



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTADO POR: BACH. EVELIN GÚZMAN VÁSQUEZ

ASESOR: Dr. HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA Ph. D.

ICA – PERÚ

2016

DEDICADO A:

Mis padres y a las personas que han influenciado en mi vida, dándome consejos, guiándome y haciendo una persona de bien. Con mucho amor y respeto.

AGRADEZCO A:

Todas aquellas personas por el apoyo brindado durante todo este proceso. A mis padres porque son el motivo que me impulsan a seguir adelante. Muchas gracias.

El trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el politraumatizado, la primera causa por trauma, sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y para el estado. La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.

Objetivo: Determinar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica – 2016.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, prospectiva, y no experimental de Nivel descriptivo. Sobre 160 pacientes politraumatizados atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica en abril de 2016.

Conclusiones: La atención oportuna del paciente politraumatizado en la atención inicial tiene una aprobación de 63.8%. La capacidad y habilidad en la atención del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 64.5%. La calidez en la atención del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 76.0%. La calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado tiene una aprobación de 68.1%.

PALABRA CLAVES: Calidad Atención Inicial Enfermería Politraumatizado

ABSTRACT

Trauma is the leading cause of death among young people and the third in the general population, with the multiple injuries, the leading cause trauma, especially in the first four decades of life, with a high percentage of permanently disabled, with the resulting labor and economic implications for society and the state. Morbidity is directly linked to the severity and level of commitment of the initial lesions of multiple trauma patients.

Objective: To determine the quality of early care nurse in multiple trauma patients at the Regional Hospital of Ica - 2016.

Material and Methods: A descriptive, cross-sectional, prospective and descriptive non-experimental study Level. Over 160 multiple trauma patients seen in the emergency department of Ica Regional Hospital in April 2016.

Conclusions: Timely care of the trauma patient in the initial care has an approval of 63.8%. The ability and skill in care of the trauma patient in its initial stage has a 64.5% approval. The warmth in the care of trauma patients at an early stage has an approval of 76.0%. Quality initial care of trauma patient has a 68.1% approval.

KEY WORD: Quality Nursing Home Care Polytraumatized

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi-vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivos generales	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4. Justificación del estudio	12
1.5. Limitaciones de la investigación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	14-16
2.2. Bases teóricas	17-27
2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipótesis	28
2.4.1 Hipótesis específica	28
2.5 Variables	28
2.5.1 Definición conceptual de la variable	29
2.5.2 Definición operacional de la variable	29
2.5.3 Operacionalización de la variable	30

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1	Tipo y nivel de investigación	31
3.2	Descripción del ámbito de la investigación	31
3.3	Población y muestra	31
3.4	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
3.5	Plan de recolección y procesamiento de datos	32

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 33-37

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN 38-39

	Conclusiones	40
	Recomendaciones	41-42
	Referencias bibliográficas	43-45
	Anexos (matriz e instrumento)	46-50

ÍND vii **BLAS**

Nº		Pág.
1.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA ATENCIÓN OPORTUNA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	33
2.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CAPACIDAD Y HABILIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	34
3.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CALIDEZ EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.	35
4.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADO	36

ÍNDIC ----- FICOS
viii

N°	Pág.
1.-CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA ATENCIÓN OPORTUNA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	33
2.-CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CAPACIDAD Y HABILIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	34
3.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CALIDEZ EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	35
4.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADO	36

INTRODUCCIÓN

La Calidad asistencial está relacionada con la accesibilidad, la información y comunicación, el respeto, el confort, la satisfacción. Para los profesionales sanitarios, la calidad está relacionada con la efectividad, es decir, con hacer lo correcto de manera correcta. Y para los gestores y responsables sanitarios, con la eficiencia, la seguridad, la competencia y con los resultados técnicos. La atención que se le brinde a los pacientes debe ser de manera satisfactoria cumpliendo con el trabajo profesional de Enfermería que es tener en la atención: calidad, capacidad, habilidad, calidez y atención oportuna para de esta forma cumplir con los objetivos planteados. Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves. En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros que necesita cada paciente.

Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbi- mortalidad de los primeros momentos y posteriores. El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento.

Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Realizar una valoración rápida e integral.

El estudio está diseñado para obtener información de los propios pacientes y/o familiares sobre la calidad de la atención inicial que recibió en el Servicio de Emergencia del Hospital regional de Ica. Los resultados se muestran en tablas y gráficos haciendo más fácil el entendimiento

x

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La atención hospitalaria al paciente politraumatizado desde el punto de vista de los cuidados de enfermería hasta los cuidados previos al alta del paciente no son satisfactorio para el usuario, los traumatismos son una epidemia desatendida en los países en desarrollo. El trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el politraumatizado, la primera causa por trauma, sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y para el estado. La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.⁽¹⁾

Dada la incidencia de casos de politraumatizados graves que se producen con una elevada mortalidad y morbilidad (graves secuelas físicas, psíquicas y sociales), constituyendo la primera causa de muerte entre los 15 y los 30 años.⁽²⁾

Se realiza un estudio de la calidad de la atención inicial de enfermería al politraumatismo en nuestro medio.

El objetivo es conocer la práctica de las técnicas de enfermería más utilizadas en el tratamiento de estos pacientes (% de uso y eficacia), contribuir a la detección de aspectos mejorables en dicha atención. La

actuación principal ante una persona politraumatizada es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental en el equipo de salud. El papel de la enfermería en este punto del proceso se remite a preparar todo el material necesario para que la recepción sea lo más rápida posible y evitar posibles complicaciones en este paso del proceso. La atención del profesional de enfermería debe de tener en cuenta que: “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos”.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivos generales

Determinar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica

1.3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la atención oportuna, en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica.
2. Precisar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la capacidad y habilidad, de la enfermera en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica.
3. Indicar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la calidez de la enfermera, en los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica en abril del 2016.

1.3. Justificación del estudio

La satisfacción del paciente de una práctica profesional depende del eficiente desempeño de la misma, lo cual implica tener habilidades,

destrezas y actitudes que satisfacen las expectativas de los usuarios; para ello el profesional de Enfermería debe cumplir con eficacia sus funciones específicas, en el desarrollo de su profesión, generando con ello la confianza necesaria a los usuarios que acuden a una atención de calidad y oportuna.

Desde el punto de vista práctico la presente investigación, pretende aportar soluciones, a los problemas planteados permitan optimizar las relaciones que mantiene la Enfermera en la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería.

Teóricamente el estudio plantea mediante enfoques conceptuales fundamentales incrementar el conocimiento que posee la enfermera sobre la forma de mejorar las relaciones interpersonales en la atención directa con el paciente o usuario.

En cuanto al contexto metodológico se pretende que el estudio sirva de base para investigaciones posteriores que permitan catalogar criterios para evaluar la actuación de la enfermera (o) dando así la posibilidad de protocolizar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería y de esa forma ayudar a mejorar la actuación de la enfermera(o) los resultados obtenidos permitirán hacer un llamado de reflexión a las enfermeras de atención directa a fin de que introduzcan mecanismos que contribuyan a mejorar la actuación del enfermero (a) frente al paciente y de esta forma sea satisfactorio para el usuario.

