



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



**SATISFACCION SEGÚN PERCEPCION DE LOS PADRES
Y CUIDADO ENFERMERO AL NIÑO CON INFECCION
RESPIRATORIA AGUDA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO
DICIEMBRE 2012**

Tesis para Optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Marky Bazán, Giuliana Andrea

LIMA- PERU

2013

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

**SATISFACCION SEGÚN PERCEPCION DE LOS PADRES
Y CUIDADO ENFERMERO AL NIÑO CON INFECCION
RESPIRATORIA AGUDA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO
DICIEMBRE 2012**

Asesora: Lic. Monica Patricia Lias Cuervo

LIMA- PERU

2013

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios y a mi familia por siempre guiar mi camino y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante durante toda mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padre Mario, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre, apoyándome en cada etapa de mi vida y le agradezco por enseñarme a ser perseverante.

A mi madre Carmen, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importarle nuestras diferencias de opiniones; sé que está orgullosa de la persona en la cual me he convertido.

A mi hermana Karina por ser mi mejor amiga y confidente, por aconsejarme siempre a luchar por mis sueños.

A mi asesora Lic. Monica Lías Cuervo por depositar su confianza en este trabajo de investigación, su paciencia y orientación hicieron posible culminar con éxito la última etapa de mi formación profesional, por ser mi amiga y tener las palabras exactas y precisas cuando más lo necesite

A mi hermanita Rosa María y a mi angelito que están el cielo que me cuidan y protegen siempre.

A mis amigas (Katty, Magaly, Ana Belén, Mabel, Yelitza, Cindy, Lupita y Andrea) por todo su apoyo en los momentos difíciles de mi vida por tener siempre una confianza en mí y no dejarme sola cuando más los necesite siempre estuvieron allí para mí.

A la Lic. Dolly Sarmiento Bedoya y Srta. Marisol Atúncar Quispe por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles y enseñarme que los problemas te ayudan a crecer y te hacen más fuerte.

RESUMEN

Introducción: Según MINSA, las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años generan una alta demanda de los servicios de salud, siendo asistidos en hospitales nacionales como HNDM, uno de los principales indicadores en salud es la calidad de atención, donde el eje central es la satisfacción, pese a los esfuerzos del equipo de enfermería por brindar un mejor servicio, los usuarios refieren insatisfacción indicando que existe poca interacción-comunicación con ellos y el niño. **Objetivo:** Determinar la satisfacción según percepción del padre y cuidado enfermero al niño con IRA en el HNDM. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo; con una muestra probabilística de 110 padres y 15 enfermeras evidenciado en siete oportunidades el cuidado. Se aplicó el cuestionario a los padres y una lista de observación a las enfermeras, ambos sometidos a evaluación de la validez ($p < 0,05$) y confiabilidad ($p > 0,60$). Se realizó la prueba de Estanino para obtener el valor final de ambas variables satisfacción (alto, medio y bajo) y cuidado (bueno, regular y malo). **Resultados:** Se encontró que el 58.18% manifestó un nivel de satisfacción media, el 26.36% satisfacción baja y el 15.45% tiene un nivel de satisfacción alta. Respecto al cuidado enfermero el 38.18% aplica un cuidado regular, el 31.82% bueno y el 30% es malo. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de los padres manifestaron un nivel de satisfacción de medio a bajo y el cuidado enfermero se observa de regular a bueno, pero destaca en menor proporción la dimensión humano.

Palabras claves: Satisfacción, cuidado enfermero, padre de familia, niño con IRA

ABSTRACT

Introduction: According to MOH, acute respiratory infections in children under five years generated a high demand for health services, being assisted in national and HNDM hospitals, major health indicators is the quality of care, where the focus is satisfaction, despite the efforts of the nursing staff by providing better service, refer users dissatisfaction indicating that there is little interaction-communication with them and the child. **Objective:** To determine the perception of satisfaction as father and child nursing care in the HNDM ARF. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional and quantitative approach, with a probability sample of 110 parents and 15 nurses evidenced care seven times. The questionnaire was administered to parents and a watch list for nurses, both underwent validity assessment ($p < 0.05$) and reliability ($p > 0,60$). Test was conducted to obtain the value stanine end of both variables satisfaction (high, medium and low) and clean (good, fair and poor). **Results:** We found that the 58.18% reported average satisfaction level, the low satisfaction 26.36% and 15.45% have a high satisfaction level. Regarding the 38.18% nursing care applies regular care, the 31.82% good and 30% bad. **Conclusions:** The highest percentage of parents reported satisfaction level from medium to low and nursing care shows fair to good, but points to a lesser extent the human dimension.

Keywords: Satisfaction, nursing care, father, children with ARI

INTRODUCCION

La presente investigación permite promover investigaciones acerca de conocer la satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero; debido a que los usuarios y familiares cada vez aumentan sus quejas respecto a los cuidados que brinda el personal de enfermería, no debemos olvidar que los enfermeros estamos comprometidos con una práctica profesional que defienda a la persona, usuarios, familia y comunidad, responsabilizándose por ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven, considerándose sus diversas experiencias en salud, yendo más allá del simple cumplimiento de tareas rutinarias dirigiendo nuestra práctica hacia nuevos estilos de gestión, centrados en el cuidado personalizado e integralizado del usuario, paralelo a los planes de cuidados estandarizados fundamentados en el desarrollo científico y tecnológico; pero sobre todo, interactivo, humanístico y vivo.

Esta tesis es presentada a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma, se incluye en el primer lineamiento de investigación Gestión del cuidado de enfermería, que aborda el uso de los saberes tecnológicos en salud, que Menhry (1997) clasifico en tecnologías duras, leves-duras y leves, haciendo referencia la primera a los equipos

tecnológicos de tipo maquinarias, equipos, normas, estructuras organizacionales y otras; la segunda aborda la epidemiología, psicoanálisis y otros, finalmente, la tercera aborda la importancia de la relación profesional-usuario, denominada tecnología de la relación, que rescata la visión integral del ser humano en su esencia en el cuidado, bajo su propia historia, producto del contexto económico, social y cultural, con saber y hacer del autocuidado.

A su vez dicha Línea de Investigación se sustenta en el Documento Técnico Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud (PESEM) 2008-2011, donde el problema de Gestión más importante es el referente a los recursos humanos. Según Lineamientos de Políticas en Salud 2007-2020 (PGNS) corresponde al 3° Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los Servicios de Salud.

Además esta investigación consta de cinco capítulos:

Capítulo 1: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y limitación

Capítulo 2: Antecedentes internacionales, antecedentes nacionales, base teórica, definición de términos y variables

Capítulo 3: Definición operacional de variables, tipo de investigación y diseño, lugar de ejecución, universo, selección, muestra y unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, aspectos éticos y análisis de datos

Capítulo 4: Resultados y discusión

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones

Y por último referencias bibliográficas y anexos.

ÍNDICE

CAPITULO 1:PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 Justificación	16
1.5 Limitación	18
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	19
2.1 Antecedentes Internacionales.....	19
2.2 Antecedentes nacionales.....	22
2.3 Base teórica.....	27
2.3.1 Satisfacción.....	27
2.3.2 Cuidado enfermero.....	38
2.3.3 Enfermería	41
2.3.4 Teorías de enfermería	45
2.4 Definición de términos (Palabras clave).....	56
2.5 Variables.....	56
3.1. Definición Operacional de variables	57
3.2 Tipo de Investigación	58
3.3. Diseño de investigación	59
3.4. Lugar de ejecución de la investigación.....	59
3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis	60
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	61
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos para control de calidad de datos	61
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	62

3.9. Aspectos éticos.....	63
3.10 Análisis de datos.....	64
CAPITULO IV:RESULTADOS Y DISCUSION.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discusión.....	72
5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
ANEXOS.....	94

CAPITULO 1:PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) a nivel mundial se presentan como uno de los principales problemas de salud en los niños menores de cinco años y se considera una de las primeras causas de morbilidad -mortalidad en ellos. Cada año esta enfermedad causa la muerte de 3,6 millones de niños y esta situación es mucho más aguda en los países en vías de desarrollado.¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las IRAS son uno de los problemas de salud pública más importantes para la población infantil y la Guía de Investigación de brotes IRAS e Influenza (MINSa) manifiesta que esta enfermedad constituye la primera causa de consulta externa y emergencias en los servicios de todo nivel lo que ocasiona saturación de los sistemas de salud así como pérdidas escolares y laborales.²

En toda América, las IRAS se encuentran dentro de las cinco primeras causas de defunción en los menores de cinco años y representan el primer motivo de enfermedad y consulta en los establecimientos de salud por reportes epidemiológicos en todos los niveles de atención.

Así pues la neumonía es responsable del fallecimiento de niños entre el 85 y 90% de los casos, lo que representa 150.00 muertes anuales de niños menores de cinco años en esta región.³ En Estados Unidos se observa que la incidencia de IRAS es de 3 a 6% de casos por persona al año, las cifras más elevadas se dan en niños menores de cinco años en 6.1 a 8.3% anual y la morbilidad por esta enfermedad justifica un 30 a 50% de ausentismo laboral en los adultos y un 60 a 80% de ausencias escolares, con la consiguiente manifestación negativa en ellos.²

En Bogotá el boletín epidemiológico trimestral (2011) estima que 4,5.000.000 de niños entre 1 y 4 años mueren cada año, casi la tercera parte son por IRA y aproximadamente el 3,6% de la población general presenta algún evento respiratorio, por el cual ha tenido que recibir atención médica en instituciones de salud. ⁴ Según el Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SIVILA-SNVS-Argentina) en el año 2011 reporto 69.983 casos de IRA, registrándose un promedio de 3.300 casos por semana y 36 1883 casos de bronquitis en menores de dos años.⁵

Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela) entre Enero a Febrero de 2012, la principal causa de consulta es IRA en un 70, 91 % con un total de 173, 428 casos y la tasa de incidencia más elevada se registra en la población menor de 7 años, observándose que el mayor riesgo en este grupo corresponde a la población menor de 1 año, presentándose similar situación en países de Latinoamérica y acentuándose en los de menor desarrollo.⁶

Según MINSA, las IRAS en menores de cinco años generan una alta demanda de los servicios de salud y están asociadas a factores de riesgo.

