

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA



PROYECTO DE TESINA

**EL CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON FRACTURA DE MIEMBRO  
INFERIOR EN TRACCION MUSCULOESQUELETICA Y LA SATISFACCION DEL  
USUARIO**

POR:

Enf. BERTTO Gisela Valeria

DIRECTOR:

Mg CAMPONOVO Olga

DOCENTE ASESOR:

Dra. SIMONETTI Graciela

Rosario, martes 28 de Noviembre del 2017

*Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica tesina*

## **Resumen:**

La enfermería como disciplina es una ciencia que está en constante transformación y cambio. En las últimas décadas se ha propuesto que esta disciplina contribuya a lograr la homogenización del conocimiento, a coadyuvar en la garantía de la seguridad del paciente y a mejorar la calidad de la importancia, porque esta constatado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas, y por lo tanto, a mejorar su salud.

El objetivo general es determinar la satisfacción del usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética y el cuidado brindado por el personal de enfermería en una sala de baja complejidad de un efector público municipal de la ciudad de Rosario, durante los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo del 2018.

Se realizará un estudio descriptivo, transversal, se aplicarán dos instrumentos, uno es una encuesta auto administrada a los usuarios para medir el grado de satisfacción de los mismos, y la otra es una lista de cotejo mediante la cual se observará la ejecución de los cuidados brindados por el personal de enfermería y así evaluar la calidad de la atención brindada. Se realizará un análisis descriptivo de las variables en estudio, se trabajará con una tabla de doble entrada, permitiendo la comparación de éstas, así como el entrecruzamiento de los datos Los resultados se presentaran en tabla de distribución y frecuencias y gráficos de barra simples, codificando los datos con sus indicadores correspondientes.

Palabras claves: Satisfacción del usuario- Traumatismo de miembro inferior- Tracción musculo esquelética- Cuidados de enfermería.

## INDICE GENERAL

Resumen: .....	1
INDICE GENERAL .....	2
Introducción: .....	3
Marco teórico: .....	9
Material y métodos: .....	20
Tipo de estudio o diseño: .....	20
Sitios o contexto de la investigación: .....	20
Población y muestra: .....	22
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos: .....	23
Personal a cargo: .....	27
Plan de análisis: .....	28
Plan de trabajo: .....	30
Cronograma: .....	31
ANEXOS .....	32
ANEXO I: .....	33
Guía de Convalidación de sitio: .....	33
Anexo II: .....	37
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....	37
Anexo III: .....	45
Resultado del estudio exploratorio: .....	45
Anexo VI: .....	48
Resultado de la prueba piloto: .....	48
Bibliografía: .....	49

## **Introducción:**

La muerte por lesiones es un problema grave de salud en todo el mundo que provoca casi 14.000 muertes diariamente. Las causas principales de mortalidad relacionada con lesiones son: 1- accidentes de tráfico 2-violencia auto infligida 3-violencia interpersonal. Se estima que 5 millones de personas mueren en todo el mundo por lesiones accidentales. Las lesiones producen un 9% de las muertes y un 16% de las incapacidades en todo el mundo. En la mayoría de los países, con independencia de su nivel de desarrollo, las lesiones aparecen entre las cinco causas principales de muerte. La causa de muerte por lesiones varía de un país a otro e incluso entre diferentes regiones de un mismo país debido a aspectos económicos, sociales y de desarrollo. Por ejemplo, en los países del pacífico occidental de desarrollo bajo y medio, las principales causas de muerte por lesiones son los accidentes de tráfico, el ahogamiento y el suicidio. En África, las causas principales son los accidentes de tráfico, las guerras y la violencia interpersonal. En los países más desarrollados de América, la causa principal de muerte en las personas entre 15 y 29 años de edad son los accidentes de tráfico. La lesión mata o incapacita innecesariamente a gente de todas las edades, pero afecta de forma desproporcionada a los niños, jóvenes y adultos jóvenes, sobre todo en los países industrializados. Una medida de la gravedad de las lesiones es de tipo Económico. Los costos económicos de la lesión son soportados por el Estado, por los programas de seguros privados que repercuten estos costos a los demás usuarios, los empresarios y el paciente. Como resultado, todos pagamos cuando un individuo sufre una lesión grave. Los datos de la Organización mundial de la Salud (OMS) indican que las actividades de prevención son una buena inversión (Uriarte Gonzalez, 2012)

La seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional. Organismos como la OMS, la OPS y el comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. El sector salud es un área de riesgo asociado a la atención y tratamientos recibidos, los cuales, en determinadas circunstancias, pueden ocasionar sufrimiento, complicaciones o incluso la muerte. La tasa estimada de efectos adversos en hospitales oscila entre un 4% y un 17% de los que hasta un 50% son considerados evitables. Por este motivo resulta prioritario establecer una estrategia de Calidad en todo el sistema sanitario orientada a la identificación de riesgos para conocer y analizar la ocurrencia de los efectos adversos, determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición. Las estrategias encaminadas a mejorar la seguridad de pacientes se han demostrado útiles para mejorar la

calidad de los cuidados, mejorar la calidad de vida y aumentar la eficiencia del sistema (Blanca Irma Gonzalez Castillo- Pablo López Rojas-Irma Araceli Martín Cotoñieto, 2012)

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de Satisfacción de los usuarios. El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene al menos una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. Es por ello que medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por lo tanto, a mejorar su salud. Una de las formas más habituales de participación de los usuarios en la evaluación de un servicio sanitario se consigue mediante el desarrollo de instrumentos de acopio de información, como las encuestas de satisfacción. Éstas permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas. Los datos obtenidos se pueden analizar y sistematizar, identificando los elementos mejor y peor valorados por los usuarios, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la política pública sanitaria y de los servicios que, a través de ella, se ponen en marcha. De esta manera, se pueden introducir mejoras en la gestión de forma que se ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que abundará, sin lugar a dudas, en el incremento de la satisfacción de los pacientes y, por ende, en el mejoramiento de los servicios sanitarios y la salud pública (Rafael Serrano Del Rosal)

A raíz de la investigación exploratoria, y cuya metodología fue el análisis de datos que permitieron obtener información respecto a las características de la demanda y la oferta de atención de enfermería en servicios públicos y privados, enfatizando la investigación sobre la administración de Enfermería, para determinar la relación entre las características de los pacientes, las necesidades de recursos de Enfermería y la calidad de los cuidados. Se han ido desarrollando diferentes metodologías e instrumentos que permiten conocer y dimensionar la carga de trabajo de Enfermería en sectores de internación, a fin de establecer modelos de números y composición de dotación de personal necesario. La aplicación de esta tecnología ha permitido medir el grado de equilibrio entre las características de la demanda de atención y su contraparte, la oferta de actividades por parte del personal de Enfermería en los servicios donde se aplique. El supuesto es que si esta adecuación, situación de compensación, no existe, el debate

sobre calidad carece de sentido. En la actualidad se ha demostrado que el cálculo de demanda de atención de enfermería varía según los componentes de complejidad y dependencia de cada paciente, por lo tanto el sistema de clasificación de pacientes constituye un cambio significativo comparado con el método tradicional de limitarse a contar el número de camas ocupadas. Por otra parte la preocupación más importante sobre la estimación de la oferta de recursos humanos gira en torno a la constitución de la dotación de personal necesario teniendo en cuenta la proporción recomendables según niveles de preparación. Este debate se actualiza y profundiza dado el cambio del sistema de Salud que acontece y que requiere como premisa fundamental disminuir costos, aumentar eficiencia y garantizar calidad. (José A. Cesolari, 2000)

Según el estudio realizado en el hospital “José Ramón Vidal.” Y “José Francisco de San Martín.” de la ciudad de Corrientes Argentina: Se utilizó el método de encuestas por entrevistas a pacientes que concurren al Servicio de Guardia de los Hospitales José Ramón Vidal (HV) y José Francisco de San Martín (HE) de la ciudad de Corrientes - Capital, Argentina. Se encuestaron 400 (cuatrocientos) pacientes entre los meses de junio y julio del año 1999, de ambos sexos, mayores de 20 años y sin límites de edad. Los pacientes eran interrogados en forma individual inmediatamente después de su atención en el Servicio. Se le explicaba esta entrevista no tenía finalidad política ni correspondían a una encuestadora privada, sino que era un trabajo científico realizado por estudiantes de medicina de la UNNE y que los encuestados estarían en el anonimato. El encuestador no debía inducir respuestas sino simplemente limitarse a preguntar y anotar los datos obtenidos. Observamos que el mayor porcentaje de los encuestados opina que la atención médica hospitalaria es buena y la recibida por el personal auxiliar es agradable en ambos servicios. También coinciden al decir que los problemas son satisfactoriamente resueltos. El nivel de satisfacción de los pacientes del HV con respecto al tiempo de demora en ser atendidos es mejor que el del HE. La asistencia por razones de emergencia fue la prestación más solicitada en el HE y los de HV solicitaron asistencia por consultorio externo. En ambos hospitales el principal condicionante de la elección es la reducida disponibilidad económica. Por su parte, el nivel de satisfacción con respecto a la calidad de las instalaciones es también alto y similar para los usuarios de ambos servicios de emergencias consultados. Iguales consideraciones pueden hacerse con respecto al grado de satisfacción personal, medido por la tendencia a volver a solicitar asistencia al mismo hospital. Con respecto a la atención privada en relación con la pública, los pacientes del HV consideran que son iguales, pero los encuestados en el HE estiman que la atención hospitalaria es algo mejor que la privada.

