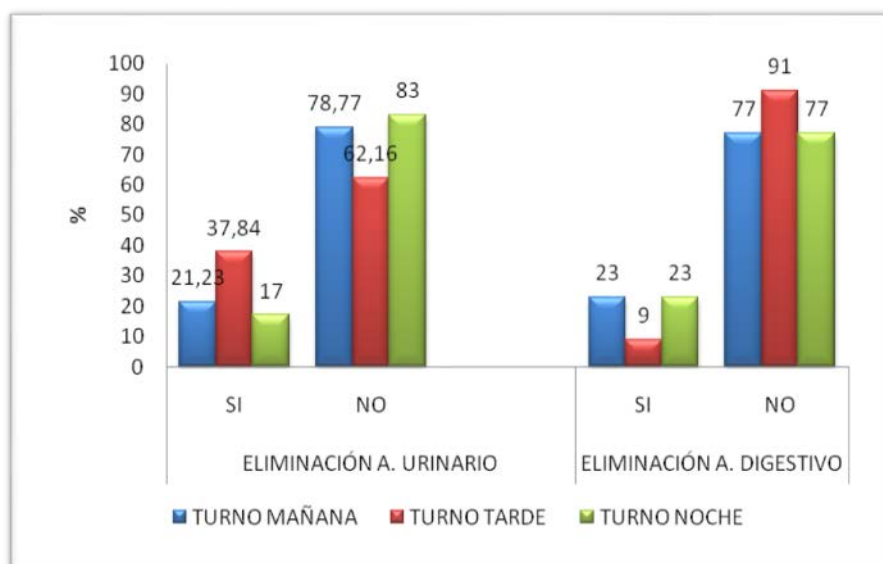


Figura 52: Distribución de frecuencia de acciones relacionadas con las eliminaciones del aparato urinario y aparato digestivo observadas por turnos de trabajos, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Referencia: ELIMINACIÓN A. URINARIO: eliminación aparato urinario; ELIMINACIÓN A. DIGESTIVO: eliminación aparato digestivo

Se valoró las acciones que realiza el personal de enfermería, de los diferentes turnos, para la prevención de las úlceras por presión, se observó que sólo un porcentaje del turno mañana previnieron la formación de las úlceras y en general más de la mitad de los enfermeros/as no las previenen. (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de frecuencia de acciones relacionadas con la prevención de úlceras por presión, observadas al personal de enfermería por turnos de trabajos, del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Turnos	NO		SI		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%
Mañana	114	24,79	98	21,30	212	46,09
Tarde	100	21,74	48	10,43	148	32,17
Noche	61	13,26	39	8,48	100	21,74
Total	275	59,79	185	40,21	460	100

Considerando la frecuencia de respeta la privacidad del paciente, en el total de los tres turnos casi la totalidad sí aplicó el principio de la privacidad del paciente, el descanso y sueño de los pacientes observados al personal de enfermería analizando los tres turnos casi la totalidad del personal favorecieron el descanso y sueño de los pacientes ($p < 0,001$), ver figura 53.

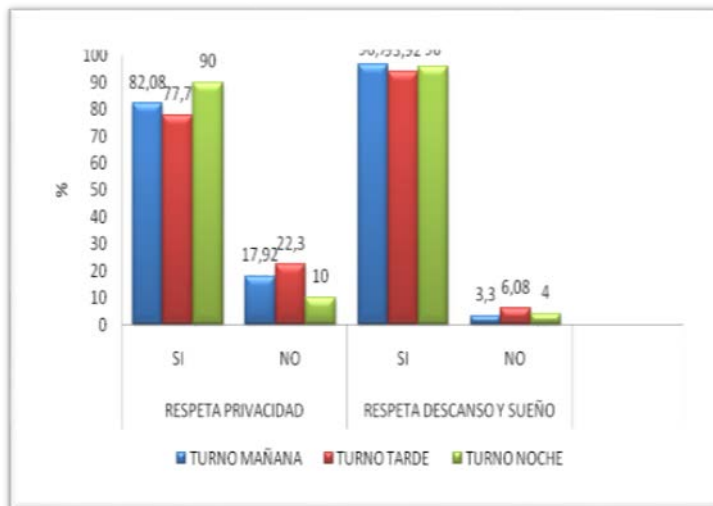


Figura 53: Distribución de frecuencia de respeta privacidad y descanso del paciente observadas al personal de enfermería por turnos de trabajos, del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Otro aspecto que se consideró interesante de analizar en este trabajo fue el nivel de satisfacción de los pacientes con relación al personal de enfermería según nivel de formación (auxiliares de enfermería, enfermera, licenciado en enfermería).(Tabla 3).

Tabla 3: Nivel de satisfacción de los pacientes en el proceso de admisión por nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista (N=460)

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	1	0,22	5	1,09	0	0	6	1,31
Aceptable	56	12,17	20	4,35	5	1,09	81	17,61
Bueno	145	31,52	88	19,13	38	8,26	271	58,91
Muy Bueno	48	10,43	25	5,43	26	5,65	99	21,52
Excelente	0	0	2	0,43	1	0,22	3	0,65
Total	250	54,34	140	30,43	70	15,22	460	100

Analizando el nivel de satisfacción de los pacientes en el proceso admisión, según nivel de formación, 145 pacientes expresaron que fue buena la recepción que les brindaron los auxiliares de enfermería, de igual manera fue para el nivel profesional, un poco más de la mitad de los pacientes respondieron que el proceso de admisión que brindó enfermería fue bueno.

La orientación que brindaron los auxiliares de enfermería, fueron valoradas por 153 pacientes como buenas, y en menor proporción opinaron en idéntico concepto del nivel profesional, ver figura 54.

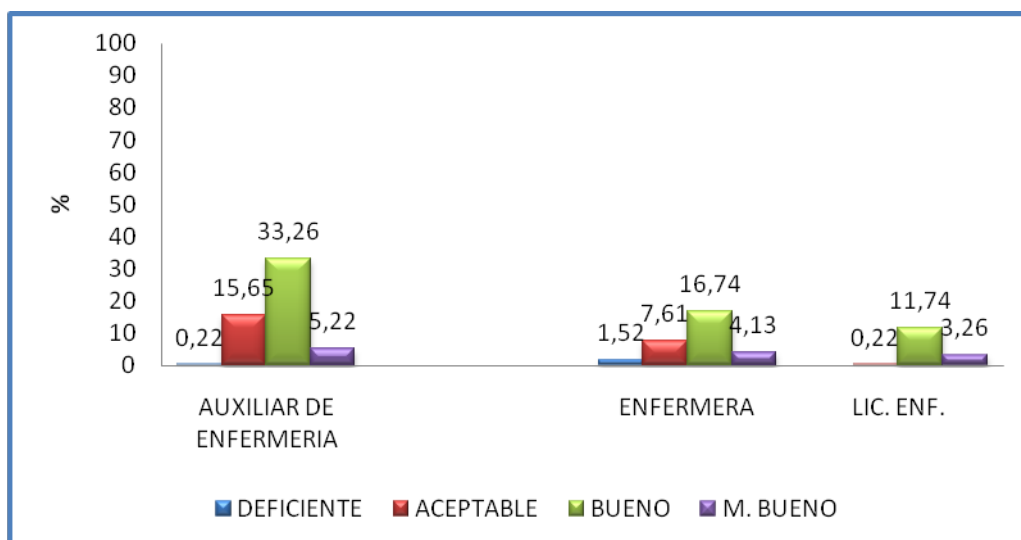


Figura 54: Nivel de satisfacción de los pacientes en la orientación al servicio, de acuerdo al nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

El nivel de satisfacción de los pacientes en relación a los cuidados recibidos según el nivel de formación, los pacientes indicaron que los enfermeros, le brindaron buenos cuidados, en mayor que el personal con otro nivel de formación ($p < 0,01$), ver figura 55.

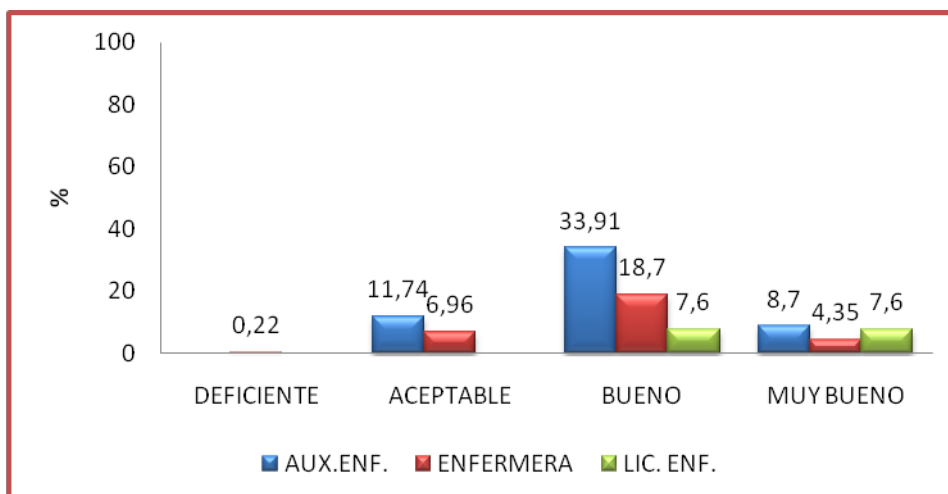


Figura 55: Nivel de satisfacción de los pacientes en relación, a los cuidados recibidos de acuerdo, al nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista (N=460)

En cuanto al nivel de satisfacción de los pacientes en relación con la resolución de problema los resultados de aceptable y bueno para el personal de enfermero fueron proporcionalmente superiores a la percepción emitida por los pacientes para el personal con otra formación ($p < 0,01$) (Tabla 5).

Tabla 5: Nivel de satisfacción de los pacientes en relación a resoluciones de problemas, de acuerdo al nivel de formación de personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	FA	FA	FA	FA
				Total
Deficiente	1	2	0	3
Aceptable	46	34	0	80
Bueno	153	80	45	278
Muy Bueno	50	23	25	98
Excelente	0	1	0	1
Total	250	140	70	460

Tabla 6: Nivel de satisfacción de pacientes en relación a las respuestas de enfermería, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	1	0,22	1	0,22	0	0	2	0,44
Aceptable	57	12,39	53	11,52	0	0	110	23,91
Bueno	157	34,13	66	14,34	43	9,35	266	57,82
Muy Bueno	35	7,61	20	4,35	27	5,87	82	17,83
Total	250	54,35	140	30,43	70	15,22	460	100

Tal como se observa en la Tabla 6, cuando se les consultó a los pacientes su nivel de satisfacción en relación a las respuestas de enfermería, respondieron que fueron buenas en los Auxiliares de Enfermería, y proporcionalmente en función de los pacientes asistidos en cada grupo, un mayor porcentaje de satisfacción se reflejó para los enfermeros ($p < 0,01$).

Tabla 7: Nivel de satisfacción de pacientes con el control del horario de la medicación que realiza enfermería, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	2	0,43	1	0,22	0	0	3	0,65
Aceptable	69	15,00	40	8,70	1	0,22	110	23,92
Bueno	145	31,52	81	17,60	58	12,61	284	61,73
Muy Bueno	34	7,39	17	3,70	11	2,39	62	13,48
Excelente	0	0	1	0,22	0	0	1	0,22
Total	250	54,34	140	30,44	70	15,22	460	100

En cuanto al nivel de satisfacción de los pacientes con el control del horario de la medicación los pacientes los valores fueron similares a los descriptos en las otras dimensiones.

Tabla 8: Nivel de satisfacción de pacientes a las respuestas de enfermería al dolor de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	2	0,43	0	0	0	0	2	0,43
Aceptable	58	12,61	48	10,43	0	0	110	23,04
Bueno	155	33,70	59	12,83	42	9,13	284	55,66
Muy Bueno	35	7,61	33	7,17	28	6,09	62	20,87
Total	250	54,35	140	30,43	70	15,22	460	100

En la respuesta al dolor, pacientes valoraron que fue buena para los enfermeros ($p < 0,01$), y en menor proporción para los auxiliares y los licenciados. (Tabla 8).

