

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS CURATIVOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO<sup>1</sup>

Eleine Aparecida Penha Martins Nonino<sup>2</sup>

Maria Luiza Anselmi<sup>3</sup>

José Carlos Dalmas<sup>4</sup>

*Estudio observacional y seccional analizó la calidad del procedimiento curativo, realizado en pacientes internados en una unidad medico-quirúrgica de un Hospital Universitario, de acuerdo con el grado de dependencia asistencial y las fases de realización de la actividad. Con la utilización de un instrumento tipo check list fueron observados 168 curativos, entre octubre y diciembre 2005. La cualidad de los procedimientos fue analizada basada en el Índice de Positividad (IP) y fueron considerados satisfactorios aquellos que alcanzaron valores  $\geq 70\%$ . En la preparación, el IP fue de 68%, 73% y 75% para pacientes en grados I, II, III y IV, respectivamente; en la ejecución, fueron de 70%, 69%, 71% y 75% y en la de organización de la unidad, en todos los grados fue  $\geq 70\%$ . Entre tanto, los ítems: conferencia del plazo de validez de los materiales, respeto a los principios de asepsia y manutención de la secuencia lógica muestraron se comprometidos. La ejecución rigurosa de un procedimiento posibilita reducción de riesgos, asegura resultados benéficos a los pacientes y confiere calidad a las acciones de enfermería.*

*DESCRIPTORES: garantía de la calidad de atención de salud; enfermería; vendajes*

## QUALITY ASSESSMENT OF THE WOUND DRESSING PROCEDURE IN PATIENTS AT A UNIVERSITY HOSPITAL

*This observational and sectional study analyzed the quality of the wound dressing procedure performed on hospitalized patients at a medical surgical unit of a University Hospital, based on their classification according to the degree of care dependency and activity performance phases. Using a check list, 168 wound dressings were observed between October and December 2005. Procedure quality was analyzed based on the Positivity Index (IP) and values  $\geq 70\%$  were considered satisfactory. For the preparation, the IP was 68%, 63%, 73% and 75% for patients with degrees I, II, III and IV, respectively; for execution, 70%, 69%, 71% and 75% and, for unit organization, it was  $\geq 70\%$  for all degrees. However, the items: validity time frame checking, respect for aseptic principles and maintenance of logical sequence of procedures were compromised. Rigorous execution of procedures allows for risk decrease and assures benefic results for patients, conferring quality to nursing actions.*

*DESCRIPTORS: quality assurance, health care; nursing; bandages*

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCEDIMENTO CURATIVO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Estudo observacional e seccional analisou a qualidade do procedimento curativo desenvolvido em pacientes internados em unidade médico-cirúrgica de um Hospital Universitário, segundo grau de dependência assistencial e fases de realização da atividade. Entre outubro e dezembro de 2005, utilizando instrumento tipo check list, foram observados 168 curativos. A qualidade do processo desenvolvido foi analisada com base no Índice de Positividade (IP). Foram considerados satisfatórios os procedimentos que alcançaram valores  $\geq 70\%$ . No preparo, o IP foi de 68%, 63%, 73% e 75% para pacientes em grau I, II, III e IV, respectivamente; na execução, de 70%, 69%, 71% e 75% e na de organização da unidade, em todos os graus foi  $\geq 70\%$ . Entretanto, os itens: conferência do prazo de validade dos materiais, respeito aos princípios de assepsia e manutención da seqüência lógica mostraram-se comprometidos. A execução rigorosa de um procedimento reduz riscos e confere qualidade às ações de enfermagem.*

*DESCRIPTORES: garantia da qualidade dos cuidados de saúde; enfermagem; bandagens*

<sup>1</sup> Trabajo extraído de la Tesis de Doctorado; <sup>2</sup> Profesor Doctor de la Universidad Estadual de Londrina, e-mail: eleinemartins@yahoo.com.br, <sup>3</sup> Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Brasil, e-mail: anselmi@eerp.usp.br; <sup>4</sup> Profesor Asociado de la Universidad Estadual de Londrina, Brasil

## INTRODUCCIÓN

El tema calidad se vuelve objeto de atención de las empresas a partir de la Revolución Industrial y, particularmente, se vuelve central a partir del inicio de la década del 30<sup>(1)</sup>. Asegurar la competitividad a los productos disponibles en el mercado, ampliar el margen de ganancia y, garantizar la sobrevivencia económica y financiera de la organización requiere estandarizar y adoptar instrumentos de evaluación.