En las emergencias los motivos principales de consulta del HE fueron: los traumatismos de miembros y las quemaduras de extensión reducida. En cambio, en el HV predominan los casos de hipertensión arterial. Sus conclusiones fueron que el mayor porcentaje de los encuestados calificaron a la Atención en el Servicio de Guardia como buena, el trato recibido del personal auxiliar fue calificado como agradable., y en los Servicios de Guardia que se encuestaron el nivel de satisfacción es bueno (Sosa Graciela B).

Según el estudio realizado sobre la calidad del cuidados de enfermería percibida por pacientes hospitalizados de una clínica privada de barranquilla Colombia, cuyo método fue un estudio descriptivo y transversal, cuantitativo, en donde se utilizó el cuestionario de Calidad del cuidado de enfermería (CUCAE), versión en castellano de la versión original the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS). Se concluyó que la calidad del cuidado de enfermería que se brinda en el servicio de hospitalización de la institución centro del estudio es buena, según la percepción de los pacientes. Su importancia como estudio es evidente dada la escasez de investigaciones descriptivas que permitan conocer, de manera detallada, el fenómeno de calidad del cuidado de enfermería en Barranquilla y la región del Caribe (Claudia Andrea Lenis-Victoria, 2015)

Si analizamos el significado que para el profesional de enfermería tiene el binomio Salud- Enfermedad, nos encontramos ante el complejo fenómeno de los cuidados que subyace a la relación establecida con el ser humano, como centro de nuestra atención, el que se nos presenta con diferentes etnias, religiones, géneros, hábitos, costumbres, creencias, niveles educacionales, niveles socioeconómicos, entre otras. La diversidad de cuidados que brinde este profesional no será de calidad a menos que las experiencias vitales de estas personas, así como sus propias interacciones con el ambiente que les rodea, estén cubiertas, sean entendidas, analizadas y articuladas. La gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero. Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Implica el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos de atención .Para Avedis Donabedian, medir la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería es un indicador de calidad. La percepción del usuario son conceptos y actitudes que construye de sus expectativas y de la satisfacción de sus necesidades. La calidad del cuidado de enfermería es un término conocido desde los tiempos de Florence Nightingale, quien postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si

se comparan tratamientos con resultados y si se usan herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales. Para lograr la calidad de los servicios, en México se estableció (en el Programa Nacional de Salud) el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), cuyos componentes fueron otorgar servicios efectivos y seguros que respondan a las expectativas de los usuarios y midan de manera regular la satisfacción de los pacientes. (Suñol)

En el ámbito internacional estudios realizados en Venezuela, Jordania y Finlandia evidenciaron la Satisfacción del Usuario hospitalizado y por ende la calidad óptima de atención recibida por el personal de enfermería. En ese mismo ámbito, MRAYYAN realizó un estudio que comprendió tres aspectos: la satisfacción del trabajo de las enfermeras, la satisfacción de los usuarios y la calidad del cuidado de enfermería, concluyendo que existe una relación entre los tres aspectos y por ende en la Calidad de Atención. (Puch-ku GF, 2016)

Según el estudio descriptivo que se realizó para medir la valoración de aspectos cualitativos del cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en la ciudad de Buramanga, Colombia, utilizando como instrumento el cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (CUCAE), versión en castellano, del Newcastle Satisfacción with Nursing Scales, basado en las dimensiones de experiencias y Satisfacción con el cuidado de enfermería. Se llegó a la conclusión en general los pacientes tiene una percepción positiva del cuidado de enfermería, con mayor número de comentarios positivos acerca de la atención recibida por enfermería. Se requiere mejorar aspectos importantes del cuidado de enfermería como: el mal genio de las enfermeras, la dedicación de tiempo para escuchar a los pacientes y la oportunidad en la atención, los cuales fueron descritos por los pacientes. Según los comentarios realizados por los pacientes se encuentran satisfechos con los cuidados recibidos, sienten el cariño y aprecio de las enfermeras durante su hospitalización, haciéndolos sentir como en casa. (Contreras, 2010)

Según el estudio realizado en el distrito Federal de México respecto a la Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería, en el año 2012 se ha propuesto que ésta disciplina contribuya a lograr la homogeneización del conocimiento, a coadyuvar en la garantía de la seguridad del paciente y a mejorar la calidad de la atención de las enfermeras, permitiendo así retomar la esencia del cuidado y la importancia de sistematizar la práctica. A través de la generación de políticas públicas en el ámbito nacional, como la emisión de un lineamiento General para elaborar Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), se pretende guiar a los



profesionales de la enfermería en la construcción de los planes de cuidado, utilizando y adecuando las clasificaciones taxonómicas de uso internacional y la metodología del proceso de atención de enfermería para estandarizar la práctica (María de Jesús Poso-Gonzalez Juana Jiménez, 2013)

Es debido a esto que decido determinar ,¿Qué relación existe entre los cuidados de enfermería al paciente con tracción musculo esquelética y la satisfacción del usuario en una sala de un hospital de dependencia pública durante los meses Febrero 2018 y Mayo 2018 en la ciudad de Rosario?

El objetivo general es identificar la relación que existe entre los cuidados de enfermería al paciente con tracción musculo esquelética y la satisfacción del usuario en una sala de Urgencias de un hospital de dependencia pública durante los meses Febrero 2018 y Mayo 2018 en la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos: Conocer la Satisfacción del usuario con respecto a la competencia de los cuidados que recibe por parte del personal de enfermería. Identificar el grado de satisfacción del usuario en relación a la cortesía, capacidad de respuesta, seguridad, comunicación y accesibilidad. Identificar los cuidados de enfermería en cuanto a las necesidades de atención de salud del usuario. Describir los cuidados en cuanto aseo e integridad de piel y tegumentos, nutrición, oxigenación, eliminación, actividad reposo y sueño, sensopercepción.

La hipótesis es que cuanto mejor sean los cuidados de enfermería, más satisfecho se encontrará el usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética.

**Marco teórico:**

Son tres los componentes de calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de las tecnologías en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y de las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. El tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención confortable. Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otras partes, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinar actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Como así también, los motivos económicos en general y el control de los costos en particular pueden ser la génesis del cambio. En lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cual es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica usual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. La mejora de la calidad debe corregirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario, si bien todos los profesionales tienen su alícuota, es responsabilidad compartida con la institución y con la

dirección del centro. Es por ello que la evaluación y mejora de la calidad consiste en : establecer cual es en cada momento la práctica considerada como correcta, compararla con la que estamos realizando, establecer los motivos por los cuales tenemos problemas, aplicar los cambios necesarios para solucionarlos, comprobar si estos cambios son eficaces (Garcia, 1994)

Con respecto a la parte que compete a la biología humana, cuya importancia radica en los conocimientos que se adquieren de forma académica, y hacen del profesional de enfermería un sujeto activo en la toma de decisiones para la mejoría del plan de cuidado, podemos decir que, una fractura es una reducción de la continuidad del hueso, el hueso es relativamente frágil, aunque con la fuerza y elasticidad suficientes para resistir tensiones considerables. Las fracturas se producen a consecuencia de: (1) un solo incidente traumático, (2) estrés repetido, o (3) debilitamiento anormal del hueso (fracturas “patológicas”). En general el tratamiento de las fracturas consiste en la manipulación adecuada para mejorar la posición de los fragmentos, seguida de la colocación de una férula para mantenerlos juntos hasta que se unan; durante este intervalo de tiempo hay que conservar la movilidad y la función articulares. Estos objetivos se cumplen con las tres reglas siguientes, reducir, mantener, ejercitar. La tracción es un procedimiento ortopédico mediante el cual se efectúa un estiramiento de una parte del cuerpo para corregir la alineación de dos estructuras continuas o mantenerlas en la posición funcional y óptima. La técnica proporciona alineamiento y estabilidad a una fractura, reduciendo la misma y manteniendo el hueso en la posición correcta. También se emplea para prevenir contracturas por flexión, reducir la escoliosis y disminuir el espasmo muscular. Si la parte traccionada se eleva por encima del nivel del corazón, también disminuye el edema. La contra tracción es la tracción en dirección opuesta a la tracción. Por lo general, la tracción se aplica de forma continua, aunque las tracciones cervical y pélvica pueden ser intermitentes. En la tracción directa, la fuerza de estiramiento está en un plano y el mismo cuerpo proporciona la contra tracción (p. ej., tracción de Buck). En la suspensión, o suspensión de equilibrio, existe una fuerza hacia arriba aplicada en la extremidad lo que permite el movimiento de la persona mientras se mantiene la línea de tracción (p. ej., tracción esquelética mediante férula de Thomas y fijación de Pearson). La tracción cutánea (de Buck y de Russell) se aplica con un esparadrapo fijado al pie con un vendaje circular o mediante un botín de Buck fijado al pie y al que se sujetan una cuerda, una polea y unas pesas. La tracción esquelética o musculo esquelética se aplica directamente sobre el hueso mediante la inserción de dispositivos tales como la aguja de Steinmann, de Kirschner o de Crutchfield. (Jones, 2008)