Tabla 9: Nivel de satisfacción de pacientes en las explicaciones de los procedimientos que brinda enfermería, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	2	0,43	1	0,22	0	0	3	0,65
Aceptable	69	15,00	40	8,69	1	0,22	110	23,91
Bueno	145	31,52	81	17,61	58	12,61	284	61,74
Muy Bueno	34	7,39	17	3,70	11	2,39	62	13,48
Excelente	0	0	1	0,22	0	0	1	0,22
Total	250	54,34	140	30,44	70	15,22	460	100

Tabla 10: Nivel de satisfacción de pacientes en las explicaciones de autocuidados, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux .Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	4	0,87	2	0,43	0	0	6	1,30
Aceptable	76	16,52	62	13,48	0	0	138	30,00
Bueno	133	28,91	56	12,18	43	9,35	232	50,44
Muy Bueno	37	8,04	20	4,35	27	5,87	84	18,26
Total	250	54,34	140	30,44	70	15,22	460	100

Los resultados en cuanto a la consulta sobre las explicaciones que brinda enfermería de los procedimientos los pacientes y el grado de satisfacción de los pacientes en relación a las explicaciones de autocuidado pueden observarse en las tablas 9 y 10.

El nivel de satisfacción de los pacientes con la movilización que brinda enfermería en sus diferentes niveles de formación el mayor porcentaje expresó que fue bueno en cuanto a los enfermeros ($p < 0,01$). (Tabla 11).

Tabla 11: Nivel de satisfacción de pacientes con la movilización que brinda enfermería, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux. Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	2	0,43	2	0,43	0	0	4	0,86
Aceptable	75	16,30	54	11,74	0	0	129	28,04
Bueno	152	33,04	77	16,74	55	11,96	284	61,74
Muy Bueno	21	4,57	7	1,53	15	3,26	43	9,36
Total	250	54,34	140	30,44	70	15,22	460	100

Tabla 12: Nivel de satisfacción de pacientes con el control de goteo de soluciones, de acuerdo al nivel de formación del personal de enfermería del Servicio Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Nivel Satisfacción de Pacientes	Aux .Enf.		Enfermera		Lic. Enf.		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Deficiente	2	0,43	2	0,43	0	0	4	0,86
Aceptable	81	17,61	48	10,44	5	1,09	134	29,14
Bueno	149	32,39	67	14,57	56	12,17	272	59,13
Muy Bueno	18	3,91	23	5,00	9	1,96	50	10,87
Total	250	54,34	140	30,44	70	15,22	460	100

El 59,13% de los pacientes estimaron que fue bueno el control de las soluciones por parte del personal de enfermería, siendo la mayor proporción de valoración buena y aceptable para el personal enfermero ($p < 0,01$).

Valorando el nivel de satisfacción con el control de los drenajes, 174 pacientes estimaron entre bueno y muy bueno el procedimiento que realizaron los auxiliares de enfermería; en idéntico rango 87 pacientes lo estimaron para los enfermeros y 70 para los licenciados en enfermería.

En la figura 56 se puede observar una síntesis de los puntajes obtenidos en las 460 observaciones de los procedimientos evaluados.

Es de destacar, que en aquellos procedimientos del personal de enfermería que involucra a los cuidados de higiene, confort y eliminaciones de aparato urinario y digestivo, los cuales son actividades independientes de la indicación médica, registraron un puntaje negativo.

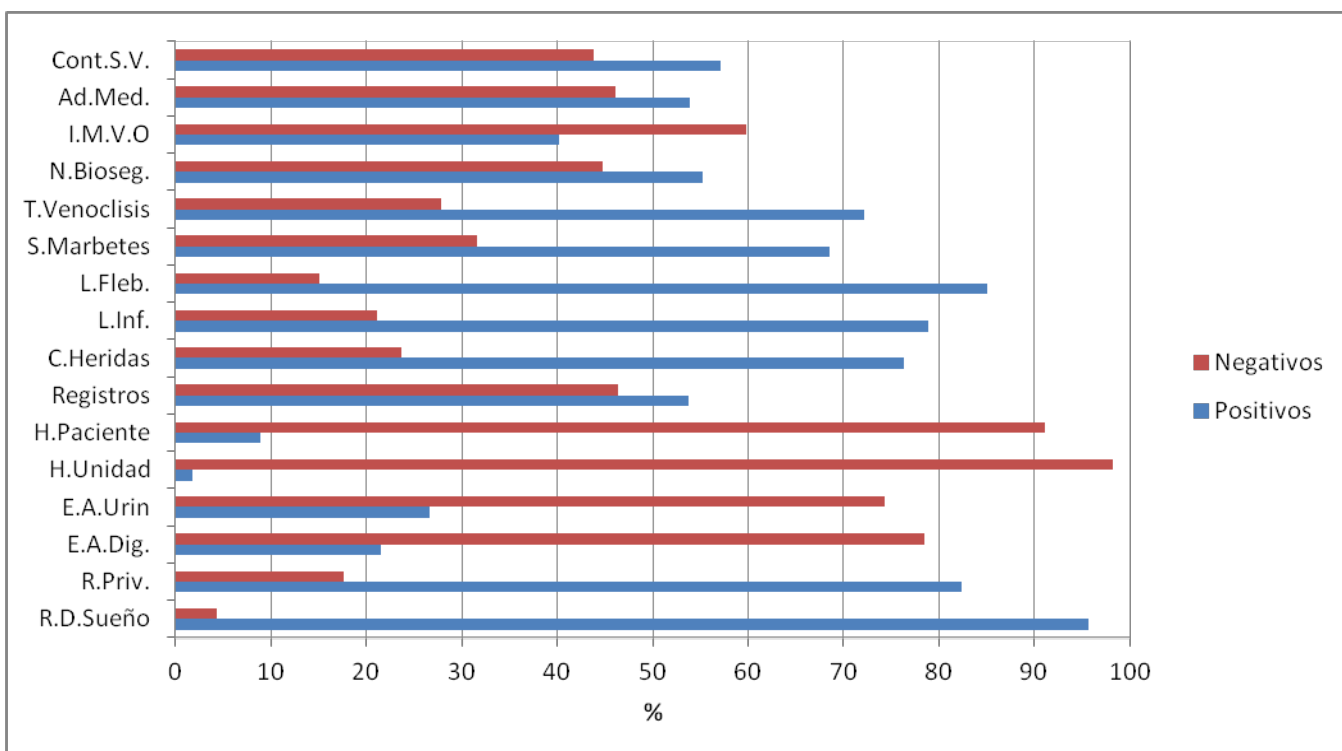


Figura 56: Distribución de frecuencias observadas al personal de enfermería del Servicio de Traumatología de Hospital Interzonal San Juan Bautista

El cuarto objetivo de este trabajo, fue establecer el nivel de relación entre la calidad de atención del personal de enfermería y el nivel de satisfacción del paciente.

En la relación de nivel de satisfacción de los pacientes y el puntaje de las observaciones en el proceso de admisión, los pacientes valoraron como muy bueno, y coincide con el porcentaje de personal con puntaje positivo ver figura 57.

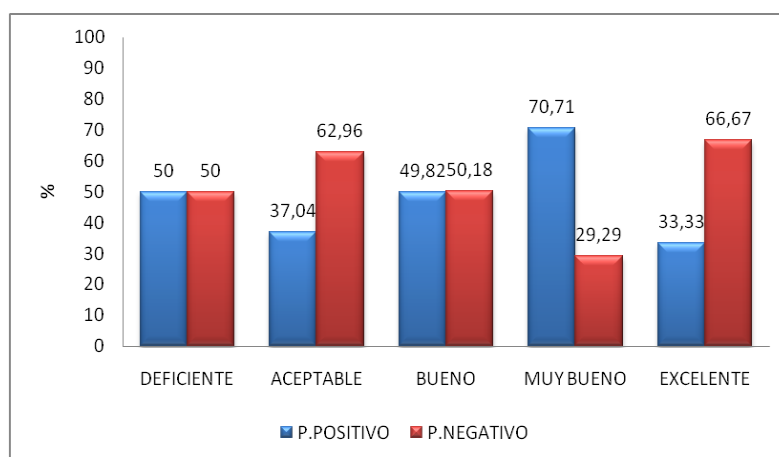


Figura 57: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y evaluación de las observaciones en la admisión, al personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En la relación de nivel de satisfacción de los pacientes y el puntaje de las observaciones en la orientación al servicio que brinda el personal de enfermería, lo que los pacientes valoraron como muy bueno, el personal obtuvo un importante porcentaje de puntaje positivo, ver figura 58.

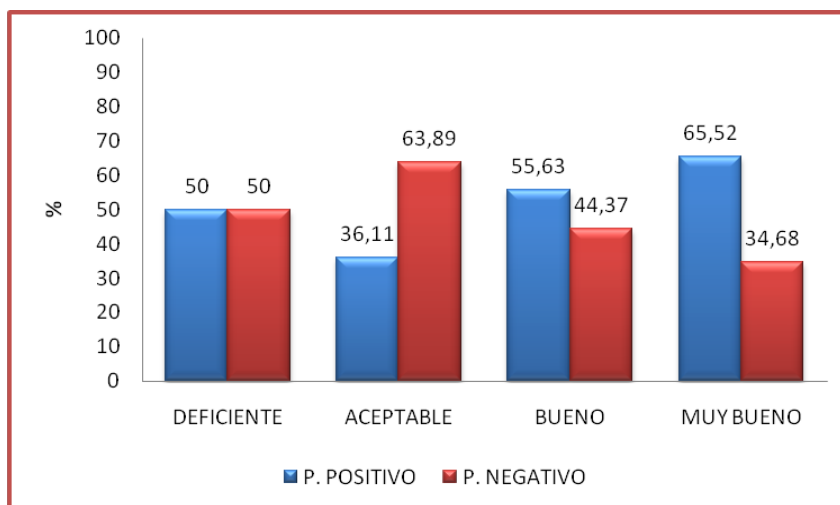


Figura 58: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y evaluación de las observaciones en la orientación al servicio al personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En los cuidados recibidos, los pacientes valoraron como muy bueno y se relaciona con los puntajes obtenidos en las observaciones de los procedimientos, ver figura 59.

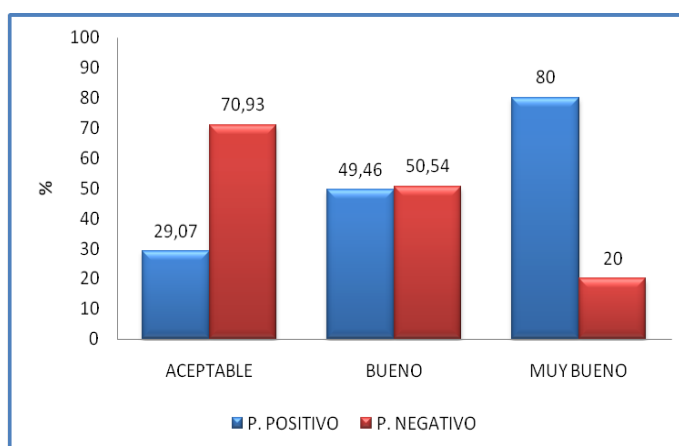


Figura 59: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y evaluación de las observaciones en los cuidados recibidos, al personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Los pacientes percibieron como muy buena a la respuesta al dolor, se relacionan con el personal que obtuvo puntaje positivo, ver figura 60.