En Perú cada año se reporta 3 millones de episodios de IRAS representando una tasa de 10167 episodios /10 mil menores de cinco años.⁷

Según estimaciones de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011) el 17,8 % de menores de tres años han tenido un episodio de IRA. En el área urbana se observa una disminución de 0,9% (18,0% a 17,1%) y un incremento de 0,4% en el área rural (18,7% a 19,1%), las IRAS en los niños menores de tres años fue mayor en la región Selva 24% que en la Costa 17,6% y Sierra 15,1% proporción que respecto a ENDES 2010 disminuye en 0.4%, 0.5% y 0.7 % ⁸

En nuestro país, uno de los principales indicadores en salud es la calidad de atención como derecho ciudadano, en donde el eje central de la atención es la satisfacción del usuario promoviendo la eficiencia, eficacia y humanidad en los servicios, aumentando así la cobertura y calidad; basado en uno de sus principales lineamientos de salud: “Priorizar y consolidar acciones basadas en la atención integral, haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud, tratando de disminuir riesgos y daños de los usuarios sobre todo de niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, así también emanados de los enfoques internacionales que orientan a reconocer la salud como derecho humano y su disfrute como condición inalienable e independiente de cualquier barrera y obstáculo que lo limite, reconociendo la calidad como característica intrínseca a este derecho”⁹

Según el documento técnico de Política Nacional de Calidad en Salud (MINSa) refiere que la gestión de la calidad es uno de los principales retos para todo sistema de salud, habiendo logrado un adecuado desarrollo y cuentan para ello con recursos, observándose signos de creciente preocupación por la calidad de atención brindada.

Esta situación es mucho más compleja en el sistema de salud de menor recurso, como es el caso de los hospitales del MINSa, donde en primer lugar se tienen que construir propuestas que orienten el desarrollo de la calidad de manera integral, eficaz y sostenible, esto obliga al MINSa a formular políticas públicas que orienten el comportamiento de las organizaciones de salud y demás actores hacia la mejora de la calidad de atención para que los usuarios se sientan satisfechos con el servicio recibido, evidenciado por la calidad.¹⁰

Para los organismos internacionales y nacionales es una preocupación en el sector público enfrentar realidades muy parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio, los usuarios siguen manifestando insatisfacción

por la atención que reciben, indicado en diversos estudios que revelan que el personal de salud, sobre todo de enfermería está omitiendo elementos sustanciales en la atención, principalmente en la relación enfermera-paciente, no consideran a la familia en lo preventivo – promocional, siendo un indicador para evaluar la intervención del cuidado, lo que proporciona información sobre la calidad percibida en diferentes aspectos, teniendo que reevaluarse la calidad del servicio de salud, lo que se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas de la persona.

Es por ello que la calidad de los servicios de enfermería, se determina como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, de acuerdo con los estándares de calidad para que el profesional de enfermería brinde un cuidado competente y responsable con el único propósito de lograr la satisfacción de los usuarios, la enfermera es aquella persona que identifica cuales son las necesidades y expectativas de los usuarios, ya que la calidad y el cuidado de enfermería generan impacto en la satisfacción del usuario, cubrir sus necesidades es función del equipo de salud, pero recae la mayor

responsabilidad en el personal de enfermería, ya que son quienes realizan cuidados directos por más tiempo que cualquier otro trabajador de salud.¹¹

La enfermera debe tener en cuenta que el paciente y su familia son seres bio, psico, social y espiritual únicos, por lo tanto, la relación interpersonal con el paciente y familia juega un papel decisivo en su recuperación, pues no solo se deben interpretar signos y síntomas o la expresión verbal del usuario, sino ser empáticas con una capacidad de reconocer y hasta cierto punto compartir las emociones y estados psicológicos de los usuarios, comprendiendo la significación de su conducta para cumplir las demandas del paciente y familia, sobretodo en personas que no tienen la capacidad de expresar lo que desean

(menores de edad y personas con imposibilidad física y mental) de esta manera el cuidado que brinda la enfermera debe ser con calidad y calidez (trato humanizado) que al ser observado por los padres permiten generar satisfacción.¹²

Durante la estancia hospitalaria de un familiar se observa que las enfermeras se acercan mayoritariamente para realizar procedimientos (administración del tratamiento, control de funciones vitales, procedimientos invasivos) y el tiempo dedicado a la interacción enfermera / paciente y familia para la educación y apoyo emocional es poco. Al interactuar con los padres de familia y preguntarles ¿Cómo era el cuidado que brindaba la enfermera? Mencionaron “las enfermeras de mayor edad son malas, no tienen paciencia con nuestros niños, cuando lloran nos gritan, cuando le preguntamos por la salud de nuestros hijos muchas veces nos dicen esperen un rato y ya no vuelven o nos contestan de mala manera”.

Según la dotación de personal por grado de dependencia del CEP en Hospitales de Nivel III- I como el Hospital Nacional Dos de Mayo (Sala de San Camilo) la población total de enfermeras para este servicio debe ser de 17,

siendo la asignación de acuerdo a Normas Establecidas mayor en 18% más.

Al interactuar con las enfermeras algunas refieren que la demanda de pacientes es cada vez mayor y que el número de personal en el servicio se mantiene, por lo cual se plantea la siguiente formulación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo, diciembre 2012?

1.2 Formulación del problema

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción según percepción de los padres

y cuidado enfermero al niño con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo, diciembre 2012?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo, diciembre 2012.

1.3.2 Objetivos específicos

-Identificar la satisfacción según percepción de los padres en cuanto a la dimensión técnico-científico

-Identificar la satisfacción según percepción de los padres en cuanto a la dimensión interpersonal

-Identificar la satisfacción según percepción de los en cuanto a la dimensión entorno.

-Analizar el cuidado enfermero al niño con IRA teniendo en cuenta la dimensión humana

-Analizar el cuidado enfermero al niño con IRA teniendo en cuenta la dimensión oportuna

-Analizar el cuidado enfermero al niño con IRA teniendo en cuenta la dimensión continua

-Analizar el cuidado enfermero al niño con IRA teniendo en cuenta la dimensión segura

1.4 Justificación

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de cinco años por ser una de las primeras causas de morbi-mortalidad, presentadas con estadísticas epidemiológicas elevadas en nuestro medio, ocasionando problemas no solo para el paciente y familia sino para el sistema de salud. Si

bien la problemática no es novedosa, pero sigue siendo actual por la prevalencia de IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde estos casos son muy comunes en la sala de San Camilo-Pediatría durante todos los meses del año. Esto origina hospitalizaciones que se relaciona con el índice de satisfacción del usuario que es bajo, lo que difiere de sus expectativas que no se ven satisfechas, no solo por la logística institucional, sino sobre manera por el recurso humano en servicio evidenciado en el cuidado.

Enfermería como componente del equipo de salud, es una de las profesiones que más se aboca al cuidado integral de la persona, implicando en ello no solo el conocimiento técnico-científico, sino también la integralidad de esta como ser humano. Así la enfermera ofrece su atención en todas las etapas de la vida a través del cuidado aplicando para ello el proceso y la ciencia de enfermería, dando la atención a la persona, familia y comunidad, poniendo énfasis en las necesidades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona; encontrando que la falta de cuidado en una de

estas fases origina insatisfacción por la necesidad no cumplidas y manifestadas por el usuario a través de quejas o reclamos. El presente trabajo de investigación es importante porque proporcionara a la Institución hospitalaria datos actuales sobre satisfacción de los padres de niños con IRA así como del cuidado enfermero al niño hospitalizado. Estos resultados permitirán a las autoridades y al profesional de enfermería reevaluar los componentes de la satisfacción y del cuidado brindado, además los aspectos que debe potencializar; enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones. Cabe señalar que es de importancia que el personal de salud no solo cuente con infraestructura adecuada a los requerimientos, sino que se reconozca el trabajo desempeñado a través de gratificaciones y reconocimientos al personal por parte de la Institución; lo que permite según

teorías modernas en potencial humano trabajar con mayor dedicación y motivación practicando la empatía, paciencia y comprensión con los usuarios y familia en aras de la satisfacción de ellos.

1.5 Limitación

El trabajo de estudio tuvo como limitación que algunos profesionales de la salud no deseaban ser partícipes del estudio, por ello se planteo que el estudio sea confidencial y que pase por el comité de ética del hospital para así poder realizarlo.

- El trámite del permiso para la prueba piloto se realizo en el Institutito Nacional de Salud del Niño, que se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud, fue muy engorroso por la cual hubo demora en la realización del trabajo.
- El financiamiento para la investigación estuvo bajo la responsabilidad de la investigadora siendo insuficiente los recursos en algunos aspectos del proceso.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Internacionales

Torres-Contreras Claudia, Buitrago-Vera Marcela. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados en un Instituto Prestador de Salud (IPS), Colombia 2011 el objetivo de este estudio fue determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología, el tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal; se calculo un tamaño de muestra de 75 pacientes con un porcentaje esperado de 70% en percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos, con un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 80%, una probabilidad de cometer error tipo 1 del 5% y un 8% de no participación. Se aplico el cuestionario de percepción de la calidad del cuidado de enfermería (CUCACE); el cual se utiliza para recoger datos de pacientes individuales. Resultados: Los pacientes del estudio estuvieron conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia. La valoración de los pacientes sobre el cuidado recibido por enfermería en general fue excelente con un porcentaje de 58,7%, seguido de muy bueno con 29,3%, bueno con 10,7% y regular con 1,3%.

Se obtuvo una puntuación media de 80,4 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 82,7% para la dimensión de la satisfacción con los cuidados. Conclusiones: El proceso y desarrollo de esta investigación demostró que el cuestionario de percepción de la calidad del cuidado de enfermería, CUCACE en sus dos dimensiones de experiencia y satisfacción de los cuidados fue asimilado fácilmente por los pacientes hospitalizados en el área oncológica de la FOSCAL, siendo entendible y comprensible, con un buen nivel de confiabilidad lo cual lo hace adecuado para la evaluación de la satisfacción y la experiencia del paciente hospitalizado y así medir la calidad del cuidado brindado por enfermería.¹³

Ramos-Frausto VM, Rico Venegas RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización, México 2010, el objetivo de este estudio fue evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de enfermería, el tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo de corte transversal, durante los meses de mayo y junio del 2010, el tamaño de la muestra se determinó considerando un nivel de confianza de 0,5 con una potencia de prueba del 95% que dio un tamaño de muestra de 153 participantes. Resultados: Con respecto a la atención de enfermería se analizaron para determinar si existía alguna asociación entre las diferentes variables, determinando que no existía asociación significativa, en este hospital se presentó 23,5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas, iniciando con la oportunidad del 4,12%, la amabilidad un 4,24% en el proceso de atención 4,31%, el resultado de la atención, señalando un 4,47% con respecto a la relación enfermera-paciente, de igual forma se encontró un 4.69% con respecto a la información otorgada sobre su cuidado 4,25%.