Una tracción es la aplicación de una fuerza tirante en una parte lesionada del cuerpo que ayuda a reducir las fracturas, luxaciones; disminuye el espasmo, dolor muscular, previene deformaciones y mantiene la longitud de la extremidad y su correcta alineación y además promueven el descanso de una parte lesionada, hay dos tipos de tracciones, cutánea y esquelética, la aplicación de las mismas depende de la edad y del tipo de lesión que haya sufrido el paciente. La cama de los pacientes con este tratamiento ortopédico debe tener un colchón duro o una tabla bajo el mismo. La cabecera o los pies de la cama se pueden elevar con tacos o con el sistema de elevación eléctrico; se coloca un marco a la altura de la 16 cabeza, trapecio y barandillas laterales en la cama para que el paciente pueda cambiar de posición. El peso máximo recomendado en la tracción cutánea es de 2.5 a 4 Kg por extremidad en adultos, dependiendo del peso y edad del paciente, además se conserva por periodos breves, la pesa se fija a una bota que rodea la parte correspondiente del cuerpo. Si se usa mucho peso puede provocar una disminución de la fuerza muscular, úlceras en la piel por fricción; en el caso de las tracciones esqueléticas el sistema se fija directamente al hueso generalmente por medio de un clavo que ejerce tracción continua, el total del peso aplicado varía según la lesión, talla corporal y el grado de espasmo muscular como por ejemplo en tibia y Fémur se aplica el 10% del peso corporal. Es indispensable la curación diaria del sitio de inserción del clavo ya que si no se aplican las medidas correspondientes se puede llegar a producir una infección (Faria, 2016)

El movimiento es parte importante en la vida, tanto que la pérdida permanente o temporal de la capacidad de mover cualquier parte del cuerpo es una tragedia para el ser humano, ya que se siente un ser incompleto. Ahora bien, cuando por alguna circunstancia adversa el individuo debe ser inmovilizado con tracción esquelética, se incomoda y se siente limitado en sus funciones ante el trauma de la lesión, esta situación puede generar consecuencias o complicaciones que retardan el proceso de recuperación, así como una hospitalización más prolongada. El profesional de enfermería cumple un papel fundamental en los cuidados que se le proporcionan, tales como: confort, seguridad y atención continua en la satisfacción de sus necesidades. Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. Henderson, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, Las necesidades básicas del

paciente son, según Henderson: 1- Respirar normalmente, 2 -Comer y beber adecuadamente, 3- Eliminar por todas las vías corporales, 4- Moverse y mantener posturas adecuadas, 5- Dormir y descansar, 6- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse, 7-Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno, 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, 9-Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, 10-Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, 11- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, 12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, 13- Participar en actividades recreativas, y 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. (L, 1991)

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica ese marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere unas capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/familia (Smith y Germain 1975). El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: Valoración, Diagnostico, Planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de resolución de problemas en un esfuerzo por definir las acciones de enfermería... Es por ello que el principal propósito del PAE es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y de la comunidad.

El PAE implica una relación interaccionar entre el cliente y la enfermera, siendo el cliente el centro. La enfermera convalida con el cliente las observaciones y conjuntamente utilizan el proceso. Esto ayuda al cliente a afrontar los cambios de salud reales o potenciales, dando como resultado una atención individualizada. La valoración de enfermería es la parte más importante en la realización de los planes de cuidado ya que en una buena valoración inicial, se detectarán

los problemas de salud, que se transformarán posteriormente en los diagnósticos enfermeros. Es un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando. En la práctica la valoración se suele realizar tanto por necesidades de Virginia Henderson como por patrones de Salud de Marjory Gordon. Los diagnósticos son problemas que entran dentro de la competencia de enfermería; son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente. El diagnóstico siempre es, la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas. Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o en taxonomías diagnósticas como lo es la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), es por ello que logramos el uso de un lenguaje común permitiendo a su vez una lectura comprensiva y participación dinámica de los diferentes equipos de salud. (Patricia w.Iyer, 2011)

Dentro de la planificación de los cuidados por parte de enfermería, se prevé la búsqueda de cualquier signo o síntoma que revele un posible problema potencial.

Dentro de la Dimensión Oxigenación y sensopercepción, como necesidad Básica alterada y cuyos indicadores son los cuidados planificados de, Control de coloración de la piel y mucosas, control de pulsos periféricos, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, control del estado de conciencia, control del dolor, para evitar así un posible problema potencial , como lo es el Síndrome del embolismo graso (SEG) en donde la presencia de glóbulos grasos en los tejidos y los órganos después de una lesión esquelética traumática. Las fracturas que, con mayor frecuencia, provocan SEG son las de huesos largos, costillas, tibia y pelvis, y por lesiones por aplastamiento o por complicación tras la implantación de una prótesis articular. Su Fisiopatología comprende que al momento de la fractura, innumerables glóbulos grasos pueden pasar a la sangre debido a que, la presión de la médula ósea es mayor que la de los capilares porque la reacción a la tensión aumenta la concentración de catecolaminas (que provocan la movilización de ácidos grasos y promueven la aparición de glóbulos grasos en el torrente sanguíneo). Estos se combinan con las plaquetas y forman émbolos, que después ocluyen los vasos sanguíneos de poco calibre que irrigan cerebro, pulmones, riñones y otros órganos. Son una causa importante de muerte. Sus Manifestaciones clínicas son la aparición de síntomas rápida (en general entre las primeras 24 a 72 horas), pero puede tener lugar de unas cuantas horas a una semana tras la lesión:

Como así también, cambios cerebrales, Conducta anormal, que varía desde agitación y confusión leve hasta delirio y coma., Distrés respiratorio que abarca taquipnea, disnea, crepitaciones, sibilancias, dolor torácico precordial, esputo blancuzco y espeso y taquicardia. La oclusión de un número elevado de vasos microscópicos aumenta la presión pulmonar. Edema y la hemorragia en los alveolos limitan el transporte de oxígeno y causan hipoxia ( $PO_2$  en sangre arterial  $< 60$  mmHg). Palidez de la piel (con la embolización sanguínea). Petequias: en mucosa bucal, conjuntivas, tórax, paladar duro, etc. Una manera de Prevención es la inmovilización inmediata de las fracturas, la manipulación mínima de las mismas y el apoyo adecuado de los huesos fracturados durante los giros del cuerpo y cambios de posición son medidas con las que suele reducirse la ocurrencia de émbolos grasos. De ahí la importancia de vigilar los pacientes de alto riesgo

Dentro de la dimensión Actividad Reposo y Sueño y sensopercepción como necesidades básicas alteradas y cuyos indicadores son, ejercicios activos y pasivos, control de movilización, reposo y sueño, cambios de decúbitos, control del dolor., cuyo Problema potencial es el Síndrome compartimental (SC) que provoca que la perfusión capilar se reduzca a valores inferiores para la viabilidad tisular. El paciente señala dolor profundo, pulsante y que no cede con los opioides. Se da con más frecuencia en: Parte superior del brazo y parte inferior de la pierna, fracturas del húmero distal y de la tibia proximal. Su Fisiopatología consiste en una disminución del tamaño del compartimento muscular (por uso de férulas, vendajes o yesos constrictivos, tracción excesiva, etc.) Aumento del contenido del compartimento aponeurótico por edema o hemorragias (relacionados con fracturas, lesiones por aplastamiento). El edema es una respuesta de los tejidos blandos a la región del traumatismo, y puede aumentar la presión compartimental. Ello puede crear la suficiente presión para obstruir la circulación y provocar una oclusión venosa (la cual aumenta el edema). La presión puede aumentar tanto que la microcirculación disminuye, lo que causa anoxia y necrosis de músculos y nervios. Los compartimentos de los músculos de antebrazo y pierna son los más afectados. La isquemia puede aparecer a las 4-12 h. tras inicio, y la función de estos músculos puede perderse si la situación de anoxia continua por más de 6 h. Sus manifestaciones clínicas consisten en realizar valoraciones neuromusculares de forma regular en los pacientes con fracturas. Las 6 P (del inglés) son características del SC inminente: 1. Parestesia (entumecimiento y hormigueo). 2. Dolor (Pain) distal a la lesión y que no se alivia con analgésicos narcóticos. 3. Presión del compartimento elevada. 4. Palidez, frialdad y pérdida del color normal de la extremidad. Lecho ungular cianótico sugiere congestión venosa. 5. Parálisis, o

pérdida de la función (sugiere daño nervioso).6. Pulsos ausentes o disminución/ausencia de los pulsos periféricos. Su Prevención consiste en No elevar la extremidad por encima de la zona cardíaca. Puede aumentar la presión venosa y enlentecer la perfusión arterial. No aplicar hielo o compresas frías. Puede provocar vasoconstricción y exacerbar el síndrome.