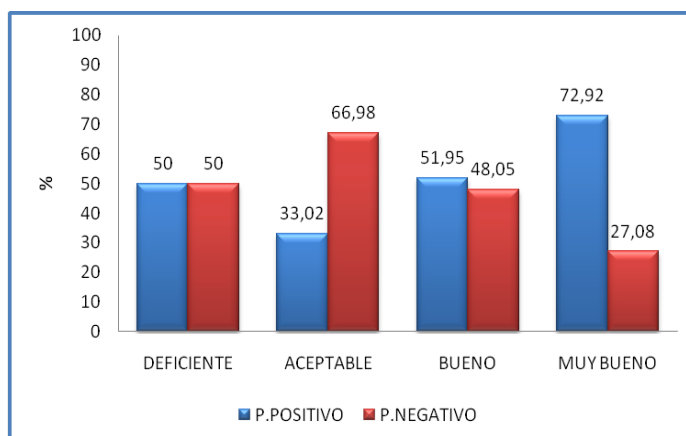


Figura 60: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y evaluación de las respuestas al dolor, al personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En la relación a la satisfacción de los pacientes por las explicaciones de los procedimientos, fue muy bueno para el personal que puntaje positivo, pero ningún paciente valoró como excelente a pesar de la cantidad de personal que obtuvo puntaje positivo, ver figura 61.

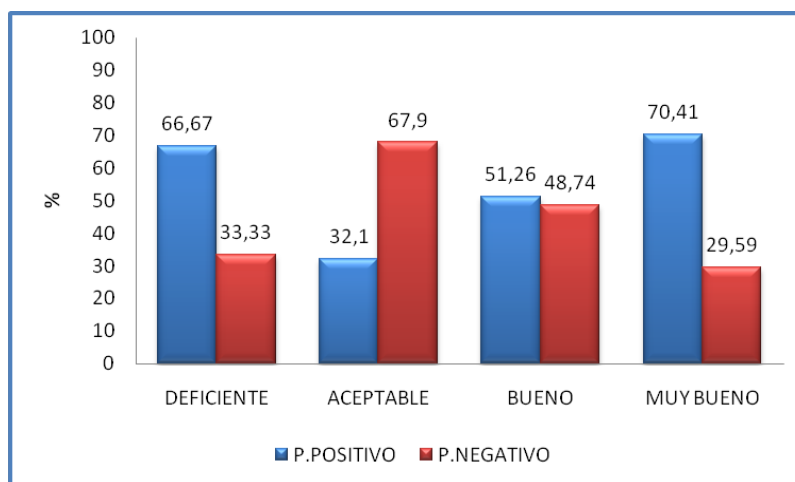


Figura 61 relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y la valoración en las explicaciones de los procedimientos, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Los pacientes consideraron que fue muy buena las explicaciones de los autocuidados el personal que obtuvo puntaje positivo, figura 62.

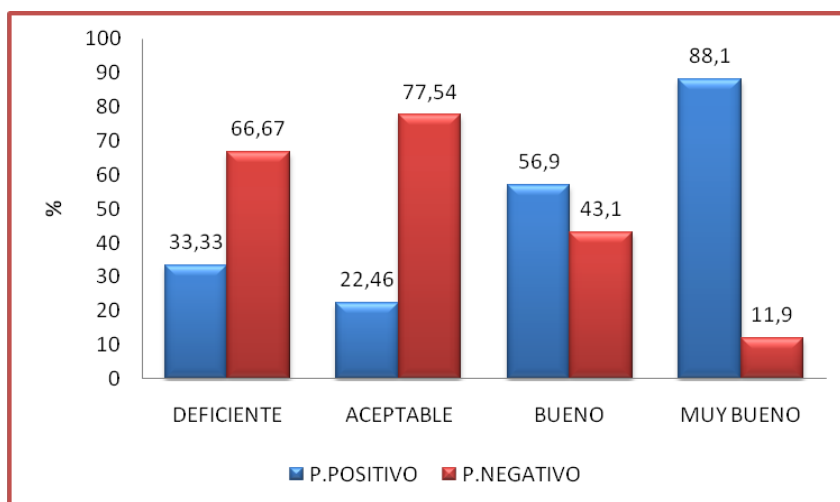


Figura 62 relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y la valoración en las explicaciones de autocuidados del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Al personal de enfermería que fue valorado con puntaje positivo en las observaciones en las movilizaciones, los pacientes lo valoraron como muy bueno figura 63.

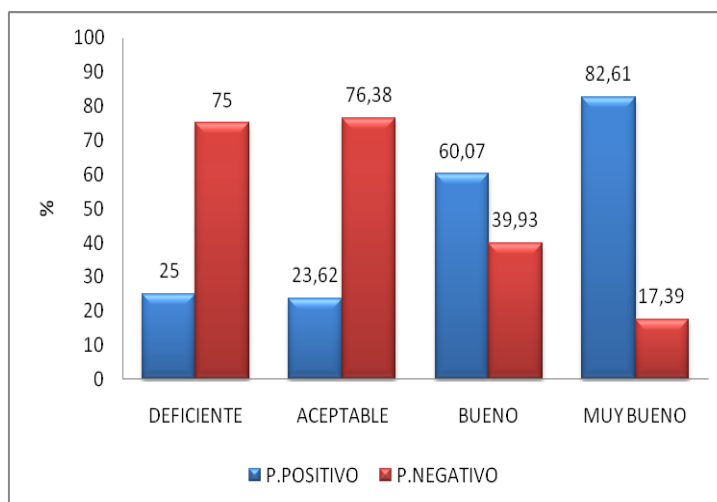


Figura 63: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y la valoración en las movilizaciones del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Cuando el personal de enfermería fue valorado con puntaje positivo en las observaciones en los controles de velocidad de goteo de soluciones de los planes de hidrataciones, los pacientes lo valoraron como muy bueno, figura 64.

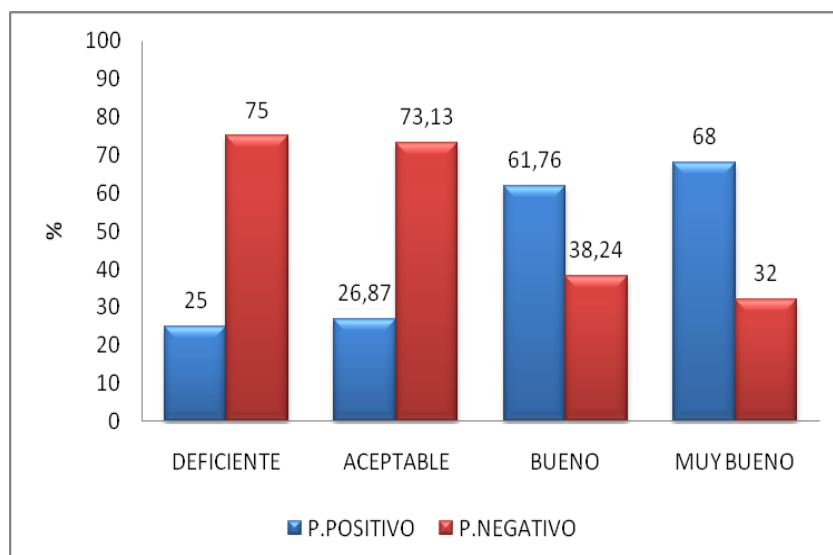


Figura 64: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y la valoración en control de goteo de soluciones de los planes de hidrataciones, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

El personal de enfermería que fue evaluado con puntaje positivo en las observaciones en los controles de drenajes, fue valorado por los pacientes, como muy bueno, figura 65.

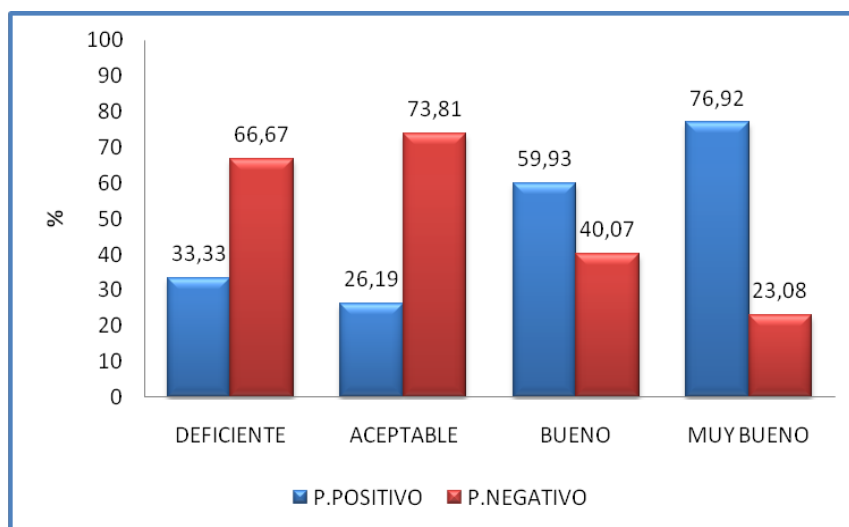


Figura 65: relación entre nivel de satisfacción de los pacientes y la valoración en control de los drenajes, del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

También se consideró de interés efectuar el análisis de las antigüedades del personal de enfermería con los puntajes de las observaciones realizadas.

El personal de enfermería con una antigüedad de más de 10 años, presentó un mejor nivel de satisfacción por parte de los pacientes que los de menor antigüedad ($p= 0,0004$), ver figura 66.

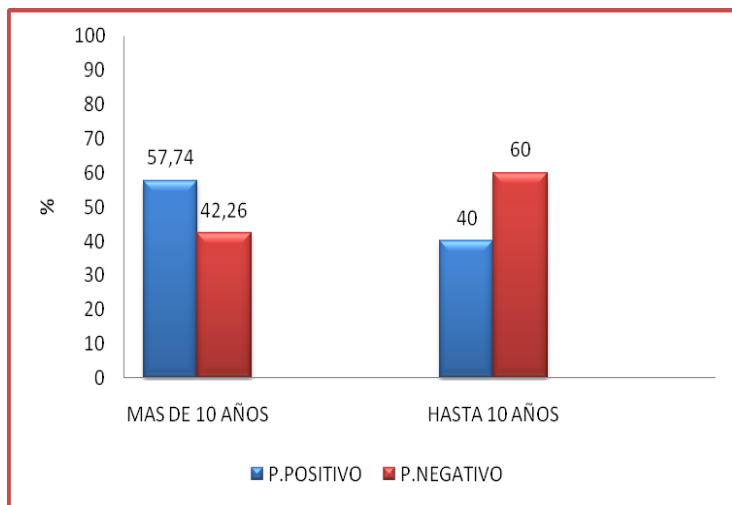


Figura 66: relaciones entre puntajes de las observaciones y la antigüedad del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

En cuanto a la capacitación específica del personal de enfermería, no se observaron diferencias con el puntaje obtenido en las observaciones de los procedimientos, figura 67.

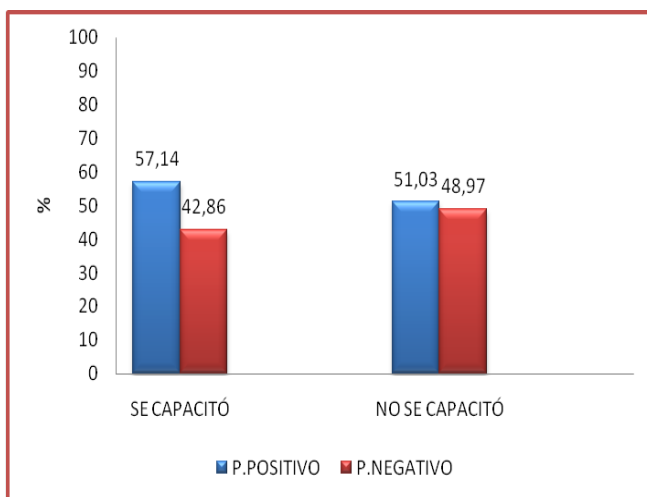


Figura 67: relaciones entre puntajes y las capacitaciones del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista.

