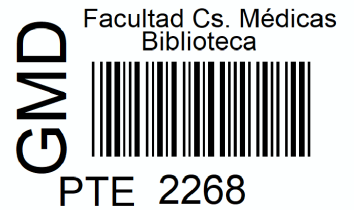


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Carga laboral y calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería, según edad, sexo y antigüedad laboral, en el servicio de emergencias de un efector público de la ciudad de Rosario.

Por: Enf. Araque Lozano, Angela Cristina.
Director de tesis: Lic. Romero, Laura A.
Docentes asesores: Lic. Acosta, Simón.
Consultor: Sr. Medina, Omar.

Rosario, 29 de noviembre del 2021

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Agradecimientos

Primero agradecer a Dios por guiar cada paso en mi vida hasta el día de hoy, a mi madre por ser un ejemplo de mujer para mí y uno de los motivos para seguir adelante, gracias a ella que me brindó su apoyo moral y económico durante el transcurso de mi carrera para poder llegar a ser una profesional, también agradezco a mis docentes que compartieron sus conocimientos y me guiaron durante el transcurso de mi carrera. Y a todos aquellos que estuvieron junto a mí apoyándome en cada momento y lograron que este sueño se haga realidad.

Angela Cristina Araque Lozano.

Resumen

El equipo de enfermería es quien se involucra mayormente en los procesos de asistencia sanitaria, lo que permite a los profesionales mayor cercanía con los pacientes, además de tener un rol muy importante en la calidad asistencial. Son agentes claves para reducir eventos adversos, es por ello que garantizarles una carga laboral ideal resulta de suma importancia. La atención de emergencia es un eslabón esencial en el sistema de salud, ya que es el primer punto de contacto con el paciente y es deber del enfermero velar por la salud del mismo, siendo la salud un derecho fundamental.

El **objetivo** que se plantea en este proyecto es describir la relación existente entre la calidad del cuidado brindado y la carga laboral del personal de enfermería según edad, sexo y antigüedad laboral en el servicio de emergencias de un efector público, durante el mes de julio del año 2022 en de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

Métodos: estudio Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se obtendrán datos a través de la observación a 43 enfermeros asistenciales que trabajan en una institución de Salud Pública, en el servicio de emergencias. Los instrumentos que se emplearán son, Metodología para monitorear la calidad del cuidado de enfermería (Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care, MMQNC) para medir la calidad del cuidado brindado y Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería (EVECTE) para valorar la carga laboral. Se utilizará estadística descriptiva, con análisis univariado y bivariado, presentando los datos en gráficos circulares, barras simples y tablas de doble entrada.

Palabras clave: Calidad del cuidado - Carga laboral – Emergencia - Enfermería.

ÍNDICE GENERAL	Pág.
Resumen y palabras clave	3
Índice general.....	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o estado del arte.....	5
Planteamiento del problema en estudio.....	10
Hipótesis y objetivos.....	11
Marco teórico.....	12
Material y métodos	
Tipo de estudio o diseño.....	31
Sitio o contexto de la investigación.....	31
Población y muestra.....	32
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	32
Personal a cargo de la recolección de datos.....	41
Plan de análisis.....	42
Plan de trabajo o cronograma.....	47
Anexos	
I. Guía de convalidación o exploratorio de los sitios.....	49
II. Instrumentos de recolección de datos.....	50
III. Resultados del estudio exploratorio.....	56
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento.....	58
Bibliografía.....	61

Introducción

Investigar sobre el tema planteado en el presente estudio es importante, ya que la calidad del cuidado comúnmente se ve afectada por la carga laboral que tiene el personal de enfermería; para las instituciones hospitalarias es relevante conocer los factores antes mencionados y así poder optimizar la calidad de los servicios prestados, evitando riesgos, tanto para los pacientes como para el personal de enfermería.

La atención de emergencia es un eslabón esencial en el sistema de salud, ya que es el primer punto de contacto con el paciente y el enfermero tiene la tarea de velar por la salud del mismo, siendo la atención un derecho fundamental. Es por eso que las enfermeras juegan un papel muy importante en los departamentos de emergencia para garantizar una atención de calidad. Un factor que influye en esta cualidad es la escasez de recursos humanos de enfermería, ya que la proporción de enfermeros por pacientes se traduce en un número mínimo de enfermeros a cargo de un número determinado de pacientes; de la misma forma, se puede considerar como un factor determinante de la carga de trabajo de enfermería. A medida que aumenta la carga de trabajo de enfermería, es decir, cuando la proporción enfermera-paciente es alta, principalmente debido a la escasez de personal, puede haber consecuencias para la calidad de la atención de enfermería en la sala de emergencias.

Los enfermeros están a la vanguardia de la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en el ser humano y la comunidad. En muchos países, son líderes o actores principales en equipos médicos multidisciplinarios, proporcionando una amplia gama de servicios en todos los niveles del sistema de salud. La escasez de enfermeros en la región de las Américas se debe principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, las condiciones de desarrollo económico en diferentes países, las políticas de recursos humanos en salud y enfermería, las precarias condiciones laborales y la falta de normativas profesionales.

En el mundo, los profesionales de enfermería, representan el grupo más grande de trabajo en el cuidado para la salud. El equipo de enfermería es quien se involucra mayormente en los procesos de asistencia sanitaria, lo que permite a los profesionales mayor cercanía con los pacientes, además de tener un rol muy importante en la seguridad de estos y la calidad asistencial, son agentes claves para reducir eventos adversos. (Febre, Moncada, & Otros, 2018)

La seguridad del paciente es un componente necesario para la calidad asistencial, ha obtenido mucha importancia en el último tiempo tanto para los pacientes como para

las familias que desean sentirse seguros y confiados con los cuidados recibidos, a su vez, es de suma importancia para los profesionales que desean ofrecer una asistencia tangible, eficaz y segura. La seguridad del paciente tiene como objetivo generar estrategias que tiendan a identificar y evitar el acontecimiento como fallas o errores en los procesos de atención de la salud y de menguar el impacto en caso que éstos se presenten. (Hospital Universitario Austral, 2020)

La calidad de la atención se estudió en un hospital de Ecuador con el objetivo de mejorar la calidad de atención de enfermería en el centro quirúrgico del Hospital San Vicente de Paul, la investigación se llevó a cabo mediante un enfoque de marco lógico que se utilizó para identificar problemas que se superponen. Con matriz de calidad de atención y planificación que contiene resúmenes narrativos de objetivos, indicadores verificables para cada nivel, medios de verificación e hipótesis. Participaron 12 enfermeras y 348 pacientes. Los resultados obtenidos con la participación de todos los colaboradores fueron cinco procedimientos básicos de enfermería diseñados y un plan de capacitación desarrollado sobre su aplicación, para verificar su uso durante los siguientes tres meses en el diseño. Además, el proceso de asignación de turnos se realizó de acuerdo con la normativa vigente. Lo cual permitió optimizar el cuidado de enfermería y seguridad de los pacientes en el centro quirúrgico, con todo ello mejorando la satisfacción con la atención recibida. (Echeverría & Francisco, 2017)

Por otra parte, en una ciudad de Brasil, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras en atención primaria de la salud. Fue un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado en catorce unidades de salud de la ciudad de Curitiba, en el cual participaron cuarenta y tres enfermeros cuya edad fue de 30 a 50 años, el 74,4% ocupando cargo asistencial y el 25,6% un cargo gerencial. Se utilizó para la recolección de los datos el instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) que consta de cincuenta y una preguntas y doce dimensiones de la seguridad del paciente. En cuanto al resultado de la investigación, se halló en la valoración global de la seguridad del paciente, que el 50% de los expertos en la estrategia de salud familiar, la calificó como "muy buena" y de las unidades primarias de salud, el 73,9% la calificó como "buena". Además, se evidenció inconvenientes relacionados al intercambio de datos con los demás establecimientos de salud, protocolos de trabajo, temor a la culpa, sanción por fallas y gestión. Concluyendo, los resultados evidencian una cultura de seguridad con potencialidades y debilidades por abordar, los enfermeros son la base de este proceso

para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en atención primaria. (kalckmann de Macedo & Otros, 2019)

También se realizó un estudio en la ciudad de Portoviejo, Ecuador, donde se investigó la carga laboral en el personal de enfermería, siendo éste uno de los factores que atenta con la calidad de atención en los pacientes. Esta investigación se efectuó en una unidad de terapia intensiva del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, donde el objetivo principal de la investigación fue analizar la carga laboral del personal de enfermería según la gravedad de los pacientes. El estudio fue descriptivo y de corte transversal, con una población de estudio conformada por 25 pacientes internados en la unidad de terapia intensiva y 6 enfermeros que laboran en el servicio, donde se aplicó el instrumento Score TISS 28 para la recolección de datos. El resultado obtenido arrojó la existencia de exceso en la carga laboral del personal de enfermería que brinda atención a los pacientes en dicha unidad, situación que puede acarrear un déficit en la calidad de atención a los pacientes. El 60% de los pacientes ingresados en la unidad fueron del sexo femenino, el 76% de los pacientes según el Score TISS-28 se clasificó en grado III de complejidad y el 48% de éstos fueron del sexo femenino. La carga de trabajo del personal de enfermería se mostró de acuerdo con la gravedad del paciente, en turnos de 8 horas (480 min). Teniendo en cuenta la gravedad del paciente, con base en los resultados arrojados por el instrumento TISS 28, se registraron las puntuaciones más altas para los pacientes clasificados en el grado III, que requirieron un tiempo de atención de enfermería por paciente de 201,4 minutos y una relación enfermero / paciente de 1:13, seguido de los evaluados en grado II, con 53 minutos necesarios para su atención y una proporción enfermera/paciente de 1: 4. (Saltos & Otros, 2018)

En otro estudio realizado en un hospital ubicado en un municipio de la Zona da Mata del Estado de Minas Gerais, Brasil, se estudió la carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidado crítico para adultos, el cual tuvo como objetivo principal identificar el tiempo que insumen los cuidados enfermeros por paciente durante su estadía y con relación al desenlace clínico. Fue un estudio de cohorte prospectivo con 53 pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos desde julio a septiembre de 2018. En el resultado obtenido hubo un predominio de pacientes del género femenino, con edades entre 17 y 96 años, procedentes del servicio de urgencias, con una estancia hospitalaria entre 2 y 38 días. El promedio de tiempo en la atención de enfermería aproximadamente fue 13,78 horas, durante un lapso de 24 horas. En la

estancia hospitalaria la carga laboral mostró ser mayor el primer día de hospitalización y en la atención de pacientes con pronóstico reservado. (De oliveira & Otros, 2020)

Por otro lado, se ha indagado sobre los requerimientos psicofísicos a los que está sometido un trabajador a lo largo de su jornada laboral, a esto se le llama carga mental, si la misma es alta y perdura en el tiempo puede provocar cansancio en el personal generando riesgo para el enfermero y para los pacientes que están a su cargo. El estudio tuvo como objetivo analizar la carga y fatiga mental en enfermeros que trabajan en diferentes unidades de un hospital en Bogotá mediante un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se utilizó el instrumento NASA-Task Load Index. Se realizó el estudio con 54 enfermeros, constituido por el 75,92 % de sexo femenino y el 24,08 % de sexo masculino, con una edad promedio de 30 años, una edad mínima de 20 años y una máxima de 52. En cuanto al nivel académico el 88,88 % de los participantes tenían pregrado y el 11,11 % una especialidad. El promedio de horas trabajadas al día fue de 10 horas, con un mínimo de 6 y un máximo de 18. Finalmente se concluyó que las actividades que generan mayor carga mental son: administración de medicamentos, labores administrativas, educación al paciente y familia, análisis de laboratorio y atención de código azul. En medicina interna se presentó un puntaje elevado, es decir, hay un nivel de carga mental grave, igual que en el personal que trabaja en el turno mañana. (Arias & Otros, 2018)

También se investigó en Viña del Mar, Chile sobre la ocurrencia de incidentes con el paciente y carga de trabajo en enfermería, se contó con una población total de 3.430 pacientes hospitalizados, se realizó un muestreo probabilístico estratificado y proporcional conformado por 879 pacientes. Además, se tomó la totalidad de enfermeros y auxiliares de enfermería que prestaban su servicio en 11 unidades de la institución. En total, fueron 85 enfermeras y 157 auxiliares de enfermería. El objetivo del estudio fue identificar la relación entre la carga laboral del personal de enfermería e incidentes relacionados con la seguridad del paciente, se realizó el estudio con un abordaje cuantitativo, analítico y transversal, con un análisis descriptivo univariado y multivariado. Se utilizó el Índice de Intervenciones Terapéuticas (TISS-28), para los demás servicios, por la relación enfermera/paciente y auxiliar/paciente se utilizó análisis de componentes principales y el test de correlación de Pearson. El resultado obtenido mostró que la tasa global de incidentes fue de 71,1%, además, se encontró una alta correlación entre las variables de carga laboral y tasa de caídas. La carga laboral fue elevada en todas las unidades a excepción de la unidad de cuidados intermedios. (Cuadros & Otros, 2017)

De igual modo, ha surgido el interés por determinar la carga laboral según dependencia y perfiles de riesgo de los pacientes en hemodiálisis. En Chile en la Región Metropolitana se efectuó un estudio donde se seleccionó de forma intencionada Unidades de Hemodiálisis (UHD), teniendo en cuenta zona geográfica y turno, ya que el primer criterio se relaciona con el estrato socioeconómico y el segundo con el grado de dependencia de los pacientes. La población total fueron 595 pacientes, donde se realizó una selección de 151 pacientes, de los cuales 10 de ellos fueron trasladados a otras UHD y 1 falleció, quedando 140 pacientes en el estudio. Se realizó una recolección de las características de los pacientes mediante fichas clínicas (edad, sexo, nivel de educación, causa de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, estado nutricional, acceso vascular, terapia medicamentosa y antecedentes de discapacidad física). El 55% de los pacientes fueron de sexo masculino con una edad promedio de 58 años, pertenecientes a cinco unidades de hemodiálisis seleccionadas y categorizadas en relación a la dependencia y riesgo. La investigación fue de tipo transversal, se aplicó el instrumento "Care according to dependence and risk in hemodialysis (CUDYR-DIAL) para medir dependencia y riesgo de los pacientes, y para la medición de la carga laboral, se consideraron intervenciones que realiza el enfermero y el tiempo que ocupa en cada una de ellas estableciendo diferencia entre cuidados directos e indirectos. El resultado obtenido demostró que por paciente, las enfermeras utilizaron 36,5 min aproximadamente para cuidados directos y 23,6 min para cuidados indirectos. El tiempo requerido para la atención directa de pacientes de alto riesgo con dependencia parcial y de alto riesgo y la autosuficiencia parcial fue de 41,2 y 40,3 minutos respectivamente. Se concluyó que durante la diálisis, el personal de enfermería ocupa el 60% de su tiempo brindando atención directa, principalmente a pacientes de alto riesgo dependencia parcial y autosuficiencia parcial de alto riesgo. (Barrios & Otros, 2017)

