

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA MEJORA DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADOS POR
ACCIDENTES DE TRÁNSITO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE
APOYO DE SIVIA, AYACUCHO, 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PATRICIA LILIANA LEON SUAREZ

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|--|------------|
| •DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| •DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ | SECRETARIA |
| •MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN | VOCAL |

ASESORA: DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 101-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO A MIS HIJOS
POR SER MI RAZON Y MOTIVO A SEGUIR
REFORZANDO MIS CONOCIMIENTOS
COMO PROFESIONAL

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi luz y mi guía.

A mis amados padres, por brindarme su amor y educación.

A mis estimados docentes, por su aporte valioso en la formación profesional.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darnos las facilidades de seguir aprendiendo.

ÍNDICE

Introducción.....	8
Capítulo I.	
Descripción de la situación problemática.....	10
Capítulo II.	
Marco teórico.....	14
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	17
2.2. Bases Teóricas.....	19
2.3. Bases Conceptuales.....	22
Capítulo III.....	29
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	
3.1 Justificación.....	29
3.2 Objetivos.....	31
3.2.1 Objetivo General.....	31
3.2.2 Objetivos Específicos.....	31
3.3 Metas.....	31
3.4 Programación de Actividades.....	33
3.5 Recursos.....	35

3.5.1 Materiales.....	35
3.5.2 Humanos.....	35
3.6 Ejecución.....	36
3.7 Evaluación.....	41
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Referencia Bibliográfica.....	45
Anexos.....	50

INTRODUCCIÓN

El politraumatismo es una de las principales causas de muerte entre los 10 y 40 años, que conlleva a graves incapacidades a los pacientes que sobreviven (1). La carga de enfermedad producida por politraumatismos que resulta de accidentes de tránsito, representa entre el 30 y 86% del total de los que ingresan a los establecimientos de salud, para el cual el cuidado de enfermería del paciente politraumatizado es trascendental en la supervivencia y disminución de secuelas (2), según estadísticas entre el 55% a 65% de los pacientes politraumatizados fallecen durante la atención pre hospitalaria y de los que fallecen en el hospital en un 40% ocurre durante las primeras 4 horas (3). Los politraumatismos son las múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente y que hay un riesgo vital para los pacientes y representa una de las causas importantes de la alta tasa de mortalidad a nivel mundial (1).

El presente trabajo académico titulado “Plan de intervención para mejora de calidad de atención en pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito, atendidos en el Hospital de Apoyo Sivia, Ayacucho 2021” tiene por finalidad describir el proceso de implementación en la atención de los pacientes politraumatizados que acuden al servicio de emergencia, para garantizar una atención de calidad en sus diferentes componentes y reducir los riesgos de complicaciones y muerte por esta patología.

Se realizó como parte de la experiencia profesional en mi condición de enfermera de dicho nosocomio; esta iniciativa fue motivada a consecuencia de las limitaciones que tiene el servicio de emergencia para garantizar una atención de calidad; la experiencia se desarrolló en el Hospital de Apoyo Sivia, establecimiento de salud del segundo nivel de atención con capacidad de prestación de servicios de mediana complejidad y siendo uno de los pocos

hospitales de la zona del Valle del río Apurímac y Mantaro (VRAEM) también brindan servicios de mediana a alta complejidad, el cual ha permitido realizar una propuesta para mejorar la capacidad de atención respecto a las diferentes dimensiones de la calidad de atención.

Para el desarrollo del presente trabajo académico se realizó un plan de intervención para mejora de la atención de calidad de los pacientes politraumatizados, dentro de la estructura se ha proyectado la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación; así mismo es menester precisar que la propuesta de intervención se ha llevado a cabo durante los años 2019 al 2021, como parte del comité de calidad de dicho nosocomio se ha participado en la implementación de la propuesta de mejora, los cuales nos ha permitido mejorar la tasa de satisfacción por parte de los pacientes y familiares, reduciendo las complicaciones y muerte.

Finalmente se precisa que el trabajo académico consta de la siguiente estructura como Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El politraumatismo es una de las principales causas de muerte entre los 10 y 40 años, que conlleva a graves incapacidades a los pacientes que sobreviven (1), la carga de enfermedad producida por politraumatismos que resulta de accidentes de tránsito, representa entre el 30 y 86% del total de los que ingresan a los establecimientos de salud, por lo cual el cuidado de enfermería del paciente poli traumatizado es trascendental en la supervivencia y disminución de secuelas (2).

Según estadísticas entre el 55% a 65% de los pacientes politraumatizados fallecen durante la atención pre hospitalaria y de los que fallecen en el hospital en un 40% ocurre durante las primeras 4 horas (3).

Una de las causas del incremento de demanda a los servicios asistenciales con diagnóstico de politraumatismos son los accidentes de tránsito, entre los factores de riesgo se encuentran la velocidad, uso de cascos, cinturones de seguridad, sistemas de retención infantil y consumo de alcohol; este último es una de las causas de mayor relevancia, es decir a un nivel de alcoholemia de 0.02-0.05 d/dl tiene 2,6 a 4,6 veces más riesgo de sufrir un accidente fatal en comparación con un conductor libre de alcoholemia (6).

El aumento de la demanda de pacientes politraumatizados tiene diferentes causales entre ellos el crecimiento demográfico, la creciente demanda de las actividades económicas, ha generado el incremento del parque automotor como: combis, buses de las empresas interprovinciales, camionetas rurales, autos, moto taxis, motos lineales, etc. sumados a una

respuesta inadecuada de ordenamiento vial, la débil implementación de las políticas preventivas en materia de tránsito, la débil cultura de prevención de la población ha conllevado al incremento de accidentes de tránsito, incrementando la demanda a nivel de los servicios de emergencia a la atención de pacientes politraumatizados.

Según la Organización Mundial de la Salud, los traumatismos generan más de 5 millones de muertes al año; de los cuales más del 90 % se producen en países con ingresos bajos y medios; los afectados básicamente son personas sanas con capacidad productiva, produciendo lesiones que ocasiona incapacidades físicas y/o mentales, temporales o permanentes que conducen a la muerte (2); alrededor de 3500 personas fenecen en las vías terrestres, decenas de millones resultan con heridas y/o discapacidad, siendo de estos grupos los más vulnerables los niños, adultos mayores (7), en promedio 1,35 millones de personas mueren cada año por accidentes de tránsito, más del 50% de las defunciones ocurren en usuarios vulnerables de las vía públicas como ciclistas, motorizados, peatones, así mismo, los accidentes de tránsito son la principal causa de defunciones en niños y jóvenes entre 5 a 29 años, el impacto económico en los países está reflejado en el costo promedio del 3% del PBI (8).