Tal como se observa en la figura 68, el personal de hasta 10 años de antigüedad del turno mañana tiene una mayor frecuencia de puntajes positivos que los otros turnos, ($p < 0,0001$).

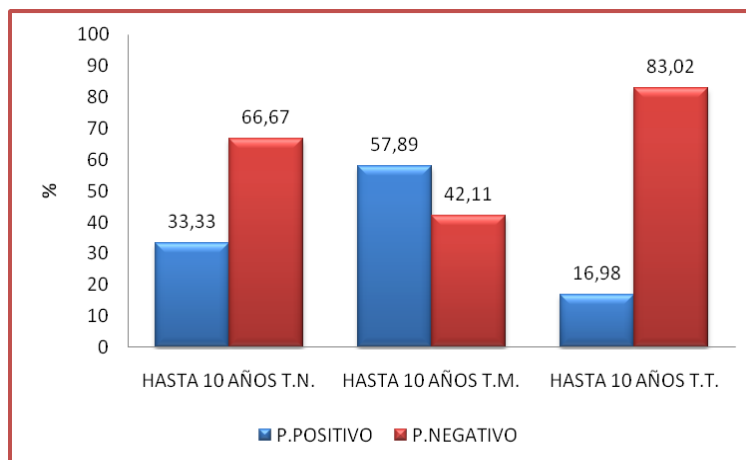


Figura 68: relaciones entre puntajes antigüedad y turnos de trabajos del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: T.N: turno noche; T.M. turno mañana; T.T.: turno tarde. P. POSITIVO: puntaje positivo; P. NEGATIVO: puntaje negativo

En cambio, en el personal de enfermería con una antigüedad de más de 10 años de antigüedad prevalece el puntaje positivo en el turno noche, ver figura 69.

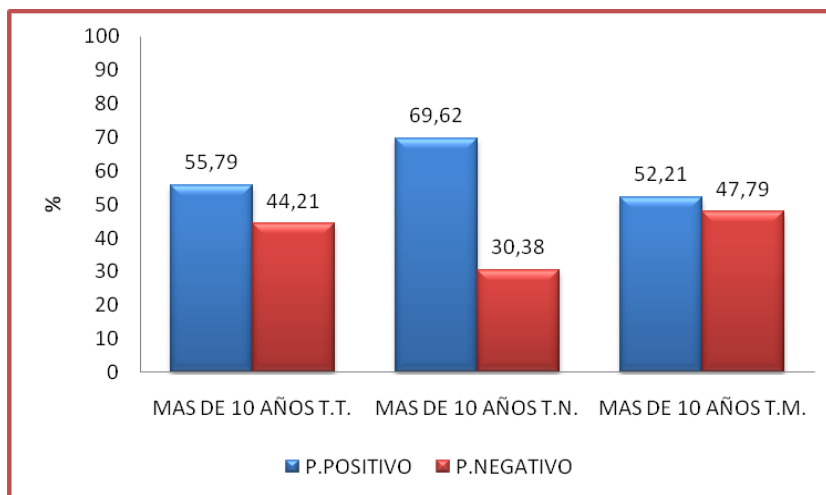


Figura 69: relaciones entre puntajes antigüedad y turnos de trabajos del personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista

Referencia: P. POSITIVO: puntaje positivo; P. NEGATIVO: puntaje negativo

A partir de los análisis bivariados detallados anteriormente se seleccionaron los criterios para asociar las variables significativas mediante el análisis multivariado.

Análisis Multivariado por Análisis de Correspondencia.

En la gráfica del análisis de correspondencia se puede observar la distribución de los datos en cuatro cuadrantes. Tal como muestra la elipse el nivel de formación de Licenciado en Enfermería agrupa a los puntajes positivos en la valoración profesional, el turno mañana de la jornada laboral y los niveles muy buenos y buenos de la satisfacción de los pacientes (cuadrantes superior e inferior izquierdos), mientras que al nivel de Auxiliares de la Enfermería y los Enfermeros se asocia el turno tarde y noche de la jornada laboral, el puntaje negativo en las observaciones profesionales y las opiniones de aceptable y deficiente en los aspectos de satisfacción del paciente.

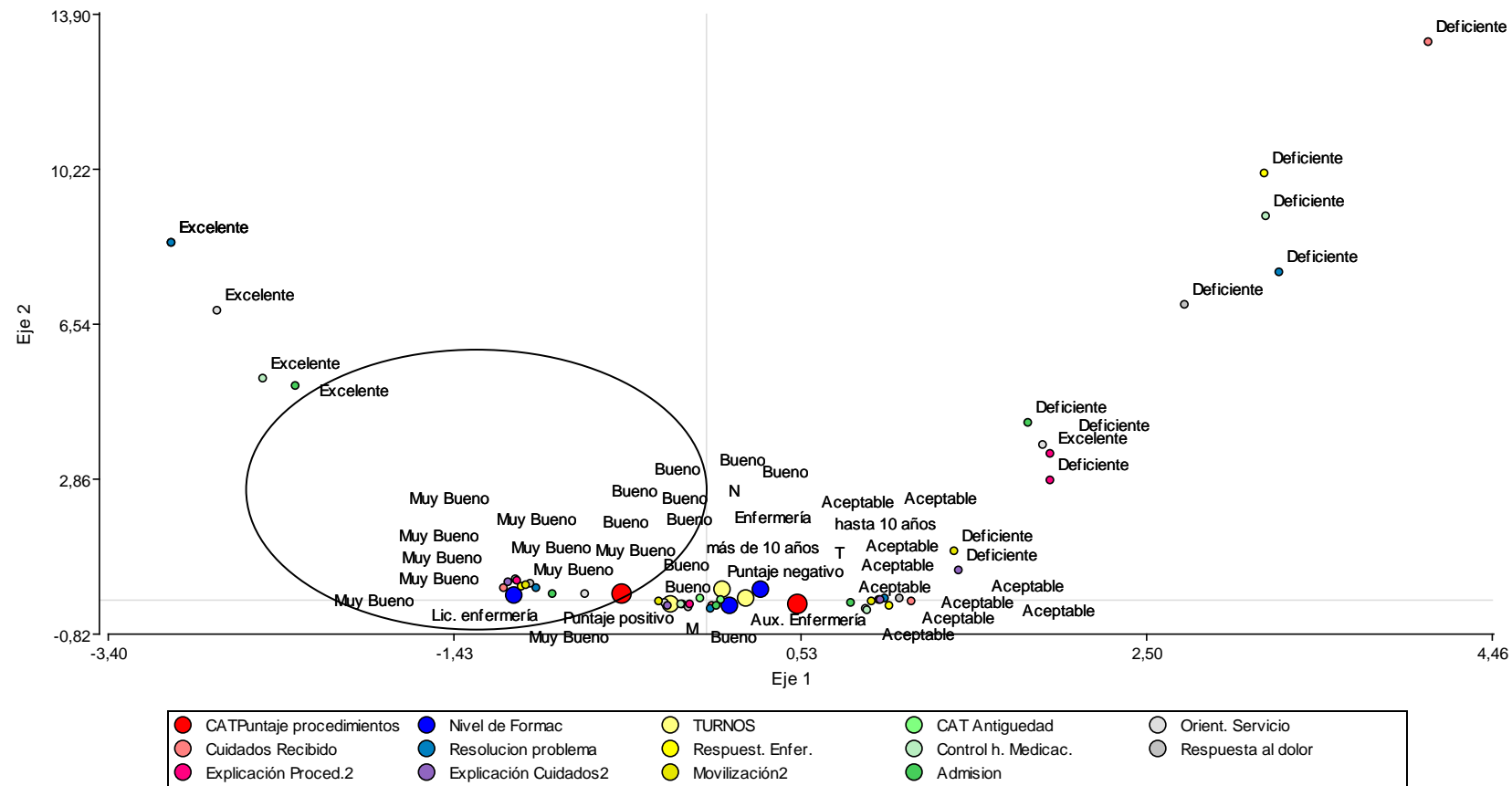


Fig 70: Distribución de la agrupación de las categorías de la evaluación de calidad de atención y nivel de formación alcanzado por el personal de enfermería.

Discusión

La enfermería desde las teorías de Nightingale y Henderson, hasta las más actuales conceptualizaciones del Consejo Internacional de Enfermería que atribuye el cuidado como objeto de la disciplina enfermera por lo que se concibe a la enfermería como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano, que se organiza y expresa socialmente con la particularidad de un complejo campo de conocimientos científicos, que deben estar compuesto de teorías, modelos, de intervenciones y de responsabilidad propia ⁽⁴²⁾.

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas, pero no por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería. Siguiendo a Colliere “Cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción”.

Los resultados obtenidos respecto las características sociodemográficas del personal de enfermería refieren un predominio del género femenino (72%), la profesión de enfermería ha sido identificada como un oficio centrado en el cuidado del enfermo y de los niños, la denominación “nurse” castellanizada a “enfermera” ha reforzado esta idea de trabajo, introduciendo ciertas confusiones en su imagen como profesional y en las posibilidades de acción que tiene en el ámbito de la salud y en los diferentes contextos sociales, el término “nurse” cuyo significado viene de nursery que deriva del vocablo latino nutriré “nutrir” también tiene sus raíces en el vocablo nutrix, que significa mujer que cría y cuida niños, estas acepciones contribuyeron a identificar a la enfermera como la persona que criaba o educaba, encargada de la crianza y el cuidado de los niños. Sólo en el Siglo XVIII el término empezó a incluir connotaciones de mujer que cuida enfermos y se ocupa de ellos. Durante el Siglo XIX se añadieron otros componentes más a sus actividades como el de “preparación de personas para el cuidado de los enfermos y realización de dichas funciones bajo la supervisión de un médico ^(43,44).

Estudios de investigación en el primer nivel de atención, arribaron a las conclusiones de la tendencia a la feminización de la fuerza laboral se mantiene desde 2007 de acuerdo a publicaciones realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación donde se advierte que la mayor parte (68%) de los trabajadores de salud son mujeres ⁽⁴⁵⁾.

Desde el punto de vista sociodemográfico el grupo etareo que tuvo un mayor porcentaje, fue el grupo de 33 a 42 años (34,8%), lo cual también ha sido obtenido

por diversas investigaciones realizadas en América Latina que manifiestan este rango de edad como el más predominante dentro del personal de enfermería en los sistemas públicos, siendo la media de acuerdo al CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) 42 años, el envejecimiento de la fuerza laboral de enfermería es también un factor a tener en cuenta en los servicios de traumatología donde la mayoría de los pacientes necesitan de la colaboración de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas ^(46,47).

Casi la totalidad del personal en estudio tienen escolaridad del nivel secundario (93,48%), este aspecto es interesante pues se podría motivar a los auxiliares de enfermería para que realicen la carrera a nivel profesional.

Se consideró al personal de enfermería desde la formación específica, ya que la profesión de enfermería tiene la particularidad de poseer dos niveles de formación profesional (licenciados en enfermería, enfermeros y el nivel auxiliar de enfermería) reconocidos por las legislaciones vigentes: Ley Nacional 24004/92, Ley Provincial 4192/87. Al respecto se comprobó que la mayor frecuencia es el auxiliar de enfermería, mientras que el nivel profesional de Licenciados en enfermería es la minoría de los trabajadores incluidos en el estudio. Analizando las leyes del ejercicio de enfermería según el nivel de formación, el nivel profesional está capacitado para realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital es valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas y brindar cuidados a pacientes dependientes y en estados críticos.

En cuanto a las capacidades del auxiliar de enfermería son aplicar medidas de higiene y bienestar del paciente, apoyar las actividades de nutrición de las personas, aplicar las acciones que favorezcan la eliminación vesical e intestinal espontánea, colaborar con la enfermera en procedimientos especiales aplicar procedimientos indicados para el control de las infecciones.