A lo largo del tiempo enfermería ha sido considerada como una de las profesiones más humanitaria, además, como la de mayor riesgo en padecer estrés por la dedicación que demanda dicha profesión, es por ello, que consideraron importante la realización de una investigación con el objetivo de determinar la carga laboral en relación al nivel de estrés del personal de enfermería del centro de salud "Félix Pedro Picado" en el municipio de León. C. El estudio fue descriptivo de corte transversal, la recolección de los datos se efectuó a través del instrumento escala de estrés percibido (pss14) en veintiséis profesionales del centro, el análisis de los datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS v20. Las edades de los participantes oscilaban entre 20-60 años de

edad, la mayoría de ellos procedentes del área urbana. Con respecto al grado de formación, mayormente eran técnicos superiores en enfermería, seguido de licenciados en enfermería y por último auxiliares de enfermería. De acuerdo a los años de antigüedad laboral se encontró que tenían una trayectoria entre 2 y más de 40 años de actividad. Se halló que la mayoría de los profesionales que están entre la edad de 20 y 30 años, tienen la tecnicatura superior en enfermería, con experiencia laboral de 1 a 10 años. El resultado obtenido fue que la sobrecarga laboral provocó estrés moderado, el cual afectó al profesional en su labor, además, se encontraron factores relacionados entre sí como: la edad, horas extraordinarias, carencia en la organización y ausencia de solidaridad entre compañeros. (García & Carrión, 2018)

El propósito del presente proyecto de investigación será aportar información actualizada a la institución sobre la calidad del cuidado enfermero brindado a pacientes internados en el servicio de emergencias y la carga laboral del personal de enfermería perteneciente a dicho servicio de un hospital público de la ciudad de Rosario. La información se brindará a la institución a fin de contribuir para la toma de decisiones acerca de implementar estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la atención y disminuir la sobrecarga laboral en enfermeros.

Planteamiento del problema en estudio

¿Qué relación existe entre la calidad del cuidado brindado y la carga laboral del personal de enfermería según edad, sexo y antigüedad laboral en el servicio de emergencias de un efector público de la ciudad de Rosario, Santa Fe durante el mes de julio del año 2022?

Hipótesis

La calidad del cuidado brindado es mala cuando la carga laboral del personal de enfermería es excesiva.

El sexo femenino brindará una calidad del cuidado buena en comparación al sexo masculino

El sexo femenino con una carga laboral excesiva brindará una calidad del cuidado buena

Objetivo general

Describir la relación existente entre la calidad del cuidado brindado y la carga laboral del personal de enfermería según edad, sexo y antigüedad laboral en el servicio de emergencias de un efector público de la ciudad de Rosario, Santa Fe durante el mes de julio del año 2022

Objetivos específicos

✚ Identificar la formulación del plan de atención de enfermería, el apoyo administrativo a la atención y la evaluación de los objetivos de la atención en relación a la calidad de atención de los cuidados brindados por enfermería.

✚ Determinar las necesidades físicas, no físicas (psicológicas, emocionales, mentales y sociales) y los procedimientos de protección de los pacientes en relación a la calidad de atención del cuidado brindado por enfermería.

✚ Identificar la edad, sexo y antigüedad laboral del personal de enfermería.

✚ Determinar la carga laboral de los enfermeros del área de emergencias a través de la observación, mediante: cantidad de pacientes atendidos en el turno, enfermeras que laboran en el turno e hidrataciones del paciente, los procedimientos endovenosos (EV) del paciente, procedimientos intramusculares (IM) o subcutáneos (SC) del paciente, procedimientos vía oral (VO) del paciente, procedimientos vía digestiva por gavage del paciente

✚ Identificar la realización de actividades como signos vitales (frecuencia por turno), vigilancia de monitores, vigilancia y contabilidad de drenajes, vigilancia del balance hidroelectrolítico, vigilancia de conciencia, cura de lesiones, aseo en cama y condición de ventilación mecánica.

Marco Teórico

El profesional de enfermería que utiliza la teoría para llevar a cabo su práctica mejora la calidad de los cuidados, ya que organiza más rápidamente los datos del paciente, decide la acción de enfermería que necesita y suministra el cuidado con expectativa de un resultado. Así mismo tiene la capacidad de debatir con otros profesionales de la salud el marco utilizado para estructurar la práctica. (Raile, 2011)

Desde la etimología, el término calidad es derivado del latín “*qualitas*” o “*qualitatis*” que significa calidad o cualidad. La calidad es un concepto subjetivo, se relaciona con la percepción de cada persona de comparar una cosa con otra del mismo tipo, factores como la cultura, producto o servicio, necesidades y expectativas inciden directamente en esta definición. (De Andrade, 2013)

Berry (1988) confirmó las afirmaciones que la calidad tiene que ver con el servicio, es decir, que la calidad debería ser una predicción y no una ocurrencia tardía. Según Berry, ésta debería ser una forma de pensar. Esto afecta a todas las etapas del desarrollo de nuevos servicios, nuevas políticas, nuevas tecnologías y nuevas instalaciones. (Nueva-ISO-9001-2015, 2021)

Por su parte Valls (2006) expresó que para alcanzar la calidad se deben cumplir una serie de requisitos. Estos requisitos vienen demandados por el cliente. Debe priorizarse la eficacia en la consecución de dicho objetivo, lo más eficientemente posible y así se alcanzará una gestión efectiva de la organización. (Nueva-ISO-9001-2015, 2021)

Por otro lado, Donabedian (1984) hizo referencia a la atención médica de calidad y la definió como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con el menor riesgo para el paciente. Esto se puede entender a través de dos aspectos interrelacionados e interdependientes: la técnica y lo interpersonal. El primer aspecto se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas para maximizar los beneficios para la salud, sin aumentar el riesgo, el segundo aspecto valora el cumplimiento de los valores, estándares, expectativas y aspiraciones del paciente. (Torres Samuel, 2011)

Donabedian y Vouri, señalan tres razones necesarias para un control de calidad. Primero, razones éticas y deontológicas, el valor social de la salud significa que los mejores servicios pueden prestarse por los medios disponibles; segundo, razones sociales y de seguridad, la sociedad requiere garantizar la competencia de los expertos; tercero, razones económicas, la eficiencia es fundamental, porque los recursos son escasos y la demanda está aumentando. Afortunadamente, la formación y la información

han aumentado, garantizando por una parte su calidad, y por otra, brindando el conocimiento para la toma de decisiones. Así como se exige calidad para alimentos, ropa y automóviles, también se exigen servicios médicos de calidad como pacientes. Esto significa que hay un elemento "error" en la cultura médica. Por ende, los errores en las instalaciones industriales ocasionan pérdidas económicas inconmensurables, motivos que dan lugar al desarrollo de programas de calidad en la atención de salud, dónde las pérdidas pueden presentarse de manera severa. La importancia radica entonces, en identificar que los errores deben evitarse o en su misma medida prevenirlos. Lo anteriormente expuesto se puede interpretar desde la perspectiva empresarial del sistema de salud. (Moreno, 2005)

A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la atención médica de calidad consiste en garantizar que cada paciente reciba la combinación más adecuada de servicios de diagnóstico y terapéuticos para lograr una atención médica óptima, teniendo en cuenta todos los factores y el conocimiento específico del paciente y servicio médico. Logrando resultados óptimos con un riesgo mínimo en cuanto a efectos de iatrogenia y el máximo grado de satisfacción del paciente con el proceso. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020)

Así mismo, la calidad de la atención de enfermería se puede definir como el logro de todas las características y procedimientos que permitan a cada paciente a recuperar el nivel de salud. Definición fundada en la descripción de la función propia de enfermería aportada por Henderson. (Moreno, 2005)

Además Peplau, aseguró que para brindar cuidados de calidad, es necesario que la enfermera/o se desarrolle y madure como persona, así el paciente podrá identificarse más con sus problemas de salud y buscar medios para repararlos o dominarlos "nadie da lo que no posee". Consideró a la enfermedad como una experiencia potencial de aprendizaje, a través de la relación enfermero/paciente, a partir de donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer como personas. (Peplau, 1990)

Se ha hecho evidente con el pasar del tiempo, que no toda la atención es segura, dado esto, en los últimos años, se ha impulsado de manera explícita una estrategia para elevar la conciencia y capacitar al personal de salud con la finalidad de mejorar la seguridad, como un elemento fundamental para responder de manera cabal al reto de la calidad, con el fin de que la protección financiera asegure ese acceso buscado y se logre un sistema de salud equitativo, efectivo y de calidad. (Ruelas & Otros, 2007)

Con el fin de mejorar la calidad de los cuidados brindados, han planteado diversos indicadores relacionados con la calidad de enfermería entre ellos se encuentran el trato digno, empatía, información veraz, comunicación y coordinación, prevención de caídas, factores ambientales, características de infraestructura y funciones que prestan el equipo humano y mobiliario. En relación al trato digno, frecuentemente los pacientes ingresan a la institución en situación de vulnerabilidad, tanto física como anímicamente. La labor del personal asistencial debe ser contrarrestar en la mayor medida posible esta situación y tratar al paciente con respeto, interés y celeridad. La empatía de los enfermeros hacia los sujetos de atención también es indispensable, esto contribuirá a que el paciente tenga una mayor sensación de bienestar; dentro de esta categoría se incluye la posibilidad de que el paciente pueda elegir quien lo atienda.

A su vez, la información veraz, es saber responder a la confianza que el paciente entrega, dicha confianza implica unos principios éticos, entre ellos se destaca la veracidad de la información que los profesionales de enfermería brindan. Es deber del personal mantener informados a los pacientes y familiares sobre el estado de salud y evolución. Además, saber cómo transmitir la información en cada caso. El proceso de atención que no sea veraz perderá confianza y verosimilitud. Por su parte la comunicación y coordinación, se refiere a que los enfermeros deben estar coordinados y llevar a cabo estrategias de comunicación eficaz a la hora de brindar la atención, los mensajes tienen que ser verídicos y claros entre los miembros del mismo turno y entre un turno y otro. Se debe aspirar además, a una coordinación con otros equipos intervinientes en los cuidados del paciente. Por último el indicador que se plantea es la prevención de caídas, la situación de convalecencia hace más vulnerables y propensas a las personas a este tipo de incidentes, es indispensable que el personal de enfermería vele para que esto no suceda y garantice que el proceso de recuperación se lleve normalmente. También se deben tener en cuenta factores ambientales (como frío, humedad, calor), características de la infraestructura de la unidad y funciones que prestan el equipo humano y mobiliario. (ISOTools, 2015)

Para evaluar la variable calidad del cuidado brindado en la presente investigación se usará el instrumento Metodología para Monitorear la Calidad del Cuidado de Enfermería (MMQNC, por sus siglas en inglés), el cual está compuesto por dimensiones como, el proceso de atención de enfermería (PAE), necesidades no físicas del paciente, necesidades físicas del paciente, evaluación de los objetivos del cuidado de enfermería, procedimientos de protección a los pacientes y el apoyo administrativo a la atención de

enfermería, dichas dimensiones a su vez están compuestas por diversos indicadores, que se irán desarrollando a continuación. (Berduzco & Otros, 2013-2014)

Por lo que se refiere al PAE, éste es la aplicación del método científico a la práctica asistencial que nos capacita como profesionales para brindar la atención que requieren los pacientes, familias y comunidades de manera ordenada, consistente, lógica y sistemática. Es la base de nuestra práctica profesional. El PAE es un medio para brindar atención de alta calidad a cualquier persona que necesite atención médica para que pueda restaurar, mantener y mejorar su salud. (Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia [INEPEO], 2013)

La atención de enfermería ha avanzado mucho en los últimos años con el desarrollo de protocolos, procedimientos y planes de atención. El profesional de enfermería es quien se encarga entre otras cosas, de formular por escrito el plan de cuidados, valorar la condición física del paciente, atender el estado emocional del paciente y coordinar el plan de atención de enfermería y el plan de cuidados médicos. La formulación por escrito del plan de cuidados, es un proceso mediante el cual se registrarán datos del paciente para planificar las acciones de enfermería de manera individualizada, valorando condiciones físicas del paciente, para recabar datos medibles y observables del estado de salud, mediante exploración física ya sea por sistemas-aparatos, por regiones, patrones funcionales de salud o céfalo-caudal. También cabe destacar que la valoración del estado emocional del paciente como cambios de humor, euforia o depresión resulta relevante, ya que las alteraciones psicológicas y emocionales tienen gran impacto en el estado de salud, y determinar si es o no coherente con la situación actual del paciente facilitando su abordaje. Al mismo tiempo, el plan de atención de enfermería es importante coordinarlo con el plan de cuidados médicos, para garantizar el cumplimiento de manera conjunta. (Brito, 2007)

Asimismo, es relevante valorar las necesidades no físicas del paciente a través de indicadores como orientación al paciente sobre las facilidades hospitalarias, recepción por el personal de enfermería en el servicio, información al paciente como llamar a los enfermeros, ubicación del paciente en su cuarto, cortesía en el trato hacia el paciente, llamarlo por su nombre, presentación del enfermero con el paciente, asegurar la autorización de procedimientos especiales y/o estudios, información al paciente sobre el plan de atención diaria, explicación sobre procedimientos y estudios al paciente, respeto a la privacidad del paciente al realizar algún procedimiento, oportunidad para que el paciente discuta sus temores y ansiedades, explicación sobre el uso de equipos

especiales al paciente, informar acerca de las actividades antes de llevarlas a cabo, escuchar al paciente, notificar a la familia cuando hay cambios serios en la condición del paciente e incluir a la familia en el proceso del cuidado de enfermería.