Encontrando en la comodidad otorgada al paciente el 3,68% se observó que el índice afectado es la atención en la comodidad. Conclusiones: El cuidado de enfermería puede percibirse en la respuesta humana del paciente y familiar acompañante, ellos esperan un trato digno por todo el personal multidisciplinario de salud, es por eso que debemos estar alertas a proporcionar cuidados de calidad al paciente y esto se ve reflejado en la satisfacción del familiar. Las dimensiones de amabilidad, trato personal y oportunidad o tiempos largos de espera por la atención, tienen un alto porcentaje de modificar la percepción del familiar.¹⁴

Morales-Gonzales Cristhian Giovanni. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una Institución de primer nivel de atención en salud, Colombia 2009, el objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud en Mistrato, Risaralda durante los meses de febrero-abril, el presente estudio fue descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 20 pacientes atendidos en el servicio de urgencias y el instrumento utilizado fue el cuestionario CARE-Q diseñada por Patricia Larson, constituida por 46 preguntas cerradas con una confiabilidad del 0,88 a 0,97%. Resultados: De la población global encuestada, el 60% de los pacientes manifestó un nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, seguidos con un 25% quienes tienen un nivel de satisfacción alto, y el 15% restante consideran que es bajo. Con relación a las características socio-demográficas se determino que de los veinte pacientes encuestados en el servicio de urgencias, 7 son hombres con un 35% y 13 son mujeres con un 65% respectivamente, la edad oscila entre los 20 y 30 años con

un 50%, seguido de pacientes de 30 y 40 años con un 35% y los de menor porcentaje son los pacientes mayores de 40 años con un 15%, respectivamente Conclusiones: Los pacientes manifiestan un nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, están a gusto con la atención brindada por el personal de enfermería, en la parte asistencial y toda actividad que planea la o el enfermero para ofrecer un servicio de salud eficaz y eficiente. El cuestionario CARE-Q hace el análisis individual de las categorías encontrándose la accesibilidad la cual obtiene el mayor nivel de satisfacción frente al cuidado de enfermería con un 45% y en contraposición se encuentra la categoría explica/facilita, conforta y se anticipa; estas obtuvieron el nivel de satisfacción mas bajo con un 35%.¹⁶

2.2 Antecedentes nacionales

Álvarez –Torres Silvana Galia. Calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de satisfacción del adulto mayor en el Servicio de Hospitalización de Medicina del Hospital III, de Emergencias Grau, Lima 2011, el objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre la calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de satisfacción del adulto mayor en el servicio de medicina interna, el tipo de este estudio fue de enfoque cuantitativo y corresponde a una investigación descriptiva transversal correlacional, la población estuvo conformada por 8 enfermeras asistenciales en cada servicio que están en forma rotativa y el número de pacientes estará constituida por 93 pacientes adultos mayores, la muestra de enfermeras y pacientes serán el 100% de los pacientes que permanecieron hospitalizados en el servicio durante un mes. Para la recolección de datos se utilizo la entrevista estructurada con previo consentimiento informado del paciente. Resultados: Se observó que el 51.6% de los pacientes percibieron la calidad del cuidado que brinda la

enfermera en un nivel regular, el 26,8% manifestaron insatisfacción en la atención del servicio de medicina, asimismo, se evidencio que el 18,2% se mostro poco satisfecho en la atención brindada. Conclusiones: Se obtuvo que los pacientes adultos mayores no estuvieron satisfechos con los cuidados brindados de la enfermera. En relación a la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina es de regular a bueno debido a que el paciente manifestó que el personal de enfermería no establece una buena relación enfermera-paciente. En cuanto a la calidad de los cuidados en la dimensión entorno brindado por la enfermera, se obtuvo que el mayor porcentaje de los pacientes adultos mayores lo perciben como regular y la mayoría de ellos estaban insatisfechos. En cuanto a la calidad de los cuidados

en la dimensión entorno brindado por la enfermera; fue percibido por el mayor porcentaje de los pacientes como malo.¹⁷

Tomay Quispe- Huamani Nelly. Percepción del paciente hospitalizado con VIH/SIDA sobre el cuidado de enfermería en el Servicio de Medicina Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2011, el objetivo de este estudio fue determinar la percepción del paciente hospitalizado con VIH/SIDA sobre el cuidado de enfermería en el mes de noviembre, el diseño metodológico fue descriptivo de corte transversal y de enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por 135 pacientes con VIH/SIDA, se tomo una muestra no probabilística de 36 pacientes, se utilizo como técnica la entrevista encuesta y observación, teniendo como instrumentos el cuestionario y la lista de cotejo, el cuestionario consta de 20 preguntas con respuestas tricotómicas tipo Likert a la población con VIH /SIDA y lista de cotejo con 16 ítems de respuestas cerradas dicotómicas aplicadas a las enfermeras. Resultados: Respecto a la percepción del paciente hospitalizado con VIH/ SIDA sobre el cuidado de enfermería el

41,67% (15) tuvieron una percepción medianamente favorable, el 38,89% (14) favorable y el 19,4% (7) una percepción desfavorable y en cuanto al cuidado de enfermería el 46,67% (21) brindaron un cuidado regular, el 37,78% (17) se observa como bueno y el 15,56% (7) como malo. Conclusiones: Se concluye que el cuidado que brinda la enfermera es medianamente favorable, la atención es percibida por los pacientes en cada uno de los momentos desde el primer contacto que la enfermera establece con el paciente, empezando por el saludo cordial, tono de voz, gestos en cuanto al trato humano existe interés por el cuidado, pero falta de escucha, ya que estos pacientes tienen necesidad de afecto y apoyo emocional y están conscientes que el profesional de enfermería puede dársela¹⁸

Moreno Cabello Viviana Elida. Nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2009 el objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico durante los meses de Febrero y Julio, el presente estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, se aplicó el método descriptivo de corte transversal, la técnica de recolección de datos utilizado fue la entrevista y el instrumento, un cuestionario tipo Likert modificado, la población conformada por 60 padres de familia o acompañante de los pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados en el servicio de emergencia (estancia hospitalaria mayor de 24 horas), el procesamiento de los datos se realizó mediante la asignación de valores para luego ser codificados y llevados a un paquete estadístico Excel. Resultados: Se obtuvo de un total de 60 padres de familia o acompañante entrevistados, 60% refieren nivel de

satisfacción medio, seguido de un 33% con un nivel de satisfacción alto, con respecto a la dimensión valoración de la Atención de Enfermería se obtuvo 43% con un nivel de satisfacción medio, seguido de un 40% con un nivel de satisfacción alto y un significativo 17% con un nivel de satisfacción bajo, con respecto a la dimensión interpersonal el 53% presenta un nivel de satisfacción medio, seguido de un 40% con un nivel de satisfacción alto y un mínimo 7% con un nivel de satisfacción alto, el 23% con un nivel de satisfacción medio y un mínimo 4% de un nivel de satisfacción bajo. Conclusiones: Se establece un nivel de calidad de atención de enfermería medio, percibida por los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el servicio de emergencias del INEN, con respecto a la dimensión de valoración de la atención de enfermería se evidencia un nivel de calidad medio, existe un nivel medio con tendencia a alto con respecto a la dimensión interpersonal y un alto

nivel de calidad de atención de enfermería con relación a la dimensión de conocimiento.¹⁹

Zavala- Lizaraso Gloria Isabel. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2009, el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera, el diseño metodológico fue descriptivo y de corte transversal, se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de Lickert, se aplicó en forma personal a cada paciente adulto mayor por parte de la investigadora. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes adultos mayores que se encuentran hospitalizados en los servicios de medicina. Resultados: De un total de 60 (100%) de pacientes adultos mayores encuestados, el 25(42%) tienen un nivel de satisfacción medio con

tendencia a bajo, 15(25%) tienen un nivel de satisfacción bajo y 5(8%) tienen un nivel de satisfacción alto. Respecto al nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre los cuidados de estimulación que brinda la enfermera se observó que 32(53%) tienen un nivel de satisfacción bajo, 21(35%) tienen un nivel de satisfacción medio y 7(12%) tienen un nivel de satisfacción alto, sobre los cuidados de confirmación se observa que 28(46%) tiene un nivel de satisfacción medio, 22(37%) tienen un nivel de satisfacción bajo y 10(17%) tienen un nivel de satisfacción alto, sobre los cuidados de consecución y continuidad 33(55%) tienen un nivel de satisfacción alto, 19(32%) satisfacción medio y 8(13%) satisfacción bajo, sobre los cuidados para resguardar la auto imagen del paciente 28(45%) tienen un nivel de satisfacción medio, 22(37%) satisfacción bajo y 10(17%) satisfacción alto, sobre los cuidados de sosiego y relajación 25(42%) tiene un nivel de satisfacción medio, 20 (33%) satisfacción alto y 15(25%) satisfacción bajo y finalmente sobre los cuidados de

compensación 29 (49%) tienen un nivel de satisfacción media, 17(28%) satisfacción bajo y 14 (23%) tienen un nivel de satisfacción alto.²⁰

Jesús-Valle Maritza Inés. Nivel de Satisfacción de los padres de familia sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Neonatología del Hospital Cayetano Heredia, Lima 2008, el objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los padres de familia sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión humana, técnica y entorno. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 padres de familia, la técnica fue la encuesta y el instrumento una escala de Lickert modificada. Resultados: La mayoría de los usuarios, el 62%(31) se encuentran en un nivel medio de satisfacción con la calidad atención que brinda la enfermera y un nivel

bajo el 14%(7) .Conclusiones: Los padres de familia estuvieron satisfechos respecto a la dimensión humana referido a la identificación de la enfermera (uso de fotochek) y el trato con respeto, amabilidad y cortesía. Con respecto a la dimensión técnico científico de la calidad, los ítems están dados por el tratamiento en el horario establecido y la participación en el cuidado del paciente, y los padres de familia estuvieron satisfechos, pero en menor porcentual (66%) con respecto a la dimensión entorno de la calidad de atención recibida por la enfermera en el HNCH en el servicio de neonatología. El ítem relacionado al impacto negativo del nivel bajo de satisfacción fue de 40% de los padres de familia que la enfermera no se identifica por su nombre cuando el usuario ingresa al servicio.²²

2.3 Base teórica

2.3.1 Satisfacción

La satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, ya que sirve como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que a menudo no se encuentran disponibles, se considera que la satisfacción es un indicador blando con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos. Uno de los autores más representativos que habla sobre satisfacción del paciente es Avedis Donabedian “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud” y en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta.²³ç

Cafferata y Roghmann²⁴ han planteado que la satisfacción del paciente es mejor entendida como una entrada (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución.

Para Bárbara Zas (psicóloga) el concepto de satisfacción siempre va estar relacionado con algo o alguien, ya que tiene que ver con algo que se quiere, se espera o se desea y va entrar en relación a la espera de un cierto efecto, la satisfacción lo relaciona con un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no, satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud es un proceso complejo de intersubjetividades porque sólo se puede satisfacer a los

usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos ²³

Desde una perspectiva estadística, Ware definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente, los cuales son accesibilidad de los servicios, disponibilidad de los recursos, continuidad de los cuidados, eficacia de los cuidados, costo de los servicios, humanización de los servicios, información al paciente, acceso a la información, competencia profesional del trabajador de la salud, entorno terapéutico.²⁵

Wolf consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad y calidad de la información que ofrece el personal de salud), afectiva (interés y comprensión que demuestran los trabajadores de salud) y competencia personal (habilidades y competencias clínicas profesional del personal de salud). Otros autores como Feletti, Firman y Sanson-Fisher tras revisar los criterios de Hulka, Wolf y Ware

construyeron un cuestionario de satisfacción que explora diez dimensiones ²⁶, las cuales son: competencia en el dominio emocional, competencia en el dominio físico, competencia en relaciones sociales, médico y enfermera como modelos, cantidad de tiempo en las interacciones médicas y de enfermería, continuidad del cuidado percibido, tipo y calidad de la información, competencia en el examen físico del paciente, percepción del paciente de su atención individual y mutuo entendimiento en la relación enfermera-paciente.