1.4. Limitaciones de la investigación

El estudio se limita al Hospital Regional de Ica que tiene una realidad distinta a los demás nosocomios de la región por lo que los resultados no son extrapolables a los otros hospitales.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Ámbito Internacional

Mederos Villalón L. Realizo la investigación: Tutorial para el personal de enfermería en la atención al paciente politraumatizado. Santa Cruz del Norte. Cuba, 2012 cuyo trabajo de investigación concluye: Tutorial que aborda entre sus contenidos todos los elementos teóricos – prácticos necesarios para fortalecer los conocimientos y las habilidades de los licenciados en enfermería de la atención primaria en salud, durante la atención al paciente politraumatizado, por lo cual es un medio de enseñanza que contribuye positivamente en el proceso de estudio individual de aquellos enfermeros interesados en abordar la temática que aquí se trata. Los licenciados que se familiarizaron con el software consideran que es un buen instrumento de estudio y que contribuye positivamente en la preparación del personal de enfermería. Los sitúa y orienta para un adecuado desempeño profesional ante estos pacientes. ⁽³⁾

Lino Baquerizo P. Realizó la investigación: Evaluación de Atención de Enfermería en Pacientes con Politraumatismo por Accidente de Tránsito que acuden a la Emergencia del Hospital Cantonal de Daule. Ecuador en el periodo de Marzo - Junio del 2013 cuyo trabajo de investigación concluye: El 85% del personal encuestado sostuvo que nunca, ante la llegada de un paciente politraumatizado aplica el esquema del ABC, lo cual indica que desconocen por completo el manejo inicial de estos pacientes. El 96% del personal de enfermería refiere que nunca ha recibido capacitación sobre la

atención de pacientes politraumatizados en el área de emergencia. El Hospital se ha esmerado en prestar el mejor servicio posible y a pesar de tener falencias importantes como la falta de material, espacio físico en el área de emergencia, ha logrado con su calidad humana llegar a un nivel alto de satisfacción entre sus pacientes, aspecto que no se puede perder y se debe trabajar en mantenerlo pues la vocación de servicio no debería ser una variable sino una constante que siempre se puede mejorar. ⁽⁴⁾

Tafur K. Realizó la investigación: Rol Del Profesional De Enfermería En El Manejo Temprano De Pacientes Poli-Traumatizados en el Servicio De Emergencias En Base A Protocolos De Atención En El “Hospital San Luis De Otavalo-2012 Ecuador ” cuyo trabajo de investigación concluye según los datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el servicio de emergencia, se pudo determinar que el 83% pacientes afirman recibir atención inmediata al momento de su ingreso al servicio, mientras que el 17% no recibió dicha atención, lo que significa que existe cierta deficiencia en la atención al paciente, demostrado por la insatisfacción. ⁽⁵⁾

Maldonado Gutierréz Z. Realizó la investigación: Aplicación del Proceso de Enfermería en la Atención de Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital “José Carrasco Arteaga” Cuenca – Ecuador 2011 cuyo trabajo de investigación concluye: Luego de concluida la investigación llegamos a las siguientes conclusiones El Proceso de Atención de Enfermería favorece para que de la enfermera brinde un cuidado de calidad al individuo, familia y comunidad, con conocimiento científico técnico y humano; haciendo partícipes a los usuarios como corresponsables de cuidado de su salud por ser quienes conocen sus necesidades. ⁽⁶⁾

Figuroa Zapata M. Realizo la investigación: “Actuación del Personal de Enfermería en la Asistencia y su Influencia en la Recuperación del Paciente Politraumatizado Atendido en el Área de Emergencia del Hospital Provincial General Latacunga en el Primer Semestre Del 2012.” Ecuador cuyo trabajo de investigación concluye: Comprende la medición del conocimiento de los

profesionales de enfermería acerca de los cuidados que debe tener este tipo de paciente, principalmente sobre la importancia de una correcta estabilización hemodinámica. Para la ejecución de la propuesta se determinó la falta de capacitación de los profesionales de enfermería. De ejecutarse la propuesta el personal de salud que labora en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Latacunga podrá verificar que los pacientes politraumatizados mejoran su estado de salud. ⁽⁷⁾

Ámbito Nacional

Roldan F. Realizó la investigación: Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013 cuya investigación concluye: Los conocimientos de las enfermeras (os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de tránsito; el mayor porcentaje no conoce los aspectos sobre por el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la vía aérea, y asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable de enfermeros que conocen sobre la obstrucción de la vía aérea, condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, maniobra para control de la columna cervical, complicaciones de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, evaluación del pulso, control de hemorragias en amputación, acciones para la evaluación del paciente, características del pulso, evaluación para determinar traslado. ⁽⁸⁾

Ámbito Regional

Urure Velazco I. Realizó la investigación: Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2010 cuyo trabajo de investigación concluye: La atención de Enfermería Postoperatoria brindada al paciente fue buena con 47.5%. En la prueba estadística de chi cuadrado (χ^2), el resultado fue que no existe diferencia significativa entre el sexo y la atención de Enfermería ($p > 0.05$) a un nivel de significación de $\alpha = 0.05$. ⁽⁹⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Enfoque inicial en el paciente poli traumatizado

Es de suma importancia para el personal que apoyará en el manejo inicial del politraumatizado, ya que es el que se realiza en el lugar donde se produjo el evento y a poco tiempo de ocurrido, por lo que se debe de determinar principalmente de qué tipo de politrauma se trata en función de la gravedad, es decir realizar el triage:

- Politraumatismo leve: Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.
- Politraumatismo moderado: Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.
- Politraumatismo severo o grave: Pacientes con alguna de las siguientes condiciones que agrave o ponga en riesgo su vida. ⁽¹⁰⁾

▪ **Valoración Inicial Del Paciente Politraumatizado**

El manejo inicial del politraumatizado define tres tiempos en la evaluación con objetivos distintos y en escenarios distintos. Estos son: evaluación primaria, evaluación secundaria y evaluación terciaria. La evaluación primaria comprende el primer acercamiento al paciente traumatizado y su objetivo es la identificación y manejo inmediato de lesiones inminentemente letales. El manejo inicial del trauma se traduce en una adecuada evaluación primaria que puede ser en el ámbito pre hospitalario así como en el hospitalario. Define una secuencia de prioridad en la atención de condiciones que amenazan la vida en forma primaria. Esta secuencia queda simplificada y sistematizada en las siglas A (establecer vía aérea), B (respiración efectiva), C (control de hemorragia y estado circulatorio), D (déficit neurológico) y E (exposición).⁽¹¹⁾

El objetivo de la valoración primaria es la identificación de lesiones que amenazan la vida del paciente e iniciar el manejo de acuerdo con el ABCDE del trauma:

A: Vía aérea con protección de la columna cervical.

B: Ventilación y respiración

C: Circulación y control de hemorragias.

D: Déficit neurológico.

E: Exposición.

A. Vía aérea con protección de la columna cervical Antes de cualquiera otra acción, se debe asegurar la vía aérea, controlando la columna cervical (“todo paciente que ingresa con trauma múltiple tiene lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario”). Hay que buscar signos de obstrucción de la vía aérea ocasionados por cuerpos extraños, fracturas de mandíbula o de huesos faciales, lesión de tráquea o de laringe, vómito o sangre. Signos y síntomas: disnea, respiración laboriosa, cianosis, traumatismos de cara o cuello, ansiedad, pánico, ausencia de murmullo vesicular, incapacidad para hablar, diaforesis, taquicardia.

B. Ventilación y respiración (breathing) Asegurar una vía aérea permeable es el primer paso para una correcta ventilación. Si la respiración no mejora después de despejar la vía aérea, se deben buscar otras causas: un trauma torácico directo (fracturas costales) causa dolor y provoca hipoventilación e hipoxemia; el traumatismo craneano puede provocar patrones respiratorios anómalos y comprometer la ventilación, y una lesión medular alta provoca respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales. En pacientes con trauma torácico se deben identificar en forma prioritaria el neumotórax, la contusión pulmonar y el hemotórax, porque ponen en inminente riesgo la vida del paciente. Neumotórax a tensión: el mecanismo que lo ocasiona es el trauma directo. Los signos y síntomas son ausencia del murmullo vesicular del lado afectado, hiperresonancia, dificultad respiratoria, cianosis, aleteo nasal, taquicardia, hipotensión, sudoración, ingurgitación de venas yugulares, enfisema subcutáneo y desviación de la tráquea hacia el lado no afectado. Tórax inestable: resulta de la fractura de cuatro o más costillas en un mismo hemitórax y se manifiesta por asimetría y movimiento no coordinado durante la respiración (movimiento paradójico de la zona de la pared torácica afectada), dolor severo, disnea, disminución de la expansibilidad pulmonar, respiración rápida y superficial, cianosis. Neumotórax abierto: lo

produce una herida en el pecho, y se caracteriza por la salida de burbujas que indican lesión pulmonar.