Lo antes mencionado, tiene estrecha relación con la comunicación entre el enfermero, paciente y su familia. Por tanto, el rol en enfermería incluye el desarrollo de habilidades comunicativas basadas en la capacidad del enfermero para lograr una comunicación plena, considerando el dominio e integración en la práctica. Fomentar el conocimiento de los procesos humanos de comunicación, habilidades comunicativas, sentimientos, principios, valores y actitudes, para ser efectivos en la toma de decisiones oportunas que conduzcan al logro de metas en la praxis de enfermería. (Matraspa & Gilbert Lamadrid, 2016)

De igual forma, la valoración de las necesidades físicas del paciente es pertinente, esta incluye indicadores como proteger al paciente de lesiones o accidentes, atender las necesidades de confort y descanso, de higiene, de suministro de oxígeno, de actividad, de nutrición y balance de líquidos, de eliminación, del cuidado de la piel y protección de infecciones.

En primer lugar, la protección de lesiones y accidentes hace referencia a la necesidad del paciente a sentirse protegido frente a diferentes riesgos, como caídas. Se debe evaluar el grado de movilidad del paciente para evitar que se vea afectada esta necesidad, ya que puede o no necesitar ayuda y acompañamiento familiar y de enfermería para la realización de ciertas actividades. A su vez, las necesidades de confort y descanso son primordiales para la recuperación del paciente, el descanso debe ser en lo posible ininterrumpido y tranquilo sobre todo en horas nocturnas, se requiere tener conocimiento sobre los hábitos de descanso y medidas de confort del paciente, como sensibilidad a la iluminación, temperatura o ruidos, ya que estos pueden traer dificultad para conciliar el sueño.

Por su parte, la higiene es considerada un factor con bastante valor psicológico, la forma como se ve, siente y huele el cuerpo son signos de la higiene del paciente, al realizar el baño el enfermero debe considerar aspectos como frecuencia con la que el paciente suele bañarse, elementos que usa para su aseo diario y nivel de dependencia. También, el suministro de oxígeno es una necesidad esencial para la salud y vida del paciente, debido a que permite el intercambio de gases, mantener los mecanismos necesarios para que el individuo satisfaga esta necesidad es un objetivo prioritario del cuidado, es por ello que como enfermeros se debe identificar a tiempo aspectos

involucrados en este proceso, como vigilar el ritmo respiratorio, frecuencia respiratoria y verificar que las vías respiratorias no se encuentren obstruidas, etc.

De igual forma, la actividad es una necesidad en la cual el paciente podrá sentirse independiente a medida que pueda movilizarse por sí solo para la realización de sus actividades diarias, se debe motivar al paciente a realizar ejercicios y ayudar a tener una mecánica corporal adecuada, tomando en cuenta las limitaciones que puede tener por su enfermedad, tratamiento o terapia. Asimismo, las necesidades de nutrición y balance de líquidos son de gran importancia para la supervivencia, el organismo requiere un aporte de nutrientes y líquidos, para favorecer el funcionamiento normal del organismo, para conservar y ayudar a la regeneración de los tejidos, como también a mantener un equilibrio hidroelectrolítico, por ello el personal de enfermería debe tener conocimiento del tipo de dieta e hidratación que el paciente requiere.

A su vez, la necesidad de eliminación hace parte del correcto funcionamiento de del organismo, la eliminación se realiza por medio de la orina, heces, entre otros. Es relevante tener conocimiento acerca del nivel de control de las funciones de excreción del paciente. Al mismo tiempo, el cuidado de la piel es esencial, debido a la contribución que hace para el funcionamiento del organismo; la piel se encuentra constantemente expuesta a microorganismos, polvo, rayos solares, entre otros, por ello mantenerla limpia e hidratada para conservar su integridad y flexibilidad es primordial. Por último, la protección de infecciones se refiere a la aplicación de las normas de bioseguridad que se deben emplear para evitar o reducir riesgos de transmitir infecciones, en este caso específico hacia los pacientes. Se incluye el lavado correcto de manos, uso de guantes, lo cual no excluye la higiene de manos, entre otras normas de bioseguridad.

El concepto de necesidad no significa una deficiencia o un problema, sino más bien una condición y si bien algunos pueden considerarse esenciales para la supervivencia física, todos son esenciales e indispensables para mantener la integridad que se entiende como la armonía en todos los aspectos del ser humano. Henderson planteó que todos los humanos tienen diferentes necesidades humanas básicas. El Modelo de Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson se basa en la premisa que las enfermeras deben ayudar a las personas sanas y enfermas a realizar actividades de la vida diaria que contribuya a su salud, ya sea para conservarla, restaurarla o proporcionar una muerte digna. (Garrido-Piosa, 2015) (Sanz, Torralba, & Otros, 2018)

Otro rasgo para determinar la calidad del cuidado es la evaluación de los objetivos del cuidado de enfermería, ésta es el producto de la interacción por parte de enfermería con el paciente, se encuentra compuesta por indicadores como el reporte por escrito de signos vitales, notas de enfermería legibles, registro del cuidado proporcionado al paciente y evaluación de la respuesta del paciente a la terapia. Los registros de enfermería son una parte esencial de la asistencia sanitaria integrados en el historial médico del paciente que confieren influencias y responsabilidades profesionales y legales, deben ponerse en práctica con el rigor científico necesario. Documentar la atención diaria que los enfermeros brindan a los pacientes es esencial para garantizar la calidad del cuidado y el desarrollo profesional. Por ello, los profesionales no solo deben ser conscientes del pleno cumplimiento de los registros, sino también cumplir con la legislación aplicable que afecta tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud. (Calero & González, 2014)

Por otra parte, los procedimientos de protección a los pacientes, se encuentran relacionados con la seguridad del paciente para brindar servicios de salud de calidad, la finalidad es prevenir, reducir riesgos, errores y perjuicios que sufren los pacientes en la prestación de asistencia sanitaria. (Organización Mundial De La Salud [OMS], 2019). Los indicadores que componen ésta dimensión son, procedimientos de aislamiento y de no contaminación, cuidados a sondas, catéteres y drenajes, registro de hora y atención relacionada a los mismos, cambio del sitio intravenoso (IV) en un tiempo máximo de 72 horas, aseo perineal al paciente con catéteres vesicales permanentes, cumplimiento de asepsia con equipos y soluciones de aspiración e irrigación, registro de colocación de catéter IV y fecha de cambio, etiquetado de frascos de terapia IV con nombre del paciente, número de cuarto y/o cama, tipo de solución, nombre y cantidad de medicamentos agregados, fecha, hora y velocidad de infusión de goteo por minuto.

En primer lugar, se definen los procedimientos de aislamiento y de no contaminación, como el empleo de barreras físicas que separan a los pacientes infectados (fuentes de infección) de otras personas potencialmente infectadas o propensas a infectarse, con el fin de reducir el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas a otros pacientes, familiares e incluso profesionales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aislamiento significa la separación de personas enfermas o infectadas de otras, con el fin de prevenir la propagación de infecciones y/o contaminación. (Ruiz de la Hermosa, Lorente del Pozo, & Otros, 2016)

Respecto a los cuidados de sondas, catéteres y drenajes, es imprescindible aplicar diversos cuidados, entre ellos, comprobar permeabilidad, identificar signos de infección en la zona de inserción, observar características y cantidad del contenido drenado, manipulación de los mismos haciendo el uso correcto de las normas de bioseguridad (por ejemplo: uso de guantes, lavado de manos previo y posterior a la manipulación), cambio de gasas o apósitos a diario o según necesidad y registro de la atención relacionada a los cuidados aplicados y hora, según corresponda. (García & Otros, 2017)

De igual forma, el cambio del sitio intravenoso en un tiempo máximo de 72 horas suele ser indispensable, se recomienda el recambio con el fin de prevenir flebitis e infiltración subcutánea en la práctica de enfermería, se debe rotular con fecha de colocación y recambio sugerido, además, indicar número de abocath y responsable de la canalización. El sitio de venopunción y permeabilidad de la vía se debe valorar cada turno para identificar a tiempo cualquier complicación. (Gavilán, García, & Otros, 2017)

Por su parte el aseo perineal al paciente con catéter vesical a permanencia, es realizado con el fin de prevenir o reducir infecciones, evitar lesiones y proporcionar comodidad. Por otra parte, cabe destacar que el equipo y las soluciones para la aspiración e irrigación deben cumplir los requisitos de asepsia para evitar y reducir riesgo de contaminación e infecciones. La aspiración es un procedimiento realizado para eliminar las secreciones de la cavidad orofaríngea a través de una sonda flexible en la vía aérea mediante presión negativa. (Universidad Gran Canaria Medicina Interna [UGC], 2015) (Rivera, 2000)

Se debe agregar, que el etiquetado de frascos de terapia intravenosa con nombre, número de cuarto y/o cama del paciente (paciente correcto), tipo de solución, nombre y cantidad de medicamentos agregados (medicamento correcto), fecha y hora correcta, velocidad de infusión y goteo por minuto para evitar complicaciones como sobre carga de líquidos, estos son datos relevantes para garantizar la calidad del cuidado que se brinda, los aspectos antes mencionados tiene relación directa con la aplicación de los correctos en la administración de medicamentos. (Ramos, Lopes de Sousa, & Otros, 2018)

Por último, para la dimensión apoyo administrativo a la atención de enfermería se aplicaran indicadores como facilidad en la distribución del cuidado, rondas a todos los pacientes a cargo del jefe de enfermeros o su equivalente, delegación de tareas de acuerdo a las necesidades del paciente y nivel de habilidad del personal por parte del

enfermero encargado, reporte de entrega de turno según estándares prescritos, prever que los servicios religiosos sean proporcionados, revisión diaria de las órdenes para asegurar que todas las transcripciones sean exactas, actuales y completas, además de exigir que las rondas sean conjuntas durante la entrega del turno y que las notas de enfermería sean firmadas apropiadamente como lo requiere la política del hospital.

Haciendo referencia a la facilidad en la distribución del cuidado y la delegación de tareas de acuerdo a las necesidades del paciente y nivel de habilidad del personal de enfermería, se puede decir que una distribución de manera equitativa conlleva a una mejor administración del cuidado por ende a una buena calidad del mismo. La distribución del cuidado y delegación de tareas acorde al nivel de habilidades del personal y necesidades del paciente son sistemas de atención que se centran en los aspectos técnicos y en la satisfacción de las necesidades. (Maciá, Llor, & Otros, 2015)

Por otro lado, la realización de rondas a todos los pacientes por parte del jefe o encargado del servicio y rondas conjuntas en la entrega de turnos, son de utilidad para verificar el estado de cada uno de los pacientes e identificar sus necesidades, asegurando una planificación de los cuidados adaptados para cada uno de ellos de manera individualizada, continua e integral, así se podrá garantizar una atención oportuna y de calidad, además de asegurar que el servicio funcione de manera adecuada. (Torres, 2004)

También cabe destacar que los reportes de entrega de turno deben seguir los estándares prescritos, que notas de enfermería deben ser firmadas apropiadamente y que la revisión a diario de las órdenes se debe asegurar para que todas las transcripciones sean exactas, actuales y completas, dichas labores son responsabilidad del personal de enfermería. Ya que firmar las notas de enfermería y verificar que las indicaciones estén transcritas con exactitud, completas y actualizadas son de carácter legal, además de garantizar la seguridad del paciente, por ende la calidad del cuidado.

Por otra parte abordando el tema de reporte de entrega de turno, Hays lo definió como la transferencia de información entre el turno saliente y el entrante; se puede decir que el informe es una parte compleja e importante de la práctica profesional de enfermería para una serie de propósitos, incluida la comunicación, que proporciona información actualizada, continuidad y calidad de atención al paciente, así como la asignación de responsabilidades y deberes.

Por su parte Sexton lo define como un proceso de intercambio importante para garantizar y mantener la continuidad y la calidad de la atención, cumpliendo estándares

legales de la práctica profesional de enfermería. También afirma que una de las dificultades que ocurre es que a menudo carecen de forma y estructura, por lo que la información transmitida no es irrelevante, es repetitiva y especulativa, involucrando el proceso en algunos casos, por ausencia de directrices.

Otros autores, mencionan que es un informe importante para un cuidado continuo, en la que un grupo de enfermeros que finaliza su turno puede informar al grupo entrante sobre datos actualizados del paciente. El reporte debe ser breve y completo, independientemente del método utilizado, centrándose en los pacientes y siguiendo un orden, no es un momento de conversación social. (Guevara & Arroyo, 2015)

Hay que mencionar además, que la provisión de apoyo espiritual al paciente por parte de enfermería, ha obtenido una aceptación a nivel internacional. La espiritualidad está incluida en las teorías de enfermería y se integra en el sistema de documentación de enfermería. Se tiene en cuenta la atención espiritual en el contexto de apoyo integral. Se entiende como espiritualidad al aspecto de la condición humana de como los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como también muestran un estado de conexión con el momento, con la naturaleza, con otros y con lo sagrado o significativo. El concepto de espíritu tiene el alcance de compartir con la religión porque consiste en un estudio y descubrimiento de trascendencia, así como la religión, aunque los casos espirituales pueden o no estar relacionados con la creencia religiosa. Además de nuestro entorno, a menudo se intercambia espiritualidad y religión para una experiencia superior. Aunque el cuidado espiritual es una parte integral de la atención de enfermería, su provisión puede ser muy diversa y verse afectada por cada contexto individual, cultural y educativo de cada enfermero. Sin embargo, todos los profesionales deben ser atentos, sensibles y preparados para reconocer la espiritualidad. Por lo tanto, es necesario promover acciones de capacitación a los enfermeros en éste cuidado. (Morillo, 2017)

Se debe agregar que la enfermería como disciplina profesional surge a raíz de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar. El meta-paradigma o marco disciplinar es definido como una visión más completa de un sistema que opera como una unidad o un marco encapsulado en el que se desarrollan las estructuras más restringidas, identifica algunos fenómenos de interés para una disciplina y explica cómo el sistema trata los fenómenos en una sola unidad. Los elementos meta-paradigmáticos de la enfermería son: entorno, salud, persona y cuidado, estos cuatro conceptos están

presentes en todos los modelos conceptuales que han desarrollado las enfermeras. (Rodríguez & Pérez, 2015) .

Es de interés en el presente proyecto de investigación indagar sobre los diferentes conceptos de cuidado a lo largo de la historia.