Así, el movimiento por la calidad, introducido primeramente en el sector industrial y, luego en seguida, en el de servicios, se expandió y ganó espacio en lo cotidiano de las instituciones de salud<sup>(2)</sup>.

En el campo de la evaluación de la calidad en la salud, Avedis Donabedian, desarrolló un cuadro teórico conceptual, hasta hoy, adoptado en los procesos evaluativos de los servicios de salud y que contempla el análisis de los siguientes aspectos: estructura, proceso y resultado<sup>(3)</sup>.

La evaluación de la estructura comprende: recursos físicos, humanos, materiales y financieros que son necesarios en la asistencia a la salud; el proceso corresponde al conjunto de actividades desarrolladas en la relación entre profesionales y usuarios; el resultado se refiere a los cambios verificados en el estado de salud de los pacientes que pueden ser atribuidos a un cuidado previo y, además, cambios relacionadas con el conocimiento y comportamiento, así como con la satisfacción del usuario, resultado del cuidado prestado<sup>(3-4)</sup>.

Recientemente, a partir de la década del 90, viene siendo implementado, en Brasil, el programa de Acreditación Hospitalaria; es un método de evaluación externa realizada por instituciones semejantes que actúan en el campo de la salud. El programa se desarrolla con base en estándares previamente establecidos y conocidos, los cuales contemplan elementos de estructura, proceso y resultado<sup>(5)</sup> y tiene por finalidad estimular el desarrollo de "una cultura continua de calidad de la asistencia médico hospitalaria y de la protección de la salud de la población"<sup>(1)</sup>.

La evaluación para acreditación de instituciones hospitalarias se realiza utilizando como base en el Manual Brasileño de Acreditación Hospitalaria. El servicio de enfermería está contemplado en este manual, y los estándares establecidos para evaluación posibilitan verificar la calidad de la asistencia de enfermería prestada a la clientela.

La enfermería es responsable por el cuidado directo del paciente, considerado en su integralidad como ser biológico y social, distinguiéndose dos campos específicos de actividades: el de los cuidados que comprenden los procedimientos y el de la administración de la asistencia de enfermería<sup>(6)</sup>.

En Brasil, el trabajo de enfermería se configura históricamente por la división de los agentes en distintas categorías. De un lado, los enfermeros, categoría minoritaria, a quienes son atribuidas acciones de enseñanza y administración; de otro, auxiliares y técnicos de enfermería, cuyo núcleo central de trabajo es el cuidado de enfermería, con foco en los procedimientos técnicos<sup>(7)</sup>.

Entre las acciones desarrolladas por el equipo de enfermería, los procedimientos técnicos, comportan riesgos y, en este sentido, requieren continuas evaluaciones por parte del servicio de enfermería, esto con la finalidad de asegurar calidad al proceso asistencial<sup>(7)</sup>.

Revisando la literatura sobre la evaluación de técnicas de enfermería en las bases de datos LILACS y Medline, en el período 1996 a 2005, con los descriptores extraídos de Descriptores en Ciencias de la Salud: evaluación, (seguido de: vendajes, enfermería), evaluación de proceso (cuidados de salud) (seguido de: vendajes, enfermería) y evaluación de resultados (cuidados de salud) (seguido de: vendajes, enfermería), fueron encontrados pocos estudios que evalúan, por medio de observación directa, el estándar de calidad de la ejecución de los procedimientos de enfermería. Entre ellos cabe citar la evaluación, por observación directa, del desempeño de enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería en la ejecución del procedimiento punción venosa periférica. Los resultados señalan inadecuaciones en el desempeño en las tres categorías de trabajadores<sup>(8)</sup>. Otra investigación, apoyada por el Ministerio de la Salud, evaluó el desempeño de auxiliares, técnicos y ayudantes de enfermería en las técnicas de inhalación, punción venosa para medicación y medicación intramuscular, en tres servicios hospitalarios en Bahía. También encontró el desempeño insatisfactorio en todas las técnicas, en las tres categorías de trabajadores<sup>(9)</sup>.