C. Circulación y control de la hemorragia El diagnóstico inicial de shock es clínico y se basa en la evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. El shock representa la manifestación más importante del compromiso circulatorio: al disminuir agudamente el volumen sanguíneo, la primera respuesta del organismo a la pérdida hemática es la vasoconstricción periférica para preservar el flujo sanguíneo al cerebro, corazón y riñones.

Las causas del shock no hemorrágico que deben descartarse son:

1. Shock cardiogénico: resultado de una disfunción miocárdica secundaria a trauma miocárdico, taponamiento cardiaco, embolia grasa o, más raramente, infartos miocárdicos asociados con el trauma. El diagnóstico de taponamiento cardiaco lo sugieren signos como taquicardia, disminución de los sonidos cardíacos e ingurgitación de las venas del cuello en un paciente hipotenso que no responde a la reposición de líquidos.

2. Neumotórax a tensión: es una urgencia quirúrgica que se resuelve con toracostomía inmediata.

3. Shock neurogénico: sucede en pacientes con lesiones de la médula espinal; el signo clásico de este tipo de shock es la presencia de hipotensión sin taquicardia.

D. Déficit neurológico La evaluación inicial del estado de conciencia comienza en el momento con la recepción del paciente en la sala de trauma, por medio del diálogo con el paciente y de los diferentes procedimientos que pueden producirle dolor; posterior al ABC, se comprueba el estado de las pupilas y se determina el grado de compromiso neurológico.

E. Exposición evitando la hipotermia Se expone el paciente retirando toda la ropa; en ocasiones es necesario cortarla. Se desnuda al paciente para identificar rápidamente las lesiones, pero luego se lo debe cubrir para evitar la hipotermia, que en el politraumatizado es común y tiene efectos nocivos. Se deben tomar medidas para preservar el calor corporal que

incluyen cobijas calientes, líquidos endovenosos tibios y aumento la temperatura de la sala de trauma (si dispone de aire acondicionado).⁽¹²⁾

EVALUACIÓN SECUNDARIA

Fundamentalmente hospitalaria. Incluye una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva por aparatos de la cabeza a los pies. Incluyen monitorización si no ha podido hacerse, sondajes, determinación de pruebas complementarias.

- Anamnesis: Valoración de la escena (equipo prehospitalario), comorbilidad, alergias, tratamientos, tiempo desde la última comida.
- Neurológico: examen minucioso, repetir GCS, pupilas, motor, reflejo, signos de hipertensión intracraneal. Un examen físico detallado y los estudios complementarios para el diagnóstico de todas las lesiones (radiología, laboratorio) En el transcurso del reconocimiento secundario hay que evaluar continuamente la respuesta al tratamiento de las medidas iniciadas en el reconocimiento inicial.
- Cabeza: heridas, hematomas, palpar en busca de crepitaciones, deformidades. Signos de sospecha de fractura de base de cráneo. Explorar ojos, agudeza visual. Valorar de otorragia, salida de LCR (rinorraquia...).
- Cuello: Retirar collarín e inmovilización manual mientras inspeccionamos el cuello, buscando enfisema, pulsos, hematomas, venas, estructura óseo-ligamentosa...
- Tórax: lesiones, que han podido pasar desapercibidas, contusión miocárdica o pulmonar, lesiones aórticas, fracturas costales, lesiones en 1ª y 2ª costilla o escapulares implican traumatismo con alta energía y obliga a descartar lesiones torácicas graves. Revisar las encontradas en la valoración inicial, estado del drenaje.
- Abdomen: dolor, defensa, hematomas, peritonismo. La baja especificidad de la exploración abdominal, la normalidad no descarta la existencia de lesiones, obliga al empleo de pruebas complementarias.
- Pelvis y periné: las fracturas pélvicas pueden provocar un severo cuadro hipovolémico. Valorar y realizar presión sobre espina ilíaca

antero superior para descartar fractura, esta maniobra puede remover el tapón hemostático. Valorar y realizar tacto vaginal y rectal en los pacientes politraumatizados, tono esfinteriano (hipotonía en posible relación con lesión medular), posición de la próstata... La presencia de priapismo en varones es indicativa de lesión medular.

- Extremidades: deformidades, luxaciones, fracturas, integridad óseo-ligamentosa y piel. Movilidad. Estado neurovascular, pulsos. Existencia o riesgo de síndrome compartimental.
- Espalda: movilización en bloque, buscar heridas, deformidades, dolor, valoración motora y de las sensibilidades^(13,14)

Monitorización.

Tras la estabilización inicial, deberemos tomar las medidas necesarias para garantizar la recuperación temprana y óptima del paciente. La monitorización debe ser intensiva, al menos durante las primeras 24- 48 horas pos traumatismo, para así asegurar una buena perfusión y oxigenación orgánica. Una evaluación continua inicialmente de los parámetros básicos del examen físico: frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial o calidad del pulso, color de las mucosas, TRC, temperatura, se consideran claves y los más fiables indicadores de cambios en el estado de perfusión. Podemos utilizar herramientas extras para valorar el volumen intravascular de fluidos y el estado de perfusión, como la medición de la presión venosa central, la producción de orina, la presión arterial y la oximetría (arterial o venosa central). La clave del éxito y anticipación a posibles problemas será el registro y monitorización de las tendencias en los valores obtenidos en el paciente. En medicina humana se ha detectado que a pesar de la normalización de los parámetros físicos y medidos, un 85% de pacientes politraumatizados muestran una oxigenación tisular inadecuada como alteraciones como acidosis metabólica, lactatemia, aumento en el déficit de base y valores anormales en la saturación de oxígeno a nivel venoso central, nos indican isquemia tisular y la necesidad de tomar medidas adicionales para garantizar la perfusión y oxigenación orgánica.^(15,16)

Estudios diagnósticos o complementarios

Cuando se completa el examen físico se han asegurado y reevaluado los parámetros del ABC y si la estabilidad del paciente lo permite se procede con los estudios diagnósticos como radiografías, lavado peritoneal, ecografía abdominal tomografías y otros. El proceso de evaluación inicial está fundamentado en los hallazgos clínicos. Ningún estudio complementario de diagnóstico debe reemplazar las etapas descritas hasta el momento, y menos aún el buen juicio.

Radiología. La evaluación de todo paciente traumatizado debe incluir tres radiografías básicas:

1. Lateral de columna cervical que incluya las 7 vértebras cervicales y la primera torácica. Una radiografía de columna cervical normal no excluye ninguna lesión y, por lo tanto, la inmovilización cervical debe mantenerse hasta tener una valoración especializada del paciente.

2. Anteroposterior de tórax: ante la evidencia de neumotórax a tensión, neumotórax abierto o tórax inestable la prioridad es lograr el óptimo intercambio gaseoso mediante una adecuada expansión pulmonar. La radiografía se realiza una vez que se haya completado este objetivo durante la resucitación.

3. Anteroposterior de pelvis: es de gran ayuda para comprobar la existencia de lesión traumática de la pelvis en un paciente víctima de traumatismo cerrado, especialmente en aquellos casos en los que no es posible establecer el origen de un estado hipovolémico o cuando el examen de la pelvis es equívoco. Ecografía. Es un método cada vez más usado por ser rápido, portátil, no invasivo, poco costoso y fácil de repetir en el área de Urgencias. Por estas razones su uso se ha extendido y ha llegado a sustituir en la práctica diaria al lavado peritoneal diagnóstico. El método es útil para establecer la presencia de líquido intraperitoneal y evaluar la morfología de los órganos abdominales.