El origen del concepto de cuidado proviene del término *cogitātus* que significa pensamiento/reflexión. La palabra cuidado tiene diferentes significados en nuestro idioma. Este término se usa en el campo médico en un sentido que no tiene nada que ver con la vida cotidiana y tiene un alcance más amplio. (Alba, 2015)

El cuidado ha existido desde siempre y se ha visualizado de diversas formas. Antiguamente describieron como a través de diferentes acciones nuestros antepasados cuidaban de ellos mismos, de su familia o grupo social y así poder subsistir. Realizaban la caza en manada para llevar alimento a sus familias, su vestimenta era de piel de animales, el fuego fue usado en las intensas heladas para proporcionar calor, además cultivaban su propio alimento. Lo mencionado anteriormente no especifica la palabra cuidado como tal, la misma hace referencia al desvelo, preocupación personal e interpersonal, según Leonardo Boff. (Jiménez, Morales, & Otros, 2019)

También el cuidado ha sido definido como una acción de preservar, guardar, conservar y asistir; éste implica ayudarse a uno mismo o a los demás seres vivos, tratando de mejorar el bienestar y evitar que puedan sufrir algún perjuicio. Por su parte el cuidado hacia los enfermos, tiene como implicancia vigilar su estado con cierta regularidad. Cuando una persona está internada, el deber del cuidador es estar atento ante cualquier complicación, para llamar al médico o al profesional que corresponda; puede ser necesario además que lo asista en la alimentación y/o durante la higiene personal, según el estado de salud del individuo. (Pérez & Gardey, 2013)

Sally Gadow, planteó que el cuidado ayuda al individuo a explicar su realidad, siendo el cuidar la esencia de la enfermería. Al interactuar con el paciente, al definir el significado único que la salud, la enfermedad y la muerte tienen para él. (Afanador, 2001)

Cabe señalar, que la esencia de la disciplina de enfermería es el cuidado que representa un conjunto de acciones fundadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo científico-técnico, orientadas a comprender y ayudar al otro en el entorno en el que se encuentra, en el cual no solo está implicado el receptor, sino también al profesional como transmisor de él. (Báez, Nava, & Otros, 2009) (Ariza, 2004)

Otra acertada definición del cuidado es la de M. Françoise Collière, el arte de prevalecer a todos los demás, de acompañar las grandes etapas de la vida, desde el

nacimiento hasta la muerte, de dejarlas seguir y ayudar a la persona en las etapas más difíciles de la vida. (Jimenez, 2019)

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la enfermería incluye el cuidado independiente y colaborativo que se brinda a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, tanto enfermos como sanos, en todos los entornos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Las principales funciones de la enfermería son la defensa, la promoción de entornos seguros, la investigación, la participación en la política de salud, la gestión de pacientes, los sistemas de salud y la formación. (Consejo internacional de enfermeras [CIE], 2002).

Cuando hablamos de cuidado en enfermería podemos decir que es un parte fundamental en el sistema de salud. El personal de enfermería ejecuta importantes funciones en el proceso de tratamiento y apoyo de los sujetos de atención. (De Andrade, 2013)

La enfermería es un arte, una ciencia y una profesión, arte porque está basada en la compasión, el cariño, respeto por la dignidad e individualidad de cada paciente, ciencia porque la práctica enfermera se basa en un cuerpo de conocimientos que continuamente han ido cambiando a través de nuevos descubrimientos e innovaciones. Cuando la ciencia y el arte de la enfermería se integran a la práctica, la calidad de la atención alcanza un nivel de excelencia que beneficia al paciente y su familia. (Rodríguez & Pérez, 2015) El paciente es el foco de la práctica, además de abarcar a la persona se incluye la familia y comunidad, el sujeto de atención tiene diversas necesidades, cuidados de la salud, experiencias, vulnerabilidades y expectativas. (Perry, 2015)

Cabe destacar, que en el nuevo milenio el sistema sanitario está escasamente orientado a brindar un servicio más abocado al negocio como resultado de las determinaciones de control de los costos, lo que usualmente ocasiona tensión entre los aspectos del cuidado y del negocio de la atención sanitaria. El Institute of Medicine (IOM) ha solicitado que el sistema de prestación de servicios sanitarios sea seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficaz y equitativo. Se han establecido prioridades como, implicación del paciente y de la familia, prestando una atención efectiva, centrada en el paciente. Salud de la población, centrándose más en el bienestar y la prevención; seguridad, eliminando errores cuando y donde sea posible; coordinación de la atención, prestando atención de alto valor centrada en el paciente; cuidados paliativos, prestando atención apropiada y compasiva a los pacientes con enfermedades en estado avanzado

y sobreutilización, reduciendo el malgasto para conseguir una atención efectiva y económicamente asequible. (Stockert, 2015).

La calidad del cuidado brindado está relacionada con la experiencia y satisfacción. Experiencia se puede definir como, conocer sobre algo o tener una habilidad para realizar algo, se adquiere al haberlo vivido, realizado, sentido o sufrido una o varias veces, durante un periodo de tiempo. (Oxford University Press, 2020)

Cuando hablamos de experiencia con los cuidados de enfermería, podemos pensar en la relación que debe tener el enfermero/a con el paciente, si el profesional cuenta con conocimientos y adiestramiento necesario para ayudar a los pacientes, además saber si tiene la capacidad de responder, percibir y apreciar la individualidad del paciente. Como profesionales se debe brindar una atención equitativa, dependiendo de los requerimientos de cada paciente, evitando favorecer unos sobre otros, además, es importante dar información suficiente sobre el tratamiento, mostrar preocupación por el paciente, atenderlo en tiempo y forma adecuada, en lo posible mejorar las condiciones ambientales para su comodidad; también procurar buscar tiempo para compartir con el paciente, saber cómo se siente, que se sienta importante como persona y en lo posible brindar un buen ambiente durante la internación. (Matraspa & Gilbert Lamadrid, 2016)

Además, la satisfacción es el resultado de la experiencia percibida con respecto a la atención brindada por el profesional de enfermería, es un pilar fundamental en la atención de salud, el cuidado que ofrece enfermería está basado en el acto de cuidar mediante conocimientos científicos, apoyando al paciente emocionalmente, brindando dedicación para mejorar el estado de salud del paciente y por ende satisfacer sus expectativas con respecto al cuidado enfermero. (Jiménez, Morales, & Otros, 2019)

El cuidado enfermero según Hildergard. E. Peplau. Es un proceso terapéutico interpersonal, entre una persona necesitada y una enfermera que es capaz de atender la necesidad de ayuda, utilizando sus conocimientos terapéuticos y es él quien lleva a la enfermera a practicar el arte de la enfermería (Mikhely, 2015)

Peplau desarrolló la teoría de las relaciones interpersonales y destacó la importancia del enfermero/a en el proceso interpersonal definiéndolo como terapéutico. Es muy importante la personalidad del enfermero/a por la influencia que puede provocar en sí mismo como en el paciente.

En la relación enfermero-paciente Peplau describe 4 etapas, orientación, identificación, explotación y resolución. Orientación, es una etapa donde el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a

comprender y reconocer su problema de salud para poder determinar su necesidad de cuidado. Identificación, en esta fase el paciente se identifica con las personas que le ofrecen cuidados. El enfermero/a ayuda a que el paciente explore sensaciones y a expresar sus sentimientos relacionados con su percepción del problema, para ayudarlo a sobrellevar la enfermedad y a reforzar mecanismos positivos de la personalidad y así colaborar para proporcionar la satisfacción que necesita. Explotación, en esta etapa el paciente intenta obtener el máximo de la relación y poder conseguir los mayores beneficios posibles. Resolución, se produce cuando el paciente abandona objetivos viejos y proyecta nuevas metas. El paciente se independiza de la identificación con la enfermera, durante este proceso.

Se debe agregar, que describió seis roles del enfermero: extraño, persona a quien recurrir, docente, conductor, sustituto y asesor. Rol de extraño, el enfermero no debe prejuiciar, aceptar al paciente tal cual es y tratarlo con una capacidad emocional como si fuese normal, no se conocen; rol de la persona a quien recurrir, el profesional enfermero proporciona respuestas específicas a preguntas que hace el paciente, especialmente sobre información sanitaria, tratamiento, plan médico; el enfermero/a determina el tipo de respuesta más adecuada para un aprendizaje constructivo; rol docente, es aquí donde el enfermero debe proceder desde lo que conoce el paciente y desarrollar este papel en función de su interés y deseo de ser capaz de emplear la información, ello sería un aprendizaje experiencial; rol conductor, implica un proceso de democracia, donde se ayuda al paciente a satisfacer las necesidades a través de una relación cooperativa y con participación activa; rol de sustituto, las conductas y actitudes del enfermero/a reavivan sentimientos generados en una relación anterior, el enfermero lo que hace es ayudar al paciente a encontrar similitudes y diferencias entre su papel y el de la persona recordada; por último, rol de asesoramiento, las técnicas interpersonales tiene como propósito ayudar al paciente a recordar y comprender que es lo que está ocurriendo en su situación actual y de esta manera poder integrar la experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de la vida. Este rol es de fundamental importancia en la enfermería psiquiátrica. (Matraspa & Gilbert Lamadrid, 2016)

Por lo que se refiere a el modelo de relaciones entre seres humanos, cabe destacar la teoría presentada por Joyce Travelbee, quien expuso que el propósito de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad ya sea a prevenir o afrontar las experiencias de enfermedad, el sufrimiento y si es necesario a encontrar un significado para estas experiencias, como último fin la presencia de la esperanza.

Según Travelbee la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre los seres humanos las cuales comienzan primero con el encuentro original, que es caracterizado por las primeras impresiones que recibe la enfermera del paciente y viceversa, va progresando a través de las fases; segunda fase, identidades emergentes, se establece un vínculo que dará lugar a una relación, el paciente y la enfermera empiezan a verse como personas únicas; tercera fase, sentimientos progresivos de empatía, distinguida por la capacidad de compartir con el otro la experiencia; cuarta fase, compasión, el profesional desea aliviar la causa de la enfermedad o sufrimiento del paciente; quinta fase, compenetración, en esta última el paciente y la enfermera consiguen la transferencia, el paciente deposita su confianza y fe en el profesional enfermero. Fue muy explícita en relación a la espiritualidad del paciente y enfermera, se cree que la espiritualidad que una persona tiene determinará en gran medida su percepción de la enfermedad y el sufrimiento, lo que determinará hasta qué punto los enfermeros pueden ayudar o no encontrar sentido a las situaciones. Hizo gran énfasis que en el cuidado es de suma importancia la empatía, la comprensión, compasión, transferencia y aspectos emocionales de la enfermería. (Pokomy, 2011)

Por su parte, la profesión de enfermería y el cuidado han sido ligados por muchos años al género femenino, debido a que Florence Nightingale en 1860 creara un cambio importante para la doctrina, como la profesionalización de enfermería, dejando de ser una actividad exclusivamente doméstica, el papel de las enfermeras en los establecimientos de salud, ha seguido el estereotipo del sexo femenino. En otras palabras, las enfermeras han sido consideradas esposas, madres y empleadas domésticas al mismo tiempo. Esposa del médico en su función de asistente, madre de los pacientes por los actos de curar y cuidar y como empleada doméstica de los establecimientos de salud.

Este modelo fue criticado, aunque también están los simpatizantes del mismo, porque consideraron que a partir de este modelo se comenzó a emplear el método científico en los cuidados de enfermería, además se dio inicio a la formación de las enfermeras de forma programada y sistemática, incluso en contra de la carrera médica. Los críticos de este modelo y su autora creen que se ha mantenido una relación de obediencia y sumisión entre médicos y enfermeras. Dicho de otra manera, las mujeres en la sociedad se vieron encargadas de desempeñar las mismas funciones que en su hogar. Los médicos son hombres y las enfermeras, mujeres; las cuales tenían el deber de cumplir órdenes de éstos de forma fiel.

En culturas antiguas el cuidado de niños, enfermos y parturientas estaba a cargo de las mujeres, mientras que el acto de curar, era asignado a hombres de la medicina o sacerdotes. Siempre se ha mantenido el rol de cuidar como secundario, al rol de curar, pero ¿será posible curar sin cuidar? Quizás no, la curación y el cuidado no deben considerarse como dos tareas aisladas, donde una no esté ligada a la otra. Por su parte, el sexo ha influido en el valor atribuido a los cuidados de enfermería. Hoy día incluso si los cuidados son brindados por un profesional de enfermería de sexo masculino, es visto de manera diferente, debido a que se le puede llegar a considerar un minimédico.

Concluyendo, la influencia del sexo en la profesión de enfermería ha ocasionado una falta de reconocimiento colectivo de la misma, por estar atribuido el cuidado enfermero a la esencia femenina propiamente. Esta visión está cambiando de a poco. Ya es un hecho la equidad de género, sujetos como Barragán Medero ha sido un hombre que ha estado a cargo del cuidado de sus padres, además, de compartir el cuidado de los suegros con su esposa, derribando el prototipo de género de una sociedad patriarcal. Según Barragán, los hombres deben aprender aún, que cuidar es una función de las personas y que no debe relacionarse con la oposición de género. De esta forma, afirma que es posible resolver parte de los problemas de comunicación, de amistad con otros hombres y no utilizar la violencia. La desaparición de las diferencias de género y el cambio de estatus de las diferencias a nivel individual, en el sentido de masculinidad y feminidad son parte de todo individuo independientemente de su sexo. De manera que esta nueva perspectiva es necesaria para abordar la historia y el futuro de nuestra profesión de enfermería. (Arroyo, Lancharro, & Otros, 2011)

Por lo que se refiere a la carga laboral, está posee un gran impacto sobre la calidad de la atención que brinda enfermería. La carga de trabajo se define como el conjunto de demandas físicas y mentales a las que está expuesto un empleado. La carga física incluye aspectos como posturas estáticas aplicadas durante el trabajo, los movimientos que se realizan, la aplicación de fuerza, el manejo de una carga o movimiento, así como el consumo energía que requiere cada tarea. En el caso de sobrecarga mental, es necesario conocer la presión del tiempo, las fuentes de procesamiento que requiere la tarea y los aspectos del sistema emocional. Como se afirmó arriba, la carga de trabajo son requisitos psicofisiológicos a los que está expuesto un empleado durante la jornada laboral. Con tasas que varían según el trabajo realizado, hay trabajo tanto físico como mental. (Beltrán, 2014) (Federación de empleados de servicios públicos [FeSP], 2015)

De igual modo, en enfermería se define la carga laboral como una demanda de intervenciones o actividades que debe realizar el profesional, en relación al cuidado de calidad que puede brindar al paciente; teniendo en cuenta el esfuerzo físico, mental y afectivo. En su mayoría el enfermero/a se ve incapacitado para satisfacer todos los requerimientos laborales, en ocasiones debe posponer sus actividades por falta de tiempo. La sobrecarga laboral afecta la salud de los trabajadores, las relaciones interpersonales, reduce la operatividad y desarrollo de sus tareas. (Hernandez & Otros, 2017)

Hay una constante escasez de enfermeras/os a nivel mundial, esta escasez afecta en todos los aspectos de la enfermería, como el cuidado del paciente, gestión y la formación enfermera, a su vez presenta retos y oportunidades para la profesión. Existe un vínculo directamente relacionado entre los cuidados de las enfermeras/os y los resultados positivos para el sujeto de atención, reducción de las tasas de complicaciones y un retorno ligero del paciente a un estado funcional óptimo.