Las "Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica" contempla la distribución de planteles de enfermería, en virtud de la situación actual en que se encuentra el área de enfermería de los establecimientos asistenciales del subsector público. La misma establece que se debe tener en cuenta el nivel de riesgo del hospital, la complejidad

de los servicios, el número de camas y el personal de enfermería a cargo ⁽⁴⁸⁾. Así, la programación del personal de enfermería debería estar compuesta básicamente por 40% enfermeros, y 60% de auxiliares de enfermería para ser considerada buena, en el presente estudio el conjunto del personal está integrado por el 55,35% de auxiliares de enfermería, y el 44,65% corresponde al nivel profesional, se puede inferir, que, la planificación del personal de enfermería en estudio está superando el nivel bueno del programa nacional de garantía de calidad.

Otro aspecto analizado fue las capacitaciones específicas que recibió el personal relacionadas con cuidados a las personas con lesiones externas, producidas por accidentes de tránsito, y la respuesta en casi la totalidad del personal encuestado fue negativa, siendo una debilidad del personal encuestado la falta de educación continua sobre la temática específica en la atención a pacientes con traumas, no cumpliendo las recomendaciones pautadas por Donabedian⁽⁴⁹⁾. El autor refiere en relación a esto, la importancia de la capacitación permanente, la cual representa un componente central para la adecuación de las prácticas de atención y enfrentar los desafíos y oportunidades invaluable que les ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación. Esta capacitación debe complementarse con la auditoría de lo actuado para lograr la disminución de errores y muertes prevenibles y obtener el máximo de eficiencia y eficacia, ya que el paciente traumatizado puede presentar lesiones en varios órganos, con distintas severidades en cada órgano, con diversas significaciones clínicas en diferentes grupos de edad ⁽⁴⁹⁾. La sociedad Argentina de Traumatología propuso la utilización de la medida de efectividad como una herramienta de evaluación, lo que implica la evaluación del número de pacientes con lesiones salvables y que sobrevivieron ⁽⁵⁰⁾. En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud también señala la necesidad de la capacitación del personal de como un paso necesario para mejorar las prestaciones de la atención sanitaria ⁽⁵¹⁾.

El estudio de la Evaluación de la Calidad de los Signos Vitales como Indicador de Proceso en la Gestión del Cuidado de Enfermería, estudió al personal de nivel profesional, y detectó que el 62% realiza en forma correcta y completa los procedimientos de valoración de signos vitales⁽⁵²⁾, esto no es coincidente con los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que más de la mitad del personal no controla en forma correcta y completa las constantes vitales. Esto cobra una especial

relevancia dado que los controles de los signos vitales expresan las valoraciones fisiológicas básicas que reflejan el estado de salud del paciente, y el personal de enfermería debe utilizar estos datos cuando toma decisiones clínicas. Precisamente la OPS refiere que generalmente la enfermera es quien determina acerca de la frecuencia de valoración de los signos vitales, y debe considerar los principios básicos en los procedimientos tales como emplear técnicas asépticas, la colocación cómoda del paciente, explicar al paciente cada procedimiento para reducir la sensación de angustia, y registrar los resultados con prontitud y exactitud ⁽⁵²⁾.

Otro aspecto que se valoró fue la administración de medicamentos, la que comprende unas series de fases hasta que llega el medicamento al paciente. La administración del medicamento está definida como un objetivo estratégico y un valor principal de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud dado que los medicamentos contribuyen de manera considerable a mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud ⁽⁵⁴⁾. Al respecto, el estudio realizado en Fundación de Amparo a la Pesquisa del Estado de Sao Pablo, analizó el trabajo de errores en la administración de medicamentos registrando errores en los horarios, falla en la identificación de los pacientes y la mala caligrafía de los médicos que llevó a la interpretación equivocada de las prescripciones ⁽⁵⁵⁾.

Las legislaciones que regulan el ejercicio de la profesión, contemplan en las reglamentaciones que el personal de enfermería es el responsable de administrar el medicamento, es el último eslabón del sistema de medicación, de la cual debe tener en cuenta la responsabilidad de la tarea que tiene ante sí, no sólo como una tarea técnico – profesional, además como un acto de conciencia social extrema y humana ⁽⁵⁶⁾.

Según el Instituto de Medicina, se estima que en promedio un paciente hospitalizado está sujeto a un error de medicación por día, por lo que debe ser visto como prioridad para las intervenciones en los diferentes procesos con el fin de disminuirlo al mínimo ^(57, 58).

Otras investigaciones identifican que las causas asociadas al déficit en la administración de los medicamentos, pueden estar relacionadas con los factores individuales del personal, como la falta de atención, deficiencia en la formación, inexperiencia, pero también con fallas sistémicas, como la iluminación, falta de personal, dificultades de comunicación ^(59,60).

En este estudio sólo un 53,91% del personal observado aplican las normas de administración de medicamentos en forma completa, desde la planificación de las actividades, organización de la medicación, verificación de las prescripciones, preparación de los medicamentos, como ser la disolución de las presentaciones en solutos, cálculos de velocidad de goteo para los medicamentos que se administran por vía intravenosa y en forma paralela con el plan de hidratación parenteral.

Los aspectos evaluados fueron los estándares en la administración de los medicamentos, es decir normativas que la enfermera debe aplicar durante la preparación, administración y registros del procedimiento, para minimizar errores ^(61, 62), en el presente estudio un elevado porcentaje del personal, realizaron en forma correcta la medicación, pero no aplicaron los 9 aspectos correctos tal como lo menciona el artículo publicado en la revista British Journal of Nursing, en donde se identifica: vía correcta, hora correcta, paciente correcto, medicamentos correctos, dosis correcta, documentación correcta, acción correcta, manera correcta y respuesta correcta ^(65,66). Los nueve aspectos correctos no garantizan que los errores de medicamentos no se produzcan, pero su formulación ayuda a mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente durante la administración de medicamentos. El medicamento debe administrarse al paciente a quien fue prescripto. Este correcto es claro y parece ser simple, el personal incluido en el presente estudio

El indicador de administración de medicamentos por vial oral constituye un elemento básico en la práctica diario de enfermería, quien debe poseer destreza y conocimiento científico para realizarlo de manera correcta y eficiente, para asegurar así una atención individualizada y de calidad al paciente, pero el 61,09% de las frecuencias observadas, no verifican si los pacientes ingieren la medicación indicada por vía oral ^(63, 64).

La realización de este procedimiento es responsabilidad del personal de enfermería, existen en el entorno hospitalario diversos factores que pueden en un momento dado ser causa de omisión o incumplimiento de la prescripción, pero no justifican ni eximen a la enfermera de tal falla desde el punto de vista ético y jurídico. Por eso al iniciar el procedimiento que lleva a cabo con frecuencia la enfermera debe cumplir, de manera directa, con la normativa en la preparación y administración, y verificación

de paciente, constatando con la indicación del médico, en realidad entregan al paciente o familiar y confían que se responsabilicen de dicha medicación ^(65,66).

Cuando se analizó la utilización correcta de normas de bioseguridad, se detectó que sólo el 53,91%, aplicó las precauciones universales para prevenir las infecciones intrahospitalarias, entre las cuales la principal es el lavado de manos, ya que es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio de la limpieza mecánica con productos antisépticos antes y después de brindar cuidados a un paciente. Este procedimiento constituye el método más importante, sencillo y efectivo para reducir la transmisión de microorganismos entre pacientes, la diseminación de las infecciones institucionales por contacto directo a través de las manos es la forma más común de la transmisión, por lo tanto el lavado de manos debe convertirse en un procedimiento estandarizado y tomarse como un indicador de calidad ya que ha demostrado ser efectivo en la reducción de la morbi - mortalidad por las infecciones hospitalarias, así como de los costos generados por internaciones prolongadas ^(67,68). Por su parte la Organización Mundial de la Salud publicó una guía para la higiene de manos, durante la atención institucional de pacientes denominada “Mis cinco momentos para la higiene de manos”, en la cual se promueve la fricción antiséptica con alcohol como el eje de las técnicas de higiene: antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después de contacto con el entorno del paciente.

Respecto a este tema OMS realizó el estudio de un equipo de investigación que aplicó la estrategia de dicha organización internacional en 55 departamentos de 43 hospitales en seis lugares de Costa Rica, Italia, Malí, Pakistán y Arabia Saudita, durante dos años desde diciembre de 2006 a diciembre de 2008; y los resultados revelaron una mejoría en las prácticas con un incremento del 67%. El estudio puso de manifiesto que esos cambios observados en las prácticas y la cultura de seguridad se mantuvieron durante dos años al menos tras concluir la fase de prueba ^(69,70).

En base a que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria suelen deberse a gérmenes que los profesionales de la salud transmiten a los pacientes al tocarlos se analizó en el presente estudio el cumplimiento de esta norma de bioseguridad, detectando que 4 de cada 10 personal de enfermería no la cumple. este aspecto

deberá ser trabajado ya que el riesgo para los pacientes y para el mismo profesional es elevado. Al respecto en la última década se ha descrito que de cada 100 pacientes hospitalizados, adquirirán una infección relacionada con la atención sanitaria al menos 7 en los países desarrollados, y 10 en los países en desarrollo (71,72).

Edward Kelley, Coordinador del Programa de Seguridad del Pacientes de la OMS, sostiene que: “La mejor manera de reducir el número de pacientes afectados por infecciones resistentes a los antimicrobianos consiste en protegerlos antes que nada de la transmisión cruzada de gérmenes a través de las manos de los trabajadores sanitarios” (73).

“La estrategia de la OMS para la mejora de la higiene de las manos es recomendada por los Centros para el control de enfermedades de los Estados Unidos y de Europa, la Joint Commission internacional y los organismos acreditados, y casi todas las organizaciones profesionales del mundo”, señaló el profesor Didier Pittet, Director del Centro Colaborador y autor de la OMS para la Seguridad del Paciente (Hospitales Universitarios de Ginebra) y autor principal del artículo, fue aplicada hasta 2013, en más de 15.700 ambientes asistenciales de 168 países, y más de 50 gobiernos han basado en ella sus campañas nacionales de fomento de la higiene de las manos. El estudio valida su uso como métodos de referencia universal de la atención al paciente. Al respecto, los guantes son la barrera física mencionadas en las precauciones universales, que protege, tanto a los trabajadores de los servicios sanitarios, como a los usuarios que acuden a dichos servicios (74). Estudios realizados a nivel mundial por la OMS, indican que anualmente 1.4 millones de personas adquieren cada año infecciones en hospitales, además, 1 de cada 10 pacientes sufre daño intrahospitalario.

Se analizó la administración de soluciones intravenosas en la cual se observó que el 71,96% del personal realizó un correcto control, pues consiste en un conjunto de actividades, mediante el cual se dispone una solución para fluidoterapia endovenosa contenidas en envase estéril a la cual se le pueden adicionar medicamentos bajo condiciones asépticas. Esta técnica empleada en 7 de cada 10 profesionales evaluados es coincidente con lo estipulado en los procedimientos esperados para el personal de enfermería (75,76).

La relevancia de la preparación correcta de las soluciones intravenosa, es evidente, ya que las complicaciones, puede ir desde la falla del logro de los objetivos del tratamiento, inflamaciones, infecciones tales como flebitis, bacteriemia, endocarditis, siendo, la más grave es la sepsis ^(77,78).

No obstante, se deberá trabajar para que el total del personal asuma la responsabilidad de la aplicación adecuada de técnicas correcta, ya que el acceso vascular conlleva riesgos potenciales relativos a complicaciones iatrogénicas genéricas, pero, por sobre todo riesgos relativos a infecciones del torrente sanguíneo ⁽⁷⁹⁾.

Diversos estudios realizados hacen más de 10 años, indican que las infecciones del torrente sanguíneo son responsables de una tasa extra de mortalidad que asciende al 35%, asociadas a la venopunción en pacientes, tiene estrecha relación con un incremento en la duración de la internación, así como en los costos adicionales asociados a la salud con un elevado costo.