Un estudio sobre la ejecución de curativos asépticos y sépticos en una unidad de un distrito de salud verificó que de los 101 curativos asépticos realizados, 57,4% presentaron estándares de desempeño insatisfactorios; de los 206 curativos sépticos, 20,8% tuvieron ejecución insatisfactoria<sup>(10)</sup>.

La calidad de los servicios prestados por una institución de salud depende mucho de la competencia técnica y de la habilidad de interacción y comunicación de sus trabajadores con el usuario; también depende de otros aspectos, como las condiciones de trabajo vigentes, los recursos materiales y los servicios de apoyo disponibles.

Entre los procedimientos técnicos realizados frecuentemente por los profesionales de enfermería se destaca el curativo, que consiste en la limpieza y cobertura de una lesión con el objetivo de auxiliar en el tratamiento de la herida o prevenir la colonización en los locales donde ocurre la inserción de dispositivos invasores diagnósticos y terapéuticos<sup>(11)</sup> y, promover la cicatrización de la herida, evitando la infección, disminuyendo los costos y las pérdidas para el paciente.

En la práctica, el curativo es un procedimiento realizado predominantemente por auxiliares y técnicos de enfermería, cabiéndole al enfermero la supervisión, la provisión de productos conforme la disponibilidad en la institución, la orientación, el acompañamiento, el desarrollo de procesos educativos y la evaluación de los trabajadores.

Considerando que el curativo, procedimiento técnico que compone el proceso asistencial de enfermería, trae riesgos que pueden comprometer la calidad de la asistencia de enfermería se desarrolló este estudio con el objetivo de evaluar la calidad del referido procedimiento según el grado de dependencia del paciente; el estudio fue realizado en una unidad médica quirúrgica de un hospital universitario en el Estado de Paraná. Se espera, de este modo, identificar aspectos satisfactorios y/o insatisfactorios, proponer medidas que contribuyan para mejorar la práctica profesional y los procesos de evaluación de la calidad de la atención a la salud en la institución estudiada.

## MÉTODO

Se trata de un estudio de observación y seccional desarrollado en un Hospital Universitario, localizado en la región Norte del Estado de Paraná que, en 2005, contaba con 333 camas activadas y un cuadro de personal de 816 trabajadores.

La unidad de internación estudiada fue la médico quirúrgica masculina que en mediados de 2005 totalizaba 73 camas activadas (aproximadamente 22% del total de camas del

hospital) y un cuadro de enfermería de nueve enfermeros, 10 técnicos de enfermería y 42 auxiliares de enfermería.

El Hospital dispone de un departamento Asesor de Control de Calidad de la Asistencia de Enfermería, que trimestralmente monitorea los procesos de trabajo y la calidad de la asistencia de enfermería y cuando es necesario ordena entrenamientos para perfeccionar el equipo de enfermería.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería está implantada hace 24 años, y hoy, son desarrolladas las etapas de historial, prescripción y anotaciones de enfermería.

La población de estudio fue constituida de curativos ejecutados por el equipo de enfermería en pacientes internados, clasificados según el grado de dependencia (I, II, III y IV) conforme el instrumento readaptado<sup>(12)</sup> y, que presentaban una única lesión. Estos grados representan, de manera creciente, la dependencia del paciente en relación a la asistencia de enfermería en las actividades de: deambulación, baño, alimentación, comportamiento, auto cuidado, medicación, cuidados antes y después de la intervención, y manutención de la vida. Esta clasificación auxilia en el desarrollo del proceso de enfermería, ordenando y dirigiendo el trabajo de la enfermería, y, permitiendo una evaluación de los procedimientos que están siendo realizados por los profesionales<sup>(12)</sup>.