Los autores Kotler y Keller (2006) definen la satisfacción de cliente como: “Una sensación de placer o de decepción que resulta de comprar la experiencia del producto con las expectativas de beneficios previas, si los resultados son inferiores a las expectativas, el cliente queda insatisfecho. Si los

resultados están a la altura de las expectativas, el cliente queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas el cliente queda muy satisfecho.”²⁷

Para el Ministerio de Salud (MINSA) el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica, para los pacientes la calidad va depender de manera principal de su interacción con el personal de salud y atributos como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobretodo de que obtenga el servicio que procura, también se debe cubrir sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.²⁸

Ericksen define el concepto de satisfacción como el acuerdo entre las expectativas de los pacientes cuidados y su percepción de la experiencia actual”; existen factores individuales que influyen en la satisfacción con el

cuidado de enfermería como el sexo, edad, percepción del estado de la salud y número de hospitalizaciones. Para Ericksen, Watz y Strckand en el cuidado de enfermería considera seis dimensiones del cuidado hospitalario, las cuales son:²⁹

a. Arte del cuidado que se enfoca a la calidad de “cuidado” demostrado por el proveedor del cuidado de la salud, las características de satisfacción influyen interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad. Las características negativas son las conductas precipitadas, falta de respeto y causantes de dificultad, dolor, insulto, o preocupación innecesaria, por parte del proveedor del cuidado de salud.

b. Calidad y técnica del cuidado se refiere a la destreza técnica y habilidades de los proveedores en los procedimientos necesarios para el cuidado: habilidad para el cuidado, experiencia, perfección, entrenamiento, poner atención a los

detalles, evitar errores hacer buenas indagaciones, y proporcionar claras explicaciones a los pacientes.

c. El ambiente físico es el medio en el cual se proporciona el cuidado. La satisfacción con el ambiente incluye una atmósfera placentera, sillas confortables, atractiva sala de espera, señales e instrucciones claras, buena iluminación, limpieza y pulcritud.

d. La disponibilidad se enfoca en los aspectos positivos que cuenta una Institución de Salud para conseguir el personal adecuado (enfermería) cuando se necesite y brindar los cuidados adecuados al usuario

e. La continuidad del cuidado se define en términos de entrega del cuidado por el mismo proveedor. Los aspectos positivos se asocian con el seguimiento de las necesidades del paciente por el personal de enfermería de los diferentes turnos.

f. La eficacia/resultados del cuidado en la percepción del paciente a cerca del

cuidado que él esperaba de enfermería. Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en el cuidado y educación para el cuidado en el hogar.

La satisfacción de los pacientes y de sus familiares sobre los cuidados que reciben de enfermería en los servicios de salud, donde uno de los objetivos importantes es brindar al paciente un cuidado que sea efectivo y se preocupe no solo por los problemas de salud, sino por sus problemas personales y sociales, está relacionado directamente con la calidad, ya que esta requiere tiempo, creatividad, compromiso previsión, comunicación con el paciente, respeto, continuidad y efectividad, por esta razón la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería debe ser un proceso continuo y flexible, basado en la percepción de satisfacción del usuario.³⁰ Desde el punto de vista del usuario la satisfacción se deriva de forma directa de la calidad de un servicio, de sus características o de la información que le proporciona y constituye una

información importante acerca del éxito o fracaso del sistema para cubrir expectativas además la satisfacción proporciona una valoración sobre la visión del sistema que tienen sus usuarios, más que sobre la calidad técnica de los mismos, y esto a la vez conduce a situaciones en las que si un sistema de información es percibido por los usuarios como malo, deficiente o insatisfactorio, se construirá para ellos un mal sistema de información.³¹

Beneficios de conseguir la Satisfacción del cliente:

- Un cliente satisfecho, por lo general vuelve a comprar (lealtad)
- Un cliente satisfecho comunica a otros sus expectativas positivas con un producto o servicio
- Un cliente satisfecho deja de lado a la competencia (competitividad)

Elementos que conforman la Satisfacción del cliente:³²

a.El rendimiento percibido: Se refiere al desempeño (en cuanto a la entrega de valor), el cliente considera haber obtenido luego de adquirir un producto o servicio. Tiene las siguientes características: se determina desde el punto de vista del cliente; no de la empresa, se basa en los resultados que el cliente obtiene con el producto, esta basado en las percepciones del cliente, sufre el impacto de las opiniones de otras personas que influyen en el cliente y depende del estado de ánimo del cliente.

b. Las expectativas: Son las esperanzas que los clientes tienen por conseguir algo y por consiguiente se produce por el efecto de una o más de estas situaciones: promesas que se hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto, experiencia de compras anteriores, promesas que ofrecen los competidores. Es importante monitorear regularmente las expectativas de los clientes para determinar si se encuentran dentro de lo que

la empresa puede proporcionales, si están a la par, por debajo o encima de las expectativas que genera la competencia y si coinciden con lo que el cliente promedio espera, para animarse a comprar.

c. Los niveles de Satisfacción, luego de realizar una compra de un producto los clientes experimentan tres niveles de satisfacción, los cuales son:

- Insatisfacción: Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
- Satisfacción: Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.
- Complacencia: Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Satisfacción como Indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios.

Según Donabedian: "Calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recurso de la Institución de acuerdo con los valores sociales imperantes"³³. También hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado.

-Estructura: Engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

-Proceso: Incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza y los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado.

-Resultado: Representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

La OMS define la Calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del usuario” ³⁴ . Para mejorar y mantener la calidad de los servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, el mejoramiento de la calidad no depende de la voluntad y dedición de las personas, sino también de la utilización correcta de los recursos, esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano.

Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Crear, comunicar y comprometerse con los objetivos y propósitos de la empresa, aprender la nueva filosofía a todo nivel organizacional, incorporar las inspecciones dentro del proceso, erradicar principio de a mayor costo mayor calidad, implantar la capacitación permanente, mejora continua, liderazgo, eliminar el miedo y crear confianza e inspirar innovación, alineamiento con los objetivos organizacionales.³⁵ La calidad en los Servicios de Salud es un compuesto de varios atributos o dimensiones tanto objetivas como subjetivas, es importante entender las dimensiones de la calidad para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios. Estos atributos son:³⁶

a.Disponibilidad: Es el grado con que un servicio se salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten.

b.Accesibilidad: Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita

c. Cortesía: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.

d. Agilidad: Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los clientes.

e. Confianza: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el cliente.

f. Competencia: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra

poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al cliente. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del cliente.

g. Comunicación. Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento, esta comunicación entre clientes y proveedores de servicio pueden incrementar la satisfacción de los mismos con la calidad de los servicios y atención hospitalaria recibida.

La deficiencia de la calidad en la atención de los servicios de salud es una de las principales quejas y críticas que reciben las instituciones en nuestro país, dada la percepción que el usuario tiene en estas instituciones, por lo tanto conocer la percepción de los padres de familia es de vital importancia para el sector salud, ya que la enfermera es quien se encuentran en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva-enfermera paciente y con las bases teóricas con las que cuenta para guiar su práctica, ya

que aportan elementos para evaluar, analizar y proponer planes de acción con diferentes teorías y modelos, una de estas teorías es de Imogene King ³⁷, quien anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas se alcanzan las metas y se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos. Utiliza un enfoque orientado hacia una meta en que los individuos interactúan dentro de un sistema social, aportando conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

En la dimensión técnica Donabedian refiere que la enfermera debe aplicar la ciencia y tecnología para rendir el máximo beneficio para la salud del usuario, resolviendo problemas tanto potenciales como reales, de manera que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. Para el Ministerio de Salud ³⁸ la dimensión Técnico-Científica está referida a los aspectos científico-técnicos de la atención de salud. Sus características básicas son:

- Efectividad: Referida al logro de cambios positivos en el estado de salud de la población.
- Eficacia: Referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.
- Eficiencia: Uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias
- Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario

- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

En la dimensión interpersonal Avedis Donabedian afirma que los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en las transacciones paciente–proveedor; y estos valores influyen a su vez en los estilos de los que se usan para manejar las transacciones haciendo que los pacientes participen con la mayor efectividad

en su propia atención. Este tipo de dimensión se refiere a la interacción social entre el paciente y cualquiera de los miembros del equipo multidisciplinario para involucrar una actitud de atención y sentir interés por el paciente, la enfermera al momento que va a brindar sus servicios, tiene que tener en cuenta la práctica de valores y normas, incluye características como la comunicación, dignidad, el trato amable, responsabilidad, dedicar a cada uno el tiempo que necesita durante la atención, saber escuchar y ser clara en la información suministrada respecto de los procedimientos, intervenciones y dudas manifestadas por los pacientes. Según el Ministerio de Salud la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:³⁹

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de el o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo valido para el usuario interno
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención

- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y a los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

En la dimensión entorno según Donabedian refiere que el personal de salud brinda cuidados con los recursos necesarios para que el paciente tenga un grado de comodidad con el servicio otorgado. Por comodidad se entiende todas aquellas características del lugar de prestación de los servicios que hacen la atención de salud conveniente, comfortable, agradable, privada y

deseable; como por ejemplo limpieza-conservación, decoración-señalización, ambientes de descanso, facilidades para alimentarse, comunicarse, relacionarse y resolver problemas ⁴⁰. Según el Ministerio de Salud, la dimensión del entorno de la calidad está referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.⁴¹

Según el colegio de Enfermeros del Perú (CEP) citado en su libro Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero, la calidad se define como la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios y una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.⁴²

Por esta razón la definición de calidad es igual a satisfacción total de los pacientes es decir satisfacer y exceder las expectativas del paciente. La calidad de los servicios de salud se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas de la

persona, de allí que la satisfacción de la persona es uno de los aspectos que determinan la calidad de un servicio.