En los últimos 15 años, se produjeron grandes avances en el conocimiento de la epidemiología y la patogénesis de este tipo de infecciones. Un estudio reciente efectuado en países desarrollados indica que las septicemias, pueden prevenirse adoptando medidas preventivas ⁽⁸⁰⁾.

Al valorar la respuesta de enfermería a las necesidades de eliminaciones de los aparatos urinario y digestivo se obtuvo como resultado, un bajo porcentaje, del personal que brindaron cuidados a los pacientes con incontinencia o inmovilizados, como suele ser en el caso de los pacientes traumatizados que se encuentran con tracción, es necesario que sean higienizados, en la eliminación de aparato digestivo el 21,52% del personal en estudio brindaron cuidados necesarios relacionados con la eliminación intestinal. Estos valores están muy por debajo a lo esperado, en el cual el personal de enfermería debe analizar el estado del paciente, tratar de brindar intimidad y el tiempo necesario y después de la evacuación debe realizar la higiene perineal según técnica y previniendo lesiones de la piel ⁽⁸¹⁾.

El personal de enfermería debería estar atento de las infecciones urinarias ya que unas de las principales infecciones intrahospitalarias se asocian al uso de catéter urinario, sin embargo, en este estudio el 74,57% el personal de enfermería no aplica cuidados en las eliminaciones urinarias de los pacientes. Recientemente la *Society for Healthcare Epidemiology of América (SHEA)* y la *Infectious Diseases Society of*

América (IDSA) actualizaron estrategias dirigidas para prevenir las infecciones urinarias en centros asistenciales entre las que recomienda que la colocación del catéter debe ser realizada por personal adecuadamente entrenado, con materiales estériles y aplicando técnicas asépticas⁽⁸²⁾.

Por otra parte, también se analizó las acciones que aplicó el personal de enfermería para prevenir las úlceras por presión, considerando que la destrucción de tejido que se produce cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona, debido a presión excesiva o prolongada, es producto de compresión continua en alguna parte del cuerpo, que produce lesiones vasculares y por lo tanto isquemia y que se pueden prevenir si se identifica a los pacientes de riesgos. En este trabajo menos de la mitad del personal aplicó medidas de prevenciones de las úlceras por presión, es decir 6 de cada 10 del personal de enfermería analizado, no tuvieron presente las situaciones que son modificables para prevenir la formación de las úlceras^(83,84). El cuidado de la piel de los pacientes es uno de los aspectos relevantes de la atención de enfermería. Las úlceras por presión son eventos críticos bastante frecuentes en los servicios de internaciones y son tomadas como marcador clínico para medir la calidad de atención.

Valorando los registros de enfermería que es un procedimiento que documenta la valoración e intervenciones de enfermería, así como la respuesta del paciente al tratamiento. Es un procedimiento que comunica hechos esenciales a fin de mantener una historia continua de la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo y de su impacto en el paciente, para la toma de decisiones durante su internación, y permite verificar la eficiencia del proceso registro, ya que a través de su aplicación se asegura que exista la evidencia escrita del cuidado proporcionado y se evita pérdida y demora de la información⁽⁸⁵⁾.

En este estudio, casi la mitad, del personal no realiza los registros en forma completa, a pesar que son una parte vital de la historia clínica de los pacientes, y que en muchos casos médicos – legales son resueltos basándose en lo que escribió el personal de enfermería, en un juicio sirve lo que se puede probar, y los registros incompletos exponen a los enfermeros y auxiliares a ser víctimas del viejo aforismo médico – legal “lo que no está escrito no fue hecho”.

Las faltas de registro de antecedentes patológicos relevantes como alergias a determinada mediación, o de patologías como hemofilia; u otros registros de

importancia son de las acciones que al no hacerlas tendrá un impacto en el próximo turno, ya que no sabrán si la misma observación es nueva o hubo cambios.

Los pacientes, con trauma, que tienen tracción, son pacientes dependientes e imposibilitados de realizar su autocuidado en lo referido a sus higienes personales. En ellos como en todo paciente la higiene tiene como objetivo el aseo general del cuerpo del paciente brindándole comodidad, estimulando la circulación sanguínea, y favoreciendo la transpiración de la piel. Es necesario recordar que el cuidado de los pacientes constituye la esencia del ejercicio profesional de la enfermería, ya que, debido al deterioro causado por la enfermedad, están limitadas su autonomía y capacidad para satisfacer sus necesidades higiénicas ⁽⁸⁶⁾. En relación a este procedimiento el 92,61% del personal incluido en este estudio, no realizó la higiene a los pacientes. Al respecto el modelo teórico de Virginia Henderson, para los cuidados de enfermería a los pacientes hospitalizados, describe catorce necesidades básicas de las personas enfermas y refiere que *“la única función de una enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, siempre con el objetivo de ayudarlo para alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible”*. Henderson, en su teoría, identifica las necesidades asistenciales en respirar, comer y beber; eliminar residuos corporales, movimiento, descanso y sueño, elegir las prendas de vestir y desvestirse, mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno; mantener el cuerpo limpio y cuidado, evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros, comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones. Mantener el cuerpo limpio permite obtener una sensación de autoestima y la manera en la que el personal de enfermería brinde estos cuidados influye en la percepción que tiene el paciente del personal que lo cuida, si la atención se administra en forma profesional y eficiente aumentará su confianza en el sistema de atención a su salud ⁽⁸⁷⁾. En el presente estudio se suma que el 98,26% del personal no se ocupa de conservar la higiene de la unidad del paciente.

En cambio, el 95,65% si se ocupa de aplicar estrategias para favorecer el descanso y sueño de los pacientes, considerando que todas las personas necesitan descansar

y dormir cada día para proteger y restaurar las funciones corporales. Esta acción implica que para lograr que el paciente disfrute de descanso y sueño normal, el personal enfermería debe recurrir a terapias destinadas a favorecer la relajación, el sueño y eliminar los factores que lo interrumpan como ser aplicación de tratamientos, administración de medicamentos, evitar ruidos, ambiente limpio, tal como lo recomienda la bibliografía ⁽⁸⁸⁾.

En las observaciones sobre el respeto de la privacidad y la intimidad del paciente, el 82,37% si lo realiza, lo cual es coincidente con la bibliografía ⁽⁸⁹⁾, que recomienda, la privacidad ya que la pérdida de la intimidad del paciente hospitalizado es un agente desestabilizador que puede desencadenar en cuadros de ansiedad y regresión y otras expresiones somáticas desestabilizadoras.

Desde la concepción de la calidad de atención aparece como un nuevo “paradigma social” que impregna todas las estructuras sanitarias, las aportaciones de Nougí (2001) son importantes, destaca que enfermería debe en el actual sistema de atención, aunar en el sentido de responsabilidad hacia sí misma y hacia la profesión. En el año 1984 la OMS definió la calidad asistencial como asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso ⁽⁹⁰⁾.

La calidad en los cuidados de enfermería ha sido una preocupación constante. Florence Nightingale (1820- 1910) fue una de las pioneras en los cuidados con calidad y seguridad ya que durante la guerra de Crimea consiguió en pocos meses disminuir la mortalidad de los heridos de guerra de un 40% a un 2% gracias a las medidas de higiene que implementó en los hospitales de campaña. En tanto el profesor Avedis Donabedian definió a la calidad de los cuidados como la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado teniendo en cuenta los valores de los individuos y las sociedades.

En este estudio se relacionó las observaciones de los diferentes procedimientos con la satisfacción de los pacientes con lesiones por accidentes de tránsito, internados en el Servicio de Traumatología del Hospital Interzonal San Juan Bautista, se consultó sobre relaciones humanas en el proceso de admisión, considerando que la

hospitalización de una persona para tratamiento de un problema de salud supone encontrarse en un medio nuevo que no conoce, y “entrega” su cuerpo a los profesionales y personal de salud que le atienden. Actualmente los avances tecnológicos que se encuentran en los servicios de traumatologías, en las que, dada la importancia de los problemas físicos que presentan los pacientes con lesiones externas, la atención a las alteraciones psicológicas y sociales que representan las heridas por accidentes de tránsito pueden quedar con secuelas físicas o psicológicas, además hay que tener en cuenta la agresividad de algunos tratamientos y el elevado grado de dependencia de quien le cuida ⁽⁹¹⁾.

El proceso de admisión desde el punto de vista, de atención de enfermería, consiste en la preparación de la unidad del paciente, ubicar al paciente en su unidad de acuerdo al género, estado general y patología presentarse y presentarle el compañero de sala. Valorar el estado del paciente, de los signos vitales, priorizar las necesidades que presenta. Teniendo en cuenta que la hospitalización es siempre causa de problemática psicosocial ya que el paciente pasa a una condición de pasividad, alejado de sus hábitos y costumbres enfrentando a un futuro incierto donde caben el dolor y la muerte, por eso necesita que en la recepción se le brinde un ambiente cálido y amable contribuye a brindar seguridad atenuando el temor, la ansiedad que produce la internación, en apoyo que le proporcionará enfermería, además de una atención física eficiente y segura, oportunidades para que pueda expresar sus sentimientos libremente y atenuar así sus miedos y ansiedades ⁽⁹²⁾.

Considerar la totalidad de la persona, aun cuando el problema físico sea prioritario e inminente, debe ser objetivo de los cuidados de enfermería y la forma como reciba e introyecte ese cuidado daría respuesta a la percepción que tenga el paciente con respecto a los comportamientos del cuidado que recibe ⁽⁹³⁾.

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio, en el que se consultó a los pacientes sobre la recepción que ofreció enfermería, la información dada por la enfermera, la respuesta al dolor y el control de los procedimientos, el 58,91% lo percibieron como bueno y en la resolución de problemas el 85% lo refirieron como adecuado. La satisfacción de los pacientes se constituye, así como uno de los componentes más importantes en el momento de medir la calidad de los servicios sanitarios, tal y como afirma Donabedian y otros investigadores ^(94, 95).

El 55,65% de los pacientes consideraron que fue buena la respuesta de enfermería, en sus momentos de dolor, este es de destacar ya que el dolor es un síntoma que se presenta en un 60 – 90% de los pacientes con lesiones y se estima que en un 30% de los casos se relacionan con la inmovilidad, la tensión muscular, las úlceras por presión y el deterioro físico, y en estos casos, el dolor responde mejor a medidas físicas y sencillas que a los medicamentos analgésicos.

Dado que el dolor tiene dos componentes tales como el estímulo físico y la respuesta emocional o componentes afectivos, es importante que el personal de enfermería esté atento a la atención tanto del tratamiento farmacológico, como no farmacológico ⁽⁹⁶⁾. El rol de las enfermeras en el abordaje del dolor es crucial en sus dos fases, al ser el profesional que más tiempo dedica a la atención del paciente, debiendo afrontar la situación con objetividad, aunque también influirá su propio perfil personal. Enfermería debe mantener una fluida comunicación y recabar del paciente toda la información necesaria y de manera continua sobre el dolor y sus características tales como la percepción, la duración y la intensidad ⁽⁹⁷⁾.

La bibliografía también refiere la importancia de enseñar al paciente técnicas de autocontrol: de respiración, de relajación, de distracción, ya que se ha demostrado que el dolor perturba más cuando se tiene la impresión de no poderlo vencer, por ello se considera que se puede modificar el grado de dolor enseñándoles como combatirlo, ya que la sensación de control facilita la disminución de la ansiedad ⁽⁹⁸⁾.

En cuanto a las explicaciones de los procedimientos que brindó enfermería, el 78,26% de los pacientes las percibieron entre muy buena y buena, el 20,87% valoraron como aceptable, refiriendo los pacientes que las explicaciones de los tratamientos son muy positivas y los hace sentir seguro.