Dentro de la Dimensión Oxigenación , Aseo e integridad de piel y tegumentos, Actividad Reposo y Sueño, Sensopercepción y cuyos indicadores son , control de heridas o lesiones quirúrgicas, cambios de decúbito, colocación de elementos de confort, control de coloración de la piel y mucosas, control de pulsos periféricos, control del dolor y cuyo Problema potencial es la Trombosis venosa profunda que consiste en que las venas de las extremidades inferiores y de la pelvis son altamente susceptibles para la formación de trombos posteriormente a una fractura, especialmente la fractura de cadera. Los factores predisponentes son: Estasis venosa (Disminución del flujo venoso). Provocada por los yesos o tracciones que se colocan de forma incorrecta. Se ve agravada por la inactividad de los músculos que habitualmente ayudan a la acción de bombeo de la sangre venosa que retorna a las extremidades. Presión local sobre una vena. La Inmovilidad, por el reposo en cama. Y cuyas manifestaciones clínicas son que afecta principalmente las venas en la parte inferior de la pierna y el muslo. El coágulo puede bloquear el flujo sanguíneo. Si el coágulo se desprende y viaja a través del torrente sanguíneo, se puede atascar en el cerebro, los pulmones, el corazón o en otra área, llevando a daño grave por embolia.- Cambios en el color de la piel en una extremidad (enrojecimiento).- Aumento del calor en una extremidad.- Dolor de extremidad, en una sola.-Sensibilidad en una sola extremidad.-Edema de sólo una extremidad. Cuyo tratamiento es debido al elevado riesgo de trombosis venosa en el paciente con movilidad limitada, pueden prescribirse fármacos anticoagulantes profilácticos (aspirina, warfarina o heparina). Sus medidas de prevención son, llevar medias elásticas con gradiente de compresión (medias anti embolismo), utilizar dispositivos de compresión secuencial. Instruir a la persona para que movilice (flexión plantar y/o flexión dorsal) los dedos o los pies de la extremidad afectada y realizar ejercicios en la extremidad no afectada. (Aybar, 2008) (Hernández, 2012)

Dentro de la dimensión Aseo e integridad de piel y tegumentos, sensopercepción, Necesidades de Atención de Salud y cuyos indicadores son, control de heridas o lesiones quirúrgicas, control del dolor, control del calendario de vacunas, control de riesgos ambientales, educación y promoción del autocuidado. Y cuyo Problema potencial es la Infección ya que Todas las fracturas abiertas se consideran contaminadas. La fijación interna de fracturas implica riesgo de



infección, pues se trata de tejido desvitalizado y contaminado; un medio ideal para numerosos patógenos comunes (incluyendo bacilos anaerobios). Sus manifestaciones clínicas son la Sensibilidad, el Dolor, el Enrojecimiento, el Calor local, el Edema, el Drenaje purulento, la Febrícula y el Malestar general. Su tratamiento requiere terapéutica con antibióticos. Se recomienda utilizar antibióticos efectivos para gram positivos y gram negativos durante 48 a 72 horas mientras se esperan los resultados de los cultivos. Si éstos son negativos, se suspende la administración de dichos medicamentos. De ser positivos se continuarán de acuerdo con la sensibilidad del germen cultivado. Su Prevención es que durante el acto quirúrgico, la herida abierta puede ser irrigada con una solución antibiótica. Las fracturas abiertas requieren un desbridamiento quirúrgico agresivo (La remoción de los tejidos desvitalizados debe incluir piel, tejido celular subcutáneo, fascia muscular, músculo y pequeños fragmentos óseos, así como todo material extraño encontrado en la herida).

Dentro de la dimensión Eliminación, Nutrición e Hidratación, Necesidades de Atención de Salud, están los indicadores, colocación de chata y orinales, control de diuresis, control de ruidos hidroaéreos, control del ritmo evacuatorio intestinal, control de dieta o ayuno, control de tolerancia gástrica, contención del usuario y su familia, educación y promoción del autocuidado. Y cuyo Problema potencial es el Estreñimiento que está relacionado con la inmovilidad que representa la tracción musculo esquelética y a cambios en los hábitos alimenticios

Dentro de la dimensión Necesidades de atención de Salud, Aseo e integridad de piel y tegumentos, se encuentran los indicadores de contención del usuario y su familia, educación y promoción del autocuidados, baño completo de rutina, colocación de elementos de confort. Cuyo Problema potencial es la Baja autoestima situacional, depresión, estrés, déficit de autocuidado. Relacionado con el uso de la tracción e inmovilidad prolongada. El trabajo en conjunto del personal de enfermería y de la familia del paciente es fundamental para su prevención. La máxima participación del usuario en sus cuidados y en la toma de decisiones que afecte su tratamiento, reducirá la ansiedad del mismo durante el tiempo de convalecencia y a la vez que fomenta su autoestima. (Carmen Nuria Garcia Fernandez. Rosario Fernandez Ramos, 2016) (Chitay., 2012)

Los enfoques de calidad que emergieron desde mediados del siglo XX han querido mostrar la calidad como una característica sustancial de los productos y servicios. La calidad puede verse desde dos perspectivas: objetiva y subjetiva, la primera basada en los aspectos técnicos y

estructurales de la organización, la segunda fundamentada en la capacidad que tiene el consumidor para juzgar los servicios recibidos y develar satisfacción o insatisfacción. Ésta última, bajo el supuesto de que la calidad es vista en función de quien la recibe, por lo tanto, varía dependiendo de su punto de vista. Es así como se ha venido desarrollando un nuevo enfoque basado en la participación del usuario como aspecto primordial para lograr la calidad. Y se relaciona directamente con los resultados deseados que ponen de manifiesto el impacto positivo de las instituciones de salud en medio de la sociedad. Dentro de los estudios que se han realizado para evaluar la calidad de atención, midiendo el grado de satisfacción del usuario, se han utilizado diversos instrumentos de medición, uno de los cuales fue el cuestionario de Calidad del cuidado de enfermería (CUCACE), versión en castellano validada, de la versión original The Newcastle Satisfaction Whit Nursing Scales (NSNS). Este cuestionario de experiencias con los cuidados de enfermería está conformado por 26 preguntas: 14 formuladas en sentido positivo y 12 en sentido negativo. Todas las preguntas poseen 7 opciones de respuesta de 1-7 (escala tipo likert). El cuestionario de satisfacción con los cuidados de enfermería está conformado por 19 preguntas, cada una de las cuales, poseen 5 opciones de respuesta de 1-5 (escala likert). Teniendo en cuenta la recodificación recomendada por el manual del CUCACE, los resultados se agruparon en tres niveles: positivo, neutro y negativo. Siendo positivo (muy y completamente satisfecho), neutro (bastante satisfecho) y negativo (nada y poco satisfecho Si se demanda la opinión del usuario sobre los profesionales que le atienden, es frecuente que se valoren no tanto la capacidad técnica, que por lo general se supone, sino que esta competencia se emplee extensamente con cada uno de los usuarios, es decir que se produzca una atención asidua y continuada y con relaciones personales fluidas. (De Los Ríos Castillo, 2014) (Lenis-Victoria Ca, 2015)

Respecto a la dimensión Accesibilidad, y cuyos indicadores son, Al momento de la internación la atención fue inmediata, reconoce hoy a la enfermera que lo recibió, cuando llama a la enfermera acude rápidamente, refiere a la posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise. Este componente se establece en aspectos legales tales como la existencia de condiciones para poder obtener la atención (la condición de asegurado, la pertenencia algún grupo de riesgo, etc.), y se mide por cuestiones organizativas, como pueden ser los medios de comunicación, la localización física del servicio o del profesional.

Respecto a la dimensión Comunicación, y cuyos indicadores son, La enfermera escucha sus inquietudes y/o la de sus familiares, la enfermera, le habla en términos que Ud. entiende, se

siente comprendido por la enfermera, los comentarios realizados por enfermería son respetuosos y adecuados. Las habilidades de la intercomunicación personal es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender, para vivir con los demás, así como para solucionar conflictos. La enfermera por su contribución en la interacción, es un pilar en la recuperación de la salud del paciente. Lo acompaña en la experiencia de conocer su diagnóstico y tratamiento, por otra parte lo estimula, para que exprese sus sentimientos y expectativas y asuma el papel que le corresponde en el autocuidado y mejoría de salud.

Respecto a la dimensión Cortesía, cuyos indicadores son, el trato es amable, el trato es contenedor, siempre acude con buena predisposición. La prestación de la atención sanitaria tiene un importante componente de relación y comunicación entre las personas, las que prestan los servicios y las que demandan y reciben. Este elemento influye igualmente en la calidad y se traduce en las condiciones presentes en la atención de trato individual y personalizado del cuidado, cortesía y corrección en la comunicación, y respeto a los valores, opiniones y creencias. Las características de las relaciones personales también se vinculan a otros aspectos, como puede ser el de la intimidad en que se producen, e incluso a cuestiones “externas” como el aspecto de las personas que prestan los cuidados, reflejado en el vestido, la limpieza, el orden y otros condicionantes que influyen en la relación y que en nuestro medio son altamente valorados por los usuarios.