La técnica de recolección de datos fue la observación directa utilizando el instrumento adoptado de tipo *check list* (lista de verificación), que fue construido a partir de la consulta a la literatura sobre el asunto<sup>(11,13-16)</sup> teniendo en consideración el proceso de trabajo del equipo de enfermería, las necesidades humanas básicas de los pacientes y las características peculiares de la técnica en las fases de preparación, ejecución propiamente dicha y organización de la unidad. Para esta última fase, cabe aclarar que de acuerdo con la rutina establecida, el trabajador efectúa el registro de todos los curativos en los prontuarios solamente al final de su turno de trabajo, lo que dificultó la presencia de los investigadores en el campo en el momento de la anotación y, consecuentemente, la observación de esa acción, que fue excluida del instrumento.

También se desarrolló un manual que acompaña al instrumento en el cual constan los descriptores de cada ítem a ser observado. Ambos

(instrumento y manual) fueron validados, en lo referente al contenido, por nueve jueces considerados especialistas en el asunto, siendo cuatro enfermeros docentes y cinco enfermeros asistenciales. Fueron incorporadas las sugerencias y los instrumentos fueron comprobados en una unidad médico quirúrgica con la observación de 28 curativos.

La presentación de cada ítem es seguida de tres opciones de respuesta: "sí" (cuando el ítem es ejecutado correctamente), "no" (cuando el ítem no es ejecutado), "no se aplica" (cuando, para la situación observada, el ítem no es aplicable); hay todavía un espacio para observaciones. Las observaciones directas fueron realizadas por una enfermera y 11 estudiantes de enfermería llamados de investigadores de campo, seleccionados y entrenados para este estudio.

La recolección de datos fue efectuada en el período de octubre a diciembre de 2005, en el período de la mañana, totalizando 45 días. Los investigadores quedaban a disposición en la unidad y en la medida en que identificaban un trabajador que fuese a realizar algún curativo, efectuaban la observación y concomitantemente clasificaban al paciente en el respectivo grado de dependencia.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Londrina; 20 trabajadores de la unidad, firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Los datos recolectados fueron digitados y almacenados en el Banco de Datos Excel. Para el análisis se adoptó el Índice de Positividad (IP) que consiste en identificar, para cada ítem del instrumento, el tipo de respuesta observada (afirmativa, negativa o no se aplica). Cuando verificada la situación en que el paciente no estaba expuesto a la condición observada, el ítem no fue considerado en el análisis, una vez que su inclusión en la ecuación subestimaría los valores obtenidos para el índice. Aplicada la ecuación se obtuvo el porcentaje de positividad, para cada ítem del instrumento y, enseguida, para el conjunto de ítems según el grado de dependencia del paciente en cada una de las fases del procedimiento.

$$\text{Índice de Positividad (IP)} = \left( \frac{ra}{ra + m} \right) \cdot 100$$

donde: *ra* = respuestas afirmativas y *m* = respuestas negativas.

Con base en la literatura consultada<sup>(8-9)</sup>, se adoptó como parámetro para evaluación de la calidad de los curativos el Índice de Positividad (IP) igual o superior a 70%.

## RESULTADOS

Fueron observados 168 curativos, ejecutados por 20 trabajadores, siendo, 55% técnicos de enfermería y 45% auxiliares de enfermería, con predominio del sexo femenino (70%), promedio de edad de 40 años y tiempo promedio de actuación en el área de enfermería de ocho años.

De los 168 curativos, 57 (33,9%) fueron realizados en pacientes clasificados en el grado de dependencia I, 65 (38,7%) en el grado II, 33 (19,6%) en el grado III y 13 (7,8%) en el grado IV. Por lo tanto, los curativos fueron observados predominantemente en pacientes clasificados en los grados I y II.

Se optó por presentar los datos con valores enteros conforme tablas a seguir. En la Tabla 1 se presenta el IP encontrado en la fase de preparación del curativo.