Las organizaciones profesionales de enfermería han anunciado que en el futuro, continuará disminuyendo la dotación de enfermeras/os tituladas. La falta de enfermeras/os afecta a las necesidades del paciente, con menos enfermeras/os en las instituciones de trabajo, cabe recordar la importancia de aprender a usar eficiente y profesionalmente el tiempo de contacto con el paciente. Es supremamente importante que los pacientes abandonen el entorno hospitalario llevándose una imagen positiva de la enfermería y un sentimiento de que han recibido cuidados de calidad. Las enfermeras/os necesitan relacionarse con sus pacientes a un nivel humano y afectivo, el paciente no debe sentirse apurado o que no es importante. (Perry, 2015)

Existen varios factores que llevan a que se presenten errores, entre ellos los humanos como cansancio, la prisa y estrés, sumado factores ambientales y estructurales, como barreras inadecuadas para evitar la propagación de infecciones, cargas de trabajo excesivas, vías de comunicación insuficiente, falta de capacidad instalada, espera prolongada en servicios vitales como urgencias, actitud cerrada de las autoridades ante sugerencias de mejora, entre otros. (Ruelas & Otros, 2007)

Se ha demostrado que la sobrecarga de trabajo de enfermería es un factor de riesgo para la calidad del cuidado, al igual que una mayor carga operativa para el personal, cuyos efectos son el agotamiento físico y mental, y que se incrementará con el tiempo al aumentar el tiempo de exposición a través de los años. Los cambios en la salud de los trabajadores se manifiestan principalmente en relaciones difíciles en el grupo de

trabajo, reducción de la productividad, aparición de enfermedades físicas y mentales. El equipo de enfermería tiene la mayor participación en el proceso de atención, lo que permite que estos profesionales, al estar más cerca del paciente, desempeñen un papel en la calidad de su atención, pero también es un importante contribuyente al resultado de los eventos adversos. (Hernández M. , 2016)

Ahora veamos, la carga laboral en el personal de enfermería en el presente estudio se valorará mediante el instrumento Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo en enfermería (EVECTE) el cual se encuentra compuesto por una serie de ítems que son, pacientes atendidos por turno, número de enfermeros por turno, cantidad de hidrataciones, procedimientos endovenosos (EV), procedimientos intramusculares (IM) y subcutáneos (SC), procedimientos vía oral (VO), procedimientos vía digestiva por gavage, frecuencia en la toma de signos vitales, vigilancia de monitores, vigilancia y control de drenajes, vigilancia en el balance hidroelectrolítico, vigilancia de conciencia (según sea su causa, paciente con causa neurológica quirúrgica, paciente con causa neurológica no quirúrgica, paciente politraumatizado no craneal y paciente clínico), cura de lesiones, aseo en cama y como último ítem condición de ventilación mecánica.

La cantidad de pacientes atendidos y número de enfermeros por turno, se puede definir como el mínimo número de enfermeros a cargo de cierta cantidad de pacientes. En un artículo de Linda Aiken, Walter Serros y colaboradores, donde se identifica una relación importante entre el número de enfermeros por paciente, su formación educativa y el riesgo de muerte en pacientes. Para una enfermera que atiende a 6 pacientes, cada paciente adicional que atiende aumenta la probabilidad de muerte en un 7%. Es cierto que en la última década Argentina ha iniciado un creciente movimiento hacia niveles superiores de formación, cuyo número aún es deficiente y aún no ha logrado el efecto deseado en el manejo integral de la salud de los individuos, familias y comunidades. (Zabalegui, 2014) (Ministerio de Salud de la Nación , 2008)

En lo que respecta a la cantidad de hidrataciones, procedimientos EV, IM y SC, VO, vía digestiva por gavage, frecuencia de toma de signos vitales, vigilancia de monitores, vigilancia y control de drenajes, vigilancia del balance hidroelectrolítico, de conciencia, cura de lesiones, aseo en cama y ventilación mecánica, se consideran tareas diarias que competen al personal de enfermería, esto se puede determinar de acuerdo a la cantidad de pacientes asignados por enfermero en el turno, cantidad de procedimientos, si se realiza o no vigilancia y control en los diferentes aspectos requeridos por el paciente de acuerdo a su grado de dependencia (grado I, totalmente

independiente, grado II necesita ayuda y apoyo parcial para la satisfacción de necesidades y grado III requiere de apoyo total para la satisfacción de necesidades). (Álvarez, Burgueño, & Otros, 2004)

Dicho lo anterior, se puede relacionar que el hecho de reducir al mínimo el personal de enfermería puede traer consecuencias para los pacientes cuando los enfermeros que quedan a cargo de la asistencia afrontan una carga de trabajo excesiva, esto conlleva a un cuidado de mala calidad, además de poner en riesgo la salud de pacientes y de profesionales. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) hace un llamado a todas las asociaciones de enfermería a conseguir el apoyo de los ciudadanos e influir de manera colectiva en la administración, con el fin de lograr que se cuente con un personal de enfermería en número suficiente, calificado y cuidado adecuadamente. (Ruipérez, 2021)

Por otra parte, se pretende establecer una relación de carga laboral en relación al servicio donde se labora, en este caso es de interés el servicio de emergencias el cual es uno de los servicios que más atiende pacientes a diario. En California, se aprobó una ley en 1999, la primera de Estados Unidos, en la que se exigían unos niveles mínimos de personal en los hospitales. El 1 de enero de 2002 se inició la aplicación propuesta por el Departamento de Servicios de Salud. Reevaluar los ratios enfermera/paciente se debe hacer periódicamente basándose en los avances y estado vigente de la ciencia de los cuidados enfermeros, niveles de dependencia de cada paciente, las estructuras y distribución espacial de las diversas unidades de emergencias.

La recomendación sobre ratios de enfermería en las unidades de emergencias hospitalarias es de 1:4 enfermera/paciente en área de observación de medicina interna, traumatología y otras especialidades, 1:8 enfermera/paciente en unidad de observación de corta estancia, 1:1 enfermera/paciente en área crítica y por último 2:1 enfermera/paciente en área de shock room de unidades de emergencias. (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [SEEUE], 2009)

Material y métodos

Tipo de estudio

El estudio será observacional, siendo éste un diseño donde no se manipularán las variables en estudio por parte del investigador, solo se observarán los fenómenos tal como se presentan en su ambiente natural.

A su vez, será descriptivo, ya que estará dirigido a determinar cómo se presentará la situación de las variables que se estudiarán en la población, la presencia o ausencia de la carga laboral según edad, sexo y antigüedad laboral, la frecuencia con que ocurre y la incidencia sobre la calidad de los cuidados brindados por los enfermeros asistenciales. Será transversal ya que se realizará una única medición de las variables en estudio, por otro lado, según la ocurrencia de los hechos y registro de la información, será prospectivo, ya que se recolectarán datos primarios a medida que los sucesos vayan ocurriendo.

Sitio o contexto de la investigación

Se confeccionó y aplicó una guía de convalidación de sitio (**Ver anexo I**) en un hospital público de la ciudad de Rosario, que suministró datos que permitieron caracterizar el sitio. No se realizó comparación con otro sitio, ya que el problema detectado se encuentra en el lugar elegido y es concretamente de interés para la autora del proyecto.

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el estudio exploratorio el sitio elegido es adecuado para llevar a cabo la investigación, ya que reúne los criterios de elegibilidad, debido a que se cuenta con la autorización correspondiente, la presencia de las variables en estudio que se pretenden medir y la población pertinente a abordar. (**Ver anexo III**).

La institución seleccionada es un efector de dependencia pública provincial, polivalente de alta complejidad con énfasis en patologías cardiovasculares, dependiente del Ministerio de Salud Provincial, encargado de brindar atención a población de zona norte, noreste de la región Rosario y a localidades vecinas del oeste del Gran Rosario. Además, es un hospital base de centros de atención primaria.

Es un hospital escuela, que cuenta con múltiples especialidades, entre ellas, traumatología, oftalmología, neurología, cirugía, clínica médica, psiquiatría, neurología, cardiología, urología, entre otras. El efector posee un total de 150 camas útiles, cuatro salas de internación general para adultos, dos de ellas con salas de aislamiento.

Además, el efector cuenta con una sala de emergencias (dividida en dos sectores, COVID y no COVID), una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), una Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, una Unidad Coronaria (UCO), una sala de maternidad y partos, un laboratorio central, servicio de oncología, salas de quirófano y un hospital de día, donde se realizan cirugías menores, ambulatorias y quimioterapia.

Población y muestra

La población de estudio estará conformada por todos los enfermeros asistenciales que trabajen en el servicio de emergencias.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales que trabajen en el servicio de emergencias y que reúnan los siguientes criterios:

Criterios de Exclusión:

Enfermeros con antigüedad menor a un año.

Enfermeros que pertenezcan a otro servicio y cubran eventualmente guardias en el sector.

Tamaño de la población

El tamaño de la población será aproximadamente de 43 enfermeros que reúnen los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio. Ante ello, no se realizará muestreo ya que la población es reducida y factible de ser abordada y medida en su totalidad.

Con respecto a la validez externa, los resultados serán generalizables solo a la población del estudio, ya que posee limitaciones para generalizarlos debido a que se realizará en un solo lugar, no se realizará muestreo y el número de población será reducido, introduciendo la posibilidad de sesgos en los resultados.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

La técnica con la cual se llevará a cabo la recolección de datos para las variables en estudio es la observación, empleando como instrumento una lista de control.

Para la medición de la variable calidad del cuidado, se usará un instrumento denominado "Metodología para monitorear la calidad del cuidado de enfermería" (Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care, MMQNC), creado por Jelinek, Haussmann, Hegyvary y Newma en 1985, modificado por Amador, C, L (2013),

constituido por 60 ítems a evaluar, distribuidos en 6 dimensiones, (Berduzco & Otros, 2013-2014)

El instrumento original se encuentra dividido en dos secciones: en la sección I contiene datos generales como edad, sexo, antigüedad laboral, estado civil y escolaridad de los enfermeros, la sección II contiene las seis dimensiones las cuales sirven para evaluar de la calidad de la atención de enfermería, estas son: I. Formulación del plan de atención de enfermería, II. Necesidades no físicas (psicológicas, emocionales, mentales y sociales) del paciente, III. Necesidades físicas del paciente, IV. Evaluación de los objetivos de la atención de enfermería, V. Procedimientos de protección de los pacientes y VI. Apoyo administrativo a la atención de enfermería.

El instrumento original contiene 60 ítems, la recolección de los datos en 3 de ellos es de selección múltiple y los restantes mediante una escala tipo Likert, recolectando los datos mediante “si realizó la actividad”, “no realizó la actividad” y “no aplica”.

La autora del presente proyecto ha modificado el instrumento, en la sección I del se omiten 2 ítems en relación a las variables, ya que no son de interés para este estudio, quedando con un total de 58 ítems, además, se suprimió la opción “no aplica”, quedando con un tipo de respuesta dicotómica en “si realizó la actividad” y no realizó la actividad”.

(Ver anexo II)

El segundo instrumento para medir la variable carga laboral, se denomina “Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería” (EVECTE), creado por el Dr. Armando Padrón Sánchez, Dr. Carlos Antonio Gutiérrez Núñez, Dra. Patricia Enriquez Cortina; médicos internistas especialistas en medicina intensiva y emergencias, y por la enfermera Yamila Rivero.

La escala es útil para evaluar la carga de trabajo de un enfermero frente a un paciente determinado (binomio) en una jornada laboral de 12 horas, ya sean diurnas o nocturnas, a su vez, puede aplicarse a un turno completo, no evalúa el trabajo del personal que ejerce funciones administrativas solo el asistencial. La escala es fácil de emplear, recordar e implementar, midiendo de forma rápida, segura y eficaz la carga de trabajo de un enfermero asistencial durante un turno de trabajo. (Padrón, Gutiérrez, & Otros, 2003)

El instrumento está compuesto por 15 dimensiones: I. Pacientes atendidos en el turno, II. Enfermeras que laboran en el turno, III. Hidrataciones del paciente, IV. Procederes EV del paciente, V. Procederes IM o SC del paciente, VI. Procederes vía oral

del paciente, VII. Procederes vía digestiva por gavage del paciente, VIII. Signos Vitales, frecuencia por turno, IX. Vigilancia de monitores, X. Vigilancia y contabilidad de drenajes, XI. Vigilancia del Balance hidroelectrolítico, XII. Vigilancia de conciencia, XIII. Cura de lesiones, XIV. Aseo en cama y XV. Condición de ventilación mecánica. Cada una de ellas compuesta por 2, 3 o 4 indicadores. **(Ver anexo II)**

La **observación** es el registro sistémico, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, mediante un conjunto de categorías y subcategorías. (Hernández & Otros, 2014)

Las ventajas de la observación en el caso que el investigador se una al grupo por largo tiempo para estudiar el comportamiento de los participantes, se podrá combinar la visión ética del investigador con la del grupo, esto provee detalles específicos del comportamiento; dado que si el investigador no forma parte del grupo que se estudiará o no interactúa con el mismo, se produce mínimo riesgo de sesgo en la investigación, ya que el grupo no sabe cuándo se está siendo estudiado. En efecto, cuando el grupo no sabe que está siendo observado por el investigador, su presencia no afecta el comportamiento de quienes están siendo estudiados. Por otro lado, las desventajas son que el comportamiento de los participantes no será de manera natural si saben que son estudiados, de modo que la obtención de datos no será rápida, demanda mucho tiempo, ya que el investigador debe presentarse físicamente y vivir la realidad, además, se corre el riesgo de perder la objetividad. Por otra parte, teniendo en cuenta que el grupo no sepa que está siendo estudiado por el investigador infringe diversos aspectos éticos, debido a que los participantes no conocen la información que están brindando.

Se realizó una prueba piloto al instrumento en una población con iguales características a las del estudio, con el fin de corroborar la confiabilidad y validez de ambos instrumentos de recolección de datos, en una muestra compuesta por cinco enfermeros asistenciales, quienes luego serán excluidos del mismo.