Tomografía axial computarizada. Nos proporciona un estudio completo del cráneo y del sistema nervioso central (SNC), de la columna vertebral y la médula, el tórax y el abdomen, con alta sensibilidad y especificidad en la detección y clasificación de lesiones de órganos, a la vez que permite realizar estudios secuenciales y vigilar la evolución, y en función de ello decidir

actitudes terapéuticas. En el traumatismo torácico probablemente sea el examen de elección para ser utilizado como complemento a la radiografía simple del tórax, por su excelente potencial diagnóstico y su capacidad para obviar las limitaciones conocidas de la radiografía simple, así como para evaluar estructuras como los grandes vasos del mediastino y la vía aérea central, incluida tráquea, la pared torácica, el diafragma y el esófago.

Estudios de laboratorio. Se recomienda la realización de: perfil bioquímico (con glucemia, iones y función renal), recuento hemático (con hemoglobina, hematocrito y plaquetas), coagulación (tiempo de tromboplastina parcial activada y tiempo de protombina), pruebas cruzadas para grupaje sanguíneo, gasometría arterial, estudio toxicológico, sistemático de orina y prueba de gestación.⁽¹⁷⁾

2.2.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. es brindar los cuidados de enfermería con los conocimientos científicos, tecnológicos y humanizados.

(18)

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

El cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería así como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería. En los pacientes:

- a) a recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente
- b) eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería
- c) mejorar la comunicación y relación enfermera-paciente;
- d) que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud
- e) menor alteración en su economía por los costos;
- f) mínima estancia hospitalaria
- g) incremento en la satisfacción de la atención. ⁽¹⁹⁾

CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

La calidad de la atención brindada por el personal de enfermería en instituciones hospitalarias por medio de aspectos objetivos y subjetivos, permite lograr un alto nivel de satisfacción del usuario, aspecto que implica igualar o superar las expectativas del mismo frente al servicio. ⁽²⁰⁾

La calidad asistencial puede definirse como «el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales». ⁽²¹⁾

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

CALIDAD

Calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de

prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unos criterios erróneos acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo al necesario entendimiento entre quienes la exigen y los que deben conseguirla. Calidad es satisfacer las necesidades del consumidor.

CALIDEZ DE LA ATENCIÓN

Trabajar de manera proactiva e innovadora, considerando las necesidades integrales del paciente y no solo las médicas.

La calidez se puede medir como el “Índice de calidez en la atención”, se refiere a la cuantificación de la percepción del cliente con respecto al trato recibido durante la atención recibida. ⁽²²⁾

CAPACIDAD

La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de “seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados. Los enfermeros tienen que asumir formalmente su responsabilidad profesional prescriptora mediante la extensión de las recetas, en principio, y como primer paso de un proceso secuencial evolutivo, para aquellos productos que son propios y necesarios en la ejecución de los cuidados. ⁽²³⁾

HABILIDAD DE LA ENFERMERA

La acción de cuidar va más allá de lo manual, implica del ser que lo proporciona unas habilidades que forman parte de su estructura psicosocial, la cual se reflejará de manera negativa o positiva en su actuar frente al sujeto de cuidado. ⁽²⁴⁾

ATENCIÓN OPORTUNA

La atención oportuna es la calidad de vida y alta satisfacción de los usuarios y su familia con el menor riesgo en la prestación del servicio, el usuario se

encuentra satisfecho cuando se cubren sus necesidades en relación con el servicio requerido.

Implica tres elementos fundamentales, el individuo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual, el segundo elemento es que la atención integral es un proceso que tiene interrelación entre el individuo y su entorno, el tercer y último elemento identifica los componentes del entorno que son los aspectos sociales, económicos, culturales.

Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.⁽²⁵⁾

CALIDAD EN SALUD

En 1980, Donabedian, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”.

La presente formulación de los estándares de calidad se sustenta en lo desarrollado por Avedis Donabedian, que propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones, la dimensión humana, la dimensión técnica y la dimensión del entorno, en cada una de las cuales se pueden establecer atributos o requisitos de calidad que caracterizarán al servicio de salud. Los estándares así formulados expresan los niveles de calidad deseada y alcanzable por los

servicios hospitalarios en tanto que los atributos de calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y que debe ser percibida por los usuarios tanto externos como internos.

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico que considera tres elementos, a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención, incluyen las actividades y las tareas que transforman y utilizan como insumos la estructura. Los resultados representan los productos generados por los procesos y el impacto logrado en la calidad de la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, minimización de los riesgos, así como la satisfacción de quienes reciben el servicio y quienes lo otorgan. ⁽²⁶⁾

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD

Respeto al usuario

Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

Información completa

Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a las personas tomar decisiones sobre su salud.

Eficiencia

Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.

Eficacia

Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.

Continuidad

Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.

Oportunidad

Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Integralidad

Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Trabajo en Equipo

Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

Privacidad

Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.

Accesibilidad

Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.

Satisfacción del usuario externo

Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.

Satisfacción del usuario interno

Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización. ⁽²⁷⁾

EFICIENCIA

Jaramillo señala que “debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado”.

Algunos definen eficiencia en su relación con dos términos de similar interpretación semántica: eficacia y efectividad.

La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Debido a que la relación causa-efecto que implica esta definición puede estar confundida con diversos factores, la eficacia de un procedimiento suele evaluarse en condiciones experimentales o ideales. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que sólo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. Se trata además de tres conceptos concatenados pues no se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que, cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia. ⁽²⁶⁾

RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y EFICIENCIA

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con

más o menos eficiencia, pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad.

Si bien en el ámbito de la salud el servicio central es el bien humano máspreciado y parecería injusto y hasta indeseable “cambiar” calidad por eficiencia, la natural escasez de recursos debe conducirnos a una posición más realista.

Una posición que refleje la necesidad de alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios con el mínimo de recursos, o, quizás mejor, una posición que favorezca el uso más eficiente de los recursos disponibles dentro de límites aceptables de calidad. Por lo tanto, la búsqueda de la calidad, debe ser siempre más bien la búsqueda del mejor balance entre calidad y eficiencia.

ESTÁNDARES DE LA CALIDAD

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Prioridades hospitalarias es un referente para la definición de los estándares:

- Mortalidad materna y perinatal.
- Atención de emergencias.
- Prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes
- Prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- Atención a poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión.
- Complicaciones terapéuticas (reacciones adversas a medicamentos y por transfusiones).
- Infecciones Intra-hospitalarias y otras complicaciones durante el cuidado del paciente.⁽²⁷⁾

MODELOS DE CALIDAD

Modelo EFQM: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

El modelo de la EFQM consiste en una herramienta para la gestión de la calidad, considerándola como la satisfacción de las necesidades y expectativas

de sus clientes, de su personal, y de las demás entidades implicadas. Su objetivo es orientar la organización hacia el cliente.

El objetivo de este modelo es ayudar a las organizaciones a conocerse a sí mismas y mejorar su funcionamiento. Así pues, el modelo EFQM trata de ofrecer una descripción lo más simplificada posible de la realidad, para comprenderla, analizarla y, si procede, modificarla.

Los principales conceptos que conforman el modelo EFQM serían los siguientes:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y coherencia
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social de la organización

A través de la autoevaluación el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente. La identificación de los puntos fuertes y débiles aplicados a diferentes ámbitos de la organización es el punto de partida para el proceso de mejora continua.

ISO: La International Standard Organization (ISO)

La Organización Internacional de Normalización o ISO (del griego ἴσος, «isos», que significa «igual»), nacida tras la Segunda Guerra Mundial (23 de febrero de 1947), es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.

Es un organismo internacional especializado en crear estándares y está integrado por los institutos de estandarización de alrededor de 130 países miembros. Su oficina principal se encuentra en Ginebra, Suiza. El propósito de ISO es promover el desarrollo de la normalización y actividades relativas a

facilitar el comercio internacional de bienes y servicios, así como desarrollar la cooperación intelectual, científica y económica. Los resultados del trabajo técnico de ISO son publicados como estándares internacionales.