2.3.2 Cuidado enfermero

Modelo de cuidado de enfermería HANC

El modelo teórico de cuidado de enfermería HANC (Humanismo, ayuda al paciente, necesidad satisfecha y calidad del cuidado está diseñado para el cuidado de pacientes con problemas críticos de salud. Este tipo de modelo se basa en el enfoque filosófico del humanismo, el cual toma mucha importancia al

valor y la naturaleza humana, desde este enfoque se menciona que el cuidado de enfermería se va brindar a un ser pluridimensional, ya que el niño con infecciones respiratorias se encuentra en condiciones críticas que va requerir necesidades integrales, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.⁴³

El cuidado de enfermería a un niño con infección respiratoria requiere una comprensión afectuosa y de ayuda dando siempre respuestas a la satisfacción de las necesidades que se requiera, además de establecer de manera continua relaciones significativas con el niño con IRA y con los padres de familia. Se precisan cuatro dimensiones: ética, científico – clínica, relación interpersonal y percepción, a partir de los cuales se construyen los indicadores de la calidad del cuidado de enfermería⁴⁴

a. Dimensión científico – clínica: Se encuentra referido a la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos propios del saber de enfermería. La utilización de esta dimensión implica que la enfermera tiene que ser reflexiva, analítica y crítica, es decir buscar conservar el estado de salud del individuo para poder identificar cuáles son sus necesidades. Es de suma importancia que la enfermera sepa aplicar el método científico en el saber y quehacer. Uno de los procesos que se aplican en esta dimensión es el administrativo, en el cual

se encarga de gestionar el cuidado mediante la planificación, organización dirección y control. La enfermera de la Sala de San Camilo siempre tiene que utilizar la evidencia científica en la resolución de problemas para brindar cuidados eficientes y de alta calidad.

b. Dimensión interpersonal: Se encuentra referido a la habilidad que desarrolla la enfermera para establecer relaciones interpersonales positivas. Uno de los aspectos más importantes son las relaciones interpersonales como esencia

misma del ser humano que convive con otro, la cual va permitir conocer a los demás y a sí mismo. La relación interpersonal se define como el desarrollo de una relación de ayuda –confianza entre la enfermera y el niño con IRA , siendo de mucha importancia para la asistencia transpersonal Cuando existe una relación de confianza promueve la expresión de sentimientos positivos y negativos, la cual implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz, la empatía se define como una capacidad de experimentar y por lo tanto comprender los sentimientos de la otra persona en este caso del niño con IRA , el afecto no posesivo se demuestra mediante el uso de un tono moderado a la hora de hablar, un gesto relajado y abierto y expresiones faciales congruentes con otros, que se encuentran centrados en la satisfacción de las necesidades y expectativas del niño con IRA y los familiares.

Según el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) en el año 2008 refiere que el cuidado constituye el foco principal del profesional enfermero y que la calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutoria y a la normatividad legal existente.⁴⁵ Según la teoría de

HANC ^{44,46} las características que debe tener una atención directa son:
(Humana, oportuna, continua y segura)

- Atención humana: Se refiere a la capacidad que tiene la enfermera para que el paciente (niño con IRA) pueda sentirse respetado y tratado como ser humano (que se respete derechos y privacidad). También se encuentra en relación con la identificación del paciente, llamarlo por su nombre y no por el número de cama.

Uno de los aspectos más importantes es el respeto por la autonomía, la cual se define como la capacidad de autogobierno, es decir la libertad de decidir por sí mismo, en la que busca el respeto interno y externo, se respete la voluntad de ser uno mismo y responsable de su decisión. La autonomía del niño con IRA se ve vulnerable en la mayoría de casos por la condición de salud que está pasando, pero en estos casos los padres de familia juegan un rol importante; ya que la falta de autonomía del niño con IRA va favorecer la relación enfermera – padres de familia; pero a su vez el personal de salud tiene que superar las limitaciones relacionadas con la competencia de los niños de estar en esa situación.

- Atención oportuna: Se refiere que la enfermera tiene que brindar sus cuidados cada vez que el paciente lo requiera, como por ejemplo brindar el tratamiento establecido para que su recuperación sea rápida, realizar los procedimientos en la hora y fecha indicada, permitir al paciente que nos exprese sus necesidades, brindar orientación al niño con IRA y a la familia; también mantener los registros de la historia clínica completa con los exámenes requeridos. Además realizar una valoración integral (unidad biológica, psicológica, social y espiritual.

•Atención continua: Se refiere que la enfermera tiene que brindar al paciente y a sus familiares una atención sin interrupciones y en forma permanente según las necesidades que se requiera, además se brinda educación sobre la naturaleza de su enfermedad y cuáles son los riesgos que puede sufrir, explicar la importancia del tratamiento que está siguiendo. La valorización integral del niño con IRA a partir del modelo de cuidado HANC va priorizar una valoración integral desde las necesidades básicas del niño con IRA y familia, identificar necesidad de ayuda; en este tipo de necesidad es importante que la enfermera

tenga muchos conocimientos integrales que puedan dar respuesta a este requerimiento para poder mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

•Atención segura: Se encuentra orientada a la atención sin riesgo para el paciente, por ejemplo orientación respecto a los medicamentos que se le han prescrito y procedimientos indicados. Uno de los principales objetivos de este tipo de atención es brindar educación y asegurar comprensión para prevenir riesgos después de alta e identificar incidentes adversos (riesgos) las cuales son medidas adoptadas por la enfermera para prevenir y minimizar el daño frente a los efectos adversos que puedan presentarse por el uso continuo de medios diagnósticos, las terapéuticas variadas y el establecimiento de medidas tanto continuas como complejas para ofrecer un cuidado integral. En un niño con IRA, para que se pueda lograr un ambiente seguro es necesario buscar y solucionar las causas de los errores en el cuidado y la administración de medicamentos.

2.3.3 Enfermería

El consejo internacional de enfermeras refiere postulados básicos sobre el concepto de enfermería, esta profesión abarca los cuidados autónomos y en colaboración, estos cuidados se brindan a personas de todas las edades,

familias, grupos y comunidades tanto enfermas como sanos sin distinguir raza, estatus económico.⁴⁷ Incluye la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Actualmente existen funciones esenciales que tienen que cumplir las enfermeras como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud.

La enfermera es aquella persona que se encarga de resolver los problemas tanto reales como potenciales de la persona, familia o comunidad; tanto sana como enferma, observa los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales en todo el trascurso de la vida, a través de actividades preventivas promocionales, recuperativas y de rehabilitación basándose en su preparación científica.⁴⁸ Está capacitada para demostrar a todo su entorno laboral que tiene la suficiente capacidad clínica para tomar decisiones, también identifica y prioriza las necesidades en el cuidado, diagnostica y desarrolla planes terapéuticos. La razón de enfermería es el paciente o el usuario, en ellos son los que tenemos que centrar el cuidado que vamos a brindarle, pero no debemos dejar de lado a la familia, ya que juegan un papel de mucha importancia para la recuperación satisfactoria del paciente.

El grado de dependencia de los niños de la Sala San Camilo son de grado II, en el cual la enfermera debe brindar una asistencia parcial, este tipo de asistencia se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parental máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort y esporádicamente 03 niños

tienen grado de dependencia III, en la cual la enfermera brinda una asistencia intermedia referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediano, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continúa y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad.

Funciones de la enfermera

a. Función asistencial: Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de procesos patológicos. Las actividades asistenciales se realizan en el medio hospitalario; es el que más se ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años. La asistencia en este medio se concentra en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles atención y sus actividades son:

- Atender las necesidades básicas
- Aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad

b. Función docente: La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica, creando la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseara intervenir en el proceso de educación para la salud. Las actividades necesarias para cumplir la función docente son:

- Educación sanitaria a personas, familia, núcleos sociales y comunidad

- Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia
- Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias
- Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir autoeducándose siguiendo el avance de la ciencia

c. Función administrativa: Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. Se prioriza la labor administrativa en las denominadas jefas de servicio, que no solo se encargan de la administración de recursos materiales (logística), si no de la dotación de personal basado en la propuesta anual de oferta y demanda.

d. Función investigadora: En enfermería se realiza función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar que enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar (en colaboración con los otros equipos de salud)

a. Permite aprender nuevos aspectos de la profesión

b. Permite mejorar la práctica, algunos campos de la investigación son

-La comunidad sobre la cual se actúa

-El alumno a quien se enseña

-La materia docente en si misma

-Los procedimientos de enfermería y su efectividad

-Las pruebas de nuevas técnicas

2.3.4 Teorías de enfermería

Teoría del cuidado humano-Jean Watson

Los conceptos que existen sobre la teoría del Cuidado Humano se basan en cuatro aspectos primordiales: interacción enfermera-paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal del cuidado y momento del cuidado ⁴⁹

Interacción enfermera – paciente: El cuidado humano según Jean Watson tiene que involucrar valores, voluntad y tener un compromiso para cuidar, se basa en conocimientos, acciones de cuidado. La idea moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado brindado por la enfermera se considera como intersubjetivo ya que responde a procesos de salud y enfermedad, la interacción de la persona con el medio ambiente, debe de existir conocimiento de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación del cuidado.

Relación de cuidado transpersonal: Para Watson la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger, realzar la dignidad humana y el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. La relación del cuidado transpersonal describe de qué manera la enfermera va más allá de una evaluación subjetiva, es decir tiene que mostrar interés o preocupación hacia la persona en cuanto a su estado de salud. El acercamiento que existe entre la enfermera y el paciente destaca la unicidad y la mutualidad entre ellos, es de suma importancia para la relación enfermera-paciente. Finalmente el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Momento de cuidado: El cuidado que brinda todo el equipo multidisciplinario, de manera especial la enfermera es una ocasión donde va existir una correlación del foco en el espacio y el tiempo en que la enfermera y

otra persona viven juntos de tal manera que la ocasión para el cuidado humano es creada. En el aspecto del momento del cuidado la enfermera se basa en el campo fenomenal, este corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana que consiste de manera especial en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, significado de las percepciones, las cuales la mayoría de veces se basan en historias pasadas, el presente y el futuro imaginado de uno mismo.

Teoría de las Necesidades: Virginia Henderson ⁵⁰

Las 14 necesidades básicas que identifican Henderson en el paciente y las cuales constituyen los componentes en la asistencia de enfermería son

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener la posición deseada
5. Dormir y descansar
6. Elegir las prendas de vestir vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.

12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado

13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal para poder utilizar los recursos sanitarios disponibles.

La relación enfermera – paciente: En este tipo de relación se identifican tres niveles que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente, la primera es la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, el segundo la enfermera como ayuda para el paciente y el tercero como compañera del paciente. En el caso que el paciente tenga una enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, integro, o independiente y esto se debe por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. El paciente y la enfermera deben elaborar juntos el plan terapéutico, las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque algunas de ellas son modificadas por la patología y otras circunstancias entre las cuales encontramos la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

Teoría Florence Nihtingale “Teoría del Entorno”⁵¹

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para

aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma”: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura,

desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

Teoría de Hildegard Peplau (Modelo de Relaciones Interpersonales) ⁵²

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan y es promovida a través del proceso interpersonal, basa su modelo en la enfermería psicodinamica definiéndola como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La esencia del modelo de Peplau es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación y resolución.

-En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificar problemas.

-En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados

con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera.

-En la fase de aprovechamiento o explotación el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se ofrece a través de la relación enfermera-paciente

-En la fase de resolución el personal de enfermería resuelve las necesidades de dependencia del paciente y la creación de relaciones de apoyo.

