

TRABAJOS ORIGINALES

Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.
Avenida 5 de septiembre y 54. Cienfuegos. Cuba.



DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ACTING OF THE PERSONNEL OF INFIRMARY IN THE TECHNIQUE OF ENDOTRAQUEAL ASPIRATION IN THE INTENSIVE CARE UNITS

Lic. Tatiana Pérez Torriente,¹ Lic. Lisbet Resino Martín,² Lic. Yaima Bratuet Abreus.²

Resumen

Introducción: El desempeño reviste gran importancia para lograr una mayor calidad y excelencia en los servicios de salud así como en la satisfacción del individuo, la familia y la comunidad. La frecuencia de pacientes intubados y traqueostomizados en las unidades de cuidados intensivos obliga al personal de enfermería a lograr y mantener altos niveles en el desempeño de la técnica de aspiración endotraqueal.

Objetivo: Evaluar el desempeño del personal de enfermería en la técnica de aspiración endotraqueal.

Método: Se realizó una investigación descriptiva prospectiva transversal en las unidades de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima en el período de septiembre 2010 a septiembre de 2011. El universo estuvo constituido por los 54 enfermeros que se encontraban trabajando desde el inicio de la investigación.

Resultados: La investigación se desarrollo en tres etapas. Inicialmente se caracterizó al personal según años de experiencia en las unidades de cuidados intensivos, nivel ocupacional del personal y capacitación. En una segunda y tercera etapa se diseñó y aplicó una guía de observación para evaluar el desempeño propiamente dicho, en más del 50 % del personal de enfermería.

Conclusiones: Las mayores dificultades se presentaron con el personal de enfermería técnico que realizaron las aspiraciones sin acompañamiento y no desecharon las sondas luego de aspirar, no así los que llevaban entre 5 y 10 años de experiencia en los servicios que fueron evaluados de bien.

Palabras claves: calidad, desempeño, personal de enfermería, ventilación mecánica, aspiración endotraqueal.

ABSTRACT

Introduction: The acting had great importance in order to achieve a higher quality and excellence in the services of health as well as in the satisfaction of the individual, the family and the community. The frequency of intubed and traqueostomized patients in the intensive care units forces the personnel of infirmary to achieve and maintain high levels in the acting of the technique of endotraqueal aspiration.

Objective: Evaluating the acting of the personnel of infirmary in the technique of endotraqueal aspiration

Method: it was carried out a descriptive, prospective and transverse investigation in the intensive care units of the Hospital General University Dr. Gustavo Aldereguía Lima in the period of September 2010 to September of 2011. The universe was constituted by the 54 male nurses that were working from the beginning of the investigation.

Results: The investigation was developed in three stages. Initially it was characterized the personnel according to years of experience in the intensive care units, occupational level of the personnel and training. In a second and third stages it was designed and applied a guide of observation in order to evaluate the acting properly said, in more than the 50% of the personnel of infirmary.

Conclusions: The highest difficulties came with technician nurses that carried out the aspirations without accompaniment and didn't discard the plumbs after aspirating, not in the same way with those that had between 5 and 10 years of experience in the services that were evaluated as good.

Key words: quality, acting, personnel of infirmary, mechanical ventilation, endotraqueal aspiration

¹Licenciada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Profesora Asistente.

²Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora asistente.

Correspondencia: tatiana.perez@gal.sld.cu tatianapt@jagua.cfg.sld.cu

Introducción:

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud, ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención y cómo medirla. Claro que no es nada nuevo, pero los profesionales de salud han limitado la calidad en la atención médica individualizada a pacientes, basándose en estándares técnicos que han sido fijados por ellos mismos con énfasis en la enfermedad mucho más que en los pacientes.¹

El concepto de calidad tiene diferentes significados según provenga de diferentes personas. Calidad puede significar o estar relacionada con la durabilidad del producto, el precio correcto, servicio oportuno, disponibilidad del servicio, buena aceptación, relación amigable, cumplimiento de estándares altos, satisfacción de las necesidades, entre otros; pero de forma general y para cualquiera de estas definiciones, incluye desde el logro de metas o estándares predeterminados hasta considerar la

disponibilidad de recursos (financieros, humanos, materiales, tiempo, entre otros) para el desempeño y un resultado exitoso.^{2,3}

En la asistencia en salud, el llamado es hacia su humanización y a ofrecer servicios de mayor calidad. El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según *Vanormalingen* (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.⁴

Todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de calidad: existe un primer criterio denominado como “calidad técnica” y otro conocido como “calidad funcional”. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida “como la manera que es brindado el servicio”, como la persona percibe que es atendida. Hablar sobre la condición “técnica” de la calidad en salud, creemos que sería innecesario ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.⁵

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, *Florencia Nightingale* enunció la calidad como la eficacia del trabajo, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea y comparaba tratamiento con resultados.⁶ Por otra parte se resaltaba el interés de Codman a principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como características intrínseca de la práctica clínica.^{7,8}

Existe consenso que la calidad de los servicios tiene al menos 3 componentes interrelacionados que pudieran subdividirse o llamarse de otra forma. En esta ocasión solo abordaremos la calidad refiriéndonos a eficacia, eficiencia y efectividad en relación con el desempeño.

Donabedian propuso que los tres componentes de la calidad interrelacionados podrían ser: estructura, proceso y resultado. Definiendo el proceso como aquellas “actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes” o sea, cómo se presta el servicio.⁹

Para evaluar el desempeño, es necesario utilizar métodos, técnicas y procedimientos que suministren información válida y confiable sobre los aspectos cognoscitivos, es la evaluación combinada de competencia y desempeño profesional. Sin dejar de significar que cada desempeño demanda una elaboración de los mismos casi a la medida, para lo cual se recomienda que las tareas de mayor relevancia sean evaluadas con diferentes instrumentos, para que las insuficiencias de unos sean compensadas por otros, como refiere la Dra.C Omaidá Urbina Laza en una de sus investigaciones.¹⁰

Existen también instrumentos evaluativos donde sus contenidos deben estar directamente relacionados con los objetivos educacionales, a la vez ser realistas y prácticos, tener validez y confiabilidad, ser completos y a la vez los más breves posibles, precisos pero claros en su redacción para su posterior comprensión.¹¹

La evaluación del desempeño exige en primer orden el empleo de métodos prácticos; los que pueden ser complementados con métodos teóricos, pero a la vez tiene que desarrollarse en el contexto real de los servicios y con los actores reales que intervienen en el proceso salud/enfermedad. Las enfermeras como parte de este sistema de prestación de cuidados de salud, están siempre evaluadas por indicadores que sensibles a ellas captan todo lo que hacen, mostrando sus resultados, cómo lo consiguen y a qué costo.

La guía de práctica clínica es otro ejemplo de los instrumentos que se utilizan para evaluar el cómo se hace (desempeño) conformadas por un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas, que pautan la actuación médica y de enfermería frente a un paciente con determinada situación clínica y donde la guía de enfermería de aspiración endotraqueal en los pacientes ventilados no está exenta.

La ventilación mecánica puede definirse como la técnica por la cual se realiza el movimiento de gas hacia y desde los pulmones por medio de un equipo externo conectado directamente al paciente. El equipo puede ser una bolsa de resucitación o un ventilador mecánico y puede conectarse al paciente por medio de una mascarilla facial, un tubo endotraqueal (lo más frecuente), una traqueostomía o al tórax.¹²

Es considerada también como el recurso tecnológico que permite ayudar al paciente en el compromiso severo de dicha función vital, convirtiéndose en el vehículo del tratamiento médico imprescindible. La comprensión anatómica y fisiológica de la mecánica ventilatoria por un lado, y el desarrollo tecnológico por el otro, ha permitido la creación de instrumentos llamados ventiladores. La ventilación mecánica invasiva (VMI) es el método más utilizado en la insuficiencia respiratoria aguda que no responde al tratamiento médico y ha cambiado drásticamente la mortalidad de esta patología en las últimas décadas. Sin embargo este valioso procedimiento está sujeto a múltiples complicaciones.¹³⁻¹⁶

La letalidad de los pacientes ventilados en estudios cubanos en los años analizados, se vio identificada con un mayor índice de fallecidos de más de 24 horas de estadía (65.95 %). La infección asociada a la ventilación mecánica alcanzó el 35.29 % de casos en el año de mayor letalidad. Estudios clínicos han demostrado una mortalidad asociada a la infección en el ventilador, relacionada con que el dolor incontrolado en pacientes ventilados a los que se les administró un sedativo, conduce a un número creciente de días de respiración artificial e incremento de la estancia en el hospital, independientemente de la enfermedad subyacente y de su severidad en el momento del ingreso. Cabe señalar, que los estudios realizados por el autor en igual período encontró la bronconeumonía, el estado de choque y el infarto agudo del miocardio, como las causas de necesidad de apoyo ventilatorio más frecuentemente relacionadas con la mortalidad. La supervivencia de la población adulta ventilada mecánicamente oscila entre 56 y 70 %, y los distintos factores que se asocian a una mayor mortalidad han sido claramente identificados.¹⁷⁻¹⁹