Tabla 1 - Índice de Positividad (%) en la fase "preparación para el curativo", según el grado de dependencia de pacientes internados en unidad médico quirúrgica. HU/UEL. Londrina, PR, 2005

Preparación del Curativo (preguntas)	IP			
	GRAU I (n=57)	GRAU II (n=65)	GRAU III (n=33)	GRAU IV (n=13)
Se presenta al paciente.	29	29	50	-
Explica el procedimiento propuesto.	79	74	92	67
Prepara el material para el curativo individualmente.	100	100	100	100
Prepara el material para más de un curativo	100	100	100	100
Calienta el suero fisiológico.	03	02	07	0
Lava las manos antes de iniciar un curativo.	47	33	38	45
Hay necesidad de posicionar el paciente para el curativo.	100	96	95	100
Mantiene la privacidad y el pudor del paciente durante el procedimiento.	100	90	100	100
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>63</b>	<b>73</b>	<b>75</b>

Se verifica que los curativos realizados en pacientes clasificados en los grados III y IV tuvieron índices totales de positividad satisfactorios, una vez que obtuvieron valores superiores a 70%; aquellos realizados en pacientes en los grados I y II mostraron índices por debajo de lo esperado.

Analizando los diferentes ítems que componen la fase de preparación, quedó

comprometido el "presentarse al paciente", "calentar el suero fisiológico" y "lavar las manos antes de iniciar el curativo", en los cuales el IP fue  $\leq 50\%$ . En el grado IV, la explicación del procedimiento al paciente fue ejecutada en 67% de las observaciones, tal vez porque en este grado es posible que el paciente presente nivel de consciencia disminuido y, por lo tanto la comunicación estaba perjudicada, entretanto no se registró cualquier tipo de interacción entre profesionales de enfermería y paciente.

En la Tabla 2 se presentan los datos del Índice de Positividad en la fase de ejecución del procedimiento curativo.

Tabla 2 - Índice de Positividad (%) en la fase "ejecución del curativo", según el grado de dependencia de pacientes internados en unidad médico quirúrgica. HU/UEL. Londrina, PR, 2005

Ejecución del curativo (preguntas)	IP			
	GRAU I (n=57)	GRAU II (n=65)	GRAU III (n=33)	GRAU IV (n=13)
Preparó el ambiente de forma adecuada.	34	31	29	63
Abrió el paquete de curativos de manera correcta.	93	70	82	85
Verificó el plazo de validez de los materiales.	0	17	06	0
Mantuvo el posicionamiento/disposición de los materiales de forma adecuada.	72	77	85	77
Mantuvo la basura alejada de la lesión o de las pinzas del primer tiempo.	77	80	82	83
Utilizó la solución prescrita para limpieza de la lesión.	98	97	100	100
Mantuvo una secuencia lógica.	27	17	67	91
Fue despreciada la primera porción de PVP, saígel o papaína tubo.	84	69	85	-
Mantuvo el principio de asepsia durante el curativo.	61	71	52	85
Escogió la cobertura recomendada por el enfermero o siguió la prescripción de enfermería.	100	94	100	92
Valoriza las quejas de dolor del paciente tomando medidas.	91	87	80	100
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>75</b>

En todos los grados el IP total llegó al valor recomendado, o sea,  $\geq 70\%$ , excepto en el grado II en el que fue de 69%. En por lo menos siete ítems, en los cuatro grados de dependencia se obtuvo el IP  $\geq 70\%$ .

Sin embargo, en algunos ítems, el IP estuvo abajo de 70%, a saber: "preparó el ambiente de forma adecuada" ( $\leq 63\%$ ); "verificó el plazo de validez de los materiales" ( $\leq 17\%$ ); siendo que en los grados I y IV el trabajador nunca atendió este ítem.

Otro ítem comprometido en la positividad fue "mantuvo la secuencia lógica" pues el IP verificado está por debajo de 70% en los curativos de pacientes en grados I (27%), II (17%) y III (67%); solamente

en el grado IV fue satisfactorio. El descriptor de este ítem prevé la utilización de las pinzas de acuerdo con los cuatro tiempos de ejecución del procedimiento<sup>(13,16)</sup>. Cuando las pinzas son substituidas por guantes, hay que mantener la secuencia lógica y el principio de asepsia, elementos estos que contribuyen para la disminución de la tasa de infección del sitio quirúrgico<sup>(16-17)</sup>.