Teoría de Madeleine Leininger “Teoría de la diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”⁵³

Desarrolló su teoría basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás. Considera que los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina: son esenciales para el bienestar, la salud la curación el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina y elaboro varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en enfermería transcultural; estas parten de sus indagaciones, investigaciones, trabajos antropológicos y de enfermería principalmente los que se basan en investigaciones cualitativas planteando que la salud o el bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológica, ontológica de los cuidados culturales. Todos los profesionales de enfermería deberían tener unas nociones elementales sobre las diversas culturas del mundo, la teoría de enfermería transcultural ofrece realmente una

visión amplia, holística y extensa de los grupos humanos ya que su orientación cualitativa la convierte en amplia extensa y universal, contemplando la asistencia de enfermería desde un punto de vista mundial y multicultural.

2.3.5 Padres de familia

En 1974 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la O.M.S. formularon la siguiente declaración: "Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles" ⁵⁴ La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad entre sus miembros, existe una interdependencia que les hace funcionar como una unidad, así los problemas de alguno de ellos repercuten en la familia como grupo; es decir los cambios de la familia como grupo afectan individualmente a cada uno de sus componentes. En el seno familiar el niño comienza el proceso de socialización y al mismo tiempo aprende adaptarse al mundo e identificarse con los modelos madre y padre, adquiriendo normas, valores y hábitos.

En el campo hospitalario la familia constituye un soporte importante para la salud de sus miembros; sin embargo no siempre es tomada en cuenta por el personal sanitario, con frecuencia se observa en las Instituciones Hospitalarias algunas situaciones tales como: el corto tiempo de visitas para los pacientes, escasa información a los parientes referente a las condiciones de salud de sus familiares hospitalizados, trato descortés al momento de brindar información sobre el estado del paciente, ausencia de recomendaciones sobre los cuidados en el hogar y tratamientos que deberá seguir el enfermo o sobre los efectos

secundarios de los medicamentos, la dosis y tiempo de duración de las terapias a seguir cuando sea dado de alta. Tan importante es tomar en cuenta a la familia en el rol de cuidadores, para la buena evolución y recuperación de los niños con infecciones respiratorias aguda que son de sujeto dependiente de cuidados.⁵⁵

2.3.6 Infecciones respiratorias agudas

Las enfermedades transmisibles producen el mayor número de muertes y son las que más años de vida restan en cada muerte, a pesar de la tendencia descendente en los últimos años. Las enfermedades que producen mayor mortalidad prematura fueron las IRAS, los trastornos del periodo perinatal (patología respiratoria y de crecimiento como la prematuridad y el bajo peso). Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica, presente a lo largo de todo el año y aumenta la incidencia durante los meses de invierno. Estas enfermedades se definen como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre⁵⁶. Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: resfrió común, faringoamigdalitis, otitis media, crup infeccioso, neumonía y bronquitis.

Clasificación de IRA y Tratamiento: Se clasifica en IRA LEVE, MODERADA, GRAVE⁵⁷ siendo responsable de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años, las cuales pueden o no estar acompañados de fiebre considerándose la temperatura mayor o igual a 38°C si se toma en la

axila o 38.5°C si se toma en el recto y presentar uno o más de los siguientes signos o síntomas. El tratamiento de la infección respiratoria aguda se realiza de acuerdo a la clasificación.

a.IRA Leve: Se caracteriza por presentar tos sin exportación y frecuencia respiratoria menor de 50 por minuto.

Tratamiento-Medidas de apoyo⁵⁸

- Para evitar y/o tratar la deshidratación se tendrá en cuenta la hidratación oral para lo cual la madre deberá proporcionar líquidos en abundancia al niño.
- Para la fiebre y el dolor, se utilizará medios físicos Si la fiebre es alta, mayor de 38.5° usar Paracetamol (Panadol) 2 gotas por Kg.
- Para desobstruir la nariz debe utilizarse suero fisiológico, agua de manzanilla o agua pura fría, y se aplica 3 gotas en cada fosa nasal, cuantas veces sea necesario hasta desobstruir
- Limpiar los oídos con hisopos de algodón humedecido
- Orientar a la madre en mantener la alimentación normal del niño, así mismo que lleve al niño al Centro de Salud más cercano en caso que empeore, no emplear medicamentos para la tos (jarabes antitusígenos, expectorantes, ni antihistamínicos) sin prescripción médica.

b.IRA Moderada: Tos con expectoración purulenta, frecuencia respiratoria de 50 a 70 por minuto sin tiraje, secreción nasal verde o amarillenta, dolor y/o secreción purulenta, disfonía o voz apagada, faringe con secreción purulenta.

Algunos consideran respiración rápida cuando hay 60 o más respiraciones por minuto en un niño menor de 2 meses, 50 o más respiraciones por minuto en un niño entre 2 a 11 meses de edad, y 40 a más respiraciones por minuto en un niño entre 1 a 4 años de edad.

Tratamiento: Medidas de apoyo y tratamiento antibiótico⁵⁸

Se administrará (Penicilina G. Sódica 50.000UI/kg/día) una sola dosis 300.000 UI en menores de un año y 600.000UI en niños de 1-4 años de edad por vía intramuscular. Se evaluará a las 48 horas, si hay mejoría se da de alta, si la situación empeora se administrará trimetropin-sulfametoxazol(20mg/100mg) 1tableta cada 12 horas por 5 días para niños menores de 1 año y para los niños de 1-4 años 2 tabletas pediátricas cada 12 horas por 5 días.

c. IRA Grave: Se caracteriza por presentar Frecuencia respiratoria mayor de 70 por minuto, quejido, estridor, aleteo nasal, retracción intercostal o tiraje, cianosis, agitación, incapacidad para la alimentación. El tiraje subcostal, si se observa retracción, es decir se dibuja perfectamente el reborde costal ífero anterior cuando el niño está respirando. Tratamiento hospitalario

Factores de riesgo de IRA

Se han identificado un número importante de factores predisponentes o de riesgo, los que se pueden agrupar de acuerdo con su relación con el huésped, el medio ambiente que lo rodea y el agente infeccioso. En la mayoría de los fallecidos por IRA pueden encontrarse más de un factor de riesgo, y los socioeconómicos son el denominador común que favorecen el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones, la ausencia de atención médica y las condiciones ambientales desfavorables entre otros.

a. Factores nutricionales

El niño desnutrido está expuesto a diversos tipos de infección, de manera particular a las enfermedades diarreicas y a las infecciones respiratorias.

De acuerdo a Fernández Salgado.⁵⁰

“La desnutrición en los niños les predispone a enfermedades infecciosas y esas enfermedades por ser más graves y prolongadas en ellos tienden a causar deterioro en el estado de nutrición ya precario en el niño

Diferentes autores Mulholland y Fernández Salgado coinciden que la IRA y la desnutrición tienen una relación muy directa porque la desnutrición significa que un niño tiene mayor probabilidad de contraer infecciones respiratorias, si no se brinda la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos ya que esta enfermedad causa pérdida de peso y por esta razón va existir un déficit en el crecimiento y desarrollo. Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no tendrán la protección contra las infecciones respiratorias los que están en mayor riesgo, en cambio la incidencia de IRA y neumonías será menor en niños que han recibido lactancia materna.

b. Factores climáticos e incidencia estacional

Las IRA, tiene cierta relación con los cambios climáticos por lo que los cambios bruscos de temperatura aumentan la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias ocasionando esta infección. También se relaciona con los factores ligados al frío, hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos, los que serán responsable de la morbi-mortalidad durante los meses de invierno

c. Factores Ambientales

Los factores de riesgo ambientales más frecuentes asociados a las infecciones respiratorias, incluyen el hacinamiento, la contaminación doméstica por residuos orgánicos y la contaminación ambiental por humo de tabaco.

-El Hacinamiento, de acuerdo a Tammal⁵⁹

“Los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlo”

-Contaminación Doméstica por Residuos Orgánicos

El costo alto y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustión, conducen al frecuente uso doméstico de combustibles orgánicos e inorgánicos, los cuales incluyen kerosene, madera, desperdicios humanos y agrícolas. Se calcula que el 90% de las zonas rurales emplean tales combustibles como la mayor fuente de energía para cocinar. Estudios realizados, han mostrado mayor morbilidad de IRA en niños expuestos a la contaminación doméstica por este tipo de compuestos.

d. Factores socioeconómicos

Las incidencias de IRA varían marcadamente entre niños provenientes de los sitios urbanos (5-9 episodios por año) y los rurales (3-5 episodios). Se evidencia notablemente en los niños de clases sociales más pobres, en donde las condiciones de vivienda son precarios, el ingreso de los padres de familia es mínimo, lo que permite satisfacer solo las necesidades básicas de la familia, dejando muchas veces de lado la salud de miembros.

e. Factores socioculturales

El grado de instrucción del individuo, influye primordialmente en la conducta que este adopte, en donde se puede observar que el nivel superior y/o secundario, asegura los conocimientos científicos de salud básicos siendo los más

importantes los que se refieren aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades. Las características socio culturales y del comportamiento pueden influir en los factores de riesgo descritos anteriormente. Ausebel, asegura que individuos con un nivel educativo bajo y/o los analfabetos recepcionarán muy poco los conocimientos, en relación a aquellos que han cursado un nivel superior o por lo menos sus años de estudios completos en la educación secundaria.

2.4 Definición de términos (Palabras clave)

Satisfacción

Cuidado enfermero

Padres de familia

Niño con IRA

2.5 Variables

Satisfacción de los padres: Es la sensación de placer o bienestar obtenido por los padres respecto a la atención que le brindan al niño con IRA, esta satisfacción resulta de comparar la experiencia de la atención con las expectativas de beneficios previos por el usuario o familiares.

Cuidado enfermero: Servicio otorgado por el profesional de enfermería al niño con IRA, este cuidado implica diversos componentes: naturaleza de cuidados, aplicación de conocimientos y adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos.

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. Definición Operacional de variables

Variable dependiente: Satisfacción según percepción de los padres: Es la sensación de placer o bienestar obtenido por los padres respecto a la atención que le brindan al niño con IRA, esta satisfacción resulta de comparar la experiencia de la atención con las expectativas de beneficios previos por el usuario o familiares. Sus dimensiones son:

a. Técnico-científico: Aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que la enfermera rinda el máximo de beneficios para la salud del niño con IRAS, con un mínimo de riesgo a través de la aplicación de conocimientos y habilidades suficientes.