La frecuencia de pacientes intubados y traqueostomizados en las unidades de cuidados intensivos obliga al personal de enfermería a lograr y mantener altos niveles en el desempeño de la técnica de aspiración endotraqueal, así como las precauciones y aplicaciones que debe conocer y observar en la aplicación de la misma. La preparación de los elementos necesarios para la ejecución de la técnica es de vital importancia, requiere por parte de las enfermeras realizarlas con un rigor científico que permita una vez iniciado el proceder, concluirlo sin interrupciones que conlleven a estrés del

pacientes con buen nivel de conciencia, o la posibilidad de contaminación con riesgos que entorpezcan la evolución favorable de los enfermos.

Por tanto, la enfermera de las unidades de cuidados intensivos debe tener presente que la realización correcta de la técnica de aspiración endotraqueal evita complicaciones al enfermo e influye en su evolución y pronóstico. La frecuencia con que debe realizarse este proceder merece gran atención por parte de las enfermeras que día a día laboran con enfermos graves.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se decidió realizar una investigación con el objetivo de evaluar el desempeño del personal de enfermería en la técnica de aspiración endotraqueal y trazamos la siguiente interrogante como problema científico: ¿Cómo es el desempeño del personal de enfermería en la realización de la técnica de aspiración endotraqueal en las unidades de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos?

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el desempeño del personal de enfermería en la realización de la técnica de la aspiración endotraqueal en las unidades de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima en el período de septiembre 2010 a septiembre 2011.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el personal de enfermería que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos en cuanto a: nivel ocupacional, años de experiencia en los servicios de cuidados intensivos y capacitación.
2. Diseñar el instrumento de evaluación.
3. Aplicar el instrumento de evaluación.

Material y método

Tipo de estudio: Investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal.

Para el desarrollo de la investigación se incluyeron como universo al total de 54 enfermeros que se encontraban trabajando físicamente, no así los que por una u otra razón se incorporaron una vez iniciado el estudio haciéndolo coincidir con la plantilla física (de ese primer momento) y no la plantilla aprobada. Por tal motivo no se seleccionó la muestra, pues el mayor interés estaba en evaluar a los enfermeros que de manera directa prestaban atención a estos paciente ventilados. Para la ejecución de la investigación se utilizaron:

Métodos empíricos para el análisis documental en revistas, libros y búsquedas en Internet.

Discusiones en grupos: Con la intención de analizar las percepciones de los especialistas tanto en enfermería como los médicos en relación con las dificultades en el modo de actuación del personal de enfermería en el contexto del servicio y en tal sentido lograr mejorar la atención al paciente ventilado.

Validación por criterio de especialistas: se tuvo en cuenta el juicio y criterio de los especialistas en dos rondas de trabajo.

Dado que se diseñó un instrumento de evaluación para medir el desempeño del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los jefes de las unidades incluidas en el estudio y del

personal objeto de observación.

Para su mejor desarrollo la investigación se llevó a cabo en tres etapas.

Primera etapa:

Para dar salida al primer objetivo: se realizó la caracterización del personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos en cuanto a: nivel ocupacional, años de experiencia en los servicios de cuidados intensivos y capacitación.

Segunda etapa:

Para dar salida al segundo objetivo: Se utilizó el manual de normas y procedimientos del servicio, la guía práctica de enfermería de aspiración endotraqueal con la intención de constatar la existencia de acciones diseñada al efecto y el texto Terapia Intensiva del autor Dr. Armando Caballero, ayudando a unificar según la literatura, cada uno de los pasos de la técnica de manera consecutiva. En una primera ronda se diseñó por la propia autora la guía que incluía los datos generales del personal sujeto a la observación y los pasos de la técnica sin omitir las observaciones o las invariantes funcionales.

En una segunda ronda se utilizó como variante el grupo focal hasta llegar a la validación del instrumento teniéndose en cuenta el criterio de especialistas quienes tenían que reunir los siguientes requisitos:

- Ser licenciados con más de 15 años de experiencia.
- Ser docentes con más de 10 años de experiencia.
- Ser especialistas con más de 5 años de experiencia.
- Estar vinculado con el tema de investigación.

Tercera etapa:

Para dar salida al tercer objetivo: se aplicó la guía de observación como instrumento de evaluación. (Anexo 1).