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que, desde su publicación inicial en 1987, han obtenido una reputación global como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. ⁽²⁸⁾

MEJORA DE LA CALIDAD

Metodologías de análisis, control y mejora de procesos.

SIX-SIGMA (6- σ).

El 6 Sigma se trata de una medida de la calidad que se esfuerza por alcanzar la perfección. Es una metodología disciplinada, basada en datos para eliminar los defectos en cualquier proceso. La representación estadística de 6 Sigma describe cuantitativamente cómo un proceso se está realizando.

Para alcanzar el estándar 6 Sigma, un proceso no debe producir más de 3.4 defectos por millón de eventos. Un defecto se define como cualquier cosa fuera de especificaciones del cliente. Un evento es entonces la cantidad total de ocasiones para un defecto.

El objetivo fundamental de la metodología del 6 Sigma es la puesta en práctica de una estrategia basada en mediciones que se centre en la mejora de proceso con la aplicación de proyectos de la mejora de 6 Sigma. Esto se logra con el uso de dos metodologías secundarias de 6 Sigma: DMAIC y DMADV.

El proceso DMAIC (por las siglas en inglés de define, mida, analice, mejore, controle) es un sistema de mejora para los procesos existentes que quedan por debajo de la especificación y que buscan una mejora incremental.

El proceso DMADV (por las siglas en inglés de define, mida, analice, diseñe, verifique) es un sistema de mejora usado para desarrollar nuevos procesos o productos a nivel de calidad 6 Sigma. Puede también ser empleado si un proceso actual requiere más que una mejora incremental. ⁽²⁷⁾

MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El ciclo de mejora PDCA

El modelo fue desarrollado por Shewhart y perfeccionado por Deming. Deming nació el 14 de octubre de 1900, en Sioux City, Iowa. Su padre, un abogado luchador, perdió una demanda judicial en Powell, Wyoming, lo cual hizo mudar a la familia a dicha ciudad cuando Deming tenía siete años. Vivieron en una casa humilde donde el preocuparse por que sería su próxima comida era parte de su régimen diario. Estudió ingeniería en la Universidad de Wyoming.

El Doctor Deming fue el primer experto en calidad norteamericano que enseñó la calidad en forma metódica a los japoneses. Entre los mayores aportes realizados por Deming se encuentran los ya conocidos 14 puntos de Deming, así como el ciclo de Shewart conocido también como PDCA, Planifique, haga, verifique y actúe.

El Dr. Deming es posiblemente mejor conocido por sus logros en Japón, donde desde 1950 se dedicó a enseñar a ingenieros y altos ejecutivos sus conceptos y metodología de gerencia de calidad. Estas enseñanzas cambiarían radicalmente la economía japonesa.

En reconocimiento, la Unión Japonesa de Ciencia e Ingeniería instituyó sus premios anuales Deming para quienes alcanzan grandes logros en calidad y confiabilidad del producto.

EL MODELO BALDRIGE

El modelo Malcolm Baldrige lleva el nombre de su creador. El modelo está elaborado en torno a 11 valores que representan su fundamento e integran el conjunto de variables y criterios de Calidad:

- Calidad basada en el cliente.
- Liderazgo.
- Mejora y aprendizaje organizativo.
- Participación y desarrollo del personal.
- Rapidez en la respuesta.
- Calidad en el diseño y en la prevención.
- Visión a largo plazo del futuro.
- Gestión basada en datos y hechos.
- Desarrollo de la asociación entre los implicados.
- Responsabilidad social.

-Orientación a los resultados. ⁽²⁹⁾

Existen experiencias de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones del MINSA, hecho que se traduce en el conocimiento del grado de satisfacción de muchos aspectos que han sido abordados en las mediciones realizadas como, el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención, entre otros. A partir de ello se han desarrollado varias iniciativas para mejorar los valores negativos de satisfacción expresados por los usuarios de los servicios de salud. Lo cual implica estar en constantes procesos de medición.

Umbral porcentaje de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud 80%. ⁽²⁹⁾

2.24 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON La actuación principal ante una persona politraumatizada es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental en el equipo de salud de emergencia, trauma shock y de la unidad de cuidados intensivos para realizar una actuación integral del paciente. Las características que presentan estos pacientes nos obligan a la planificación de cuidados derivados de la identificación de diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y colaborativos. Resultando todo ello un proceso dinámico cuyo objetivo final es el cuidado integral del paciente.

FLORENCE NIGHTINGALE Al hablar de teoría de enfermería no podemos dejar de referirnos a Florence Nightingale, que ha mediado del siglo XIX planteaba que el conocimiento de enfermería difería mucho del conocimiento de las ciencias médicas y dejó clara la función de la enfermería que la distinguía, así como situar al paciente en las mismas condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. Además, puntualizó que uno de los resultados de la enfermería es conservar la energía vital del paciente. Planteó que la limpieza, ventilación y alimentos eran elementos indispensables para la recuperación del enfermo. ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Calidad de la atención de la salud.- Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian)

Enfermería.- La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Politraumatismo.- Politraumatizado es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente.

Cuidados de Enfermería.- Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente adulto mayor para satisfacer sus necesidades.

Paciente o usuario.- El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada. El término paciente se puede declinar de varias maneras.

2.4. Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

La calidad de la atención inicial por el profesional de enfermería en pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica es adecuada en menos del 80%.

2.5 Variables

Variable de Estudio

Calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado

Dimensiones

Atención oportuna

Capacidad y habilidad

Calidez

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Calidad en la atención inicial del politraumatizado: Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud en la atención del politraumatizado

Atención oportuna: Atención que se hace u ocurre en un momento adecuado o conveniente

Capacidad y habilidad: Conjunto de recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea.

Calidez: Crear un ambiente feliz en el que las relaciones interpersonales fluyen de manera natural.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Calidad en la atención inicial del politraumatizado: Variable numérica medida en escala razón.

Atención oportuna: Variable numérica medida en escala razón.

Capacidad y habilidad: Variable numérica medida en escala razón.

Calidez: Variable numérica medida en escala ordinal razón.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES

Variabes	Definición de conceptos	Dimensión	Escala	Indicadores	Instrumento	Fuente
Variable de estudio Calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado	Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud	-Atención oportuna	Numérica Razón	-Grado de Calidad	Cuestionario	Paciente o familiar
		-Capacidad y habilidad	Numérica Razón	-Grado de Calidad		
		-Calidez	Numérica Razón	-Grado de Calidad		

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

Descriptiva, porque se trata de un estudio con una variable de interés, transversal, porque en el estudio se medirá la variable en una sola oportunidad, prospectiva, porque los datos serán obtenidos a propósito de la investigación, y no experimental pues solo se observará el comportamiento de las variables.

Nivel descriptivo.

3.2 Descripción del ámbito de la investigación

Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica.

3.3 Población y muestra

Población

Son los pacientes que fueron atendidas en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica en abril del 2016, que son 275.

Muestra

La fórmula es la siguiente

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times q} = 160$$

z = Grado de confiabilidad (95 %) 1.96

p = Porcentaje de la aprobación considerada 0.5

$$q = 1-p = 0.5$$

N = Población = 275

E = error, (margen de error) 5% equivale 0.05

Tamaño de la muestra = 160 pacientes

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Técnica: La encuesta a los pacientes o familiares a fin de que brinden la información solicitada

Instrumento: Cuestionario. Se empleó un cuestionario, que evalúa la calidad en la atención en los pacientes politraumatizados

El cuestionario tiene 3 dimensiones: La atención oportuna de la calidad atención inicial (Items del 1 al 4), la capacidad y habilidad de la enfermera (Items del 5 al 9) y la calidez de la enfermera en su atención (Items del 10 al 12).

3.5 Plan de recolección y procesamiento de datos

Los datos se obtuvieron mediante una encuesta que se realizó a los que pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Regional de Ica todos los días con la ayuda de una compañera capacitada para tal fin hasta completar la muestra requerida.