Esta prueba permite minimizar sesgos potenciales en los resultados debido a posibles inconvenientes que puedan surgir durante la aplicación de los instrumentos y recolección de los datos. Se evaluó si algún ítem estuvo mal formulado o si resultara incomprensible; su ordenamiento, presentación y si las instrucciones para su llenado son precisas y suficientes. A su vez se analizó el tiempo que se requiere para realizar la recolección de datos con los instrumentos antes mencionados, como así también el momento propicio para la recolección de los mismos. **(Ver anexo IV)**

Operacionalización de variables

Variable: calidad del cuidado brindado: Tipo cualitativa compleja – Función Dependiente – Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: es la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con el menor riesgo para el paciente a través de dos aspectos interrelacionados e interdependientes: la técnica y lo interpersonal. El primer aspecto se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas para maximizar los beneficios para la salud, sin aumentar el riesgo, el segundo aspecto valora el cumplimiento de los valores, estándares, expectativas y aspiraciones del paciente (Torres Samuel, 2011)

Dimensión I.

Proceso de atención de enfermería (PAE).

Indicadores.

- El personal de enfermería formula por escrito el plan de cuidados.
- La condición física del paciente es valorada por el personal.
- Es incluido en el plan de atención el estado emocional del paciente.
- El plan de atención de enfermería es coordinado con el plan de cuidados médicos.

Dimensión II.

Necesidades no físicas del paciente.

Indicadores.

- El paciente es orientado en admisión sobre las facilidades hospitalarias.
- Al llegar el paciente al servicio lo recibe el personal de enfermería.
- Le informa al paciente como llamarlos.
- Orienta al paciente al ubicarlo en su cuarto.
- Manifiesta cortesía en el trato al paciente.
- Llama al paciente por su nombre.
- Se presenta con el paciente.
- Se asegura la autorización por escrito antes de procedimientos especiales y/o estudios.
- Informa al paciente acerca del plan de atención diaria.
- Explica al paciente los procedimientos y estudios especiales.

- Corre las cortinas o la puerta la cierra para realizar exámenes, tratamiento o por privacidad.
- Le da oportunidad para que el paciente discuta sus temores y ansiedades.
- Explica al paciente el uso de equipo especial (por ejemplo: bomba de infusión, equipo de inhalación).
- Informa a los pacientes acerca de las actividades antes de llevarlas a cabo.
- Escucha al paciente.
- Notifica a la familia cuando hay cambios serios en la condición del paciente.
- La familia es incluida en el proceso de cuidado de enfermería.

Dimensión III.

Necesidades físicas del paciente.

Indicadores.

- Protege al paciente de lesiones o accidentes.
- Atiende las necesidades de confort y descanso.
- Atiende la necesidad de higiene física (baño).
- Atiende la necesidad de suministro de oxígeno.
- Atiende la necesidad de actividad.
- Atiende las necesidades de nutrición y balance de líquidos.
- Atiende la necesidad de eliminación.
- Atiende la necesidad de cuidado de la piel.
- Protege al paciente de infecciones.

Dimensión IV.

Evaluación de los objetivos del cuidado de enfermería.

Indicadores.

- Reporta por escrito los signos vitales.
- Las notas de enfermería son legibles.
- Registra en el expediente el cuidado proporcionado al paciente.
- Es evaluada la respuesta del paciente a la terapia.

Dimensión V.

Procedimientos de protección a los pacientes.

Indicadores.

- Los procedimientos de aislamiento y de no contaminación son realizados.
- Proporciona cuidados a sondas, catéteres y drenajes.

- Se enuncia por escrito la hora y tipo de atención relacionada a la presencia de catéteres, sondas drenajes.
- Se cambia el sitio intravenoso en un tiempo máximo de 72 horas.
- Se realiza aseo perineal al paciente con catéter vesical a permanencia.
- El equipo y las soluciones para la aspiración e irrigación cumplen los requisitos de asepsia.
- Se registra fecha de colocación de catéter y fecha de cambio de catéteres.
- Los frascos de terapia intravenosa están etiquetados con:
 - ✓ Nombre y número de cuarto y/o cama del paciente.
 - ✓ Tipo de solución.
 - ✓ Nombre y cantidad de medicamentos agregados.
 - ✓ Fecha y hora.
 - ✓ Velocidad de infusión, goteo por minuto.

Dimensión VI.

El apoyo administrativo a la atención de enfermería.

Indicadores.

- Facilita la distribución del cuidado.
- El jefe de enfermeros o su equivalente a cargo del servicio hace rondas a todos los pacientes.
- El enfermero encargado delega tareas de acuerdo a las necesidades del paciente y al nivel de habilidad del personal.
- Que el reporte de entrega de turno sigue estándares prescritos.
- Prevé que los servicios religiosos sean proporcionados.
- Que se revisen diariamente las órdenes para asegurar que todas las transcripciones sean exactas, actuales y completas.
- Exige que hagan rondas juntas durante la entrega del turno.
- Exige que las notas de enfermería sean firmadas apropiadamente como lo requiere la política del hospital.

Variable: Edad: Tipo cuantitativa – Función independiente – Escala de medición razón.

Indicador

- Será la edad en años según refiera.

Variable: Sexo: Tipo cualitativa – Función independiente – Escala de medición nominal.

Indicadores.

- Femenino.
- Masculino.

Variable: Antigüedad laboral: Tipo cuantitativa – Función independiente – Escala de medición razón.

Indicador.

- Será la antigüedad laboral en años según refiera.

Variable: Carga laboral: Tipo cualitativa compleja – Función independiente – Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: la carga laboral se define en enfermería como una demanda de intervenciones o actividades que debe realizar el profesional, en relación al cuidado de calidad que puede brindar al paciente; teniendo en cuenta el esfuerzo físico, mental y afectivo. (Hernandez & Otros, 2017)

Dimensión I.

Pacientes atendidos en el turno.

Indicadores.

- 1-4 pacientes.
- 5-9 pacientes.
- > 10 pacientes.

Dimensión II

Enfermeros que laboran en el turno.

Indicadores

- 1-4 enfermeros.
- 5-9 enfermeros.
- > 10 enfermeros.

Dimensión III

Hidrataciones del paciente

Indicadores

- 1-4 hidrataciones.
- 5-9 hidrataciones.

- > 10 hidrataciones.

Dimensión IV

Procederes endovenosos (EV) de paciente

Indicadores

- 1-4 procederes EV.
- 5-9 procederes EV.
- > 10 procederes EV.

Dimensión V

Procederes intramuscular (IM) o subcutánea (SC) del paciente

Indicadores

- 1-4 procederes IM o SC.
- 5-9 procederes IM o SC.
- > 10 procederes IM o SC.

Dimensión VI

Procederes vía oral (VO) del paciente

Indicadores

- 1-5 procederes VO.
- 6-10 procederes VO.

Dimensión VII

Procederes vía digestiva por gavaje del paciente

Indicadores

- 1-5 procederes vía digestiva por gavaje.
- 6-10 procederes vía digestiva por gavaje.

Dimensión VIII

Signos Vitales

Indicadores

- 1-4 frecuencia por turno.
- 5-9 frecuencias por turno.
- > 10 frecuencias por turno.

Dimensión IX

Vigilancia de monitores

Indicadores

- Si

- No

Dimensión X

Vigilancia y contabilidad de drenajes

Indicadores

- Si
- No

Dimensión XI

Vigilancia del Balance hidroelectrolítico

Indicadores

- Si
- No

Dimensión XII

Vigilancia de conciencia

Indicadores

- Paciente de causa neurológica quirúrgica
- Paciente de causa neurológica no quirúrgica
- Paciente politraumatizado (no craneal)
- Paciente clínico

Dimensión XIII

Cura de lesiones

Indicadores

- Si
- No

Dimensión XIV

Aseo en cama

Indicadores

- Si
- No

Dimensión XV

Condición de ventilación mecánica

Indicadores

- Si
- No

Principios de bioética

Beneficencia: se asegurará que la población no esté expuesta a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los riesgos. Se asegurará a todos los sujetos del estudio la confidencialidad de los datos y que en ninguna circunstancia serán revelados o difundidos.

Justicia: se asegurará que la selección de los participantes se realice de manera equitativa, sin poner en riesgo a un grupo para beneficiar al otro. Se brindará un trato justo con el objetivo de evitar situaciones de desigualdad, además, en todo momento se preservará la intimidad de los sujetos de estudio.

Respeto a la dignidad humana: se respetará el derecho a la autodeterminación de los sujetos participantes del estudio por medio de la información suficiente y completa. Para ello, mediante un Consentimiento Informado (**Ver Anexo II**), se les hará saber el propósito del presente estudio, sus objetivos, que su participación es voluntaria, libre de coacción o coerción, que pueden negarse a participar o abandonarlo cuando lo deseen y que pueden rehusarse a dar información cuando consideren que esta invade su privacidad.

Personal a cargo de recolección de datos

El personal a cargo de la recolección de datos será la autora del proyecto de investigación con ayuda de tres colaboradores, los cuales recibirán adiestramiento. La recolección de los datos se planificará de manera tal que se efectúe durante el mes de julio del año 2022, en el turno de 18 a 24.

Respecto al adiestramiento de los colaboradores, se organizará una reunión, la cual durará un mínimo dos horas, durante dos días, el primer día a la mañana (9 a 11 horas) y el segundo día a la tarde (13 a 15 horas), así se garantizará que puedan asistir de acuerdo a su tiempo disponible. Para evitar sesgos y asegurar la mayor objetividad sobre la información a recolectar, se presentarán los instrumentos a utilizar con el fin de orientar y unificar criterios para la recolección de los datos. Se explicitará las conductas a adoptar, para que éstas no afecten los comportamientos de los participantes observados.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos por cada variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones.

En el proceso de tabulación se codificará mediante la utilización del software estadístico Epi Info por medio de una computadora y se solicitará colaboración de un experto en estadística para el análisis de datos.

Para medir la variable calidad del cuidado brindado se codificará los valores de respuesta de la siguiente manera:

No realizó la actividad = 1

Si realizó la actividad = 2

La dimensión proceso de atención de enfermería, está compuesta por 4 indicadores, obteniendo como un valor mínimo de 4 y máximo de 8, donde se establecerá el siguiente índice:

4 a 5= mala calidad del cuidado.

6 a 8 = buena calidad del cuidado.

La dimensión necesidades no físicas del paciente, está compuesta por 17 indicadores, obteniendo como un valor mínimo de 17 y máximo de 34 se establecerá el siguiente índice:

17 a 25 = mala calidad del cuidado.

26 a 34 = buena calidad del cuidado.

La dimensión necesidades físicas del paciente, está compuesta por 9 indicadores, obteniendo como un valor mínimo de 9 y máximo de 18, se establecerá el siguiente índice:

9 a 13 = mala calidad del cuidado.

14 a 18 = buena calidad del cuidado.

La dimensión evaluación de los objetivos del cuidado de enfermería, está compuesta por 4 indicadores, obteniendo como valor mínimo de 4 y máximo de 8, se establecerá el siguiente índice:

4 a 5= mala calidad del cuidado.

6 a 8 = buena calidad del cuidado.

La dimensión procedimientos de protección a los pacientes, está compuesta por 13 indicadores, obteniendo como valor mínimo de 13 y máximo de 26, se establecerá el siguiente índice:

13 a 19 = mala calidad del cuidado.

20 a 26 = buena calidad del cuidado.

La dimensión apoyo administrativo a la atención de enfermería, está compuesta por 8 indicadores, obteniendo como valor mínimo de 8 y máximo de 16, se establecerá el siguiente índice:

8 a 11 = mala calidad del cuidado.

12 a 16 = buena calidad del cuidado.

Para reconstruir la variable calidad del cuidado brindado, se establecerá el siguiente índice, siendo el valor mínimo 55 y el valor máximo 110.

55 a 82= mala calidad del cuidado.

83 a 110 = buena calidad del cuidado.

Para medir la variable carga laboral del personal de enfermería, se codificarán los valores de respuesta de la siguiente manera:

1-4 pacientes atendidos en el turno/hidrataciones del paciente/procederes EV, IM o SC/signos vitales (frecuencia por turno) = 1 punto.

5-9 pacientes atendidos en el turno/hidrataciones del paciente/procederes EV, IM o SC/signos vitales (frecuencia por turno) = 2 puntos.

>10 pacientes atendidos en el turno/hidrataciones del paciente/procederes EV, IM o SC/ signos vitales (frecuencia por turno) = 3 puntos.

> 10 enfermeros por turno = 1 punto.

5-9 enfermeros por turno = 2 puntos.

1-4 enfermeros por turno = 3 puntos.

1-5 procederes VO del paciente/procederes vía digestiva por gavaje del paciente = 1 punto.

6-10 procederes VO del paciente/procederes vía digestiva por gavaje del paciente = 2 puntos.

No, vigilancia de monitores/vigilancia y contabilidad de drenajes/vigilancia balance hidroelectrolítico/cura de lesiones/aseo en cama = 1 punto.

Si, vigilancia de monitores/vigilancia y contabilidad de drenajes/vigilancia balance hidroelectrolítico/cura de lesiones/aseo en cama = 2 puntos.

Vigilancia de conciencia en paciente con causa neurológica quirúrgica = 10 puntos.

Vigilancia de conciencia en paciente con causa neurológica no quirúrgica = 8 puntos.

Vigilancia de conciencia en paciente politraumatizado (no craneal) = 6 puntos.

Vigilancia de conciencia en paciente clínico = 4 puntos.

Si, condición de ventilación mecánica = 10 puntos.

No, condición de ventilación mecánica = 5 puntos.

Las dimensiones pacientes atendidos en el turno, hidrataciones del paciente, procedimientos endovenosos, intramusculares o subcutáneos y signos vitales (frecuencia por turno), están compuestas por 3 indicadores cada una, se establecerá el siguiente índice:

1 a 2 = carga de trabajo ideal.

3 = carga de trabajo excesiva.

La dimensión enfermeros que laboran en el turno, está compuesta por 3 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

3 = carga de trabajo ideal.

1 a 2 = carga de trabajo excesiva.

Las dimensiones procedimientos vía oral del paciente y vía digestiva por gavage del paciente están compuestas por 2 indicadores cada una, se establecerá el siguiente índice:

1 = carga de trabajo ideal.

2 = carga de trabajo excesiva.

Las dimensiones vigilancia de monitores, vigilancia y contabilidad de drenajes, vigilancia de balance hidroelectrolítico, cura de lesiones y aseo en cama, están compuestas por 2 indicadores cada una, se establecerá el siguiente índice:

1 = carga de trabajo ideal.

2 = carga de trabajo excesiva.