Respecto a la dimensión Competencia, cuyos indicadores son, recibe todos los cuidados que necesita (higiene, medicación, alimentación, etc.), la tracción es controlada frecuentemente. El grado y tipo de conocimiento y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores del sistema de servicios de salud, es otro componente destacado de su calidad. En los profesionales titulados, esta competencia parte de unas normas generales de educación y formación universitarias, que están avaladas por el estado, mediante un título que autoriza para el ejercicio. Estas normas mínimas se reflejan en la práctica profesional y admiten, al igual que otras características, una diferenciación en grados de mayor o menor competencia, es decir, desde un adecuado dominio de las habilidades técnicas del ámbito de cada profesión hasta un grado de excelencia, el máximo nivel del ejercicio profesional. Por lo general el usuario acepta que todos los profesionales disponen de conocimientos y habilidades adecuados que, además, no cuestionan por falta de capacidad para valorarlos. Por tanto, sólo es sensible a este componente de la calidad asistencial si se observan grados extremos, de excelencia o de incompetencia manifiestas. Por

sus partes los profesionales o los gestores tienden a valorar este aspecto bien por el impacto producido por el ejercicio del profesional, bien por la observación de la realización de las tareas.

Respecto a la dimensión Capacidad de respuesta, cuyo indicador es recibe respuesta inmediatamente cuando presenta dolor. El usuario tiene el derecho a recibir una atención de calidad. La necesidad del usuario es una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que debe confiar en la enfermera como una persona que se preocupa de su atención. La calidad de atención que brinda la enfermera también influirá en la atención enfermera- usuario y dependiendo de ésta el usuario recepcionará como mala o buena la calidad de atención.

Respecto a la dimensión Seguridad, cuyos indicadores son, se siente seguro cuando lo atiende enfermería, la enfermera le explica antes de realizarle un procedimiento. Una atención de calidad es, en principio, aquella que tiende a minimizar o a hacer imposibles los riesgos potenciales o reales. Evitar los riesgos es, por tanto, un componente esencial de seguridad que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos, así como en la dotación de instalaciones que reúnan las condiciones necesarias. Parte importante de este componente de seguridad reside en la confidencialidad de la información referida a los usuarios, que garantiza la ausencia de riesgos para la integridad individual del paciente o cliente derivados de una incorrecta utilización de los datos personales de éste, o dependientes de su condición patológica. (Vercher, 2010) (Carmen Camaño, 2006)

## **Material y métodos:**

### **Tipo de estudio o diseño:**

El diseño de esta investigación es no experimental u observacional ya que no habrá manipulación de la variable independiente. Es descriptivo ya que explica cuál es el grado de satisfacción y analiza los cuidados brindados por el personal de enfermería. Es prospectivo porque los hechos se registran a medida que ocurren y se realizará una única medición de la variable y transversal por que estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, este estudio se realizará durante los meses de Febrero, Marzo, Abril, Mayo del 2018.

### **Sitios o contexto de la investigación:**

Después de haber realizado una exploración de cinco hospitales públicos de la ciudad de Rosario, a los cuales denominaremos (A, B, C, D, E,) (ver Anexo I Guía de Convalidación de Sitio), se seleccionaron dos efectores ya que reunían todos los requisitos para medir las variables en estudio, A y B. En el Hospital B, solo realizamos la prueba piloto, aplicando ambos instrumentos, ya que la cantidad de pacientes internados en el mismo período es menor en relación al hospital A, pero si nos sirve para validar los instrumentos de medición sin utilizar los mismos sujetos para el estudio.

El hospital seleccionado para el estudio, al que identificaremos como A, tiene las siguientes características: Es un efector público de dependencia Municipal. Cuenta con un sistema de referencia local, situándolo en el tercer nivel de complejidad (alta complejidad), además de ser referente regional de la ciudad de Rosario y alrededores. Funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros, traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico quirúrgicas.

Según datos proporcionados por el departamento de estadísticas en el año 2016 se realizaron un total de 29594 atenciones por guardia y hasta agosto del 2017 ya son 15365 los pacientes lesionados por accidentes de tránsito ingresados por guardia. Debido al alto flujo de pacientes

atendidos y a la alta complejidad del efector es que se encuentran la mayor cantidad de sujetos en tracción musculo esquelética, asegurándonos la presencia de nuestras variables en estudio.

Dentro del mismo, cuenta con sectores de internación divididos según el grado de complejidad, sectores A1 y A2 (alta complejidad, pacientes post UTI, UCO o que requieren cuidados complejos), y los sectores B1 y B2 de baja complejidad.

Las salas que decidí abordar son los sectores B1 y B2 ya que se encuentra la población seleccionada según los criterios de inclusión.

El sector B1 cuenta con 28 camas distribuidas en habitaciones dobles con baño propio.

El sector B2 cuenta con 20 camas distribuidas en habitaciones dobles con baño propio y 5 habitaciones individuales, con baño propio, (3 de ellas con sistema para patologías respiratorias, y 2 para pacientes neutropénicos o con tratamiento de quimioterapia.

Con respecto a la organización del servicio cuenta con turnos de 6 horas de enfermería, 4 enfermeros en los turnos (6/12, 12/18, 18/24) y 3 en el turno (0/6), en cada sector, B1 y B2. Puede permanecer un familiar por paciente y cuenta con horarios de visita durante la mañana y la tarde. Existen manuales de técnicas y procedimientos, que se encuentran en el estar del jefe de enfermería.

Por turno (6/12,12/18,18/24) hay 2 supervisoras de enfermería para todo el hospital, en el turno (0/6) no hay, y los jefes de servicio se encuentran en el turno (6/12). La distribución es por sectores y diagramada en común acuerdo por el equipo de turno, los cuidados son individuales e integrales. No existe diferenciación de funciones según el nivel de formación. Respecto a la coordinación, existe report, kardex, ficha de admisión, hojas de enfermería con nombre de usuario, camas, actividades independientes e interdependientes.

### **Población y muestra:**

La población seleccionada para llevar a cabo esta investigación para la variable satisfacción del usuario será la totalidad de los pacientes que ingresen por fractura de miembro inferior y que requieran tracción musculo esquelética, siendo ésta una muestra no probabilista accidental, tomando como referencia aproximada la cantidad de 70 usuarios, número estimado que surge de la revisión de los registros de report de cada sector durante los meses de Febrero, Marzo, Abril, Mayo del 2017, ya que en el Departamento de Estadísticas no cuentan con datos específicos de esa población , discriminados por el requerimiento de tracción musculo esquelética. Para la variable cuidados de atención brindados por el personal de enfermería, son 15 enfermeros diarios durante los 4 meses que dure la investigación.

En esta investigación se contará con dos unidades de análisis. Para la variable Satisfacción del usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética, serán cada uno de los usuarios en tracción musculo esquelética, que no presenten patologías agregadas y con una permanencia mínima de 4 días de internación, siendo excluidos los usuarios bajo efectos de sedación, con trastornos del lenguaje o con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. Para la variable cuidados brindados por el personal de enfermería, serán cada uno de los enfermeros que pertenezcan al plantel fijo del sector.

## **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:**

### Variable 1:

Satisfacción del usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética. Variable dependiente, cualitativa. Un usuario tiende a manifestarse satisfecho o no, de una forma global, para valorar, particularidades dentro del total de la atención que se le ha prestado. En ocasiones un usuario, por desconocimiento o desinformación, demanda una atención que no es la adecuada, bien por su estado de salud, o bien por no existir los recursos precisos. Se genera entonces una insatisfacción que de alguna manera no está justificada y, por lo tanto, incide sesgadamente en la valoración de calidad. El usuario insatisfecho es el que más probabilidades tiene de iniciar demandas.

Se recolectarán los datos a través de una encuesta con un cuestionario auto administrado al usuario, previa información a los mismos sobre el carácter de anonimato de sus respuestas, su participación voluntaria, como así también la posibilidad de negarse al mismo, sin que esto repercuta en su cuidado. El instrumento consta de 16 ítems de preguntas cerradas dicotómicas, y de opción múltiple, asignándole un puntaje a cada opción, y de cuya suma se obtendrá un puntaje total, determinando así el grado de satisfacción del usuario, interpretado como (de 1-17 Excelente Satisfacción , de 18/34 Buena Satisfacción , de 35/44 Mala satisfacción) Dicha encuesta se realizará al quinto día de internación en el sector elegido para el estudio, preferentemente en el turno de 12 /18, luego del horario de visita y posterior a la merienda, momento en el que el usuario esta sólo con un acompañante. Una de las ventajas de este instrumento es su bajo costo y su práctica implementación.