El instrumento se estructuró atendiendo a los 20 pasos que posee la técnica. Cada uno con un valor de 5 puntos incluyendo las invariantes funcionales que una vez que no se cumplieran durante el desarrollo de la técnica pues esta quedaba evaluada como deficiente. La observación se efectuó por la autora durante 6 meses en los diferentes turnos de trabajo tanto en horario diurno como nocturno, pues como se conoce, en la noche aumenta la actividad asistencial. Los resultados obtenidos se valoraron con el siguiente puntaje.

Bien: 90 --- 100 puntos.

Regular: 70 --- 89 puntos

Mal: Menos de 70 puntos.

Resultados y discusión

Evaluar el desempeño con vistas a lograr mejor calidad dentro del equipo de salud, es de vital importancia para la profesión teniéndose en cuenta que la autoridad de enfermería procede desde la aplicación de los conocimientos sólidos basados en la investigación, hasta la puesta en práctica según las normas del ejercicio.²⁰

Tabla 1: Distribución del personal de enfermería según años de experiencia y nivel ocupacional

Nivel Ocupacional	Menos de 5 años		De 5 a 10 años		Más de 10 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Especialista	0	-	4	7	3	5	7	12.9
Licenciados	5	9	14	26	7	13	26	48.1
Técnicos	2	4	16	30	1	2	19	35.1
Técnicos Básicos	2	4	-	-	-	-	2	3.7
Total	9	17	34	63	11	20	54	100

Fuente: Guía de observación.

En la tabla 1 se muestra la distribución del personal de enfermería según años de experiencia y nivel ocupacional, donde se expone que la mayoría están representados por licenciados para un 48 %, seguido de los enfermeros técnicos con un 35 %, además de los especialistas y básicos, respectivamente. El 62.8 % se encuentra entre los 5 a 10 años de experiencia laboral, seguido del 20 % con más de 10 años, no siendo así en los de menos de 5 años de experiencia que representan un 17 %.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), las enfermeras cuidan a pacientes críticos rodeados de complejas tecnologías, lo que propicia que se definan como servicios estresantes en los que las enfermeras no desearían trabajar por períodos prolongados. Dos estudios españoles refieren que la antigüedad media en los cuidados intensivos solo era de 6,3 años y sólo un 19 % contaba con más de 10 años. Finalmente, la antigüedad media de las enfermeras de las UCI descritas en la revista *Enfermería Intensiva* era de unos 6 años en el momento de publicar el artículo. En las enfermeras de UCI se ha analizado la presencia del síndrome de Burnout, aspectos que ofrecen mayor dificultad en sus prácticas e inicios profesionales, su perfil profesional y satisfacción laboral e incluso, por estas razones les llevan a querer salir de UCI.²⁰

Tabla 2: Distribución del personal de enfermería con cursos de capacitación

Nivel Ocupacional	Post Básico o Curso de adiestramiento.				<i>Diplomado</i>				Total	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	No.	%
Especialista	-	-	-	-	7	12.9	-	-	7	12.9
Licenciados	-	-	-	-	19	35.1	7	13	26	48.1
Técnicos	18	33.3	1	1.8	-	-	-	-	19	35.1
Técnicos Básicos	2	3.7	-	-	-	-	-	-	2	3.7
Total	20	37.0	1	1.8	26	48.0	7	13	54	100

Fuente: Guía de observación.

La tabla 2 muestra la capacitación del personal, donde se puede apreciar que solo el 1.8 %, y coincide con los enfermeros técnico, no han recibido ningún post grado de

cuidados intensivos, al igual que el 13.0 % de los licenciados, no así los enfermeros técnicos básicos (2) que el 100 % recibió curso de adiestramiento en la unidad. Los cuidados de enfermería en paciente con ventilación mecánica deben encaminarse a conseguir la mayor comodidad física y psíquica y evitarle complicaciones. Los contactos con los pacientes en estado crítico son más frecuentes y el tiempo de permanencia de los enfermeros al lado de la cama es más prolongado. Pero también, "las intervenciones que generan dolor y sufrimiento" son frecuentes y los pacientes ponen en manos de los enfermeros su propia seguridad, su confort y comodidad. Por tal motivo el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos debe ser no solo suficiente, sino además estar muy bien preparado.²⁰