La dimensión vigilancia de conciencia, está compuesta por 4 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

4 a 6 = carga de trabajo ideal.

8 a 10= carga de trabajo excesiva.

La dimensión condición de ventilación mecánica, está compuesta por 2 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

5 = carga de trabajo ideal.

10 = carga de trabajo excesiva.

Para reconstruir la variable carga laboral del personal de enfermería se suman los puntos de cada dimensión, quedando el siguiente índice:

42 puntos o menos = carga de trabajo ideal.

43 a 58 puntos = carga de trabajo excesiva.

Se utilizará estadística descriptiva, el tipo de análisis será univariado, describiendo cada una de las variables y bivariado, ya que se pretende describir la relación entre las variables de la siguiente manera, calidad el cuidado brindado y carga laboral, edad y carga laboral, sexo y calidad del cuidado brindado, por último, antigüedad laboral y calidad del cuidado brindado.

Las pruebas estadísticas que se emplearán para analizar los datos son, distribución de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central como la moda, mediana y media.

Para el análisis de la variable calidad del cuidado, con escala de medición ordinal se utilizará una distribución de frecuencias, porcentajes, moda, mediana y media. Será representada en gráfico de barras simples.

Para el análisis de la variable edad, con escala de medición de razón, se utilizará media, mediana y moda. Será representada mediante una tabla y un gráfico circular.

Para el análisis de la variable sexo, con escala de medición nominal, se utilizará porcentajes. Será representada en gráfico circular.

Para el análisis de la variable antigüedad laboral, con escala de medición de razón, se utilizará media mediana y moda. Será representada mediante una tabla y luego en un gráfico circular.

Para la variable carga laboral, con escala de medición ordinal, se utilizará distribución de frecuencias, porcentajes, moda, mediana y media. Será representada en grafico de barras simples.

Plan de trabajo y cronograma

Año 2022	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Recolección de datos Observación a enfermeros que trabajan en el área de emergencias.					
Análisis e interpretación de datos.					
Tabulación de datos.					
Análisis de resultados					
Elaboración del informe final					
Presentación del informe final					

Anexos

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

- 1) ¿La institución otorga permiso para realizar la investigación?
- 2) ¿El efector autoriza la publicación de los resultados obtenidos de la investigación?
- 3) ¿Cuál es la dotación total de enfermeros en el servicio?
- 4) ¿Cuál es la dotación de enfermeros por turno?
- 5) ¿Cuántos enfermeros hay de cada sexo?
- 6) ¿Cuál es la antigüedad de cada enfermero?
- 7) ¿Qué cantidad de camas útiles hay en el servicio?
- 8) ¿La institución cuenta con algún programa o comité que se encargue de evaluar la calidad de los cuidados brindados por los enfermeros?
- 9) ¿A cuántas horas equivale una jornada laboral?
- 10) ¿Cuál es el turno con mayor demanda de trabajo?
- 11) ¿Los turnos son rotativos?
- 12) ¿En el lapso de un mes por cuantos turnos rota un profesional?
- 13) ¿Hay personal de nuevo ingreso en el servicio?
- 14) ¿Hay distribución de pacientes preestablecida? Si la respuesta es negativa. ¿Cuál es el motivo de no realizar distribución de pacientes?
- 15) ¿Cuál es el grado de complejidad de los pacientes internados en el servicio?
- 16) ¿El servicio cuenta con ventiladores? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos posee?
- 17) ¿Cuál cree que es el momento propicio para recolectar los datos?

Anexo II. Instrumento de recolección de datos.

METODOLOGIA PARA MONITOREAR LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

(Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care, MMQNC)

Fecha: ___ / ___ / _____

Sección I.

1. Edad (años cumplidos)
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Años de antigüedad en su trabajo, (años cumplidos)

Sección II.

INSTRUCCIÓN: Coloque el número que corresponda a la respuesta adecuada a cada enunciado de la izquierda de los siguientes criterios. **Clave:** No realizó la actividad=1 Si realizó la actividad=2.

I. PAE (Revisión en Kardex del paciente). \ Días observados:	1	2	3
1. El personal de enfermería formula por escrito el plan de cuidados.			
2. La condición física del paciente es valorada por el personal.			
3. Es incluido en el plan de atención el estado emocional del paciente.			
4. El plan de atención de enfermería es coordinado con el plan de cuidado médicos.			
II. NECESIDADES NO FÍSICAS DEL PACIENTE (psicosociales)			
1. El paciente es orientado en admisión sobre las facilidades hospitalarias.			
2. Al llegar el paciente al servicio lo recibe el personal de enfermería.			
El personal de enfermería:			
3. Le informa al paciente como llamarlos.			
4. Orienta al paciente al ubicarlo en su cuarto.			
5. Manifiesta cortesía en el trato al paciente.			
6. Llama al paciente por su nombre.			
7. Se presenta con el paciente.			
8. Se asegura la autorización por escrito antes de procedimientos especiales y/o estudios.			
9. Informa al paciente acerca del plan de atención diaria.			
10. Explica al paciente los procedimientos y estudios especiales.			
11. Corre las cortinas o la puerta la cierra para realizar exámenes, tratamiento o por privacidad.			

12. Le da oportunidad para que el paciente discuta sus temores y ansiedades.			
13. Explica al paciente el uso de equipo especial (p. ejemplo: bomba de infusión, equipo de inhalación).			
14. Informa a los pacientes acerca de las actividades antes de llevarlas a cabo.			
15. Escucha al paciente.			
16. Notifica a la familia cuando hay cambios serios en la condición del paciente.			
17. La familia es incluida en el proceso de cuidado de enfermería.			
III. NECESIDADES FISICAS DEL PACIENTE (OBSERVACIÓN)			
El personal de enfermería:			
1. Protege al paciente de lesiones o accidentes.			
2. Atiende las necesidades de confort y descanso.			
3. Atiende la necesidad de higiene física (baño).			
4. Atiende la necesidad de suministro de oxígeno.			
5. Atiende la necesidad de actividad.			
6. Atiende la necesidad de nutrición y balance de líquidos.			
7. Atiende la necesidad de eliminación.			
8. Atiende la necesidad de cuidado de la piel.			
9. Protege al paciente de infecciones.			
IV. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (REVISIÓN DEL KARDEX Y HOJAS DE REPORTE).			
1. Reporta por escrito los signos vitales.			
2. Las notas de enfermería son legibles.			
3. Registra en el expediente el cuidado proporcionado al paciente			
4. Es evaluada la respuesta del paciente a la terapia.			
V. PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN O SEGURIDAD A LOS PACIENTES.			
1. Los procedimientos de aislamiento y de no contaminación son realizados.			
2. Proporciona cuidados a sondas, catéteres y drenajes.			
3. Se enuncia por escrito la hora y tipo de atención relacionada a la presencia de catéteres, sondas drenajes.			
4. Se cambia el sitio intravenoso en un tiempo máximo de 72 horas.			
5. Se realiza aseo perineal al paciente con catéter vesical a permanencia.			
6. El equipo y las soluciones para la aspiración e irrigación cumplen los requisitos de asepsia.			
7. Se registra fecha de colocación de catéter y fecha de cambio de catéteres.			

8. Los frascos de terapia intravenosa están etiquetados con:			
a. Nombre y número de cuarto y/o cama del paciente.			
b. Tipo de solución.			
c. Nombre y cantidad de medicamentos agregados.			
d. Fecha y hora.			
e. Velocidad de infusión, goteo por minuto.			
VI. EL APOYO ADMINISTRATIVO A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
1. Facilita la distribución del cuidado.			
Verifica que:			
2. El jefe de enfermeros o su equivalente a cargo del servicio hace rondas a todos los pacientes.			
3. Que el enfermero encargado delega tareas de acuerdo a las necesidades del paciente y al nivel de habilidad del personal.			
4. Que el reporte de entrega de turno sigue estándares prescritos.			
5. Prevé que los servicios religiosos sean proporcionados.			
6. Que se revisen diariamente las órdenes para asegurar que todas las transcripciones sean exactas, actuales y completas.			
7. Exige que hagan rondas juntas durante la entrega del turno.			
8. Exige que las notas de enfermería sean firmadas apropiadamente como lo requiere la política del hospital.			

Creado por: Jelinek, Hausmann, Hegyvary y Newma (1985) modificado por Amador,C,L (Berduzco & Otros, 2013-2014)

Anexo II. Instrumento de recolección de datos.

Fecha: ____ / ____ / ____

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CARGA LABORAL DE ENFERMERÍA (EVECTE)		
Categorías (ÍTEMS)	Número	Puntos
1. Pacientes atendidos en el turno	1-4	1
	5-9	2
	> 10	3
2. Enfermeras que laboran en el turno	1-4	3
	5-9	2
	> 10	1
3. Hidrataciones del paciente	1-4	1
	5-9	2
	> 10	3
4. Procederes EV del pacientes	1-4	1
	5-9	2
	> 10	3
5. Procederes IM o SC del paciente	1-4	1
	5-9	2
	> 10	3
6. Procederes vía oral del paciente	1-5	1
	6-10	2
7. Procederes vía digestiva por gavaje del paciente	1-5	1
	6-10	2
8. Signos Vitales, frecuencia por turno	1-4	1
	5-9	2
	> 10	3
9. Vigilancia de monitores	Si	2
	No	1
10. Vigilancia y contabilidad de drenajes	Si	2
	No	1
11. Vigilancia del balance hidroelectrolítico	Si	2
	No	1
12. Vigilancia de conciencia	Paciente de causa neurológica quirúrgica	10

	Paciente de causa neurológica no quirúrgica	8
	Paciente politraumatizado (no craneal)	6
	Paciente clínico	4
13. Cura de lesiones	Si	2
	No	1
14. Aseo en cama	Si	2
	No	1
15. Condición de ventilación mecánica	Si	10
	No	5

Creado por: (Padrón, Gutiérrez, & Otros, 2003)

Anexo II

Consentimiento informado

Las presentes listas de control son parte de una investigación por parte de Angela Cristina Araque Lozano estudiante de la Escuela de Enfermería perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario, durante el cursado de la Asignatura Académica Tesina. El objetivo es recolectar información sobre “la calidad del cuidado brindado y la carga laboral del personal de enfermería, según edad, sexo y antigüedad laboral” del servicio de emergencias de un hospital público en la ciudad de Rosario.

“Declaro que he recibido una explicación detallada, de manera verbal de las actividades que se llevaran a cabo. Mi participación en la investigación es voluntaria, no soy obligado a formar parte de ella, por lo que firmo el presente formulario otorgando mi consentimiento. Acepto ser partícipe del estudio y podré retirarme en cualquier momento si así lo deseo, sin ser necesaria una justificación.

La información que se obtenga sobre mi será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código, los datos que se recolecten en este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi participación no implicará ningún costo monetario de mi parte, ni percibiré una retribución económica alguna. Una vez culminadas las actividades que se mencionaron, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre que se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

Certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada *“calidad del cuidado brindado y carga laboral del personal de enfermería, según edad, sexo y antigüedad laboral”*

La investigadora me explicó el propósito de su investigación y ha respondido mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

(Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado).

Anexo III. Resultados del estudio exploratorio.

Previamente se acordó una cita mediante correo electrónico con la jefa del departamento de enfermería de la institución, quien amablemente autorizó la realización del proyecto, la observación a los enfermeros para recolectar los datos y publicación de los mismos en el estudio. Previo a su autorización se hizo llegar una solicitud por parte de la autora del proyecto, para que la dirección de la institución autorizara a la jefa del departamento de enfermería y jefa del servicio.

La jefa del servicio de emergencias confirmó que se trata de una institución pública, polivalente de alta complejidad. El servicio de emergencias cuenta con un total de 46 enfermeros (incluidos jefa, sub- jefa y coordinadora), el servicio en este momento debido a la pandemia se encuentra dividido en dos áreas, internación general (no COVID) e internación por síntomas respiratorios (COVID). La dotación de enfermeros por turno es de 3 por cada área, a menos que se necesite apoyo en otro servicio del hospital, si es así, el supervisor que este de turno es quien se encarga de enviar a cubrir a otro sector que se requiera, la mayoría de veces le solicitan a uno de los enfermeros que se encuentra en el área respiratoria (denominada área COVID).

La antigüedad de los enfermeros oscila entre 3 meses a 20 años, en su mayoría los enfermeros son de sexo femenino.

El servicio de emergencias se distribuye de la siguiente manera: área COVID cuenta con un shock room, una habitación de aislamiento y un espacio para internación transitoria, por otra parte el área no COVID se encuentra distribuido en shock room, consultorios, internación transitoria (dividida en 2 sectores, transito del 1 al 6 y tránsito del 7 al 11).

Con respecto a las camas útiles hay un total de 31 camas contando también las camillas; el sector COVID cuenta con 5 camas y 4 camillas y el sector no COVID cuenta con 9 camas y 13 camillas, si aumenta la demanda y no hay camas o camillas disponibles en consultorios o internación transitoria se ubican camillas adicionales en los pasillos.

A la pregunta, ¿la institución cuenta con algún programa o comité que se encargue de evaluar la calidad de los cuidados brindados por los enfermeros? La respuesta fue negativa, la jefa del servicio afirmó que sólo se cuenta con un comité de infectología.

Por otra parte la jefa de enfermería informó la equivalencia de una jornada laboral, hay personal contratado por 8 horas y 6 horas, ocasionalmente se le solicita al personal hacer dobles turnos, según necesidad del servicio de emergencias o de otra sala. El personal en su mayoría no tiene turnos fijos, los enfermeros más antiguos rotan generalmente por dos turnos en el mes, mientras que el personal de nuevo ingreso rota por los cuatro turnos.

Se considera que uno de los turnos con mayor demanda de trabajo es el de 18 a 24 horas, seguido por el turno de 12 a 18 horas, son turnos donde hay mayor flujo de pacientes, aunque la sala en si es un sector dinámico y en cualquier momento del día pueden llegar pacientes que requieran atención de emergencia.

Por otro lado, cabe destacar que el servicio cuenta con personal de nuevo ingreso, hay enfermeros con antigüedad de 3 meses a 1 año 7 meses, además, el servicio cuenta con personal con una antigüedad de 20 años aproximadamente.

Por otra parte, se indago si el servicio tiene o no distribución de pacientes preestablecida, la respuesta fue negativa, informando que se ha intentado realizar, pero no ha dado buenos resultados. Como proyecto se ha planteado realizar una distribución por sectores, cada enfermero se encargaría de la atención de los pacientes internados en cada sector. En éste momento se ésta llevando a cabo una prueba piloto.