Vera et al. en un estudio realizado en las ciudades de México, halló la atención hospitalaria asociada con una estancia corta hospitalaria, pero no con una menor incidencia de discapacidad y muerte, respecto al tiempo de atención, desde la lesión hasta el momento de atención fue de 103.74 minutos en algunas ciudades, en otros 30.02 minutos (10).

Vargas y De Vega define la calidad como la búsqueda continua de la perfección, que identifica como centro de atención al cliente y a partir del cual

se construye servicios y productos para satisfacer las necesidades; los mismo autores enfocan el planteamiento de Juran, quien manifiesta que la calidad es la ausencia de la ineficiencia, mientras para Berry la calidad es la satisfacción de la necesidad de los clientes y las expectativas, para Deming la calidad es la producción eficiente que el mercado demanda (4).

A nivel nacional, en el año 2019 se reportó 93 299 accidentes de tránsito, en Ayacucho 667 casos, entre los tipos de accidentes 40 007 fueron accidentes por choque a nivel nacional, seguido por atropello con 13 409 casos, luego 10 765 despiste, 2540 caída, 1473 por volcadura; mientras en la Región Ayacucho, los tipos más prevalentes de accidentes de tránsito fue 196 choque, 99 despiste, 21 casos por choque y atropello y 21 casos por volcadura (9).

A nivel del Valle del Río Apurímac Ene y Mantaro, en el sistema de transporte, la informalidad ha tenido un incremento alarmante, denotando problemas como unidades motorizadas sin una revisión técnica oportuna, conductores sin licencias, estados pésimos de los vehículos; sumados a ellos el deterioro de la infraestructura vial que en su gran parte son carreteras accidentadas; así mismo la imprudencia de los conductores quienes en estado etílico operan sus vehículos; todos estos aspecto incrementan la probabilidad de los accidentes de tránsito causante de los ingresos por politraumatismos hacia el Hospital de apoyo de Sivia.

Respecto a la Oferta el Hospital de Apoyo Sivia es un establecimiento del segundo nivel de atención, que presenta ciertas limitaciones con respecto a los recursos humanos como el déficit de profesionales médicos, enfermeras con especialidad en emergencias, profesionales con limitadas capacidades

para responder las diversas emergencias, una infraestructura con déficit de organización y un limitado equipamiento de equipos biomédicos y materiales para adecuar la prestación de servicios asistenciales; también hay déficit en el manejo estandarizado de los pacientes por limitaciones de protocolos o guías de manejo de emergencias todos estos aspectos mencionados acarrearón en una débil organización manifestado en una deficiente calidad de atención que ameritaba con suma urgencia readecuar los servicios asistenciales a las verdadera demandas en el servicio de emergencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

RIVAS L. & SANTOS R. (2019) cuyo trabajo de investigación titulado “Factores de Riesgo que inciden en los accidentes de tránsito en el Ecuador”; desarrollado en Ecuador con un estudio de enfoque descriptivo, método analítico, de diseño no experimental , correlacional, de corte transversal; se hallaron, del total de los accidentes según clase en una de las provincias en estudio (Guayas), el 19% fue por atropellos, 44% por choque, 13% pérdida de pista, 7% rozamientos, 10% estrellamiento; según causa en la misma provincia el 38% ocurrió por impericia del conductor, 28% exceso de velocidad, 17% no respetar señales de tránsito, 5% por consumo de drogas; en cuanto a consecuencias, 5% padecieron y 95% resultaron con lesión; podemos concluir que la tasa de mortandad en la Provincia de Guayas fue de 5.35%, Pichincha 6.55%, la causa más común de los accidentes de tránsito fue el choque entre vehículos motorizados; respecto a la adecuación de nuestra intervención, efectivamente la mayor parte de los pacientes poli traumatizados ingresados fueron por accidentes de tránsito (11), la investigación se vincula con el plan de intervención, porque brinda información respecto a las causas comunes de las emergencias, a partir del cual se puede aportar a la propuesta del plan de intervención.

Rodríguez V. (2017) Rodríguez V. (2017), cuyo trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo de accidentes de tránsito en la autopista Narcisca de Jesús periodo 2015”, en Ecuador ,el estudio fue tipo descriptivo, de diseño analítico, retrospectivo de corte transversal, la muestra fue de 89 personas; se hallaron que el 89% de personas accidentadas fueron del sexo masculino, entre los meses de octubre a diciembre se reportaron mayor incidencia de accidentes de tránsito, respecto a los tipos, se generó por atropellamiento en un 26%, choque 20% básicamente en motocicletas; entre las causas se reportaron en un 49% por imprudencia del conductor, 20% imprudencia del peatón, las lesiones más frecuentes fueron heridas cortantes en un 100%, hematomas 80%, por ende concluyeron que se halló asociación significativa entre accidentes en motos y el consumo de alcohol, circular por vías en mal estado, incumplimiento de las normas de tránsito; así mismo el consumo de alcohol incremento en 5 veces más el riesgo de accidentes de tránsito (12); la investigación aporta con información que precisa las lesiones más frecuentes producto de los accidentes de tránsito son las heridas cortantes y hematomas, que serán parte de las temáticas a considerar en el plan de fortalecimiento de competencias de recurso humanos en salud.

ESCALONA C., CASTILLO P., PÉREZ A. & RODRIGUEZ F. (2017), en su estudio algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado; es un estudio de revisión sistemática, con búsqueda de base de datos Google académico, Scielo, Lilacs, Pubmed; como resultado identificó los diferentes criterios que existe en el manejo de pacientes politraumatizados, no existiendo un criterio estandarizado, la mayor parte de los pacientes son varones en edades productivas que llegan con

politraumatismos producto de accidentes y/o agresiones, los cuales han demandado una atención precoz, intensivo y multidisciplinario; podemos concluir que la evaluación precoz de la gravedad del trauma permite tratar adecuadamente y hay un mejor pronóstico por contar con equipos altamente especializados mejorando el índice de supervivencia (13); esta investigación se vincula con la propuesta del plan de intervención, toda vez que se plantea implementar estrategias para mejorar la calidad de atención como estandarizar los criterios de manejo, mejorar la competencia de los recursos humanos en salud del área de emergencias, el cual conlleva a disminuir los riesgos y/o complicaciones por ende la mortalidad en los pacientes politraumatizados.