Se realizó una prueba piloto del instrumento sobre satisfacción del usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética, a diez usuarios del Hospital B durante el mes de Octubre, (ver Anexo IV). Dicho instrumento fue adaptado por la autora de este estudio, de una encuesta de Satisfacción del usuario utilizada por la institución pública (A).



DIMENSIÓN	INDICADOR
Accesibilidad:	1) Al momento de la internación como fue la atención 2) Reconoce por su nombre al enfermero que lo atiende 3) el enfermero responde a su llamado cuando Ud. necesita atención específica de él
Comunicación	1)El enfermero escucha sus inquietudes y/o la de sus familiares 2)El enfermero , le habla en términos que Ud. entiende 3)Se siente comprendido por el enfermero 4) Los comentarios realizados por enfermería son respetuosos y adecuados
Cortesía	1)El trato es amable 2)El trato es contenedor 3)Siempre acude con buena predisposición
Competencia	1)Recibe todos los cuidados que necesita, (higiene, medicación, alimentación, etc.) 2)La tracción es controlada
Capacidad de respuesta	1)Recibe respuesta inmediatamente cuando presenta dolor
Seguridad	1)Se siente seguro cuando lo atiende enfermería 2)La enfermera le explica antes de realizarle un procedimiento 3)Confía en el trabajo de los enfermeros

Variable 2:

Cuidados brindados por el personal de enfermería. Variable independiente cualitativa. Es el tratamiento que proporciona un profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Sus indicadores son acciones independientes o interdependientes de enfermería que las podemos dividir por turnos, se puede recolectar dicha información a través de una lista de cotejo, donde se encuentran clasificadas por Necesidades Básicas, según la NANDA. Dicho instrumento posee la ventaja de ser de bajo costo y de fácil aplicación. Para operacionalizar la escala ordinal a través de las necesidades básicas alteradas, clasificando a cada elemento de la variable. Se aplicará la técnica de observación, a los registros de la hoja de enfermería a través de una lista de cotejo, enfocada en las necesidades básicas, aplicada a los 4 turnos de trabajo con 30 cuidados brindados por enfermería. Se realizará en el turno 6/12 del día 6 de internación para ver los registros de los cuidados brindados por el personal de enfermería del día anterior, o sea el día 5, dentro de las 24 horas o sea todos los turnos. Del puntaje total se realizará una escala del 0 al 3, reconstruyendo la variable será posible determinar e interpretar un cuidado insuficiente, suficiente o muy suficiente.

DIMENSIÓN	INDICADORES
Aseo e integridad de piel y tegumentos	Baño completo Higiene parcial Cambio de ropa de cama total Cambio de ropa de cama parcial Control de heridas o lesiones Lubricación de piel/protección de puntos de apoyo Cambios de decúbito Colocación de elementos de confort
Nutrición	Control de dieta o ayuno Control de tolerancia gástrica
Oxigenación	Control de coloración de piel y mucosas

	<p>Control de pulsos periféricos</p> <p>Auscultación cardíaca y pulmonar</p>
Eliminación	<p>Colocación de chata y orinales</p> <p>Control de diuresis</p> <p>Control de ruidos hidroaéreos</p> <p>Control del ritmo evacuatorio intestinal</p>
Actividad reposo y sueño	<p>Ejercicios activos y pasivos</p> <p>Control de reposo y sueño</p> <p>Cambios de decúbito</p>
Sensopercepción	<p>Control del estado de conciencia</p> <p>Control del dolor</p>
Necesidades de atención en Salud	<p>Administración de medicación prescrita</p> <p>Control del calendario de vacunas</p> <p>Control efectos colaterales de la medicación</p> <p>Control de riesgos ambientales</p> <p>Contención del usuario y su familia</p> <p>Educación y promoción del autocuidado</p>

**Personal a cargo:**

La autora de esta investigación se encargará de entrevistar en forma personal a cada usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética y se le entregará el consentimiento informado y el instrumento para medir la satisfacción del usuario respecto a los cuidados de enfermería. Dicha encuesta se realizará al quinto día de internación en el sector elegido para el estudio, preferentemente en el turno de 12 /18, luego del horario de visita y posterior a la merienda, momento en el que el usuario esta sólo con un acompañante, se esperará afuera de la habitación hasta que sea respondida por el usuario. A su vez. Se aplicará la técnica de observación, a los registros de la hoja de enfermería a través de una lista de cotejo, enfocada en las necesidades básicas, aplicada a los 4 turnos de trabajo con 30 cuidados brindados por enfermería. Se realizará en el turno 6/12 del día 6 de internación para ver los registros de los cuidados brindados por el personal de enfermería del día anterior, o sea el día 5, dentro de las 24 horas o sea todos los turnos. Durante los 4 meses que dure la investigación. Se pedirá la colaboración del enfermero Jefe de los sectores para que me notifiquen los ingresos de pacientes en tracción musculo esqueléticas para llevar así el seguimiento de los mismos y concretar la entrevista.

## **Plan de análisis:**

Una vez recogidos los instrumentos, de las encuestas a los usuarios, se realizará un registro de las respuestas, codificándolos en una base de datos utilizando como ordenador informativo el programa Excel. Se realizará un análisis descriptivo de las variables en estudio, se trabajará con una tabla de doble entrada, permitiendo la comparación de éstas, así como el entrecruzamiento de los datos. Se presentarán medidas estadísticas a cargo de especialistas. Los resultados se presentarán en tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras.

Para la variable cuidados de enfermería brindados, se aplica la técnica de observación, al personal de enfermería a través de una lista de cotejo, enfocada en las necesidades básicas, aplicada a los 4 turnos de trabajo con 30 cuidados brindados de enfermería.

Del puntaje total se realizará una escala del 0 al 3, donde 0 punto representa que no se ha realizado la actividad, 1 punto la actividad se ha realizado de forma incompleta, 2 puntos la actividad que se han realizado como están normalizados y con 3 punto aquellas actividades que se han realizado con una frecuencia mayor a la establecida. (Ver anexo III)

De la reconstrucción de la variable podemos decir que a mayor puntaje, el cuidado brindado por el personal de enfermería es :

Los puntajes de 0 a 25 con valor 1, interpretado como “cuidados insuficiente”

Los puntajes de 26 a 45 con valor 2 puntos, interpretando como “cuidado suficiente”

Los puntajes de 45 a 90 con valor de 3 puntos, interpretado como “cuidado muy suficiente”

Para la variable: satisfacción del usuario con fractura de miembro inferior en tracción musculo esquelética, la técnica de recolección de datos es a través de una encuesta con un cuestionario auto administrado al usuario, informando a los sujetos el carácter de anonimato de sus respuestas (ver Anexo IV), consta de 17 ítems de preguntas cerradas dicotómicas, y de opción múltiple, dándole un puntaje de 1-2-3, según corresponda

1-SI                      2-NO

1-SIEMPRE            2-A VECES 3-NUNCA

1- de 5 a 10 min    2 – de 10 a 20 min                      3- más de 20 min

Del puntaje que se obtenga se determinará el grado de satisfacción del usuario

1-17: Excelente satisfacción

18-34: Buena satisfacción

35-44: Mala satisfacción

**Plan de trabajo:**

Actividades	Responsable	Recursos	Fecha
Aplicación de lista de cotejo para observación de cuidados brindados. Aplicación de encuesta al usuario.	Autora de proyecto	Tabla de cotejo sobre los cuidados brindados por enfermería. Instrumentos suficientes para cada usuario	Desde Febrero del 2018 a Mayo del 2018
Tabulación de los datos	Autora del proyecto	Computadora, materiales de escritorio	Desde el 01/06/2018
Análisis e interpretación de los datos	Aurora del proyecto	Computadora, materiales de escritorio, consulta con personal estadístico contratado	Desde el 01/06/2018
Conclusión e informe final	Autora del proyecto	Computadora, materiales de escritorio, impresora	Desde el 01/07/2018
Impresión y entrega del informe final	Autora del proyecto	Computadora, materiales de escritorio, impresora	Desde el 15/07/2018
Difundir los resultados a las autoridades	Autora del proyecto	Computadora, impresora, materiales de librería	Desde el 01/08/2018

**Cronograma:**

Actividades	MESES						
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Aplicación de lista de cotejo para la observación de cuidados brindados. Aplicación de encuesta al usuario							
Tabulación de datos							
Análisis e interpretación de los datos							
Conclusión e informe final							
Impresión y entrega del informe final							
Difundir los resultados a las autoridades							



# ANEXOS

**ANEXO I:**

**Guía de Convalidación de sitio:**

Autorización del estudio: SI NO

Tipo de dependencia: Municipal: Provincial:

Estadística de cantidad de pacientes en tracción musculo esquelética: Si No

Cuento con permiso para observar historias clínicas: Si No

Cuento con permiso para realizar encuestas a pacientes : Si No

Servicio:

**Características del usuario:**

Adulto:

Pediátrico:

**Patologías:**

Agudas:

Crónicas:

**Complejidad:**

Alta complejidad

Intermedia complejidad

Baja complejidad

**A-Datos:**

Camas útiles:

% ocupacional:

Promedio días de estada:

Giro cama:

Urgencias internas:

Especialidades médicas existentes:

### **B-Recursos:**

1-Humanos:

1-1 Estructura jerárquica:

Jefe de departamento de enfermería: Si No

Supervisoras: N° Nivel de formación: Lic.: Enf. Prof.:

Enfermero Jefe de Servicio: Si No Lic.: Enf. Prof.:

Enfermeros asistenciales: N°

Nivel de formación: Lic.: Enf. Prof.: Auxiliares:

1-2 Dotación Diaria por turno:

1-3 Jornada Diaria laboral: horas.