Sus indicadores son Información/educación, prevención de complicaciones, eficiencia e integralidad

b. Interpersonal: Es la interacción social entre el niño con IRA y cualquiera de los miembros del equipo multidisciplinario para involucrar una actitud de atención, sentir interés por el paciente y práctica de valores y normas. Sus indicadores son: trato, respeto, interés por necesidades afectivas, paciencia y confianza

c. Entorno: Relacionado con las condiciones físicas del ambiente donde se proporciona el cuidado o la atención de enfermería al niño con IRAS. Sus indicadores son: Privacidad, limpieza/orden, iluminación, ventilación y estado del mobiliario

Variable independiente: Cuidado enfermero: Servicio otorgado por el profesional de enfermería al niño con IRA, este cuidado implica diversos componentes: naturaleza de cuidados, aplicación de conocimientos y adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos. Sus dimensiones son

a.Humano: Es la capacidad que tiene la enfermera para tratar al niño con IRA como persona individual respetando sus derechos y creencias, en este tipo de cuidado la relación terapéutica es básica entre los seres humanos y tiene que ser relacional, transpersonal e intersubjetivo. Sus indicadores son: respeto de ideas y costumbres, cordialidad, identificación del niño, expresión de sentimientos

b.Oportuno: El cuidado oportuno está referido a la capacidad que tiene la enfermera para brindar sus cuidados cada vez que el niño con IRA lo requiera o lo pueda necesitar. Sus indicadores son: atención al llamado, cumplimiento del tratamiento, orientación a niño y familia, registros completos y coordinación con el equipo

c.Continuo: El cuidado continuo se refiere cuando la enfermera tiene que brindar al niño con IRAS una atención sin interrupciones y en forma permanente según las necesidades que requiera el niño con IRA , además en este tipo de cuidado es de mucha importancia la educación que brinda la enfermera a los padres. Sus indicadores son: satisfacción de necesidades, reporte de enfermería, complicaciones y riesgo de la enfermedad

d.Seguro: El cuidado seguro está referido a la atención que brinda la enfermera para evitar riesgos en el paciente, en este tipo de cuidado es de suma importancia brindar educación y estar seguras que el niño con IRA o los familiares hayan comprendido para prevenir riesgos después del alta.

Sus indicadores son: información sobre efectos de medicamentos, seguridad, educación para el autocuidado, comprensión de enseñanza.

3.2 Tipo de Investigación

El estudio de investigación es de enfoque cuantitativo porque hace uso del campo de la estadística aplicada permitiendo la descripción y la síntesis de los datos de las variables investigadas para su posterior análisis estadístico y objetivación de los resultados.

3.3. Diseño de investigación

El diseño utilizado es descriptivo porque identifica, caracteriza y analiza el fenómeno planteado en las dos variables que son satisfacción según percepción del padre y cuidado enfermero y de corte transversal porque se ha analizado en un determinado tiempo y lugar.

3.4. Lugar de ejecución de la investigación

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo, es un órgano descentralizado de la Dirección de Salud V-Lima Ciudad, pertenece al MINSA. Es reconocido como la primera legendaria Institución de Salud que ha sido y es participe del desarrollo de la Medicina Moderna Nacional, cuenta con todas las especialidades para brindar cuidados en las diferentes áreas de salud a los niños, adultos y adultos mayores, cuenta con recursos del gobierno para poder ofrecer mejores servicios.

Se encuentra ubicado en el Parque Historia De la Medicina Peruana, altura cuadra 13 de la Av. Grau-Cercado de Lima, fue inaugurado el 28 de febrero de 1875, en el año 1860 tenía el nombre de Hospital Nuestra Señora de la Concepción, años después cambia de nombre a Hospital San Andrés y desde el año 1875 se denomina Hospital Nacional Dos de Mayo, que fue inaugurado por el presidente Manuel Prado, cuenta con 137 años de creación.

La sala de San Camilo del Hospital Nacional Dos de Mayo cuenta con 35 camas, de las cuales están divididas 29 Medicina Interna y 6 Cirugía, el equipo de salud (enfermería) el 50 % de ellas son enfermeras especialistas en Pediatría y el otro 50% son enfermeras generales, pero con varios años de experiencia. Tienen a su cargo pacientes con grado de dependencia II y excepcionalmente 1-2 con grado de dependencia III; cuenta con los principales equipos y materiales necesarios para brindar una adecuada atención a los niños que se encuentran hospitalizados. Actualmente el Director del Hospital Nacional Dos de Mayo es el Dr. José Roca Mendoza.

3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis

La población del estudio fueron los padres de los niños con IRAS (N: 409) que tenían a sus hijos hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo (para la primera variable: satisfacción) y las enfermeras que laboran en la sala de San Camilo (N: 15) (para la segunda variable: cuidado enfermero) Para determinar el tamaño muestral (n) de los padres se uso la fórmula para población finita; el tipo de muestreo empleado fue el probabilístico para lo cual se calculo el tamaño de la muestra mediante:

$$N: 1.96^2 \times \frac{N \times p \times q}{i^2 (N-1) + 1.96 \times p \times q}$$

Donde:

N: 409 niños, tamaño de la población

n: tamaño de la muestra

Z: coeficiente de confianza 1.96 valor tabular de la distribución normal estándar para un nivel del 95% de confianza

P: 0.667%

q : 1-p : 1-0.667= 0.333%

i: 5% nivel de error

Haciendo las operaciones indicadas, se obtuvo un n= 104; para efectos del estudio se considero tomar un 5% adicional para salvaguardar el tamaño mínimo calculado, quedando finalmente n= 110 padres. Respecto al cuidado enfermero brindado a los niños hospitalizados con IRA este fue observado en siete oportunidades indistintamente en los turnos de mañana y tarde, por lo cual se obtuvo 105 observaciones. Para la presente investigación las unidades de análisis fueron los padres de niños con IRA hospitalizados y las enfermeras que trabajan en la Sala de San Camilo.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Padres del niño con IRA

Criterio de inclusión

- Padres de familia que acepten participar voluntariamente en la investigación previo consentimiento.
- Padres de familia que tengan niños hospitalizados en la Sala de San Camilo con estancia hospitalaria de dos a cinco días.

Enfermeras

Criterios de inclusión

- Enfermeras de turno el día de la toma de datos
- Enfermeras con más de un año en el servicio
- Enfermeras que realizaban labor asistencial durante el turno de la mañana y tarde

Criterios de exclusión

- Enfermeras que realicen labor administrativa

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos para control de calidad de datos

Las técnicas que se utilizaron para esta investigación fueron la encuesta para medir la satisfacción según percepción de los padres y como instrumento el cuestionario, también se hizo uso de la técnica de observación y como instrumento la lista de cotejo para el “cuidado enfermero” ; que previamente para su validez fue sometido a “Juicio de Expertos”(especialistas en el área), a los cuales se les proporciono el resumen del proyecto de investigación y el instrumento conteniendo criterios para su evaluación, siendo los resultados valorados mediante la prueba binomial ($p < 0,05$); así mismo, todas sus sugerencias se tomaron en cuenta para mejorar los instrumentos.

Para la confiabilidad de los instrumentos se aplicó el plan piloto a una muestra de 30 padres de familia con características similares y 20 enfermeras de otro Hospital para su posterior análisis estadístico mediante la prueba de Alfa de Crombach ($p > 0,60$) para “nivel de satisfacción según percepción de los padres” y Kuder Richardson ($p > 0,60$) para “cuidado enfermero”.

El cuestionario consta de 26 preguntas cerradas con escala de respuestas tricotómicas (Siempre, A veces, Nunca), que fue aplicado en un tiempo de 15 minutos, previa presentación y explicación del uso del instrumento a los padres de familia durante su permanencia y acompañamiento del niño en los turnos de mañana y tarde, facilitando el material de escritorio para su aplicación; estando en todo momento el investigador presente para esclarecer dudas a dichos padres. La lista de observación estuvo conformada por 32 ítems con escala de respuestas dicotómicas (si, no) siendo aplicado dicho instrumento por la propia investigadora para observar el cuidado enfermero en el equipo de enfermeras en los diferentes turnos (mañana y tarde) en forma alternada, mientras se esperaba el llenado de las encuestas a los padres.

Para el control de calidad de datos se tuvo en cuenta dos momentos: en el primero la investigadora estuvo presente en el momento de aplicar la encuesta a las unidades de análisis con el objetivo de absolver interrogantes en los padres de familia para evitar duplicidad o ausencia de respuestas, así mismo la investigadora realizó la aplicación de la lista de observación a las unidades observadas ; finalmente la investigadora tabuló personalmente los datos de los instrumentos a la hoja de cálculo para su análisis estadístico posterior, teniendo en cuenta las hojas de criterios de ambos instrumentos.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó el permiso al Hospital Nacional Dos de Mayo (Oficina de apoyo a la docencia e investigación), el cual informo sobre los requisitos para

obtener la autorización respectiva (proyecto incluido, carta de Solicitud por la Directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma, adjuntando el resumen de la Investigación y finalmente paso por el comité de ética del HNDM. Una vez obtenida la autorización, la investigadora procedió a realizar las coordinaciones con la jefa del Servicio de la Sala San Camilo para poder realizar la recolección de datos, orientando acerca de las encuestas que se van a realizar a los padres previo consentimiento informado, respetando el anonimato de las respuestas y despejando las dudas que pudiese haber durante la encuesta. La ejecución de la recolección de datos se realizó entre los meses de setiembre-diciembre 2012

3.9. Aspectos éticos

Toda investigación que tenga como objeto de estudio al ser humano, debe ser aprobado por un comité de ética, por ello este estudio fue evaluado por el Comité de Investigación de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y después fue presentado al Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo, siendo aprobado.

Posteriormente a esta evaluación se realizaron todas las coordinaciones para la aplicación de los instrumentos. Se tomó en cuenta los principios bioéticos aplicados en todo trabajo de investigación en salud, teniendo en cuenta el consentimiento informado para los participantes del estudio (padres de familia), la confidencialidad de los datos obtenidos (carácter anónimo) y la autorización respectiva del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se tomó en cuenta las normas éticas y jurídicas aprobadas en la Declaración sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO (2005), reforzando el Código de Nuremberg los cuales están publicados en el Colegio de Enfermeros del Perú y toma como puntos principales la voluntariedad, información, competencias, respeto, beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y protección de las personas. Se respetó los principios bioéticos de Autonomía, ya que los usuarios no fueron forzados a participar, asegurando el consentimiento libre y voluntario. Justicia, porque

todos recibieron el mismo trato, Beneficencia ya que no se transgredió ni se puso en riesgo su integridad y No Maleficencia porque no se altero los datos de la investigación

3.10 Análisis de datos

Obtenida la información se efectuó el procesamiento manual mediante la codificación, para poder medir las variables en estudio, donde se tuvo en cuenta los criterios establecidos en la investigación basado en la escala de medición ordinal; considerándose para la primera variable alternativa de respuestas de 1 a 3 puntos (siempre; a veces; nunca) y para la segunda variable alteranivas de respuesta de 0 a 1 punto (si, no), se utilizaron tablas y gráficos con la finalidad de representar visualmente los datos recolectados en la encuesta y lista de cotejo, presentando gráficas circulares de satisfacción de los padres y cuidado enfermero; luego graficas de barras comparativas para las dimensiones en ambas variables.