ALVAREZ M. & PEREZ A. (2020) en la investigación “Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado”, es un estudio observacional, con una muestra de 183 pacientes politraumatizados, atendidos en la unidad de cuidados intensivos, empleó la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias; el 82.6% de los pacientes acudieron al servicio de emergencia del hospital 4 a 6 horas después de haber sufrido el accidente; se presentaron en un 66.1% cuadros de hipotensión y en el 50.2% hipoxia, todos ellos fueron valorados en la primera hora del traumatismo; concluyeron que los pacientes cuyas edades se hallan en edad productiva y los del sexo masculino presentaron

la mayor morbimortalidad por politraumatismo, la mayor parte asistieron después de la hora dorada en caso de emergencias conllevando al incremento de complicaciones (14); esta investigación está vinculado a nuestra propuesta porque la intervención promoverá una atención oportuna a través de la implementación de un sistema informático donde los resultados como radiológicos, de laboratorio y otros se proporcionará de manera oportuna a los profesionales que tratarán los pacientes politraumatizados.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

BGAZO L. (2018) desarrolló una investigación titulado “Factores de riesgo asociados a la hospitalización de pacientes que sufren accidentes de tránsito en el Hospital José Casimiro Ulloa en el año 2016”; en lima desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, tipo observacional-analítico, de diseño relacional con corte transversal, la población en estudio fueron los pacientes hospitalizados en diversos servicios incluidos la Unidad de Cuidados Intensivos; hallaron el 18.4% de los pacientes hospitalizados fueron de UCI, el tipo de accidentes de mayor incidencia fue el atropello en un 53.49%, según género el sexo masculino predominó respecto a la hospitalización en un 74.42%. Conclusión: la gravedad de las lesiones son los que inciden en un peligro inminente de muerte (13); las lesiones producto de los accidentes de tránsito son graves, muchos de los pacientes llegan hasta la unidad de cuidados intensivos, esto abre la posibilidad de las limitaciones que pudieron presentarse en la atención pre

hospitalaria, como también del nivel de implementación que deberían tener los Hospitales para solucionar los casos complicados.

VERA. A (2019) desarrolló una investigación titulado “Relación entre tipos de accidentes de tránsito y alcoholemia determinada en la Unidad Desconcentrada de Dosaje Etílico – Sede Trujillo, abril 2018 – marzo 2019”, en una investigación desarrollada en Trujillo ,se desarrolló un estudio que empleo el método Sheffield modificado, analizados mediante métodos cualitativos y cuantitativos, con una población de 8296 conductores intervenidos que han ocasionado accidentes de tránsito; se hallaron que entre los factores que han condicionado los accidente fueron choque en un 70.42%, despiste 15.61%, atropello 11.58%. conclusión: hallaron relación entre los tipos de accidente de tránsito y alcoholemia (14). Los resultados demuestran la falta de control preventivo, a partir del cual hay una necesidad de un trabajo articulado entre los diversos sectores para reducir los accidentes de tránsito.

TOMINAGA G & SCHARFF G (2016) desarrolló una investigación titulado “Factores asociados a víctimas fatales de accidentes de tránsito en la región de Ucayali entre el 2013 y el 2016; en Ucayali , en la investigación fue un estudio de tipo descriptivo, carácter retrospectivo, recopilaron información de la base de datos sistema forensys y del instituto de medicina legal, con una muestra de 100 víctimas; se halló, del 100% de víctimas fatales el 66% presentaron dosaje etílico positivo, 70% no usaban casco, el 68% de accidente fatal predomino en el sexo masculino, la región anatómica más afectada fue la cabeza y cuello en un 35%; conclusiones: la tasa de accidentabilidad fatal predominó en los del sexo masculino, cuyas edades oscilan entre 20 a 40 años, la mayoría se hallaban ebrios al momento del accidente (15).; las causas de los incidentes se relacionan con el consumo de alcohol, medida que debe ser implementada por las

autoridades pertinentes, así mismo las lesiones más frecuentes son los politraumatismos y los hospitales deben adecuar sus servicios para responder a estas demandas.

RODRÍGUEZ D.C (2016) en la investigación titulado “Características epidemiológicas de los accidentes de tránsito en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Tumbes”, desarrolló un estudio de tipo descriptivo, carácter prospectivo, de corte transversal, con una muestra de 100% de pacientes atendidos en el hospital Regional de Tumbes en los periodos 1 de octubre del 2014 al 31 marzo del año 2015; determinaron la población más afectada fueron estudiantes del sexo masculino; los horarios de mayor accidentabilidad fueron a partir de las 18 horas hasta las 24 horas; vehículos que más sufrieron accidentes fueron mototaxis, los diagnósticos de los accidentes en las personas fue contusión múltiple, seguido de traumatismo de cabeza y fracturas en un 25.21% (16). Los resultados de esta investigación están vinculados a la propuesta del plan, en vista de que la institución debe brindar una atención de calidad durante las 24 horas, garantizando recursos humanos idóneos durante el turno diurno y nocturno.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Modelo de cuidados de Virginia Henderson

A. Ámbito de aplicación

A.1 Hospitalario: la teoría de Virginia Henderson parte del entendimiento de las necesidades humanas, el cual es la

base para el cuidado de enfermería; esta teoría hace referencia que el ser humano es un ser integral compuesto de elementos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí para promover el potencial máximo de las personas; los cuidados de enfermería estarán orientados a satisfacer las necesidades sea en un individuo que goza de buen estado de salud o las personas enfermeras que requieren fuerza, voluntad y conocimiento para asumir el cuidado de su salud.

Bajo este modelo lo que se busca es que las personas, pacientes logren cuanto más antes su independencia respecto a los cuidados, esto influido por los cuidados que brinda la enfermera(o), pero también es fundamental tener en cuenta las influencias externas que afectan la vida y desarrollo de una persona.

B. Metaparadigmas

B.1 Persona: individuo que necesita apoyo para lograr una buena salud e independencia de una muerte en paz; es una unidad corporal y mental constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

B.2 Cuidado: el cuidado del profesional de enfermería debe estar orientado a recuperar el estado de salud de los pacientes y ayudar a lograr su independencia.

B.3 Entorno: se refiere a la relación del individuo con la familia, como también la responsabilidad de la comunidad

para proveer cuidados; Henderson plantea que un individuo sano asume el control del entorno, pero cuando se enferma afectaría esta capacidad de control del entorno

B.4 Salud: es fundamental para el funcionamiento del ser humano, cuyo objetivo es la recuperación y/o mantenimiento del estado de salud, siempre en cuando haya voluntad, conocimiento y fuerzas; desde este enfoque; Henderson equipara la salud con independencia, porque la salud es considerada como la habilidad del paciente para efectivizar sus necesidades básicas sin ayuda (17).

La teoría de Virginia Henderson hace referencia a que todo individuo sano o enfermo es un todo completo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, por ende la intervención orientada a mejorar la calidad de atención busca atender las diversas necesidades de los pacientes poli traumatizados que se atienden en el servicio de emergencia; entre las necesidades a priorizar se encuentran la necesidad de respirar, comer y beber, eliminar, moverse, dormir, descansar, mantener la temperatura corporal estable a través de la disminución de riesgo de infección intrahospitalaria, etc.

Por tanto la teoría de Virginia Henderson es aplicable en cuanto a nuestra propuesta de intervención para mejorar la calidad de atención en los pacientes politraumatizados.