2-Planta Física:

a) Estructura:

Pabellón: Si No

Habitación: Si No

Nº de cama por habitación:

b) Criterio de ubicación de los usuarios según:

Patología:

Complejidad:

Dependencia:

Ninguno:

c) Horarios de vista: Sí No ¿Cuáles?:

**C- Método de racionalización del trabajo:**

1-Manual de técnicas y procedimientos: Si No

2-Rutinas del servicio:

Escritas

Tácitas

No existen

3-Distribución de tareas:

Funcional individual

Funcional en equipo

Integral individual:

Integral por equipo:

4-Responsable de la distribución de tareas:

Enfermero jefe

Coordinador de turno

Enfermero

Equipo de turno

5-Diferenciación de funciones según nivel de formación: Si No

**D- Coordinación:**

1-Report: Si No

2- Tarjetero-Kardex

Actividades independientes: Si No

Actividades interdependientes: Si No

3- Ficha de admisión: Si No

4-Hoja de enfermería:

Nombre del servicio

Nombre del usuario

Número de cama

Fecha

Hora

Actividades independientes

Actividades interdependientes

Firma clara y legible

## **Anexo II:**

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Encuesta Satisfacción del usuario con fractura de miembro inferior en tracción musculo esquelética.

La información es netamente confidencial y las encuestas son anónimas. La institución puede acceder a los resultados finales pero no a las encuestas en forma individual. En ningún caso podrá identificar la opinión personal del usuario.

Tilde con un palote, lo que considere más cercano a su opinión.

#### **Datos:**

Días de internación:

Edad:

#### **Cuestionario:**

##### **Accesibilidad:**

1-al momento de la internación en sala ¿cuánto fue el tiempo de la atención

1- de 5 a 10 minutos    2- de 10 a 20 minutos    3- más de 20 min

2-¿reconoce por su nombre al enfermero que lo atiende?

1-Si                                  2- No

3-El enfermero responde a su llamado ¿cuándo Ud. Necesita atención específica de él?

1-de 5 a 10 minutos    2- de 10 a 20 minutos    3- más de 20 min

##### **Comunicación:**

1-El enfermero ¿escucha sus inquietudes y/o la de sus familiares?

1-Siempre                          2-A veces                          3-Nunca

2-El enfermero ¿le habla en términos que Ud. entiende?

1-Siempre                      2-A veces                      3-Nunca

3-¿Se siente comprendido por el enfermero?

1-Siempre                      2-A veces                      3-Nunca

4-Los comentarios realizados por enfermería ¿son respetuosos y adecuados?

1-Siempre                      2-A veces                      3-Nunca

**Cortesía:**

1-El trato ¿es amable?

1-Si                                      2- No

2-El trato ¿es contenedor?

1-Si                                      2- No

3-¿Siempre acude con buena predisposición?

1-Siempre                      2-A veces                      3-Nunca

**Competencia:**

1-¿Recibe todos los cuidados que necesita? (higiene, medicación, alimentación, etc.)

1-Siempre                      2-A veces                      3-Nunca

2-La tracción musculo esquelética ¿es controlada?

1-una vez por turno    2-una vez por día                      3-Nunca

**Capacidad de respuesta:**

1-¿Recibe respuesta inmediatamente cuando presenta dolor?

1-de 5 a 10 minutos    2- de 10 a 20 minutos    3- más de 20 min

**Seguridad:**

1-¿Se siente seguro cuando lo atiende enfermería?

1-Siempre

2-A veces

3-Nunca

2-¿La enfermera le explica antes de realizarle un procedimiento?

1-Siempre

2-A veces

3-Nunca

3-¿Confía en el trabajo de los enfermeros?

1-Si

2- No



**Consentimiento Informado:**

A través de este documento quiero comunicarle a Ud. y a su familia, que estoy realizando una investigación sobre los cuidados brindados por enfermería y que Ud., recibe durante su internación, para así medir su satisfacción respecto a los mismos.

Las encuestas son totalmente anónimas. La información es netamente confidencial. La institución puede acceder a los resultados finales pero no a las encuestas en forma individual. En ningún caso podrá identificar la opinión personal del usuario. Puede preguntar las veces que sea necesario y lo que se le ocurra. Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Puede retirarse del estudio en el momento que desee.

Para aceptar participar firme al pie de la página. Gracias.

Firma usuario:

Firma Investigador:

**Lista de Cotejo:**

Actividades de enfermería		Turno							
		00/06		06/12		12/18		18/24	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Integridad de piel y tegumentos	Baño completo de rutina								
	Higiene parcial								
	Cambio total de ropa de cama								
	Cambio parcial de ropa de cama								
	Control de heridas								
	Lubricación y protección de puntos de apoyo								
	Cambios de decúbito								
	Colocación de elementos								

	de confort								
--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**Lista de cotejo: continuación**

Actividades de enfermería		TURNO							
		00/06		06/12		12/18		18/24	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Nutrición	Control de dieta o ayuno								
	Control de tolerancia								
Oxigenación	Control de coloración de piel y mucosas								
	Control de pulsos periféricos								
	Auscultación pulmonar								
	Auscultación cardíaca								
Eliminación	Colocación de chatas u orinales								
	Control de diuresis								
	Control de ruidos hidroaéreos								

**Lista de cotejo: continuación**

Actividades de enfermería		TURNO							
		00/06		06/12		12/18		18/24	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO.
Actividad reposo y sueño	Ejercicios activos y pasivos								
	Control de movilidad , reposo y sueño								
	Cambio de decúbito								
Sensopercepción	Control del estado de conciencia								
	Control del dolor								
Necesidades de atención de salud	Administración de la medicación prescripta								
	Control del calendario de vacunas								
	Control de efectos colaterales de la medicación								

**Lista de cotejo: continuación**

Actividades de enfermería		TURNO							
		00/06		06/12		12/18		18/24	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Necesidades de atención de salud	Control de riesgos ambientales								
	Colaboración en prácticas médicas								
	Contención del usuario y su familia								
	Educación y promoción del autocuidado								

### **Anexo III:**

#### **Resultado del estudio exploratorio:**

Teniendo en cuenta el diseño metodológico, se llevó a cabo un estudio de convalidación para seleccionar el sitio y poder medir las variables seleccionadas para nuestra investigación. Se aplicó la guía de convalidación de sitio en cuatro instituciones públicas de dependencia municipal de la ciudad de Rosario y una provincial, que denominamos (A) sitio de realización del estudio, (B) sitio de prueba piloto hospital público de dependencia provincial, (C) no reúne los requisitos, (D) no reúne los requisitos, (E) no reúne los requisitos.

El hospital seleccionado para el estudio, al que identificamos como A, tiene las siguientes características: Es un efector público de dependencia Municipal. Cuenta con un sistema de referencia local, situándolo en el tercer nivel de complejidad (alta complejidad), además de ser referente regional de la ciudad de Rosario y alrededores. Funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros, traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico quirúrgicas.

Según datos proporcionados por el departamento de estadísticas en el año 2016 se realizaron un total de 29594 atenciones por guardia y hasta agosto del 2017 ya son 15365 los pacientes lesionados por accidentes de tránsito ingresados por guardia. Debido al alto flujo de pacientes atendidos y a la alta complejidad del efector es que se encuentran la mayor cantidad de sujetos en tracción musculo esquelética, asegurándonos la presencia de nuestras variables en estudio.

Dentro del mismo, cuenta con sectores de internación divididos según el grado de complejidad, sectores A1 y A2 (alta complejidad, pacientes post UTI, UCO o que requieren cuidados complejos), y los sectores B1 y B2 de baja complejidad.

Las salas que decidí abordar son los sectores B1 y B2 ya que se encuentra la población seleccionada según los criterios de inclusión.

El sector B1 cuenta con 28 camas distribuidas en habitaciones dobles con baño propio.

El sector B2 cuenta con 20 camas distribuidas en habitaciones dobles con baño propio y 5 habitaciones individuales, con baño propio, (3 de ellas con sistema para patologías respiratorias, y 2 para pacientes neutropénicos o con tratamiento de quimioterapia.

Con respecto a la organización del servicio cuenta con turnos de 6 horas de enfermería, 4 enfermeros en los turnos ( 6/12, 12/18, 18/24) y 3 en el turno (0/6), en cada sector, B1 y B2. Puede permanecer un familiar por paciente y cuenta con horarios de visita durante la mañana y la tarde. Existen manuales de técnicas y procedimientos, que se encuentran en el estar del jefe de enfermería.