En el presente trabajo se puede valorar que es evidente la diferencia de calidad de los cuidados que brindan las enfermeras con relación a los auxiliares de enfermería, desde la preparación de la admisión, valoración de signos vitales, administración de medicamentos y planes de hidratación parenteral.

Los registros valorados según nivel de formación se constataron que el nivel profesional realiza en forma completa, y oportuna los registros.

La adopción de la perspectiva del paciente, al definir la calidad de las atenciones que recibe, introduce el concepto de percepción, que supone que el usuario del sistema es el que puede determinar si las atenciones son de calidad o no.

En la encuesta de satisfacción realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) sobre la satisfacción del usuario de AP de 2008 ⁽⁹⁹⁾, se comprueba que los usuarios de los servicios sanitarios públicos en Andalucía valoran a los diferentes profesionales del SAS, con niveles de satisfacción por encima del 85%, siendo los mejor valorados los profesionales de enfermería con un 94,2%, seguido de los médicos pediatras 93,2%, y los auxiliares de enfermería en último lugar con un 82,3%.

Otros estudios de satisfacción y calidad percibida en diferentes ámbitos sanitarios, Concluyen que los aspectos mejor valorados son el trato de respeto y la información recibida por los profesionales, así como los conocimientos técnicos ⁽¹⁰⁰⁾.

Finalmente, y en forma de síntesis en cuanto a la definición de calidad de atención en el sistema de salud podemos mencionar al Dr. Avedis Donabedia quien la define como *“lograr mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente”* contemplando la dimensión técnica, la dimensión de seguridad, y la satisfacción de las necesidades del paciente.

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería del Servicio de Traumatología del Hospital San Juan Bautista, presenta un predominio de mujeres, en un grupo de edad de 33 a 42 años, y en cuanto el personal masculino el grupo más representativo se encuentra en el rango de 38 a 42 años.
- El mayor porcentaje del personal que brinda atenciones a las personas internadas en el Servicio de Traumatología, son auxiliares de enfermería, mientras que la menor cantidad corresponde a los licenciados en enfermería, la escolaridad de los enfermeros que prevalece es el nivel secundario y la mayoría del personal no realizó capacitación específica acerca de lesiones producidas por accidentes de tránsito.
- En la valoración de los aspectos técnicos observados 6 de cada 10 del personal controlan correctamente los signos vitales en forma completa, en cambio en la administración de la medicación vía oral, no controlaron si el paciente deglute la misma.
- En los procedimientos interdependientes, que tiene indicaciones de otros profesionales, lo realizó la mayoría del personal, no así en los cuidados independientes del personal de enfermería, como las valoraciones de signos vitales
- En las necesidades de higiene y confort, las cuales son acciones autónomas del personal de enfermería, no fueron realizadas por todos los enfermeros.
- La satisfacción de los pacientes en relación a los cuidados que les brindó el personal de enfermería, en el proceso de admisión en el servicio, fue considerado como buena, o muy buena.
- La evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de los pacientes permitió la identificación de potencialidades y deficiencias en las planificaciones de actividades asistenciales.
- Respecto a la calidad del cuidado proporcionado por el equipo de enfermería según la perspectiva del paciente se pudo concluir que hay un déficit de la calidad de los cuidados identificándose una relación entre la calidad de los procedimientos de atención y la satisfacción de los pacientes.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere continuar con la implementación del Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería para mejorar la calidad de atención. Este programa incluye:

- Realizar en forma periódica la evaluación de desempeño del personal del nivel operativo, y brindándoles información de los resultados, para que modifiquen actitudes en los cuidados que brindan a los pacientes.
- Instar a las autoridades del Hospital Interzonal San Juan Bautista, que incorpore personal de nivel profesional, ya que el cuidado integral del paciente es función del nivel profesional, con el que colabora el Auxiliar de Enfermería en actividades de su competencia, lo que redundará en beneficio del paciente y se optimizará los cuidados de enfermería.
- Implementar protocolos de atención a los pacientes traumatizados por siniestros viales, en el servicio para que tanto los auxiliares como los profesionales unifiquen los criterios de realizar los procedimientos y cuidados.
- Determinar los cuidados de enfermería según las competencias acorde al nivel de formación.
- Fomentar y apoyar estudios de investigación que permitan medir la calidad de atención como base y fundamento de programas posteriores.
- Elaborar e implementar a partir del Departamento de Enfermería del Hospital Interzonal San Juan Bautista, un Programa estratégico de mejoramiento de calidad y de seguridad del paciente.

Referencia Bibliográfica

- 1) Gerson, R. *Cómo Medir la Satisfacción del Paciente*. Editorial Iberoamérica S.A. de C.V. Editor Grepe, Nicolás impreso en México. 2004 pag.12-41.
- 2) Coimbra, R. Hoyt, D. *La Enfermedad Trauma*. Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires. 2002 XV 23.
- 3) Hoyt. D., Hollingsworth, F. *Quality improvements in Trauma Systems*. 4 ed. Mosby. Inc. St. Louis; 2013 págs. 23-24
- 4) González Echeverri G. Laverde de Botero, C. Ferrero Pulido, C. Agudelo García, B. Sepúlveda Díaz, H *La consolidación de una Línea de Investigación sobre Trauma*. Udea.edu.co/revista spt. 00/liena.htm. 2005 Pág. 5.
- 5) Castillo Salgado, C. Mujica, O. Loyola Elizondo, E. Soler Canela, J. *Control de Enfermedades en la Población, VI Modulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Segunda Edición*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2012 Pág. 10.
- 6) Castillo Salgado, C. Mujica, O. Loyola Elizondo, E. Soler Canela, J. *Control de Enfermedades en la Población, VI Modulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Segunda Edición*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.2012 Pág. 8
- 7) Neira. J. – *Epidemiología del Trauma* Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires. 2012 págs. 3 -7.
- 8) Delgado Valencia, A., Álvarez Rodríguez, Y. Aliaga Guerra, R. *Calidad De Atención de Enfermería desde la Percepción del Usuario que Acude al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almerada Correa* Rev. de Ciencias de la Salud. 2007
- 9) Marriner Tomey, Ann. Raile Alligood, M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Quinta Edición, Madrid. Edi. An Elsevier Science Imprint. 2013 P. 98 – 99.
- 10) Trostchansky, J. *Los Sistemas de Trauma: Un Ddesafío Asistencial*. editorial.pagina.WEB.Uruguay.http://WWW.s.mu.org.uy.elsmu/institución/comisiones/preacetra/sistemas/%20traumapdf [2004febrero]
- 11) Seigel H. Dunham C.M. *Trauma the Disease of the 20 the. Century*, In Seigel SH. Washington. 2012. Págs. 22 -24.

- 12) Morugij Alejandra “Hacia la Calidad Total en el Sector Sanitario” en Temas de Enfermería Actualizado (TEA) Año 2 N° 10 noviembre – diciembre 2012
- 13) Marcos Erize habla de Calidad Total. Sección Estrategias. Cable Hogar. Buenos Aires. 2012.
- 14) El poder de los Clientes Marcos Erize Clarín Económico Buenos Aires 17 de septiembre 2005.
- 15) Correa, Rubén el cliente amo y señor. Diario La Nación Bs. As. 16 de junio de 2006
- 16) Neira. J. – Control de Calidad en Trauma. Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires. 2012 págs. 60 -63
- 17) Vuori, H.V. Hernández, P.S. Vila, R. Suñol Sala, R – El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson, S.A. Barcelona – 2008 págs. 59-67
- 18) Cebe, L. Estrategia para mejorar la productividad en Instituciones de Salud: Cuadro de mando integral como herramienta de gestión. Revista ISALUD Volumen 2 – Número 8 Julio 2007. Pág. 31 – 38.
- 19) Servicio Andaluz de Salud – Manual Sistema de control de Gestión Hospitalaria, Junta de Andalucía – consejería de Salud. Enero 1995.
- 20) Kaplan, R. y Norton D. “Using The Balanced Scorecard As. A. Strategic Management Systems. Harvard Business Review Boston. Enero 2016.
- 21) Paganini, J. “Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria”, HSS/SILOS N° 30 OMS. Washington. EE.UU. 2015.
- 22) Levitt, M.S. Problems of Efficiency In: Hansen M.M. ed. The Economics of medical care. Ed. George Allen and unaurm Ltd. EE.UU. 1992.
- 23) Verde, J. Santana. S. Castro, M. Sangiovanni, Evaluación de una Pauta de tratamiento de Heridas Complejas. Revista de Enfermería del Hospital Italiano 2004, número 22.
- 24) Neira. J. – Administración de Recursos para la Atención del Traumatizado Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires. 2012 pág.65 - 70
- 25) Neira. J. – Epidemiología del Trauma Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires 2012. 5 -7.

- 26) Fernández, G. Odriozola M.. Atención Inicial del Politraumatizado. Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma –Trauma Prioridades. Editorial Médica, Panamericana – Buenos Aires. 2012págs 137 – 142-
- 27) Vuori, H.V. El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Barcelona Masson S.A. 2008 Págs. 96-98
- 28) González Dagnino A. Heredero, Aguilera Guzmán, M. Calidad Total en Atención Primaria de Salud. Editorial Díaz de Santos Madrid. 2008
- 29) Castillo de los Ríos, J., Ávila Rojas, T. Algunas consideraciones en el Análisis del Concepto: Satisfacción del paciente. México. 2004
- 30) De la Rosa, M. Alemán Lage, M. García, R. Miranda, R. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Subsistema de Urgencias del Municipio, Revisita Cubana Salud Pública, v. 26 n. 2 Ciudad de la Habana.2012
- 31) Dever, Alan, G..Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) OPS 2012
- 32) Ministerio de Salud. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería Comisión Interinstitucional de Enfermería Gestión de los Cuidados. 2012 Págs.3-4
- 33) Gilmore, C. Novaes, H Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2008 págs. 8-18.
- 34) Varkevisser, C. Pathmanathan, I Brownlee, A. Investigación Sobre Sistema de Salud, CIID OPS. Volumen IV 2012.
- 35) Rico, R. R. Calidad Estratégica Total: Total Quality Managment. Ediciones Macchi Bogota. 2012 págs.38 -50
- 36) Rodríguez, I. Cornejo, MJ. López Sánchez A., Cruzado MD., Martínez Mora, Arriaga E. Carnicer I., Un modelo de Gestión de la Calidad Total para la enfermería Hospitalaria, Rev. Calidad Asistencial 16_ 234 – 242. 2011
- 37) Mock CH., Arreola Rissa C., Vega F. Romero E., Boer M., Lormadn JD., Fortalecimiento la atención del trauma en México y a nivel mundial. Proyecto Atención Esencial en Trauma 2012 7. 5- 14.
- 38) Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. La garantía de calidad en el hospital público de autogestión: Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. OMS. Editorial Médica Panamericana. 2006

- 39) Keith, F. et al: Maceration of the skin and wound bed 1: Its nature and causes
JOURNAL OF Wound care Vol.11 N° 7. 2012
- 40) Coverll j.C. et. All A comparison of the efficacy an cost-effetiveness of two
methods of managing pressure ulcers” Decubitud jul. 2016 28 – 36 NLM. CIT. ID.
941282223.
- 41) Farnell, J. . Normas y calidad para el Mercado europeo, Economía Industrial N°
274, 2008 págs. 45- 48
- 42) Dean, J. W. y Bowen, D. Management Theory an Total Quality: improving
Reserarch and practice thourgh Theory Development” Adademy Of. Management
Review vol. 29 2012 pag. 39 – 48.
- 43) Ehrenfeld, T. “Juran, Moss Kanter peters.. y la Calidad Total”. Harvard Deusto
Business Review N° 60 2013 pág. 18 -2.
- 44) Organización Panamericana de la Salud, La enfermería en las América. 2014.
ISBN 927511571.0.
- 45) Álvarez, Ca., Sossa, MP. López, L., Ortiz Ruiz, G. Impacto del uso del alcohol
glicerinado en el comportamiento de la infección hospitalaria en una unidad
médico – quirúrgico de cuidados intensivos. Infectio 2005. 70 – 78.
- 46) Cometo, M.; Gómez, P.; Morcon Dal Sasso, G.; Enfermería y Seguridad de los
Pacientes. OPS. ISBN 978-927533246-7. Año 2011.
- 47) Dedrick R, Sinkowitz, Cocharan R. Cunningham C., Mudern, R. Et al Hand
Hygiene practices after briet encounters With patients an important opportunity for
prevention, infec control hosp Epidemiol 2007, mar 28 341 346
- 48) Malagón Londoño; G., Álvarez Moreno, C.; Infecciones Hospitalarias, Editorial
Panamericana, 3ª. Edición año 2010. Bogotá Colombia. ISBN 978-9588443-04-1.
- 49) Donabedian A. Explorations on quality assessment an monitoring. Ann Arbor:
Healt Administration Press, 2010. Vol. I: The definitions of quality and the
approaches to its assessment.
- 50) Potter, P.; Perry, A. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica Harcourt
Brace, Tercera Edición Madrid ISBN 84-8174-160-4. 2010 Pág. 656 – 689.
- 51) Dedrick R, Sinkowitz, Cocharan R. Cunningham C., Mudern, R. Et al Hand
Hygiene practices after briet encounters With patients an important opportunity for
prevention, infec control hosp Epidemiol 2007, mar 28 341 346.