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Paciente Politraumatizado

Es el sujeto que presenta lesiones de origen traumático, los cuales pueden afectar más de un sistema y que pueden comprometer la vida de las personas (17), las lesiones traumáticas pueden ser periféricas o viscerales, que afectan el sistema respiratorio y circulatorio, una de las características comunes en el politraumatismo es la lesión a nivel del sistema nervioso y las hemorragias, así mismo la acidosis, la hipotermia y la coagulopatía denominada triada mortal se presenta a consecuencia de los cambios metabólicos (18).

Trauma Grave

Es toda lesión causada por fuerza externa, que pone en peligro la vida o atenta contra alguna función vital (3).

Criterios para definir Traumatismo Grave

Cinemáticas: caída de 6 metros o más, velocidad mayor de 45 km por hora, muerte de uno de los ocupantes del vehículo, deformidad del tablero y volante.

Fisiológicos: escala de Glasgow con menos de 13 puntos, presión arterial sistólica menor de 90 mm de Hg, frecuencia respiratoria menor de 10 y mayor de 30 respiración /min.

Anatómicos: heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y parte proximal de los miembros, dos o más fractura de huesos largos, los anteriores, más quemaduras por encima de 15 % de superficie corporal y lesiones por inhalación o inmersión prolongada, tórax flotante, parálisis o paresia de los

miembros, fracturas con posible afectación vascular, fractura de pelvis, fractura de la bóveda craneal (abierta o deprimida) (3).

Distribución tri modal de la muerte por accidentes

Inmediato: es la etapa donde fallecen el 50% de los pacientes que sufren accidentes, estos fallecen en forma instantánea luego de sucedido el evento o inmediatamente después, esto generalmente es consecuencia de lesiones muy severas y que eran muy poco probable que hubieran respondido a algún tratamiento de rescate. Puede ser debido a: lesiones cardíacas o de grandes vasos, lesiones severas vertebro medulares a nivel alto.

Precoz: en esta etapa mueren el 30% de todos los pacientes que sobreviven a la etapa previa y estos fallecimientos ocurren minutos u horas posteriores al evento y pueden deberse a: traumatismo encéfalo craneano, lesiones de viscerales, Hígado, bazo, riñón, traumatismo torácico, hemotórax, neumotórax, taponamiento cardíaco.

Tardío: Fallecen el 20% de los pacientes que llegan a esta etapa y estos pacientes fallecen luego de presentar infecciones severas, shock séptico o disfunciones orgánicas múltiples (19).

2.3.2 Calidad

Calidad en los Servicios

Es la totalidad de los rasgos y características de un servicio, respaldado por la capacidad para satisfacer las necesidades; también es entendido como el conjunto de propiedades inherentes a un producto o servicio que tiene la capacidad de satisfacer las necesidades de los usuarios al cual va orientado el servicio; la calidad de un determinado servicio son determinados por los usuarios en base a sus expectativas, basados en criterios como tipo de

servicio, necesidades personales, tiempo de atención, trato, efectividad del servicio (20).

Para Hosseini et al. la calidad del servicio se basa en dos elementos, la calidad técnica basada en los resultados del encuentro durante la prestación del servicio que involucra la competencia de los profesionales y la calidad funcional, basado en los procedimientos implementados durante la prestación del servicio (21).

Modelo de Evaluación de Calidad SERVQUAL

Es un modelo de evaluación de la calidad fundamentado en la teoría de brechas, es decir explica las brechas entre las expectativas de los usuarios sobre un determinado servicio y la percepción de la atención de salud que recibe; este modelo de evaluación evalúa cinco dimensiones como:

- ✚ Empatía: Muestra de interés y atención individualizada que reciben los usuarios (5); se transmite mediante los servicios acordes a las necesidades del cliente (22).
- ✚ Fiabilidad: Habilidad para brindar el servicio de forma fiable y cuidadoso (5); así mismo la empresa cumple con las promesas respecto a la forma como entregará los servicios (22).
- ✚ Seguridad: Es el conocimiento y atención que reciben los usuarios, atención que inspira credibilidad y confianza (5)
- ✚ Capacidad de respuesta: Capacidad de ayuda a los usuarios y garantizar un servicio rápido (5)
- ✚ Elementos tangibles: Referido a la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales para garantizar la prestación de un servicio (5).

Este modelo consta de 44 preguntas, que permite analizar la brecha entre

percepciones y expectativas, las primeras 22 ítems están relacionados con las expectativas y los siguientes 22 ítems respecto a la percepción de los usuarios, el cual se calcula a través de la puntuación de percepciones menos la puntuación de las expectativas, graficado de la siguiente manera P-E (21).

Elementos de Calidad de los Servicios Sanitarios

Los elementos que denota la calidad en los servicios sanitarios son:

- ✚ **Eficaces:** brindar servicios de salud basados en evidencias, orientados a satisfacer las necesidades
- ✚ **Seguros:** disminuir los riesgos en la prestación de servicios de salud
- ✚ **Centrados en la Persona:** los servicios de salud deberán organizar en base a las necesidades de la persona, brindado una atención adecuada a las preferencias
- ✚ **Oportunos:** la disminución de tiempo respecto a la espera para recibir la atención son claves para disminuir la insatisfacción
- ✚ **Equitativos:** la garantía de la prestación de salud debe ser por igual hacia las personas sin diferenciar la condición socio económica, idioma, afiliación política, sexo, edad, etc.
- ✚ **Integrados:** durante el curso de vida de las personas se debería garantizar una atención con un sistema de salud organizado y coordinado a todo nivel y entre los distintos proveedores
- ✚ **Eficientes:** maximizar los beneficios de los recursos disponibles orientados a la provisión de la salud (21).

Grado de calidad

La calidad en la atención de los servicios de salud ha venido tomando fuerzas, desde la perspectiva de mejorar los servicios sanitarios; por tanto, el grado de calidad, es el punto en el cual la atención que se brinda a los usuarios promueva el balance favorable entre los riesgos y beneficios (22).

Los Servicios de Salud.

Son las prestaciones de salud que se brindan a los usuarios, de los individuos brindado por los recursos humanos en salud, los cuales responden a una necesidad (23), en la gestión de los servicios de salud, el elemento fundamental es la mejora continua, orientado a la satisfacción de los usuarios y rendimiento, para el cual las instituciones deben definir sus indicadores sobre el cual se deberían medir periódicamente (24)

Dimensiones de la Satisfacción

Una escala llamada SERVQUAL mide e informa ciertas necesidades y deseos de los clientes en términos de calidad del servicio. Actualmente, se utiliza una escala de 5 aspectos de medición de la satisfacción con la calidad del servicio en instituciones públicas y privadas, los cuales están determinados en:

Dimensión Aspectos Tangibles :

En la herramienta SERVQUAL, los aspectos tangibles se relacionan con la apariencia de las instalaciones, equipos, personal y materiales de comunicación; son los aspectos que pueden percibir los clientes en las instalaciones sanitarias, entre ellos aspectos relacionados a la modernidad, limpieza, que son evaluados en términos de individuos, infraestructura y objetos.