Por turno (6/12,12/18,18/24) hay 2 supervisoras de enfermería para todo el hospital, en el turno (0/6) no hay, y los jefes de servicio se encuentran en el turno (6/12). La distribución es por sectores y diagramada en común acuerdo por el equipo de turno, los cuidados son individuales e integrales. No existe diferenciación de funciones según el nivel de formación. Respecto a la coordinación, existe report, kardex, ficha de admisión, hojas de enfermería con nombre de usuario, camas, actividades independientes e interdependientes.

El hospital seleccionado para realizar la prueba piloto del instrumento, al que denominamos (B), a diferencia de la red Municipal, no está distribuido por efector de complejidad, atienden pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, cuenta con quirófanos, sala de guardia , unidad coronaria, terapia intensiva, hospital de día. Las salas de internación no están distribuidas por patologías, ni por complejidad del paciente. Sala 1: con 32 camas, una adaptada para obesos, 24 enfermeros, más un jefe de sala. Las habitaciones son de 3 camas con baño privado. Sala 2 cuenta con 32 camas, 22 enfermeros, 1 enfermero jefe y un auxiliar de enfermería. Posee 3 habitaciones con aislamiento respiratorio (TBC). Sala 3 cuenta con 22 camas, habitaciones acondicionadas para recuperación pacientes cardiovasculares o trasplantados renales, son 17 enfermeros, más 1 jefe.

Enfermería cuenta con un departamento de enfermería y supervisoras en todos los turnos. Cumplen funciones de enfermería de 8 horas y de 6 horas, según el contrato. En esta institución se atienden pacientes con traumatismos de miembros inferiores con tracción musculo esquelética, pero al ser una población más pequeña, ( 10 pacientes), solo se seleccionó el sitio para realizar la prueba piloto de los instrumentos.

El hospital público de dependencia municipal (C), situado en el 2º nivel de complejidad, atiende patologías agudas y crónicas. Todo paciente cuyas características de mayor complejidad es mayor se deriva automáticamente a través del servicio del evaluar del SIES a un efector de mayor complejidad. No se atienden pacientes con traumatismos de miembros inferiores en tracción musculo esquelética. Posee 3 salas de internación. Sala 1 con 21 camas, 4 habitaciones

para aislamiento respiratorio (TBC), una dotación de 14 enfermeros. Sala 2 con 28 camas 2 habitaciones para aislamiento respiratorio (TBC), 1 para pacientes neutropénicos, 1 para púrpuras trombocitopénicas, la dotación de enfermeros es de 14. Sala 3 con 12 camas, la dotación es de 11 enfermeros.

El hospital público de dependencia municipal ( D ), situado en el 2º nivel de complejidad, atiende patologías agudas y crónicas. Todo paciente cuyas características de complejidad es mayor se deriva automáticamente a través del servicio del evaluador SIES a un efector de mayor complejidad. No se atienden pacientes con traumatismos de miembros inferiores en tracción muscular esquelética. Posee 3 salas de internación, Sala 1 con 32 camas, Sala 2 con 24 camas y Sala 3 con 8 camas-.

El hospital público de dependencia municipal (E ), situado en el 2º nivel de complejidad atiende patologías agudas y crónicas. Todo paciente cuyas características de complejidad es mayor se deriva automáticamente a través del servicio del evaluador SIES a un efector de mayor complejidad. No se atienden pacientes con traumatismos de miembros inferiores en tracción muscular esquelética. Posee Sala de maternidad y quirófano para cirugías ginecológicas, 2 salas de internación con 12 camas de mujeres, 12 camas de hombres y 6 camas en UCIN. También posee servicio de neonatología.



## **Anexo VI:**

### **Resultado de la prueba piloto:**

La prueba piloto de los instrumentos se realizó en un hospital público de dependencia Provincial de la ciudad de Rosario, al que denominamos (B), ya que cuenta con la población seleccionada para este estudio. Se coordinó con el Departamento de Enfermería dicha actividad, pidiendo previamente autorización para realizar el mismo. Se aplicó para la variable Satisfacción del usuario con traumatismo de miembro inferior en tracción musculo esquelética una encuesta que consta de 16 ítems, a 10 usuarios internados durante el mes de octubre del 2017 No se necesitó reformas en el instrumento ya que lo apliqué correctamente y sin dificultad para la comprensión En cuanto a la lista de cotejo se observó de los registros de enfermería a 30 cuidados aplicados por el personal de enfermería al usuario durante los diferentes turnos de trabajo durante el mes de octubre del 2017, en el cual se aplicó una lista de cotejo , para chequear las actividades realizadas-. Este instrumento se aplicó sin problemas y por su diseño nos facilitó el control de las actividades realizadas por enfermería.

## **Bibliografía:**

- Aybar. (enero de 2008). *Infomed Portal de Salud de Cuba. Complicaciones de las fracturas*. Recuperado el 15 de octubre de 2017, de [Http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios)
- Blanca Irma Gonzalez Castillo- Pablo López Rojas-Irma Araceli Martín Cotoñieto, L. H. (2012). *Satisfacción del usuario de los servicios de Salud en el trabajo* (Vol. 40). España: Rev. Med IMMSS.
- Carmen Camaño, J. R. (21 de septiembre de 2006). *Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios*. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de Rev Calidad Asistencial : <http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-indicadores-calidad-los-cuidados-enfermeria-13089595>
- Carmen Nuria Garcia Fernandez. Rosario Fernandez Ramos, V. M. (24 de 10 de 2016). *Cuidados al paciente inmovilizado y con movilidad reducida*. Recuperado el 10 de 10 de 2017, de [Http://es.slideshare.net/csjesusmarin/cuidados-al-paciente-inmovilizado-y-conmovilidad-reducida-documento](http://es.slideshare.net/csjesusmarin/cuidados-al-paciente-inmovilizado-y-conmovilidad-reducida-documento)
- Chitay., E. Y. (8 de noviembre de 2012). *Universidad de Salamanca. Técnicas de movilización y transferencias de pacientes* . Recuperado el 15 de octubre de 2017, de [Http://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes](http://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes)
- Claudia Andrea Lenis-Victoria, F. G. (15 de marzo de 2015). *Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla*. Recuperado el 20 de octubre de 2017, de DOI:10.5294/aqui.2015.15.3.9
- Contreras, C. C. (2010). Valoración de aspectos cualitativos del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *cuidarte*, 10-16.
- De Los Ríos Castillo, J. L. (septiembre de 2014). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: Satisfacción del paciente. *Investigación y Educación en enfermería*, XXII(2), 128-137.
- Faria, W. (Enero de 2016). *Slide Share*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de <https://es.slideshare.net/hopeheal/tracciones-en-ortopedia-y-traumatologia-57714588>

- García, M. P. (1994). introducción a la administración. En *Enfermería. Administración de Servicios de Enfermería* (págs. 1-10). Barcelona: Masson Salvat.
- Hernández, M. B. (2012). *Cuidados de Enfermería en pacientes con tracción musculoesquelética*. Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <Http://congreso-enfermeria.es/libro/2012/salas/p-388.pdf>
- Jones, W. (2008). Fracturas y heridas articulares. Salvat.
- José A. Cesolari, E. M. (2000). Relación demanda-oferta de enfermería en sectores de internación y su impacto en la calidad de atención. *desafios*, 60-64.
- L, J. (1991). Diagnósticos de Enfermería. Interamericana.
- Lenis-Victoria Ca, M.-A. F. (27 de julio de 2015). *Calidad del cuidado en Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada*. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000300009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000300009&script=sci_abstract&tlng=es)
- María de Jesús Poso-Gonzalez Juana Jiménez, S. (2013). Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Social*, 29-33.
- Patricia w.Iyer, B. J. (2011). Proceso de Enfermería y diagnósticos de Enfermería. Interamericana.
- Puch-ku GF, U.-p. G.-R.-H. (27 de 01 de 2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Enfermería Inst Mex Seguro Social*, 24-36.
- Rafael Serrano Del Rosal, D. e. (s.f.). *La anatomía de la satisfacción del paciente*. Recuperado el 15 de 09 de 2017, de <Http://www.Scielo.Org.mx/scielo.php?scrip-sci-arttext&pid-S0036342008002000101>
- Sosa Graciela B, S. C. (s.f.). *Niveles de Satisfacción y condicionantes de la consulta de los usuarios en los servicios de guardia hospitalaria*. Recuperado el 15 de octubre de 2017, de <Http://.unne.edu.ar/unnevieja/web/eyt/sociales/s.012.pdf>
- Suñol, A. N. (s.f.). *La calidad de la atención*. Recuperado el 15 de septiembre de 2017, de <www.coordinadoraprofundis.org/docs/214/rosasunol.pdf>

Uriarte Gonzalez, J. (2012). *Soporte vital basico y avanzado en el trauma pre- hospitalario* (7ma ed.). España: Elseiver.

Vercher, M. M. (21 de septiembre de 2010). *Enfermería dimensiones de la profesión*. Recuperado el 23 de octubre de 2017, de <https://es.slideshare.net/msotovercher/enfermeradimensiones-de-la-profesin>