En el ítem "mantuvo el principio de asepsia durante el curativo", en los pacientes de grados I y III, el IP quedó abajo de lo preconizado, o sea, 61% y 52%, respectivamente.

En la Tabla 3 se exponen los datos del Índice de Positividad en la fase de organización de la unidad después del término del curativo.

Tabla 3 - Índice de Positividad (%) en la fase "organización de la unidad", según el grado de dependencia de pacientes internados en unidad médico quirúrgica. HU/UEL. Londrina, PR, 2005

Organización de la Unidad (preguntas)	IP			
	Grau I (n=57)	Grau II (n= 65)	Grau III (n=33)	Grau IV (n=13)
Se desprendió de los materiales utilizados inmediatamente después del término del curativo colocándolos en los lugares apropiados.	100	100	100	100
Se desprendió de los materiales después de terminar varios curativos realizados.	94	100	100	100
Se lavó las manos o utilizó alcohol en gelatina después del término de cada curativo.	49	39	48	58
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>80</b>

Los índices totales de positividad obtenidos fueron  $\geq 70\%$ . Inclusive alcanzando el índice de positividad total satisfactorio en todos los grados, la asepsia de las manos al final de la ejecución del curativo está comprometida en los cuatro grados de dependencia con el IP variando de 39% en el grado II a 58% en el grado IV, hecho que puede favorecer la infección cruzada.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos señalan que la comunicación fue deficitaria, a pesar de que se considera que, en el cuidado de enfermería integral, las dimensiones técnicas y aquellas de comunicación sean indisociables<sup>(9)</sup>. Un investigación sobre la realización de técnicas de enfermería en hospitales en el Estado de la Bahía, también encontró un

desempeño insatisfactorio de los trabajadores de enfermería en los ítems de comunicación/interacción con el paciente<sup>(9)</sup>.

El ítem "calentamiento del suero fisiológico", es una etapa considerada esencial en la ejecución de un curativo, pues está asociada a la mejoría de la cicatrización, a la preservación de las reacciones bioquímicas y de las enzimas de las células, al aumento de la circulación y de la tensión de oxígeno en el local de la lesión y al aumento de la inmunidad celular con disminución de la contaminación bacteriana<sup>(14, 16-18)</sup>.

En la unidad hay una autoclave disponible, sin embargo generalmente se encuentra desconectada. Compete a los enfermeros, por medio de acciones administrativas, asegurar la disponibilidad de los equipos y de los materiales adecuados existentes en la institución; también les cabe la supervisión y acompañamiento del trabajo del equipo de modo a posibilitar la ejecución satisfactoria de los procedimientos de enfermería.

Otro hecho que llama la atención fue la falta del lavado de manos antes y después del procedimiento. A pesar de que el sector cuenta con una cantidad expresiva de camas activadas (73) distribuidas en 11 enfermarías, y pocos lavamanos disponibles en los corredores, existen recipientes con alcohol (tipo gelatina) en cada enfermería, lo que no justifica los resultados obtenidos. Fue evidenciado que el hábito de lavar las manos o aplicar el alcohol tipo gelatina, no está incorporado como una acción de enfermería importante en la prevención de riesgos para los pacientes y trabajadores.

Algunos estudios internacionales señalan una baja adhesión a este procedimiento por parte de los profesionales del área de la salud en diferentes sectores de actuación. Los motivos que contribuyen para la falta de adhesión son: el descrédito para el riesgo de transmisión de patógenos, la negligencia, el déficit de materiales y el acceso difícil a los dispensadores de alcohol o alcohol tipo gelatina<sup>(19-20)</sup>. En la literatura nacional, algunas investigaciones también identifican que el lavado de manos antes y después de la ejecución de los procedimientos de enfermería es deficiente, exponiendo el paciente a riesgos de infección hospitalaria, sin embargo las causas para este comportamiento no son apuntadas<sup>(8-9)</sup>.