“Se define tangibles a la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales de comunicación, los cuales comunican una representación física o visual del servicio que el cliente utiliza exclusivamente para juzgar la calidad” Zeithman (1922).

Dimensión Fiabilidad :

“La capacidad del empleado para cumplir con sus deberes de manera confiable y precisa, honesta y con confianza en la integridad del servicio prestado. La probabilidad de que algo funcione correctamente” (Ávila, 2008).

“La capacidad de identificar limitaciones, minimizar errores y encontrar soluciones; realizada con diligencia y prudencia a través de la mejora de los procedimientos, innovación tecnológica y capacitación permanente del recurso humano, entrega de documentación hospitalaria, servicio prometido. Este tamaño es un factor importante de seguridad del producto para garantizar un funcionamiento adecuado para fines funcionales” (Molina 2015).

Dimensión Capacidad de respuesta :

“Es la capacidad de brindar soporte y servicio oportuno al cliente, y la capacidad de sentir la obligación de cumplir o completar el trabajo sin ninguna presión externa” (Zeithman, Parasuraman y Berry 2002).

“Es la capacidad de dar respuesta a cualquier duda o evento que pueda ocurrir antes o durante la atención al paciente, así como la disposición y disposición del personal para atender a los usuarios” (Molina 2015).

Dimensión Seguridad :

“La seguridad es el conocimiento del servicio y la cortesía, la amabilidad de los empleados y su capacidad para transmitir su confianza a los clientes” (Girón 2005).

“La seguridad es: el conocimiento y la amabilidad de los empleados y su capacidad para inspirar honestidad y confiabilidad”.

“La seguridad es la calidad, competencia y comprensión de la información asistencial que el paciente debe comunicar de forma sencilla, sencilla y precisa. Esto garantizará que el personal médico brinde certeza, cortesía, confianza y claridad para generar confianza y credibilidad en el paciente para que logre su plena satisfacción” (Molina 2015).

Dimensión Empatía :

“Es la capacidad cognitiva típica de un individuo para ver o comprender ciertas estructuras del mundo desde el punto de vista de otra persona sin necesariamente seguir el mismo punto de vista. A través de la experiencia emocional adquirida desde la perspectiva y la empatía de los demás, definida como el componente afectivo de la empatía” (Ávila, 2008).

“Es una habilidad adecuada para que nuestros profesionales de la salud enfocados en el usuario se pongan en su lugar, entiendan su forma de pensar y comprendan y experimenten su punto de vista cuando se trata de las cosas. Al no manipular los estados emocionales de los pacientes, debemos comprender los temores que los abruman acerca de su condición” (Molina 2015). (21)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE INTERVENCION

3.1 JUSTIFICACIÓN

El paciente politraumatizado ingresa a la unidad de emergencia, donde en muchas ocasiones está comprometido uno o varios sistemas, por lo que requiere de la atención inmediata, rápida y segura por parte del equipo de salud, el cual debe estar preparado académicamente y poseer habilidades y destrezas, para ofrecer los primeros cuidados que son de vital importancia para prevenir las complicaciones que pongan en peligro la vida del mismo.

Según las estadísticas referidas a nivel mundial la mayor parte de los politraumatismos son causados por accidentes de tránsito convirtiéndose en un problema de índole mundial, que cada año acaba con la vida de millones de hombres, mujeres, niños y niñas; la morbimortalidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.

El politraumatismo es uno de los problemas de salud de mayor impacto económico, siendo una de las principales causas de muerte en la población de diferentes grupos etarios; por tanto hay una necesidad de que los recursos humanos estén capacitados a fin de garantizar una toma de decisiones adecuadas para abordar esta problemática; como también la infraestructura, las áreas de atención como triaje, tóxico, trauma shock, observación sean adecuadas para el manejo de los casos según orden de prioridad; en la misma

medida la dotación de los recursos materiales, equipos biomédicos deben responder a las necesidades.

En el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Sivia realiza prestaciones de servicios de salud durante las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata; los profesionales de salud especialmente enfermería realiza un cuidado directo a estos pacientes con el fin de lograr su estabilización hemodinámica, de acuerdo al nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños encaminados a brindar asistencias de salud, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad.

Uno de los grandes problemas para la implantación de una metodología científica en el trabajo diario de los profesionales del servicio de emergencia, es la falta de entrenamiento de la mayoría de los médicos y enfermeras, los cuales desde el punto de vista costo/efectividad/beneficio son desfavorables para los pacientes; por ende la implantación de un sistema de calidad urge para satisfacer las demandas de los pacientes que llegan con diagnóstico de politraumatismo, de esta manera coadyuvar a la reducción de la mortalidad.

3.2 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Promover una atención de calidad a los pacientes politraumatizados en el Hospital de Apoyo Sivia

3.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Fortalecer las competencias de los recursos humanos en salud del servicio de emergencia en el manejo de politraumatizados
- ❖ Implementar un sistema Informático que permita dotar de información oportuna de los servicios de apoyo para la toma de decisiones en el servicio de emergencia.
- ❖ Promover el proceso de Reposición, Mantenimiento de equipos biomédicos para la atención de pacientes politraumatizados.
- ❖ Adecuar las diversas áreas para el manejo de pacientes poli traumatizado según necesidad de atención
- ❖ Implementar con documentos técnicos para el manejo estandarizado de los pacientes con politraumatismo

3.3 METAS

- ❖ 100% (15) Recursos Humanos con competencias adecuadas en manejo de poli traumatizados
- ❖ 04 ambientes acondicionadas

- ❖ 50% de equipos renovados con tecnología actual
- ❖ 01 ambulancia equipada de tipo II
- ❖ 05 protocolos de manejo de poli traumatizados diseñados y validados

3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
talleres en manejo Soporte Vital avanzado en trauma, Soporte Vital Básico, Soporte Vital avanzado	Talleres RRHH capacitados	Numero de talleres realizados/N° de talleres programados	100% talleres realizados 100% RRHH capacitados	abril-diciembre 2022	Jefatura de Emergencia
Implementación de un sistema informático para disminución de tiempo de atención y de espera.	Software	N° Software	01 software implementado	Mayo-agosto 2022	Jefatura de Emergencia Jefatura de recursos humanos
Remodelación del servicio de emergencia: observación, trauma shock, tópico	Servicio remodelado	N° servicios remodelados/N° de servicios remodelados programados	04 ambientes acondicionados	Abril-setiembre 2022	Jefatura de Emergencia Jefe de establecimiento
Adquisición de equipamiento biomédicos	Equipamientos biomédicos	N° Equipamiento biomédicos adquirido/N° de equipamiento biomédico programados	50% de equipos renovados con tecnología actual	Junio- diciembre 2022	Jefatura de Emergencia Jefe de establecimiento
Equipamiento de la ambulancia tipo II	Ambulancia equipada	N° ambulancias equipadas/N° de ambulancias programadas	01 ambulancia equipada de tipo II	Mayo-julio 2022	Jefatura de Emergencia Jefe de establecimiento conductor