Tabla 3.- Evaluación final según nivel ocupacional

Pasos	Licenciado Especialista						Licenciados						Técnicos						Téc. Básicos						Total	
	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%	B	%	R	%	M	%	No	%
1	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
2	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
3	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	17	89	2	11	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
4	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
5	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	11	58	6	31	2	11	2	100	-	-	-	-	54	100
6	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
7	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	12	63	5	26	2	11	2	100	-	-	-	-	54	100
8	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
9	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
10	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
11	7	100	-	-	-	-	25	96	1	4	-	-	10	52	6	32	3	16	1	50	1	5	0	-	54	100
12	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
13	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	14	74	4	21	1	5	2	100	-	-	-	-	54	100

14	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
15	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
16	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	16	84	3	16	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
Invariantes																									
1	7	100	-	-	-	-	24	92	2	8	-	17	89	2	11	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
2	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
3	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
4	7	100	-	-	-	-	26	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	54	100
			n = 7				n = 26				n = 19				n = 2										

Fuente: Fuente: Guía de Observación.

En la tabla 3 se evalúa el desempeño según el nivel ocupacional, observándose que el 100 % de los especialistas fueron evaluados de bien en todos los pasos de la técnica, no así los licenciados pues presentaron dificultades al no desechar la sonda una vez que culminaban la aspiración (4 %) y realizaron la técnica solo, en dos ocasiones, para un 8 %. En cuanto al personal técnico fueron evaluados de mal el 16 y el 11 % respectivamente, al presentar dificultades en el paso 13 de la técnica.

El cuidado de los pacientes en estado crítico pone a prueba las habilidades, los conocimientos y las experiencias de los enfermeros. La licenciada Reyes y colaboradores en uno de sus estudios plantea que lo más significativo es la escasa presencia de enfermeras licenciadas e intensivistas, reafirmando el bajo porcentaje de personal entrenado (entiéndase por personal entrenado licenciados, intensivistas y los generales con más de un año de trabajo en la UCI) vinculados al proceso asistencial en relación con el número de pacientes ingresados. Si bien el desempeño es un componente clave de los sistemas de salud para poder asegurar la calidad y la pertinencia de sus acciones, los años de experiencia también guardan relación con este aspecto. La experiencia laboral que tienen las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos es fundamental porque adquieren habilidades prácticas que facilitan el cuidado y mejoran la calidad de la atención a pacientes con enfermedades graves.

Conclusiones

- Una vez finalizado el estudio se concluye, que el mayor por ciento del personal de enfermería que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos es licenciado, seguido del técnico y básico.
- Aún existen enfermeros licenciados que no han recibido diplomados.

- Las mayores dificultades en el desempeño al aplicar el instrumento fueron: realizar la técnica por un solo enfermero y no desechar la sonda luego de las aspiraciones, los que coinciden con el personal técnico y licenciados, no así los enfermeros especialistas con más de cinco y diez años de experiencia respectivamente.

Referencias Bibliográficas

1. Martínez L, Avalo M, Quintero AL. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? Revista desarrollo científico en enfermería. 2001; 9(3):68-75.
2. Otero Martínez J, Otero Injoke J. Gerencia en odontología: el personal asistente en odontología. Tomo 2. Lima: Asociación Latinoamericana de Gerenciamiento Odontológico; 2002.
3. Hernández Ruiz AD. Un Marketing especial para los servicios. La Habana: Universidad de La Habana; 2002.
4. Lezzoni LJ. Assessing quality using administrative data. Ann Intern Med. 1997 15;127(8 Pt 2):666-74.
5. Cohen B. Florence Nightingale. Investig Cienc.1984;92:92-100.
6. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 2005.
7. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario. 2003;3(3):64.
8. Martínez Junco H. Sistema de auditoria médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud. 2005;14(1):55-72.
9. Briere R, ed. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
10. Urbina Laza O, Otero Ceballos. Tendencias actuales en las competencias específicas de Enfermería. Educ Med Sup [Internet]. 2003 [citado 12 Dic 2010];17(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_4_03/ems07403.htm
11. Céspedes Barrientos O, Aliño Santiago MN. Ventilación mecánica en neonatos ¿Solución o problema? En: I Simposio Internacional de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica; 19-23 Oct 2005; La Habana: Sociedad Cubana de Pediatría; 2005.
12. Guzmán Rodríguez E, Guzmán Rubín E, Fernández Reverón F. Terapia intensiva polivalente pediátrica. En: Colectivo de autores. Pediatría [Internet]. T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005 [citado 30 Ago 2011]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatria_tomoii/parte10_cap45.pdf
13. Roig Álvarez T, Santurio Gil AM, Ortíz Rodríguez C. Algunos factores relacionados con la neumonía adquirida en la ventilación. En: I Simposio Internacional de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica; 19-23 Oct 2005; La Habana: Sociedad Cubana de Pediatría; 2005.
14. World Health Organization. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

15. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra: CIE; 2002.
16. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO). Standards improvement initiative update Release Date [Internet]. 2008 [citado 28 Jul 2008]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update_1.htm
17. Abaunza de González M. ¿El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado? Av Enferm. 2007;25(2):141-7.
18. Moreno-Luzon M, Peris F. González T. Gestión de la Calidad y Diseño de organizaciones. Madrid: Prentice Hall; 2001.
19. Reyes MS, Llerena M, Martínez N, Vignier D, Fernández M. Evaluación de la calidad en la atención al grave con el sistema pronóstico TISS-28 en la UCI del HMC. "Dr. Carlos J. Finlay". Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [revista en Internet]. 2008 [citado 28 Jul 2008];7(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_1_08/mie05108.htm

Anexo 1. GUÍA DE OBSERVACIÓN. INSTRUCTIVO PARA EL DESARROLLO DE LA OBSERVACIÓN.

Objeto de observación:

Personal de enfermería. Licenciado.____ Licenciados especialistas ____ Técnico ____ Técnico Básico _____

Años de Experiencia en las UCI. Menos de 5 años ____ De 5 a 10 años ____ Más de 10 años _____

Cursos de Capacitación. Post básico o curso de adiestramiento ____ Diplomado _____

Consentimiento informado.

Está de acuerdo en participar en la observación: SI ____ NO ____

Solo marque con una X los pasos que realiza de la técnica:

TÉCNICA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL:		Lo realiza	
No	PASOS DE LA TÉCNICA.	SI	NO
1	Identificar al paciente según Historia Clínica.		
2	Lavarse las manos y preparar el equipo. (Comprobar la fuente de aspiración y el equipo.)		
3	Colocar al paciente en posición sentada, semi-fowler o decúbito supino, evitar flexión de la cabeza hacia adelante. Eliminar las almohadas excedentes.		
4	Oxigenar al paciente varios minutos antes (O ₂ 100%), tener cerca la fuente de oxígeno.		
5.-	Auscultar ambos campos pulmonares antes y después del procedimiento. (Comprobar intubación)		
6.-	Colocar guantes estériles. (Para tomar el catéter de aspiración, lubricar la sonda si fuese necesario.)		
7.-	Ventilar con insuflaciones a través del AMBUR antes de realizar la		

	instilación.		
8.-	Realizar instilaciones de solución salina y/o agua para inyección.		
9.-	Mantener la sonda sujeta con la pinza en la mano dominante y con la otra sujetar el tramo de goma.		
10.-	Instilar e insuflar durante el procedimiento (por el otro enfermero que participa en la técnica)		
11.-	Introducir la sonda colapsada con la mano dominante, después descolapsar y comenzar a retirarla de forma circular por las paredes del tubo endotraqueal, desechar la sonda.		
12.-	Enjuagar el catéter (sonda) en la bandeja con solución fisiológica entre una aspiración y la siguiente.		
13.-	Aspirar la boca y faringe después de completar la aspiración traqueal.		
14.-	Lavarse las manos.		
15.-	Observar características de lo aspirado.		
16.-	Retirar materiales, equipos utilizados y anotar en la historia clínica.		
Observaciones: (INVARIANTES FUNCIONALES)			
1.-	La enfermera que realiza las insuflaciones para hiperventilar, es la que instila la solución indicada entre una aspiración y otra, ayuda a la enfermera que aspira en la apertura de la sonda o catéter de aspiración y también sujeta con una mano la parte distal del tubo endotraqueal a la hora de la aspiración para asegurar que no ocurra la extubación. (Realizar entre dos)		
2.-	La maniobra de cada aspirado no debe exceder los 10 segundos y el procedimiento en general no excede el minuto.		
3.-	El lavado de manos se realiza antes y después de haber preparado el material y equipos, además cuantas veces sea necesario durante el procedimiento y al final de éste.		
4.-	La enfermera que realiza la aspiración del tubo es quien dirige el procedimiento.		

ESCALA DE EVALUACIÓN.

Bien: 90 --- 100 puntos.

Regular: 70 --- 89 puntos

Mal: Menos de 70 puntos.

Recibido: 09 de septiembre de 2014

Aprobado: 18 de noviembre de 2014

Tatiana Pérez Torriente. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Avenida 5 de septiembre y 54. Cienfuegos. Cuba. Dirección electrónica: tatiana.perez@gal.sld.cu