Por su parte, los pacientes ingresados en el servicio de emergencias pueden ser desde grado de complejidad I a grado III. Cada área cuenta un ventilador.

Respecto al momento propicio en que se recolectaran los datos, la jefa sugiere realizarlo en los turnos con mayor demanda (12-18 y 18-24).

Mediante el estudio exploratorio se caracterizó el sitio, en dicha institución se encuentra la población que reúne las características necesarias para el proyecto, además se encuentran las variables en estudio.

Anexo IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento

Se llevó a cabo la prueba piloto de los instrumentos, en esta etapa se realizó la observación a una muestra pequeña de enfermeros con la finalidad de probar la eficacia de ambos instrumentos, además de las condiciones para ser aplicarlos.

La prueba fue realizada en el mes de octubre del año 2021, en 5 enfermeros entre edades de 23 y 52 años, pertenecientes al servicio de emergencias, durante el turno de 18 a 24, como resultado, se corroboró la confiabilidad y validez de los instrumentos.

Después de entregar el consentimiento informado a cada uno de los enfermeros y decidir de manera voluntaria participar en el proyecto, la aplicación de los instrumentos a partir de la observación fue aceptada con agrado y amabilidad.

El tiempo de aplicación de ambos instrumentos se realizó durante un turno completo (en enfermeros con jornada laboral de 6 horas), se observó un enfermero a la vez en días diferentes. No se realizaron correcciones de términos, ya que previamente se realizó adiestramiento de los colaboradores, quienes comprendieron la terminología usada en los instrumentos.

En conclusión, se ha logrado comprobar que los instrumentos empleados miden las variables en estudio que se pretenden medir.

Bibliografía

- Afanador, P. N. (2001). Indicadores de Cuidado en Enfermería. *Revista de enfermería*, 4(1), 2-3. Recuperado el 31 de Octubre de 2021, de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-41/enfermeria4101-indicadores/>
- Alba, M. R. (enero-abril de 2015). El concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cultura de los cuidados*, XIX(41), 101-105. doi:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>>
- Álvarez, B., Burgueño, D., & Otros. (2004). *Cuidados de enfermería al paciente en urgencias. Diagnósticos, actividades y técnicas habituales*. Barcelona: ESEPEYO. Obtenido de https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2009/06/241_Cuidados_enfermeria_paciente_Urgencias.pdf
- Arias, B., & Otros. (2018). Carga mental en enfermeros que laboran en diferentes unidades de un hospital. *Revista cubana de enfermería*, 34(1). Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/842/321>
- Ariza, O. (Abril de 2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Medwave*, 4(3), 1-14. doi:10.5867/medwave.2004.03.2712
- Arroyo, R., Lancharro, T., & Otros. (2011). Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Báez, H., Nava, N., & Otros. (Agosto de 2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *AQUICHAN*, 9(2), 127-134. Recuperado el 4 de Octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/aryiculo.oa?id=741/74112142002>
- Barrios, S., & Otros. (Julio de 2017). Carga laboral de las enfermeras en unidades de hemodiálisis crónica según dependencia y riesgo de los pacientes. *revista médica de Chile*, 145(7), 888-895. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700888>
- Beltrán, T. P. (2014). *Riesgos generales y su prevención: La carga de trabajo, la fatiga y la insatisfacción laboral* (Vol. 3). Valencia, España: GENERALITAT VALENCIANA. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Finnvassat.gva.es%2Fdocuments%2F161660384%2F169577893%2FMB23-140302%2BLa%2Bcarga%2Bde%2Btrabajo%252C%2520la%2Bfatiga%2B%2Bla%2Binsatisfacci%25C3%25B3n%2Blaboral%2F0651cd51
- Berduzco, T., & Otros. (2013-2014). Proceso de Atención que brinda el profesional de enfermería. *VADEMÉCUM DE INVESTIGACIÓN FEDU, II*, 135-141. Recuperado el 24 de Octubre de 2021, de <http://vrin.unsaac.edu.pe/data/45-Vademecum%20VOL%202%20FINAL.pdf>
- Brito, B. (2007). El proceso enfermero en atención primaria. *Revista de enfermería*, 1(2), 17-26. Obtenido de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/50/44>
- Calero, R. M., & González, L. (2014). *El registro de enfermería como parte del cuidado*. Granada: Asociación española de enfermería en neurociencias. Obtenido de <http://www.menycep.es/wp-content/uploads/congresos/granada2014/resumenes/c/11C.pdf>
- Consejo internacional de enfermeras [CIE]. (2002). *Consejo internacional de enfermeras*. Obtenido de Consejo internacional de enfermeras: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

- Cuadros, C., & Otros. (2017). Ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente y carga de trabajo de enfermería. *Latino-Americana de enfermagen*, 1-8. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.1280.2841
- De Andrade, M. (Julio de 2013). *Definición abc*. Obtenido de Definición abc: <https://www.definicionabc.com/ciencia/cuidado-de-enfermeria.php>
- De oliveira, S., & Otros. (2020). Carga de trabajo de enfermería requerida por los pacientes durante la hospitalización en una UCI: estudio de cohorte. *Enfermería global*, 19(59), 450-478. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.400781>
- Echeverría, J. M., & Francisco, P. J. (2017). Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(4), 132-136.
- Febre, N., Moncada, G., & Otros. (mayo-junio de 2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista médica clínica los Condes*, 29(3), 278-287. doi:DOI: 10.1016/j.rmcl.2018.04.008
- Federación de empleados de servicios públicos [FeSP]. (19 de abril de 2015). *Federación de empleados de servicios públicos*. Recuperado el 28 de septiembre de 2020, de Fundación para la prevención de riesgos laborales: <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-hergonomia/carga-de-trabajo/>
- García, G., & Carrión, S. (25 de mayo de 2018). carga laboral y nivel de estrés del personal de enfermería en León, Nicaragua. *Revista española de enfermería en salud mental*(6), 42-50. doi:DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.6.06>
- García, G., & Otros. (4 de junio de 2017). Enfermería en los cuidados de los drenajes quirúrgicos. *Revista electrónica de portales medicoc.com*, 1. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-drenajes-quirurgicos/>
- Garrido-Piosa, M. (20 de diciembre de 2015). Virginia Henderson: planteamiento del modelo conceptual de Enfermería y críticas recibidas al respecto. *Revista electrónica de portales médicos.com*, 1-4. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/virginia-henderson-modelo-enfermeria/>
- Gavilán, L., García, G., & Otros. (4 de abril de 2017). Canalización de vía venosa periférica. Cuidados de Enfermería. *Revista Electrónica de PortalesMédicos.com*, 1. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/canalizacion-via-venosa-periferica-cuidados-enfermeria/>
- Guevara, L. M., & Arroyo, M. (2015). El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería global*, 14(37), 401-418. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100018
- Hernandez, G., & Otros. (2017). *Carga laboral y actitud del profesional de enfermería hacia el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos*. Facultad de enfermería. Lima: Universidad Peruana Cayetano Herida. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/718/Carga_GuerreroHernandez_Leidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20carga%20laboral%20se%20puede,incapaz%20de%20satisfacer%20todas%20las
- Hernández, M. (20 de Julio de 2016). Evaluar para gestionar recursos. Análisis de la literatura sobre la carga laboral en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(3), 22. Recuperado el 10 de Octubre de 2021, de

- http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/printerFriendly/184/288
- Hernández, S., & Otros. (2014). Recolección de datos cuantitativos. Capítulo 9. En S. Hernández, & Otros, *Metodología de la investigación* (Sexta ed., pág. 252). México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Hospital Universitario Austral. (2020). Calidad y seguridad del paciente. Pilar, Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 25 de septiembre de 2020, de Hospital Austral:
<http://www.hospitalaustral.edu.ar/institucional/calidad/seguridad-del-paciente/>
- Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia [INEPEO]. (Enero-julio de 2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Rev. Salud Pública Paraguay.*, 3(1), 41-48. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- ISOTools. (12 de marzo de 2015). *ISOTools Excellence*. Obtenido de ISOTools Excellence:
<http://www.isotools.org/2015/03/12/claves-para-conocer-los-indicadores-de-calidad-de-enfermeria/>
- Jiménez, M., Morales, R., & Otros. (2019). El cuidado enfermero como elemento de la satisfacción del paciente. *CONAMED*, 24(2), 87-90. Obtenido de <http://www.conamed.gob.mx/revistaconamed.html>
- Jimenez, P. (6-7 y 8 de Marzo de 2019). *Enfermerinnova*. Obtenido de Enfermerinnova:
https://www.enfermerinnova.es/images/Congreso_2019/Publicacion/Ponencias/Ponencia_Clausura.pdf
- kalckmann de Macedo, S., & Otros. (octubre de 2019). Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. *Enfermería global*, 18(56), 365-375. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>
- Maciá, S., Llor, G., & Otros. (22 de noviembre de 2015). *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*. Obtenido de RUA: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51533/1/Gestion-Administracion-Servicios-Enfermeria-Tema4.pdf>
- Matraspa, E., & Gilbert Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana*, 32(4), 1-13. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Mikhely. (31 de Julio de 2015). *Blogspot*. Obtenido de Blogspot:
<https://mikhe17.blogspot.com/2015/07/humanizacion-del-cuidado-la.html>
- Ministerio de Salud de la Nación . (13 de 03 de 2008). *Ministerio de salud de la nación (MSAL)*. Obtenido de Ministerio de salud de la nación (MSAL):
<https://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-13-03-08.pdf>
- Moreno, R. (Mayo de 2005). La Calidad De La Acción De Enfermería. *Enfermería Global*(6), 1-9. Obtenido de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24049/1/La%20calidad%20de%20la%20accion%20de%20enfermeria..pdf#:~:text=La%20%20Calidad%20%20de%20%20la%20,propia%20de%20Enfermer%C3%ADa%20que%20nos%20aporta%20Virginia%20Henderson.>
- Morillo, M. O. (2017). Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. *Index enfermería*, 26(3), 152-156. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200007

- Nueva-ISO-9001-2015. (05 de Octubre de 2021). *Nueva-ISO-9001:2015*. Obtenido de Nueva-ISO-9001:2015: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/#:~:text=Berry%20%281988%29%20mantuvo%20la%20opini%C3%B3n%20de%20que%20la,servicios%2C%20nuevas%20pol%C3%ADticas%2C%20nuevas%20tecnolog%C3%ADas%20y%20nuevas%20instalaciones.>
- Organización Mundial De La Salud [OMS]. (13 de septiembre de 2019). *Organización Mundial De La Salud*. Obtenido de Organización Mundial De La Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (11 de Agosto de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#>
- Oxford University Press. (20 de Octubre de 2020). *Languages*. Obtenido de Languages: <http://www.languages.oup.com/dictionaries>
- Padrón, S. A., Gutiérrez, N. C., & Otros. (2003). Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería (EVECTE). Propuesta de una nueva escala.. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 2(3), 50-58. Obtenido de <https://docplayer.es/23215310-Escala-de-evaluacion-de-la-carga-de-trabajo-de-enfermeria-evecte-propuesta-de-una-nueva-escala.html>
- Peplau, H. (1990). *Versión española de la obra impresa Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas Masson.
- Pérez, P., & Gardey, A. (2013). *definición de*. Obtenido de definición de: <https://definicion.de/cuidado/>
- Perry, G. (2015). la enfermería en la actualidad. En P. Potter, G. Perry, P. Stockert, & A. Hall, *Fundamentos de enfermería* (8va ed., págs. 1-9). Barcelona: Elsevier.
- Pokomy, E. (2011). Teorías en enfermería de importancia histórica. En A. Raile, & T. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (7ma ed., págs. 54-61). Barcelona: Elsevier.
- Raile, A. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En T. Marriner, & A. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (7ma ed., pág. 13). Barcelona: Elsevier.
- Ramos, R. M., Lopes de Sousa, A., & Otros. (2018). Indicadores de calidad en la terapia intravenosa. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1589/350>
- Rivera, A. (enero-diciembre de 2000). Aspiración endotraqueal con sistema cerrado. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 7(1), 43-45. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991i.pdf>
- Rodríguez, G., & Pérez, H. M. (2015). Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En G. CTO, *Manual CTO de oposiciones de enfermería* (Vol. I, págs. 1-14). Andalucía: Cto Editorial SL. Obtenido de <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
- Ruelas, B., & Otros. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. México D.F: Panamericana.
- Ruipérez, D. (Junio de 2021). *La sobrecarga de trabajo y la formación de las enfermeras afectan a la supervivencia del paciente*. Obtenido de Consejo General de Enfermería:

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/noticias/item/2587-la-sobrecarga-de-trabajo-y-la-formaci%C3%B3n-de-las-enfermeras-afectan-a-la-supervivencia-del-paciente>

Ruiz de la Hermosa, C., Lorente del Pozo, P., & Otros. (26 de julio de 2016). Actuación de Enfermería en aislamientos hospitalarios e higiene de manos. *Revista electrónica de portales medicos.com*, 1-5. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/aislamientos-hospitalarios-higiene-manos/>

Saltos, R., & Otros. (2018). Analisis de carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Revista cubana de enfermería*, 34(2). Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170/366>

Sanz, R., Torralba, E., & Otros. (12 de septiembre de 2018). Cuidados de enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales en pacientes portadores de dispositivos intravasculares. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 1-4. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-para-la-prevencion-de-infecciones-nosocomiales-en-pacientes-portadores-de-dispositivos-intravasculares/>

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [SEEUE]. (09 de Noviembre de 2009). *Enfermería de urgencias*. Obtenido de Enfermería de urgencias: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/recomendacionratios.pdf>

Stockert, P. (2015). Sistema de prestación de cuidados sanitarios. En G. P. P. Potter, *fundamento de enfermería* (págs. 13-14). Barcelona: Elsevier.

Torres Samuel, M. (29 de Octubre de 2011). *INFOcalSER: Investigación en Calidad del Servicio, Información y Productividad*. Obtenido de INFOcalSER: Investigación en Calidad del Servicio, Información y Productividad.: <https://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>

Torres, E. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 1-3. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Universidad Gran Canaria Medicina Interna [UGC]. (2015). *Protocolo Cuidado y amntenimiento sonda vesical*. Andalucía: Junta de Andalucía. Obtenido de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Generalidades/SONDAVESICAL%20CUIDADOS%20Y%20MANTENIMIENTO.pdf>

Zabalegui, Y. (2014). Si queremos aumentar la calidad del cuidado debemos aumentar la ratio enfermera/paciente. *Revista Nursing*, 31(3), 6.