Diseño y actualización de protocolos en manejo de poli traumatizados	Protocolos	N° Protocolos diseñados y validados/Protocolos programados	05 protocolos de manejo de poli traumatizados diseñados y validados	Agosto 2022	Jefatura de Emergencia Jefe de establecimiento
--	------------	--	---	-------------	---

3.5 RECURSOS:

3.5.1 MATERIALES

- ❖ Monitor multiparámetro
- ❖ Aspirador
- ❖ Desfibrilador
- ❖ Laringoscopio
- ❖ Negatoscopio
- ❖ Cuna radiante falta
- ❖ Bomba de infusión
- ❖ Desfibrilador
- ❖ Coche de paro

3.5.2 HUMANOS

- ❖ Médico Cirujano
- ❖ Lic. en enfermería
- ❖ Técnicos en enfermería
- ❖ Ing. Informático

3.6 EJECUCIÓN

1. El Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos del servicio de emergencia es fundamental para garantizar una atención de calidad, por tanto, se tiene previsto la realización de los cursos talleres en temas neuro críticos orientadas al personal del servicio de emergencias.

El plan de fortalecimiento de capacidades involucra los siguientes sub procesos:

- Diagnostico basal respecto al nivel de competencia cognitivo en el manejo de pacientes politraumatizados en personal médico, enfermera, técnico en enfermería.
 - Desarrollo de los cursos talleres de capacitación con especialistas en emergencia (Médicos Emergenciólogos, Enfermeras especialistas en emergencia)
 - Evaluación después de la capacitación para la valoración de los logros obtenidos en el personal beneficiario.
2. Se diseñará un software informático para agilizar el proceso de atención de los pacientes politraumatizados, los cuales incluyen tener oportunamente los resultados de exámenes de laboratorio y las diversas áreas al cual se hace la interconsulta o se solita exámenes complementarios; así mismo el registro de ingresos, la evolución y el tratamiento respectivo. El diseño del material informático debe responder a las necesidades reales del hospital de Sivia, por tanto todo el proceso de organización que se pone en marcha durante la atención de pacientes politraumatizados debe adecuarse al sistema informático sanitario; por ejemplo los exámenes de rayos x,

laboratorio deben ser visualizados en línea; así mismo este sistema informático debe ser parte de todo el proceso desde la solicitud de examen, ejecución de la solicitud y resultados de las solicitud.

Los sub procesos a implementar serían:

- Sensibilización de los recursos humanos respecto a la implementación del sistema informático
 - Gestión a nivel de las unidades orgánicas (área informática) para la implementación del sistema informático
 - Instalación del sistema informático: estará a cargo de la oficina competente
 - Socialización del sistema informático: deberá capacitarse a los recursos humanos de las diversas dependencias que son parte del proceso de atención en emergencias de los pacientes politraumatizados.
 - Evaluación del proceso de implementación, a través de instrumentos que permitan aplicar a los familiares, pacientes atendidos por politraumatismo, personal de salud y directivos del área de emergencias y otras dependencias como laboratorio, consultorios, imagenología.
3. Respecto a la dotación y renovación de los equipos, se realizará la implementación en las diversas áreas del servicio de emergencia, para el cual se elaboró un inventario para diagnosticar el estado real de las condiciones de los equipos biomédicos.

En principio no se cuenta con un plan de mantenimiento de los equipos biomédicos, a partir de ahí la necesidad de elaborar el plan respectivo que incluya la programación presupuestaria para garantizar el mantenimiento periódico para garantizar una atención de calidad a los pacientes politraumatizados.

4. Se realizará el reacondicionamiento de los ambientes del servicio de emergencia, para el cual se está proponiendo la adecuación de las siguientes áreas: triaje, observación, trauma shock, tópico.

En el área de triaje el personal de salud se encargará del control de las funciones vitales y priorizará a los pacientes según el daño para su derivación a las áreas respectivas:

- ✚ Prioridad I a Sala de Reanimación o Shock Trauma
- ✚ Prioridad II a Tópico de Emergencia II.
- ✚ Prioridad III a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios

En el área Triage se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma

En la sala de reanimación (Trauma Shock), deberán contar con recursos humanos de salud multidisciplinario, el tiempo de estabilización debe ser lo necesario para su derivación a otros servicios que amerite la atención.

En el área de Tópico se atenderán los pacientes de prioridad II, se procederá al registro informático y se decidirá hacia donde será derivado el paciente.

Sala de Observación: es el ambiente donde permanecerá en observación los pacientes; los más delicados deben hallarse cerca al Estar de Enfermería; en esta sala debe tener como mínimo 002 evaluaciones por turno; la estancia dependerá la evaluación y decisión médica.

El personal de salud que desempeña laborales tendrá que ser capacitado para entender el sistema de funcionamiento.

5. Los equipos biomédicos tienen un periodo de detracción, los cuales requieren un mantenimiento preventivo y el reemplazo de aquellos que ya

no cumplen con los estándares de calidad y que su tiempo de vida útil ya cumplió; para esta actividad se implementará los siguientes sub procesos:

- Levantamiento de diagnóstico respecto al estado de los equipos biomédicos.
- Plan de mantenimiento preventivo para operativizar los equipos biomédicos.
- Plan de implementación de Reposición de equipos biomédicos
- Capacitación de los recursos humanos en el manejo de los equipos de reposición.

6. Se realizará el equipamiento de la ambulancia tipo II, esta unidad móvil deberá contar con el equipamiento necesario, para el cual deberá implementarse los siguientes sub procesos:

- Evaluación diagnóstica de la ambulancia tipo I
- Implementación de la caseta médica con una categoría de ambulancia tipo II
- Entrenamiento del equipo de salud, incluido el conductor para el manejo de los pacientes politraumatizados.