Los datos obtenidos fueron procesados y digitados con el programa correspondiente para luego obtener las tablas y gráficos para su análisis.

Ética de la Investigación

Los datos se obtuvieron de las encuestas que se realizó a los pacientes politraumatizados, los datos obtenidos son confidenciales y solo se utilizará para fines de la investigación y cuyos resultados fueron analizados en forma conjunta y no individual.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 01
LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:
ATENCIÓN OPORTUNA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS

ATENCIÓN OPORTUNA	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de aprobación	408	63.8%
Nivel de desaprobación	232	36.2%
Total	640	100.0%

Fuente: Servicio Emergencia HRI

En la atención inicial del profesional de Enfermería hacia los pacientes politraumatizados la tabla muestra una aprobación del 63.8% en relación a la atención oportuna

Gráfico N° 01

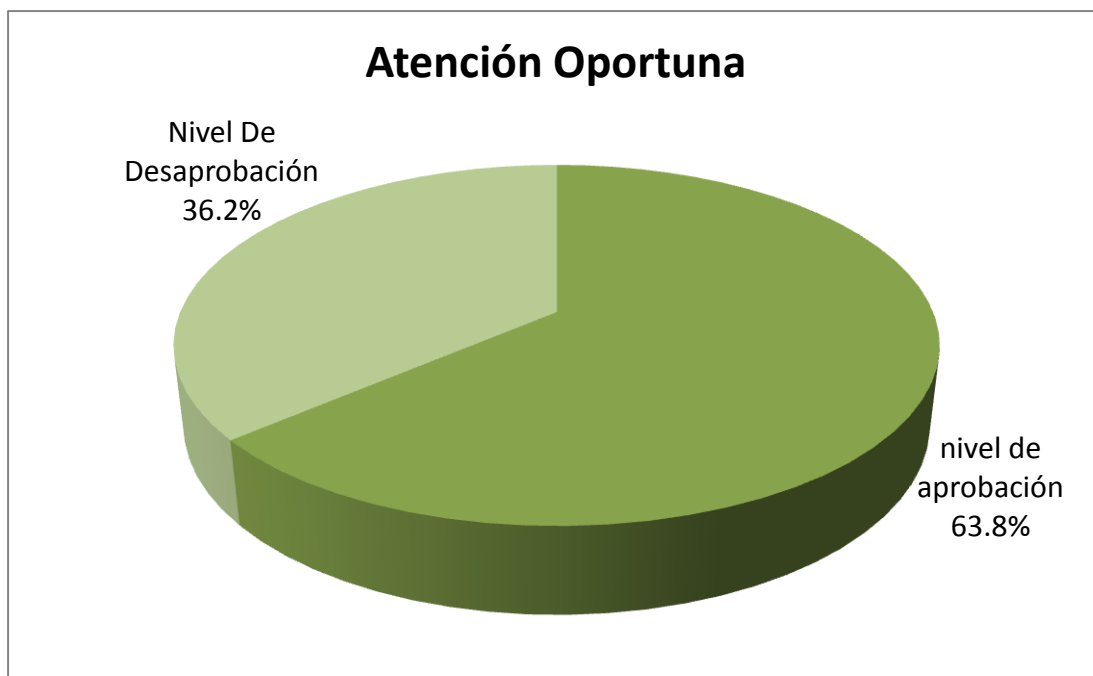


TABLA N° 02
LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:
CAPACIDAD Y HABILIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

CAPACIDAD Y HABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de aprobación	516	64.5%
Nivel de desaprobación	284	35.5%
Total	800	100.0%

Fuente: Servicio Emergencia HRI

En la atención inicial del profesional de Enfermería hacia los pacientes politraumatizados la tabla muestra una aprobación del 64.5% en relación a la capacidad y habilidad del profesional de Enfermería.

Gráfico N° 02

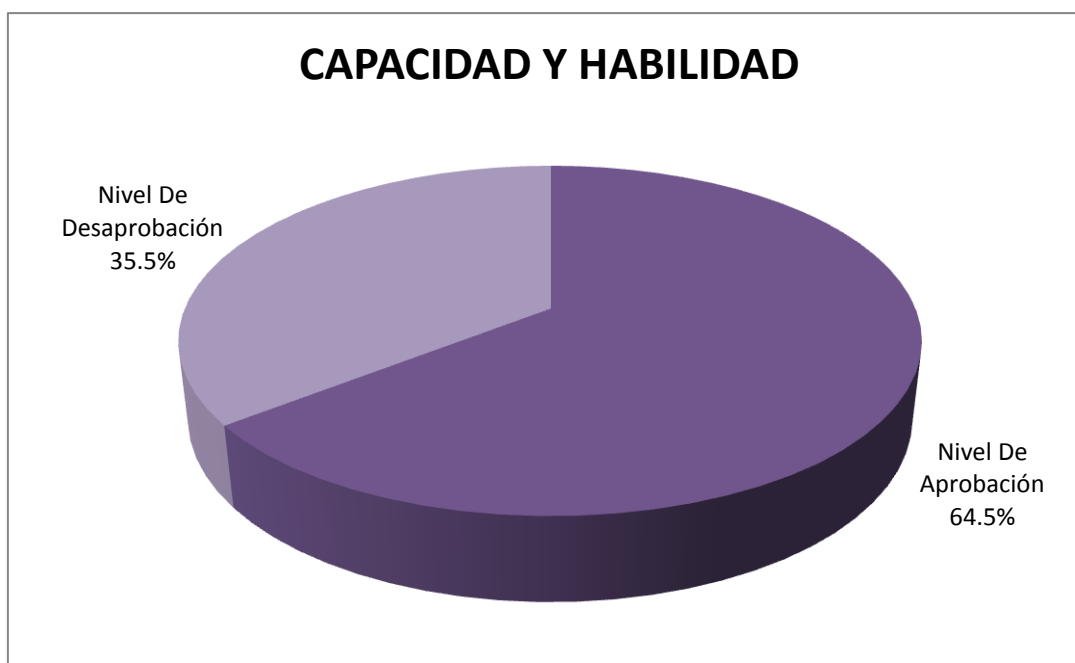


TABLA N° 03
LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:
CALIDEZ EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS

CALIDEZ	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de aprobación	365	76.0%
Nivel de desaprobación	115	24.0%
Total	480	100.0%

Fuente: Servicio Emergencia HRI

En la atención inicial del profesional de Enfermería hacia los pacientes politraumatizados la tabla muestra una aprobación del 76% en relación a la calidez en la atención por el profesional de Enfermería.