- 52) Organización Panamericana de la Salud Enfermería en las Américas. Washington, D.C. (OPS publicación Científica 571) 2000.
- 53) Aranaz, A., J.M. Acerca de los Sistemas de Notificación y registros de sucesos adversos. *Calidad Asistencia* 2009, 14.
- 54) Ceriani Cernadas J.M. “El Error en Medicina: Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión” *Arch Argent Pediatr.*, 2011 522 – 529.
- 55) Arañaz A., Agra Y.,” La Cultura de Seguridad del Paciente del Pasado al Futuro en Cuatro Tiempos. *Med. Cli (barc)* 2010.
- 56) Fajardo Ortiz, G., *Atención Médica: Teoría y Práctica Administrativa*. México: La Prensa Médica Mexicana. 2010.
- 57) Salazar Maya A., Martínez de Acosta, C., Un Sobrevuelo por Algunas Teorías donde la Interacción Enfermera – Paciente es el núcleo del Cuidado. *Av. Enfermer.* 2008, 25.
- 58) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) enfoque por la Seguridad del Paciente, Washington, 2007.
- 59) Davini, MC Guía de Evaluación Diagnóstica, Programa de Educación en Servicio, Componente de Capacitación; PROMIN Argentina 2003.
- 60) Luzuriaga, T., Casco M., de Capacitación y Evaluación: Transformando las Prácticas. *Corriente: PROMIN*. 2003.
- 61) Malagón Londoño; G., Álvarez Moreno, C.; *Infecciones Hospitalarias*, Editorial Panamericana, 4ª. Edición año 2014. Bogotá Colombia. ISBN 978-9588443-04-1.
- 62) Sánchez, Martín MM. Abejón Arroyo, A., *Cuidados de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica (Segunda Parte)* Valladolid Secretariado de Publicaciones de Valladolid 2014.
- 63) Jiménez murillo L. Montero Pérez Fj. *Medicinas de Urgencia y Emergencias. Guía de Cuidados* 4ª ed. 2014
- 64) Moragón Fernández MC. Ruiz Paños MT. Villalpando Guedón MC. *Enfermería de Traumatología tomo II, Serie Cuidados Avanzados*. Madrid 2014.
- 65) Ignatavictus D. Haga las Preguntas de la Seguridad en la Administración de la Medicación. *Nursing* 2012; 19 22.
- 66) Pallares L., Junquera JM. *Guía Práctica para Evaluación de la Calidad en la Atención de Enfermería: Madrid (España) Olalla Ediciones* 2014.

- 67) Roldan, VA. Úlceras por Presión. Madrid. 2014.
- 68) Chávez Otero, W. Edward Deming. El Padre de la Calidad Moderna Calidad en Salud. Madrid 2012.
- 69) Otero, MJ. Avedis Doanvedian y la Calidad de la Atención en Salud. Madrid 2010
- 70) García Mayorga, A Guía Práctica de Intervenciones de Enfermería en Traumatología. Madrid. Enfo Ediciones para FUDEN; 2014.
- 71) Swearingen PL. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgico 7^a edición. Barcelona. Elsevier Mosby 2014.
- 72) Ortega Molina FJ., González Romero JE., Actualización en Traumatología. Formación Continuada Logoss. 2014.
- 73) Bruner SL. Et. Al. Administración de Medicamentos y Tratamientos intravenoso 7^a ed. Madrid. Doyma 2013.
- 74) Burns N. etal Administración de Medicamentos en Enfermería. Madrid Doyma. 2014.
- 75) Malagón L., Hernández, E. Infecciones Intrahospitalarias. Colombia Panamericana 2015.
- 76) Wenzel, R., et. Al. Guía para el Control de Infecciones Nosocomiales México. Interamericana. 2014.
- 77) Denis, JE. Realización de una punción venosa: Nursing. 2014.
- 78) Jiménez, TV., Mezclas Intravenosas y Nutrición Artificial 6^a edición Valencia CONVASER. 2010.
- 79) Silva, G., Manual de Procedimientos de Enfermería. México. Interamericana. 2014
- 80) Servicio de Traumatología Hospital Infanta Cristina. Cuidados de Enfermería a Pacientes politraumatizados. Servicio Extremeño de Salud. 2011.
- 81) Leija, HC., Arellano, HF., Rojas, SL., Hernández, CAR. Flores, MI Indicadores de Calidad del Cuidado, Indicador I. Lavado de Manos. Editorial Panamericana. 2012.
- 82) Organización Mundial de la Salud, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las Manos. Geniva; Organización Mundial de la Salud: 2009.
- 83) Tillar E., García, G., Aramburú, R., Manual de Procedimientos Catedra Enfermería Médica y Quirúrgica, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Catamarca. 2016.

- 84) Rosete, LS., Mendoza, RE., Manual de Procedimientos técnicos del Servicio de Nefrología. México, 2014.
- 85) Potter, A., Fundamentos de Enfermería 8ª edición Madrid. Mosby 2014.
- 86) Henderson V., Enfermería Teórica y Práctica 3ª edición. México la Prensa Médica Mexicana. 2010.
- 87) Pinal; ME., Sánchez, RE., Higiene y Confort del paciente. Indicador de Calidad de Atención de Enfermería. Ed. Panamericana 2012.
- 88) Pallares, L. Junquera, JM Guía Práctica para Evaluación de la Calidad en la Atención de Enfermería, Madrid Olalla Ediciones 2011.
- 89) Bailey E., Manual de Enfermería. Barcelona Océano Centrum 2012.
- 90) García, RS., Navio, MAM., Normas Básicas, Normas Básicas para la Elaboración de los Registros de Enfermería. NURE 2007.
- 91) Arrontes Caballero, G. de Frutos Muñoz R., González Rodríguez, V., Necesidades de Cuidados y Calidad de Vida de los Pacientes Traumatizados. Educare 2008.
- 92) Álvarez Porrero, JM. Guía de Intervención Rápida de Enfermería, Madrid, DAE. 2008.
- 93) Ramírez, STJ. Nájera, AP., Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Enfermería. Salud Pública. México. 2007.
- 94) Potter, PA, Perry, A., Fundamentos de Enfermería, 5ª ed. Barcelona. España, Edición Hancourt. Océano 2008
- 95) Calero, GMJ., Fernández, RAJ, Calidad Asistencial en Enfermería Hospitalaria. Granada España, Fundación Index. 2007.
- 96) Donahuet K., La Calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos. Revista Salud Pública de México. 2010.
- 97) Roldan, VA., et. Manual de Enfermería, Barcelona Océano Centrum. 2007.
- 98) Molina, G., Desafíos de la Gestión de Enfermería en el Marco de las Reformas y de los Servicios de Salud, OPS/OMS. 2010.
- 99) Henderson, V., Enfermería teoría y prácticas, Cuidados Básicos de 3º México La Prensa. 2012.
- 100) Ortega, Suarez, Manuel de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería, Estrategias para su Aplicación. 2ª Edición.

ANEXOS

Formulario de Consentimiento Informado para la firma.

La Lic. García Graciela, me ha informado acerca de la naturaleza, a quienes va dirigido y los fines de la entrevista. También me ha informado dicha profesional que los beneficios esperados están dirigidos hacia la comunidad donde pertenezco, y que puedo abandonar voluntariamente mi participación en este estudio en cualquier momento. Que mi identidad será confidencial y no se harán del conocimiento público. Si del estudio presente resulta una publicación, mi identidad se mantendrá confidencial.

Agrego que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido respondidas total y satisfactoriamente.

Firma del Entrevistado

Firma del Profesional

Fecha de la entrevista:

INSTITUCIÓN: HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Sexo:

Edad:

Nivel de Instrucción.

Primaria compl.	<input type="checkbox"/>	EGB	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	s. incompleto	<input type="checkbox"/>
Polimodal	<input type="checkbox"/>	incompleto	<input type="checkbox"/>

Niveles de Formación

Lic. Enfermería	<input type="checkbox"/>
Enfermera	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/>

Antigüedad

Capacitación que realizó los últimos 5 años.

INSTITUCIÓN: Hospital San Juan Bautista

SERVICIO: Traumatología: fecha de evaluación

Turno:

Guía de observación

Aspectos técnicos a evaluar	Sí	Coeficiente	No	Coeficiente
1. Controla todos los signos vitales en forma correcta		3		-3
2. Administración de medicamentos a horario.		3		-3
3. Verifica que el paciente ingiera la medicación vía oral.		2		-2
4. Aplica las Normas de Bioseguridad		3		-3
5. Controla el tiempo de la Venoclisis		2		-2
6. La solución parenteral instalada tiene el marbete correspondiente		2		-2
7. Enfermería previene flebitis por venoclisis.		2		-2
8. El sitio de la punción y zona periférica se encuentra libre de signos de infección.		3		-3
9. Colocación de catéteres (Sondas)		3		-3
10. Curación de heridas, con técnicas asépticas		3		-3
11. Registros de cuidados enfermeros		2		-2
12. Los pacientes dependientes son higienizados		1		-1
13. Higiene de la unidad		1		-1
14. Control de eliminación, aparato urinario.		2		-2
15. Control de eliminación, aparato digestivo.		2		-2
16. Moviliza al paciente p/ prevenir úlceras p/ presión		2		-2
17. Respeta la privacidad.		2		-2
18. Respeta el descanso y sueño		2		-2
Puntaje total				

ENCUESTA ADMINISTRADA A LOS PACIENTES ASISTIDOS POR TRAUMA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA.

Apreciaremos su colaboración, respondiendo la siguiente encuesta de la atención de enfermería del servicio de Traumatología.

Paciente: _____

Ítem	Excelente 5	Muy bueno 4	Bueno 3	Aceptable 2	Deficiente 1
UD., considera que el proceso de admisión fue					
La orientación en el funcionamiento del servicio fue:					
Los cuidados que recibió en el servicio fueron:					
La resolución de problemas en el servicio fue					
La respuesta a sus requerimientos por parte del personal de enfermería del servicio fueron					
El control sobre horario de la medicación fue					
La respuesta de enfermería frente a su dolor fue:					
Las explicaciones del personal de enfermería ante el procedimiento que le realiza fue					
Las explicaciones acerca de las medidas para el cuidado de su lesiones fueron					
La periodicidad de las movilizaciones fue					
El control del goteo fue					
El control de los drenajes fue					

Le agradecemos su colaboración