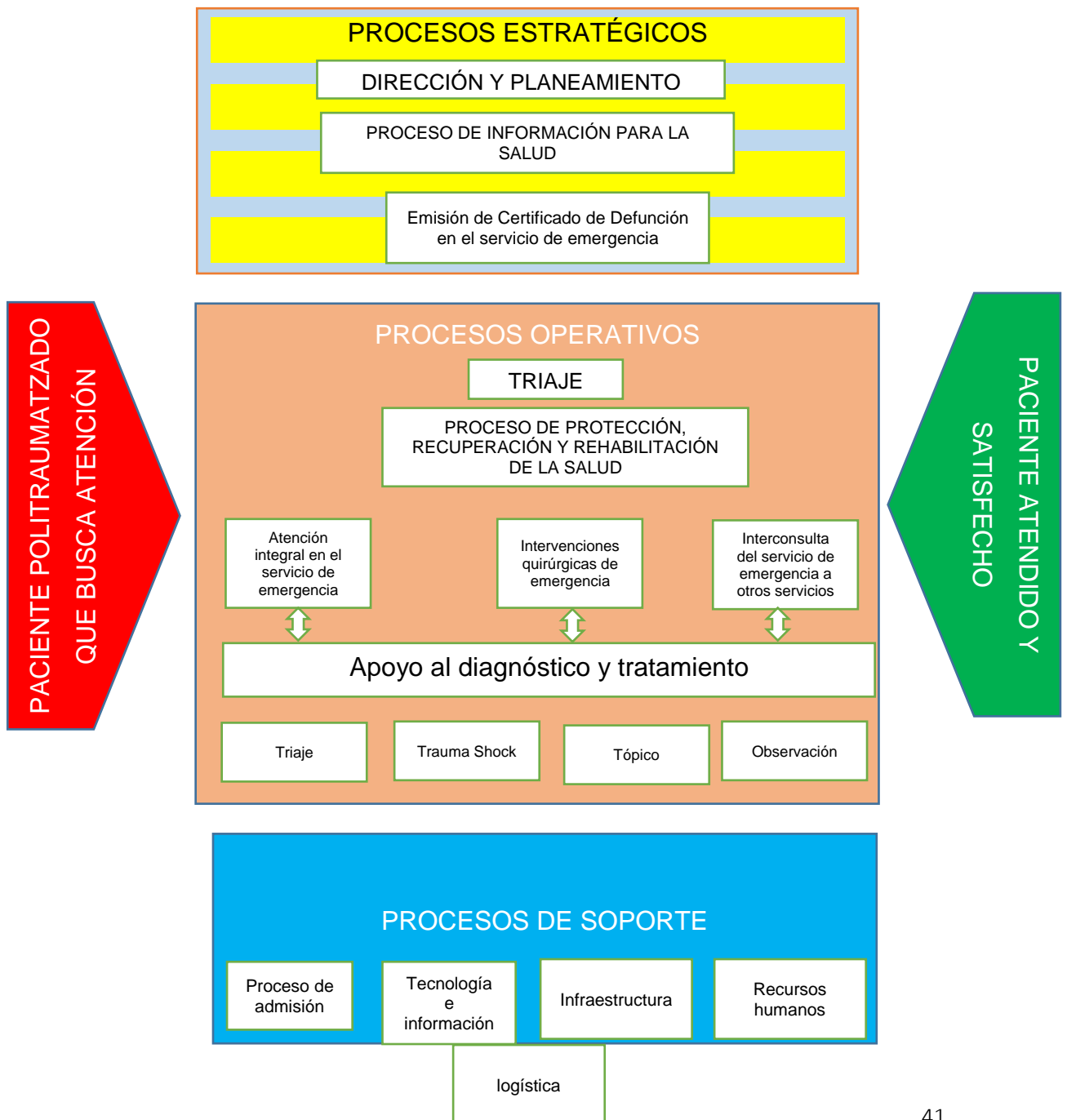
7. Respecto a los protocolos de emergencia en el manejo de pacientes politraumatizados, se realizará la actualización en concordancia con los protocolos aprobados de las sociedades médicas y de enfermería en manejo de pacientes politraumatizados; se implementará los siguientes sub procesos:

- Evaluación diagnóstica de la operatividad del protocolo
- Actualización y elaboración de protocolos en el manejo de pacientes politraumatizados
- Validación con Profesionales especialistas (Médicos Emergenciólogos, Lic. Enfermería con especialidad en emergencias y desastres).

- Socialización con el personal de salud que labora en el servicio de emergencias.
- Evaluación de la operatividad de los nuevos protocolos implementados.

3.7 EVALUACIÓN.

El proceso de evaluación del plan de intervención para mejorar la calidad de atención del paciente politraumatizado, responderá a los indicadores previstos en cada una de las actividades; la evaluación deberá enmarcarse a la siguiente propuesta:



la evaluación se llevará a cabo en base al mapa de procesos en la atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias, en base a los siguientes procesos:

Procesos estratégicos: en el plan de implementación para la mejora de la calidad de atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia, a nivel de este proceso será importante la evaluación del sistema informático a emplearse en la toma de decisiones en la atención del paciente, así mismo se evaluará los procesos gerenciales de soporte para la mejora de la prestación de los servicios de salud.

Procesos Operativos: se evaluará el cumplimiento de funciones, la asignación de recursos humanos y la operatividad de las diversas áreas que participan en la atención del paciente politraumatizado como son: triaje, trauma shock, tóxico, observación y los servicios de apoyo como imagenología y laboratorio de análisis clínico. Las evaluaciones se realizarán en base a los indicadores de eficiencia, oportunidad.

Procesos de Soporte: la evaluación estará orientado al área de recurso humanos encargados de la dotación del persona con competencias para el manejo de los pacientes poli traumatizados, así mismo el nivel de actualización y/o capacitación permanente, evaluación de desempeño; también se evaluará la implementación de los equipos biomédicos a través de las áreas de logística, quienes son los encargados de adquirir y contratar los servicios de mantenimiento y reposición de equipos; así mismo se evaluará el sistema de soporte informático en la atención de los pacientes, a través de la valoración de funcionalidad del software informático; también se evaluará el proceso de admisión de los pacientes que llegan al servicio de emergencia y que el tiempo de espera sea lo más idóneo para garantizar una atención oportuna.

CONCLUSIONES

-La propuesta debe mejorar la competencia cognitiva, procedimental y actitudinal en el personal que labora en el servicio de emergencia para un manejo eficaz de los pacientes con diagnóstico de politraumatismo; así mismo la mejora de las competencias conllevará a la disminución de la morbimortalidad por politraumatismo en el Hospital de Apoyo de Sivia.

-El sistema de información oportuna respecto a imágenes radiológicas, exámenes de laboratorio y otros permitirá un manejo oportuno y eficaz de los pacientes politraumatizados

-La dotación de recursos materiales y equipos biomédicos inoportuna, deterioro de equipos biomédicos, la limitada implementación de las ambulancias incrementa el riesgo de mortalidad durante la atención de los pacientes politraumatizados.

-La implementación de las diversas áreas del servicio de emergencia como área de triaje, sala de shock trauma, tóxico, sala de observación, su implementación, la estandarización en manejo de pacientes con diagnóstico de politraumatismo permitirá un manejo ordenado, oportuno y adecuado de pacientes politraumatizados.