Gráfico N° 03

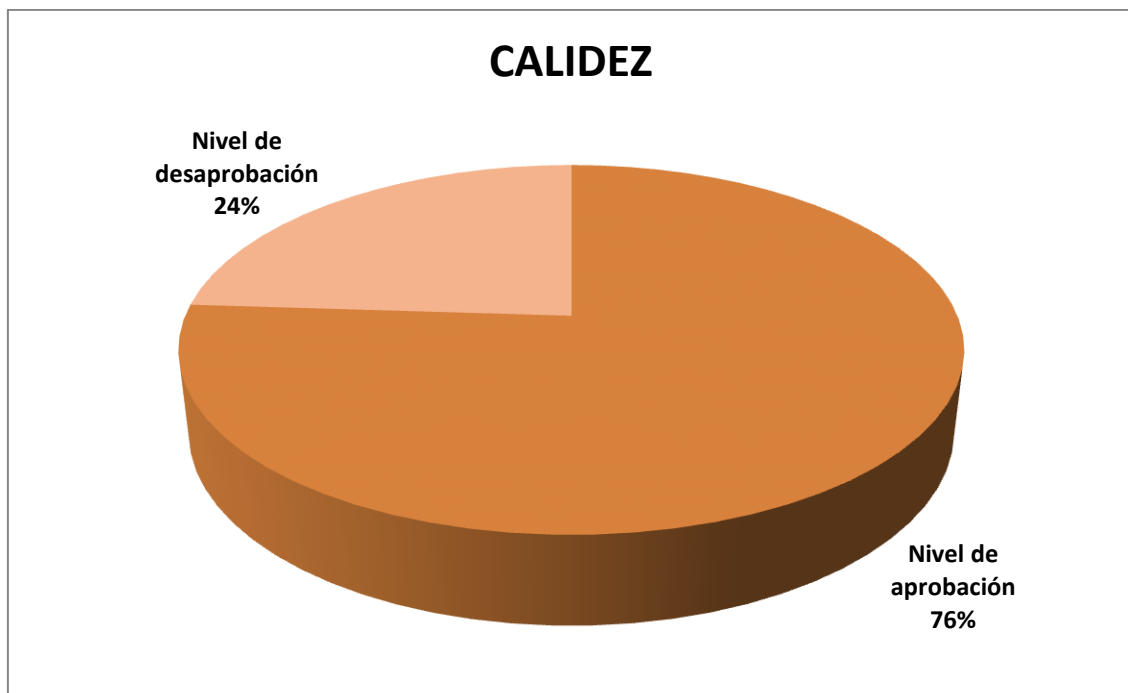


TABLA N° 04
CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES POLITRAUMATIZADO

CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADO	Porcentaje
Nivel de aprobación	68.1%
Nivel de desaprobación	31.9%
Total	100.0%

Fuente: Servicio Emergencia HRI

En la atención inicial del profesional de Enfermería hacia los pacientes politraumatizados la tabla muestra una aprobación del 68.1%

Gráfico N° 04



PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- Formulación de la hipótesis

Ha: La calidad de la atención inicial por el profesional de Enfermería en pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica es adecuada en menos del 80%.

Ho: La calidad de la atención inicial por el profesional de Enfermería en pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica es adecuada en más o igual a 80%.

2.- Nivel de significancia: 0.05 = 5% de error

3.- Estadístico: Chi cuadrado bondad de ajuste

4.- Cálculo del chi cuadrado

	Aprobado	Desaprobado	Total
Valor observado	109 (68.1%)	51 (31.9%)	160
Valor esperado	128 (80%)	32 (20%)	160

$$X^2 = 2.8 + 11.2 = 14$$

$$p \text{ valor} = 0.00$$

5.- Toma de decisión: como el p valor es menor de 0.05 se acepta la hipótesis del investigador: La calidad de la atención inicial por el profesional de Enfermería en pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica es adecuada en menos del 80%.

6.- El nivel de aprobación de la calidad de atención del politraumatizado por parte del personal de Enfermería es del 68.1%

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El estudio sobre la calidad de la atención del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica es realizada con el propósito de conocer la calidad de atención por parte del profesional de Enfermería por lo que se evalúa el tratamiento inicial, en ese sentido la atención inicial se valora en 3 dimensiones como son la atención oportuna, la capacidad y habilidad de la enfermera y la calidez encontrándose los siguientes resultados:

Tabla N°1.- El nivel de aprobación en la calidad de la atención inicial del politraumatizado desde el punto de vista de la atención oportuna obtiene un 63.8% de aprobación distando un 36.2% de la atención ideal, siendo este accionar de la enfermera un punto crucial en la efectividad de la atención del paciente politraumatizado pues ello favorecería en muchos casos la vida del paciente. Pues pone en evidencia la atención inmediata al llegar el paciente, así como el trabajo en equipo del grupo de guardia, utilizando los insumos mínimos necesarios para una correcta atención del enfermo poniendo en práctica los procesos de la atención en forma rápida. Tafur K. Realizó la investigación: Rol Del Profesional De Enfermería En El Manejo Temprano De Pacientes Poli-Traumatizados en el Servicio De Emergencias En Base A Protocolos De Atención En El “Hospital San Luis De Otavalo-2012 Ecuador ” cuyo trabajo de investigación concluye según los datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el servicio de emergencia, se pudo determinar que el 83% pacientes afirman recibir atención inmediata al momento de su ingreso al servicio, mientras que el 17% no recibió dicha atención, lo que significa que existe cierta deficiencia en la atención al paciente, demostrado por la insatisfacción.⁽⁵⁾

Tabla N° 2.- En relación a la capacidad y habilidad del personal de enfermería, los pacientes aprobaron en un 64.5% quedando un déficit de 35.5% que revela la capacidad asistencial de la enfermera ante un paciente politraumatizado que necesita precisión en los procedimientos realizados pues muchos de ellos se encuentran ansiosos y desean que los procedimientos no produzcan traumas,

en tal sentido la enfermera debe realizar acciones que aminoren el riesgo para el paciente identificando la importancia de los órganos o sistemas que están en mayor riesgo de colapsar, siendo necesario consultar y coordinar con los profesionales que atienden al paciente, revisando al paciente en forma integral e indagando sobre riesgos adicionales como alergias u otras patologías. Roldan F. Realizo la investigación: Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013. Los conocimientos de las enfermeras (os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de tránsito; el mayor porcentaje no conoce los aspectos sobre la valoración en pacientes politraumatizados. ⁽⁸⁾

Tabla N° 3.- Luego se evaluó la calidez con que atiende el personal de enfermería a los pacientes politraumatizados, encontrándose que esta dimensión tiene un 76% de aprobación, que podría deberse al apoyo que se encuentra por parte del personal interno de enfermería que presenta una mejor calidez en la atención favoreciendo al personal de planta; esta dimensión es de suma importancia pues no se debe perder la serenidad y tranquilidad ante un paciente politraumatizado pues ello ayudará a tranquilizar al paciente, manteniendo contacto permanente con él (paciente) y familiar a fin de brindar confianza y amabilidad.

Al evaluar la atención inicial del paciente politraumatizado sobre la base de las tres dimensiones antes analizadas se encontró que el nivel de aprobación es de 68.1% quedando una brecha a mejorar de 31.9% que bien podría ser útil como indicador de base para futuras mejoras en la atención del paciente politraumatizado, tal como lo menciona Maldonado Gutiérrez Z. quien menciona que el Proceso de Atención de Enfermería favorece para que la enfermera brinde un cuidado de calidad al individuo, familia y comunidad.⁶

CONCLUSIONES

1. La atención oportuna del paciente politraumatizado en la calidad d la atención inicial del profesional de Enfermería tiene una aprobación de 63.8%datos obtenidos de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de ICA.
2. La capacidad y habilidad en la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 64.5% donde el enfermero (a) cumple con su función satisfaciendo al paciente o usuario.
3. La calidez en la calidad de la atención del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 76.0%. en esta etapa el enfermero (a) tiene un valor fundamental en brindar los cuidados necesarios para el pacientes.
4. La calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado tiene una aprobación de 68.1%.

RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitaciones periódicas al personal de Enfermería sobre el ABCDE del tratamiento del politraumatizado y sobre reanimación cardiopulmonar (RPC) a fin de que se encuentren siempre listos a afrontar las emergencias en forma oportuna, realizando simulacros de emergencias a fin de estar organizados, preparados y capacitados a fin de poner en práctica nuestras habilidades en el momento en que se presente la emergencia.
2. Enseñar la atención de enfermería desde una perspectiva humana la que debe impartirse desde la formación en las universidades fomentando reuniones periódicas a fin de realizarse una autoevaluación del trato brindado en el servicio de emergencia y poder trazar actividades de mejora, en todas sus dimensiones.
3. Durante la atención o el contacto con los pacientes se debe tener un buen trato, buscando la satisfacción del paciente, el enfermero (a) debe tener empatía, cortesía, profesionalidad, responsabilidad, eficiencia para lograr brindar calidad de la atención y minorar los riesgos del paciente, el enfermero (a) debe de plantarse garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.
4. Realizar una evaluación constante de la calidad de la atención con la finalidad de comparar los resultados obtenidos con los resultados propuesto del enfermero (a), Identificar los problemas que ocasionan insatisfacción en el paciente, para que de esta forma el profesional de enfermería puedan solucionar y buscar estrategias con el único propósito de brindar calidad en la atención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Andrade, M.R.M.2010. I Congreso Departamental de Enfermería “Manejo Integral y Profesional del Paciente con Trauma” La Enfermería Frente al Trauma. Colombia.
- 2.-Galindo, M. 2011. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Rev. Enferm.1: 15-16.
- 3.-Mederos Villalón L. Realizo la investigación: Tutorial para el personal de enfermería en la atención al paciente poli traumatizado. Santa Cruz del Norte. Cuba, 2012
- 4.-Lino Baquerizo P.: Evaluación de Atención de Enfermería en Pacientes con Politraumatismo por Accidente de Tránsito que acuden a la Emergencia del Hospital Cantonal de Daule. Ecuador en el periodo de Marzo - Junio del 2013
- 5.-Tafur K.: Rol Del Profesional De Enfermería En El Manejo Temprano De Pacientes Poli-Traumatizados En El Servicio De Emergencias En Base A Protocolos De Atención En El “Hospital San Luis De Otavalo-2012 Ecuador, disponible en:<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2824/1/06%20ENF%20595%20TESIS.pdf>.
- 6.-Maldonado Gutierrez Z. Realizó la investigación: Aplicación del Proceso de Enfermería en la Atención de Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital “José Carrasco Arteaga” Cuenca – Ecuador 2011
- 7.-Figueroa Zapata M. Realizo la investigación: “Actuación del Personal de Enfermería en la Asistencia y su Influencia en la Recuperación del Paciente Politraumatizado Atendido en el Área de Emergencia del Hospital Provincial General Latacunga en el Primer Semestre Del 2012.
- 8.-Roldan F.2013: Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013 disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4949/1/Roldan_del_Castillo_Jennifer_2015.pdf

- 9.-Urure Velazco I. Realizo la investigación: Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2010.
- 10.-Espinoza J. (2011) Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Med Per 28(2) 2011
- 11.-Cortés M. 2013 Manejo inicial del politraumatizado. Rev Hosp Clín Univ Chile 2013; 25: 206 – 16
- 12.-Guasca E. Manejo inicial de enfermería del paciente politraumatizado. Disponible en: www.aibarra.org/.../enfermeria/manejo_inicial_de_enfermeria_del_paciente_politraumatizado
- 13.-Morales A. 2013 Proceso Asistencial Del Politraumatizado .Universidad Internacional de Andalucía, 2014.
- 14.-Iglesias .J.2010 Curso de soporte vital avanzado en trauma. Director de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061
- 15.-Bosch. L.2013 Manejo del paciente politraumatizado. Fundación Hospital UAB. AVEPA- COVIB Ibiza 2013.
- 16.-De la Torre .D. 2013 Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado .revista disponible en: <http://www.medigraphic.com/orthotips>
- 17.-Gómez v. 2008 Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. SEMERGEN. 2008;34(7):354-63 Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13127193&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=36&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n07a13127193pdf001.pdf
- 18.-Hernández B. 2009 El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. AÑO 9 - VOL. 9 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - AGOSTO 2009 127-134

- 19.-Juárez A.2009 La importancia del cuidado de enfermería Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- Barragán B 2011 Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 31 N.º 2 mayo-agosto 2013
- 20.-García R. 2011 Indicadores de calidad en el enfermo. SEMICYUC 2011 disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>
- 21.-Chemor A. 2010 Calidad y calidez en el manejo de los pacientes disponible en: salud.edomexico.gob.mx/.../descarga.php?.../calidad%20y%20calidez
- 22.-Lagos Z.2013 competencias blandas y calidez en enfermería: definiciones, concepción y características. 2013, Horiz Enferm, 24, 1, 32-41
- 23.-Consejo general de enfermería 2010. Revista disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
- 24.-Contreras M.2011 Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. Revista Cultura del Cuidado Enfermería, volumen 8, No 1 junio de 2011
- 25.-Barrantes .C. 2011. Modelo de atención: atención integral al paciente Revista disponible en: <http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-protegida/2-uncategorised/27-atencion-integral-al-paciente>
- 26.-la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo” RM N° 527-2011/MINSA
- 27.-Rodríguez, C. 2013. La medición de la calidad en la Acreditación en salud. ICONTEC
- 28.-Cerecedo L. Norma ISO 9001:2015. ¿Qué esperar y cómo anticiparse?
- 29.- Modelo de Gestión de Calidad Total 2015. Guía de elaboración del Reporte de Calidad para participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud. Premio nacional de calidad en salud décima tercera emisión.
- 30.-Sosa, M.P. 2010. Proceso de enfermería: Integración del conocimiento a la práctica de enfermería. Revista CONAMED 2010; 15 supl.1: 35-39.

31.-Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cauca
Programa de Enfermería Fundamentos de Enfermería. Universidad del
Cauca Programa de Enfermería.

ANEXOS

(MATRIZ E INSTRUMENTO)

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Fuentes De Información
¿Cuál es la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica - 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en los pacientes politraumatizados y cuidados perioperatorios del Hospital Regional de Ica – 2016.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1) Evaluar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la atención oportuna, en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica. 2) Precisar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la capacidad y habilidad, de la enfermera en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica. 3) Indicar la calidad de la atención inicial del profesional de Enfermería en relación a la calidez de la enfermera, en los pacientes politraumatizados del Hospital Regional de Ica en abril del 2016</p>	La calidad de la atención inicial por el profesional de Enfermería en pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica es adecuada en menos del 80%.	<p>V. de Estudio Calidad en la atención del politraumatizado</p>	Nivel de calidad	Pacientes o familiares
			<p>Dimensiones -Atención oportuna -Capacidad y habilidad -Calidez</p>	Nivel de calidad	



CUESTIONARIO

Estimado señor(a):

Queremos conocer su opinión acerca de la “Atención Inicial del Profesional de Enfermería en pacientes Poli Traumatizados”. Esta investigación es de carácter anónimo y servirá para mejorar la calidad y calidez en los cuidados del profesional de enfermería.

INSTRUCCIONES:

Para contestar esta encuesta usted debe marcar con una X en el ítem que Ud. crea conveniente en cada una de las preguntas que se realizan a continuación:

- a. **Edad:** _____
- b. **Sexo:** (M) (F)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

1. **¿El enfermero(a) le brindó la atención inmediata cuando llegó al hospital?**
 - a) Si
 - b) No
2. **¿El enfermero(a) recibió ayuda de los trabajadores de salud que trabajan con ella en el cuidado de su salud?**
 - a) Si
 - b) No
3. **¿El enfermero(a) contó con los insumos necesarios para brindarle la atención de emergencia?**
 - a) Si

- b) No
4. **¿El enfermero(a) encontró rápidamente vía al colocarle una aguja en su vena?**
- a) Si
b) No
5. **El enfermero(a) observa y aplica acciones para minorar el riesgo de su salud.**
- a) Si
b) No
6. **El enfermero(a) identificó el tipo de trauma que tenía y actuó de acuerdo al riesgo de su salud**
- a) Si
b) No
7. **El enfermero(a) consultaba y brindaba acciones para la recuperación de salud con el equipo de salud**
- a) Si
b) No
8. **El enfermero(a) lo evalúa su estado de salud desde su cabeza hasta sus pies**
- a) Si
b) No
9. **El enfermero(a) recogió información sobre alergias, patología previa, medicación habitual y última comida.**
- a) Si
b) No
10. **El enfermero(a) le brindó los cuidados y tratamiento en forma cuidadosa para su recuperación**
- a) Si
b) No
11. **El enfermero(a) le explicó cuáles son los cuidados que debe tener para su recuperación.**
- a) Si
b) No

12. ¿el enfermero (a) le trato con amabilidad?

a) Si

b) No