Este ítem del procedimiento envuelve otros aspectos de comportamiento, que van más allá de la dimensión técnica, como cambios de actitudes, creencias y motivación del trabajador<sup>(20)</sup>. En este sentido, la higiene

de las manos exige una supervisión más directa del enfermero durante la ejecución del procedimiento, que debe ir acompañada de procesos educativos que favorezcan la modificación de hábitos ya consolidados.

Otro aspecto que se mostró comprometido fue la verificación del plazo de validez del material. En el hospital estudiado existe una central de distribución de materiales que confecciona *Kits* conteniendo el paquete de curativos, gasas y guantes. En la medida que el trabajador no verifica el plazo de validez del material es posible que acabe realizando el curativo con técnica limpia y no estéril conforme preconizado para ambientes hospitalarios<sup>(11,16)</sup> colocando en riesgo al paciente.

En lo referente a la secuencia lógica del procedimiento, que mostró comprometimiento, se tiene que en las heridas limpias se recomienda iniciar la limpieza por las áreas menos contaminadas para pasar a la más contaminadas, o sea, del centro para las áreas adyacentes a la lesión; y en las heridas contaminadas, siguiendo el mismo principio, se inicia el curativo por las áreas adyacentes, bordes y se termina en el centro o dentro de la lesión. Este principio ayuda a disminuir la ocurrencia de sinergismos de acción de las bacterias que provocan lesiones mayores en las áreas adyacentes, evitando la diseminación de microorganismos en heridas ulceradas, abscesos y deiscencias quirúrgicas y áreas limpias<sup>(11,13,16)</sup>.

En algunas situaciones, por diferentes motivos, contrario a lo que es preconizado en la literatura<sup>(11,13)</sup> hubo contaminación de las pinzas por: manejo inadecuado, ocurriendo el cruzamiento entre ellas; toque de las manos en el campo estéril; levantamiento de las pinzas del centro del campo estéril de manera inadecuada o por no respetar el límite del campo que fue dividido en estéril y no estéril (donde se posiciona la parte de la pinza que tocamos). También se verificó que no se cambiaron los guantes del primero para el segundo tiempo, cuando la ejecución del curativo con guantes fue la opción escogida.

En lo referente a la organización del ambiente, los trabajadores mostraron preocupación con este aspecto, cuando se deshacen de los materiales de manera adecuada no permitiendo que queden desparramados en las enfermarías. Este comportamiento puede ser decurrente del proceso de supervisión de enfermería, en el cual el enfermero detecta con más facilidad problemas relativos a la organización de las enfermarías, como restos de curativos, pinzas fuera de lugar y basura fuera de

posición, y de este modo, el trabajador se empeña en cumplir las actividades satisfactoriamente.

Según el Manual Brasileño de Aprobación, a la Enfermería le cabe entre otros aspectos: identificar, definir, estandarizar y documentar sus procesos; establecer procedimientos; y, medir y evaluar los resultados de procesos<sup>(5)</sup>. Curativos desarrollados de forma inadecuada, o sea, que no atiendan a los principios básicos de asepsia y a la secuencia lógica preconizada comprometen la calidad de la asistencia, una vez que implican en riesgos de infección tanto en el paciente como en el trabajador y pueden retardar el proceso de cicatrización y así prolongar la internación del paciente, aumentando costos.

En este sentido, la realización de curativos por la enfermería representa una importante actividad del proceso asistencial y, la ejecución estandarizada, o sea, que obedezca de forma rigurosa a los principios técnico y científicos y de interacción entre el profesional y el usuario, contribuirá para la calidad de la atención ofertada por la institución.

La adopción de protocolos y el desarrollo/ implementación de procesos de entrenamiento que capaciten, tanto enfermeros como a los demás miembros del equipo para ejecución de este procedimiento posibilitan mejorar el desempeño profesional y, por consecuencia, asegurar determinados estándares cuantitativos y cualitativos de la asistencia a la salud<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSIONES

La ejecución del procedimiento fue satisfactoria en la fase de preparación de los curativos para los pacientes en grados III y IV, 73% y 75% respectivamente; también en la fase de ejecución, en los pacientes en grados I, III y IV (70%, 71% y 75%);

en tanto que para el grado II el porcentaje de positividad fue de 69% muy próximo al parámetro establecido; finalmente, en la fase de organización de la unidad en todos los grados el IP obtenido fue  $\geq 70\%$ .