RECOMENDACIONES

-Al área de Recursos Humanos del hospital de Sivia promover un plan de desarrollo de capacidades a corto, mediano plazo para el personal que labora en el servicio de emergencia.

-A la Dirección del Hospital de Apoyo de Sivia, gestionar el financiamiento ante la Unidad Ejecutora- Red de Salud San Francisco, Gobiernos Locales (Municipalidad distrital de Sivia), Gobierno Regional de Ayacucho para la concreción de la propuesta y la implementación de los componentes/estrategias/actividades en pro de la mejora de las condiciones de salud de los pacientes que ingresan con diagnóstico de politraumatismos.

-A la Unidad Ejecutora en Salud- Red de Salud San Francisco, a la Dirección Regional de Salud- Ayacucho, deben realizar evaluaciones diagnósticas de los Establecimientos de Salud y proponer un plan maestro de desarrollo en cuanto a infraestructura sanitaria, equipamiento, fortalecimiento de competencias de los recursos humanos en salud para garantizar una atención de calidad en el sector salud.

-A la Municipalidad distrital de Sivia gestionar la elaboración de un proyecto de inversión pública en el marco de Invierte Perú para garantizar la ampliación de infraestructura, el equipamiento, dotación de recursos humanos, fortalecimiento de capacidades de recursos humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serracant-Barrera A, Montmany-Vioque S, Llaquet-Bayo H, Rebas-Cladera P, Campos-Serra A, Navarro-Soto S. Registro prospectivo en politraumatismos graves. Análisis de 1.200 pacientes. Cirugía Española. 2016 Enero; 94(1).
2. Villanueva-Benites M, Silva-Ramos K, Monteza-Rojas NJ, Carmen-Álvarez NC, Cardenas-Siri CE, Leitón-Espinoza ZE. Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas. Salud Uninorte. 2019; 35(3).
3. Escalona-Cartaya J, Castillo-Payamps R, Pérez-Acosta J, Rodríguez-Fernández Z. Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. Rev Cub Med Mil. 2017 Abril-Junio; 46(2).
4. Ulises-Alas C. Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica. Ciencia e Investigación Médico estudiantil latinoamericano. 2020; 25(2).
5. Sucla-Velásquez J, Sucla-Velásquez L, Concha-Rondón M. Asociación entre niveles de alcoholemia permitidos y muertes por accidentes de tránsito. Rev Peru Med Exp. 2015 Abril-Junio; 32(2).

6. Organización Mundial de la Salud. OMS-Prevención de la Violencia y los Traumatismos. [Online].; 2021 [cited 2021 Mayo Lunes. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/.
7. Organización Mundial de la Salud. OMS-Accidentes de Tránsito. [Online].; 2018 [cited 2021 Mayo Martes. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
8. Vera-López J, Pérez-Núñez R, Gómez-García L, Hidalgo-Solórzano E, Fraga-Sastrías J. La respuesta del Sistema Médico de Emergencias y su asociación con diferentes desenlaces en víctimas de accidentes de tránsito en ciudades mexicanas. Cad Saude Publica. 2018 Octubre; 34(10).
9. Vargas-Quiñones M, Luzángela AdV. Calidad en el Servicio. 1st ed. Bogotá-Colombia: Universidad de la Sabana; 2007.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI-Reporte de Accidentes de tránsito año 2019. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo Lunes. Available from: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/traffic-accidents/>.
11. Rivas-Luna J, Santos-Rodríguez D. Universidad de Guayaqui-Repositorio Institucional; Tesis Pre grado Factores de Riesgo que inciden en los accidentes de tránsito en el

Ecuador. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo Lunes. Available from:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/43772/1/CD%203006-RIVAS%20LUNA%2c%20JOSE%20LUIS%3b%20SANTOS%20RODRIGUEZ%2c%20DANNY.pdf>.

- 12 . Véliz-Rodríguez R. Universidad de Guayaqui-Repositorio Institucional; Tesis Factores de riesgo de accidentes de tránsito en la autopista Narcisca de Jesús periodo 2015. [Online].; 2017 [cited 2021 Mayo Jueves. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40784>.
- 13 . Begazo-López T. Universidad Ricardo Palma-Repositorio Institucional, Tesis Factores de riesgo asociados a la hospitalización de pacientes que sufren accidentes de tránsito en el Hospital José Casimiro Ulloa en el año 2016. [Online].; 2018 [cited 2021 Mayo Miercoles. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1167>.
- 14 . Vera-Abanto M. Universidad Nacional de Trujillo-Repositorio de tesis; tesis Relación entre tipos de accidentes de tránsito y alcoholemia determinada en la Unidad Desconcentrada de Dosaje Etílico – Sede Trujillo, abril 2018 – marzo 2019. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo Lunes. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15438>.
- 15 . Tominaga-García T, Scharff-Guevara L. Universidad Nacional de Ucayali; Repositorio Institucional; tesis Factores asociados a víctimas fatales de accidentes de tránsito en la

- región de Ucayali entre el 2013 y el 2016. [Online].; 2016 [cited 2021 Mayo Lunes. Available from: <http://www.repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1593>.
- 16 . Campo GRd. Características epidemiológicas de los accidentes de tránsito en pacientes. Revista de Investigación Científica Manglar; Universidad Nacional de Tumbes. 2016 Noviembre; 13(2).
- 17 . Hernández-Martín C. Universidad de Valladolid-Repositorio de trabajos-"El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica". [Online].; 2016 [cited 2022 abril martes. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?sequence=1>.
- 18 . Organización Mundial de la Salud. OMS-Nota de Prensa-Servicios sanitarios de Calidad. [Online].; 2020 [cited 2021 Abril martes. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
- 19 . Durán-Rodríguez R, Rodríguez-García K, Gomero-Piti R. Redalyc- Investigación Calidad de atención recibida en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos en hospital de Baracoa, Guantánamo. [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo Martes. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5517/551762874001/index.html>.

- 20 . Losada-Otálora M, Rodríguez-Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2007 Julio-Diciembre; 20(34).
- 21 . Díaz J, García-Rodríguez A, Villalbí J. Avanzando en la sistematización del benchmarking en servicios de salud pública. Gaceta Sanitaria. 2021 Febrero; 35(3).
- 22 . Barrios M, Mejías A. Dimensiones de la Calidad de Servicio en un Centro Médico Asistencial Universitario. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2012; I(1).
- 23 . Rodríguez-del-Campo G. Características epidemiológicas de los accidentes de tránsito en pacientes. Revista de Investigación Científica Manglar; Universidad Nacional de Tumbes. 2016 Noviembre; 13(2).

ANEXOS



ATENCION EN EL AREA DE EMERGENCIA



EQUIPOS BIOMEDICOS DEL HOSPITAL DE APOYO SIVIA