Sin embargo, en algunos ítems la positividad no llegó a lo esperado, entre ellos: la comunicación con el paciente; la verificación del plazo de validez de los materiales; el respeto a la secuencia lógica de desarrollo del procedimiento y a los principios de asepsia. Estos resultados señalan que la realización del curativo, en la unidad seleccionada, puede elevar los riesgos de infección, comprometiendo el proceso de cicatrización y de recuperación de la integridad de la piel del paciente, exigiendo así mayor permanencia en el hospital. Tales aspectos muestran la necesidad de mejorar la supervisión del trabajo por parte de los enfermeros de la unidad, que desarrollada conjuntamente con los demás miembros de el equipo contribuirá para mejorar el desempeño de los trabajadores y asegurar la calidad de los procesos asistenciales.

Entre las limitaciones del estudio se apuntan la ausencia, en el instrumento de recolección de datos, del ítem sobre el método de limpieza de la herida, el cual no fue identificado por los jueces; también el registro de la ejecución del procedimiento quedó comprometido en el prontuario, elementos que también pueden interferir en la calidad. Destacamos también la escasez de estudios que evalúan procedimientos por medio de la observación directa adoptando índices para mensurar la calidad, lo que dificultó la comparación de los resultados con la literatura.

También se destaca que la técnica de observación con base en un *check list* corresponde a un estándar de calidad de ejecución del procedimiento estudiado, y podrá convertirse en un instrumento valioso para la enseñanza, para la administración de servicios de salud y para otras investigaciones, orientando la práctica de los enfermeros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malik AM, Schiesari LM. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002 (Série Saúde & Cidadania).
2. Braz MG. Indicadores de qualidade na assistência domiciliar: Uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho. PRONEP 2002; 1-14.
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

4. Silva LM, Formigli LA. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994 janeiro-março; 1(10):80-91.
5. Organização Nacional de Acreditação. [Homepage na internet]. Brasília: Anvisa; Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares. [acesso 31 julho 2006]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/acreditacao/manual/glossario.pdf>
6. Lunardi VL, Malheiro AD, Caurio DP, Lunardi WD, Chaplin MJ. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. Rev Gaucha Enfermagem 2000 julho; 21(2):125-40.

7. Peduzzi M, Anselmi ML. Os pressupostos, o desenho e os resultados da pesquisa de avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. In: Castro JL, organizadora. Profae: Educação profissional em saúde e cidadania. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2002. p.151-64.
8. Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: Avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):299-304.
9. Peduzzi M, Anselmi ML, França I Junior, Santos CB. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. Rev Saúde Pública 2006; 40(5):843-50.
10. Ribeiro CMM. Dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, nas salas de curativo de uma unidade de saúde de Ribeirão Preto-SP. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
11. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo (SP): Atheneu; 2003.
12. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência da assistência de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2000 abril; 8(2):74-82.
13. Mussi NM, Ohnishi M, Utyama IKA, Oliveira MMB. Técnicas fundamentais de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1996.
14. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiros. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
15. Bryant AR. Acute and Chronic wounds nursing management international association for enterostomal therapy. St. Louis: Mosby Year Book; 1992.
16. Borges EL, Saár SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. Belo Horizonte (MG):Coopemed Editora Médica; 2001.
17. Universidade Estadual de Campinas (SP). Grupo de Estudos de feridas: tratamento de feridas. Campinas (SP): UNICAMP; 1999.
18. Withney JD, Wickline MM. Treating chronic and acute wounds with warming: Review of the Science and Practice Implications. JWOCN 2003 July; 30(4):199-209.
19. Rosenthal VD, McCormick RD, Guzman S, Villamayor C, Orellano PW. Effect of education and performance feedback on handwashing: the benefit of administrative support in Argentinean hospitals. AJIC 2003; 31(2):85-92.
20. Pittet D. Hand hygiene: improved standards and practice for hospital care. Current Opinion Infect Dis 2003; 16(4):327-35.