Para determinar los valores de la variable satisfacción según percepción de los padres (alto, medio, bajo) y el valor de la variable cuidado enfermero (Bueno, Regular y Malo) se establecieron de acuerdo a la Escala de Estaninos, que es la media ± 0.75 por la desviación estándar y mediante la cual se obtienen los puntos A y B que son las fronteras que dividen a la distribución en tres áreas. El procesamiento estadístico en cuanto a la escala de estaninos, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS V 20

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

Una vez concluida la recolección de datos, estas se presentaran en tablas y gráficos, así como el análisis de los mismos a continuación

Tabla 1

Datos Generales de los padres de niños con IRA en el
Hospital Nacional Dos de Mayo
Diciembre 2012

ITEM		FRECUENCIA	%
		110	100
EDAD	18 - 25 años	45	40.90%
	26 - 35 años	35	31.81%
	36- 45años	20	18.18%
	46- 53 años	10	9.09%
SEXO	Femenino	104	94.54%
	Masculino	06	5.45%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	09	8.18%
	Secundaria	81	73.63%
SITUACION LABORAL	Obrero	15	13.63%
	Empleado	18	16.36%
	Independiente	77	70.00%

Se observa que respecto a la edad el 40.90% (45) tienen entre 18 y 25 años, siendo el sexo femenino 94.54% (104), según grado de instrucción el 73.63% (81) cuentan con estudios secundarios y finalmente en cuanto a la situación laboral el 70 % (77) son trabajadores independientes

Tabla 2

Datos Generales de niños con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo
Diciembre 2012

ITEM		FRECUENCIA	%
		110	100
TIEMPO DE HOSPITALIZACION	1 semana	71	64.54%
	Más de una semana	33	30.00%
	1 mes	6	5.45%
TIPOS DE IRA	Leve	24	21.81%
	Moderada	42	38.18%
	Severa	44	40.00%

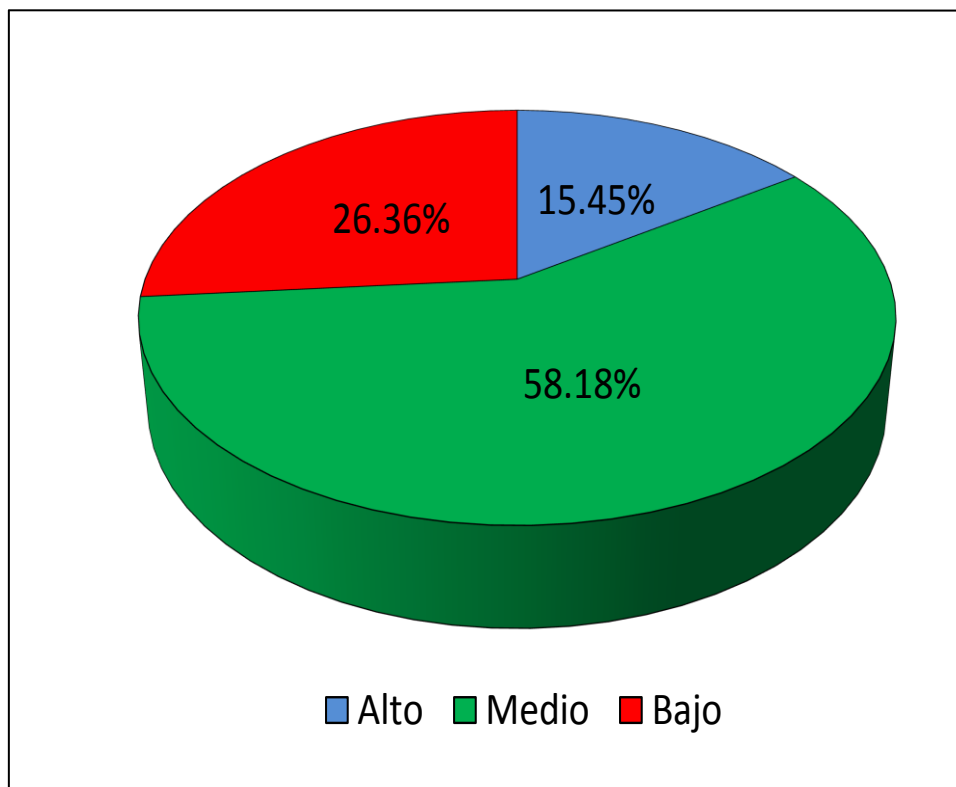
Se observa que respecto al tiempo de hospitalización el 64.54% (71) de los niños estuvieron hospitalizados más de una semana y según el tipo de IRA el 40.00% (44) es severa

GRAFICO 1

Nivel de Satisfacción según percepción de los padres de niños con IRA en el

Hospital Nacional Dos de Mayo,

Diciembre 2012



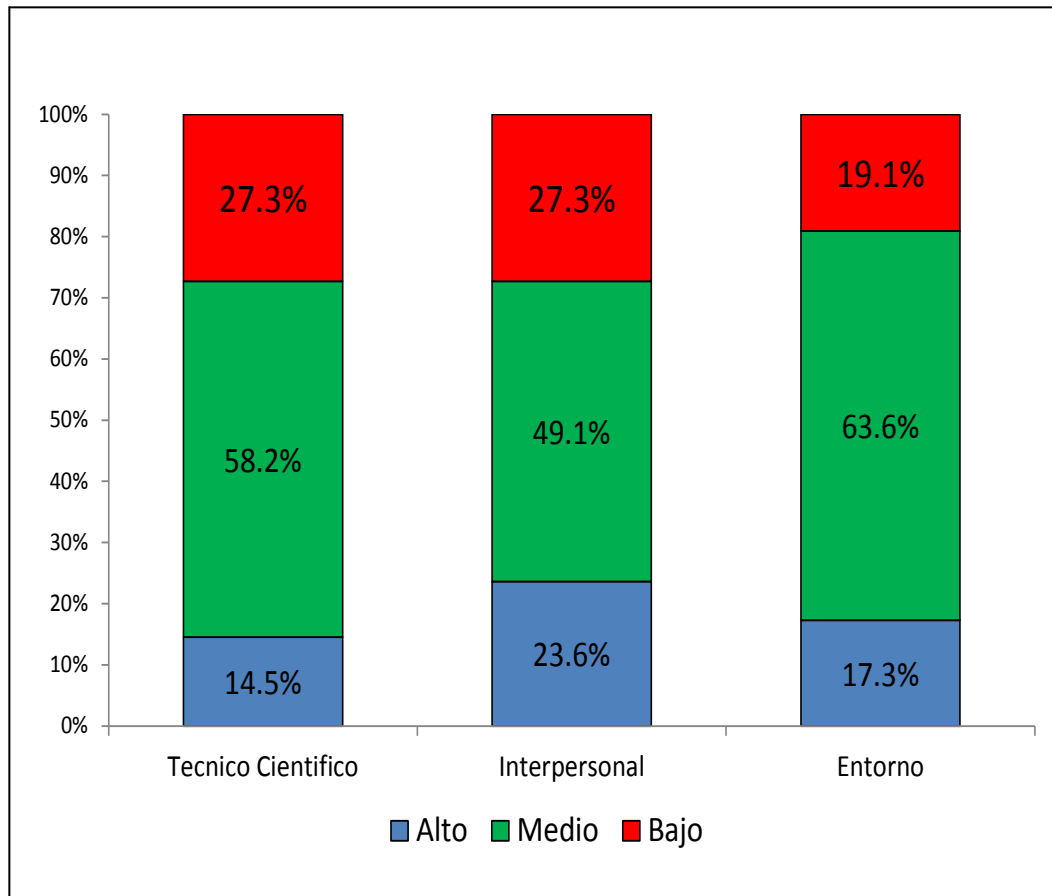
Se observa en el presente gráfico que del 100% (110) de padres encuestados respecto a la satisfacción según su percepción se encontró, que el 58.18% (64) de ellos manifestó un nivel de satisfacción medio, el 26.36% (29) presentan satisfacción baja y solo el 15.45% (17) en nivel de satisfacción alta

GRAFICO 2

Satisfacción de los padres de niños con IRA según dimensiones

en el Hospital Nacional Dos de Mayo

Diciembre 2012

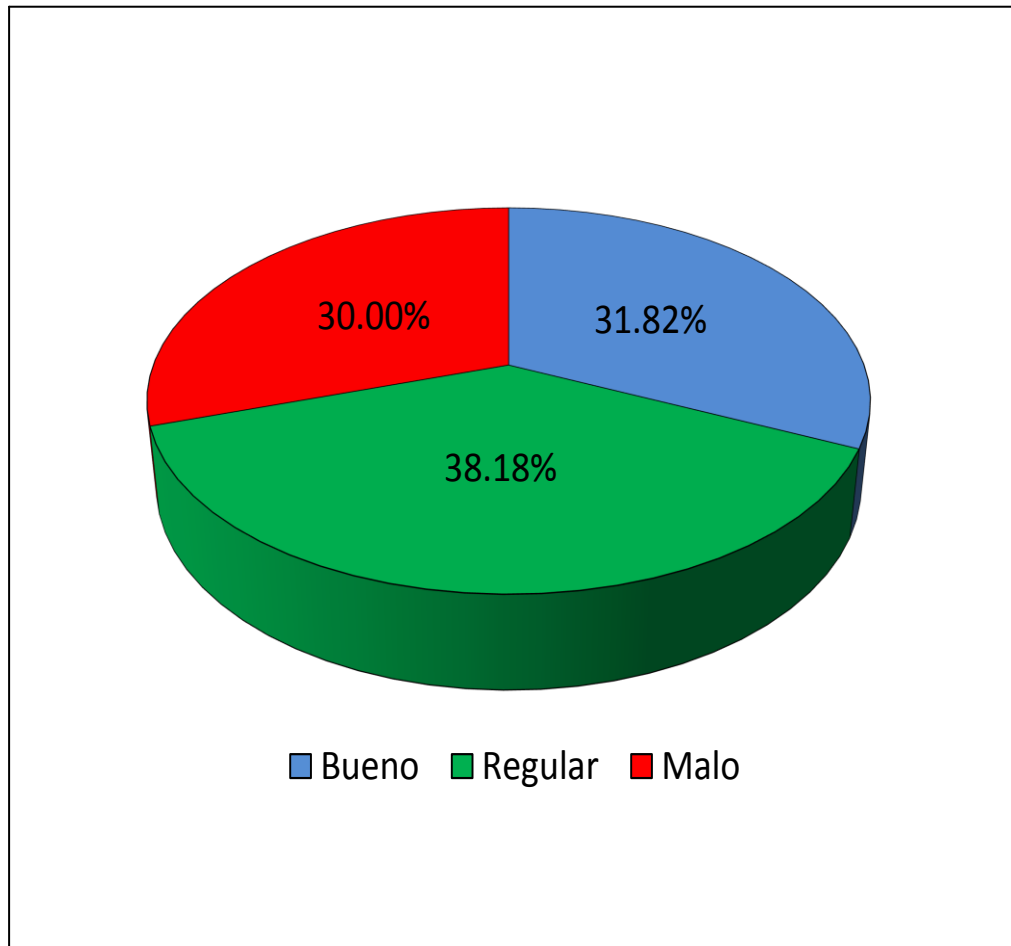


En cuanto al nivel de Satisfacción de los padres es de medio a bajo en todas las dimensiones, observando en la dimensión técnico-científico un 58.2%(64), en la dimensión interpersonal un 49.1%(54) y en la dimensión entorno un 63.6%(70).

GRAFICO 3

Cuidado Enfermero a niños con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo,

Diciembre 2012

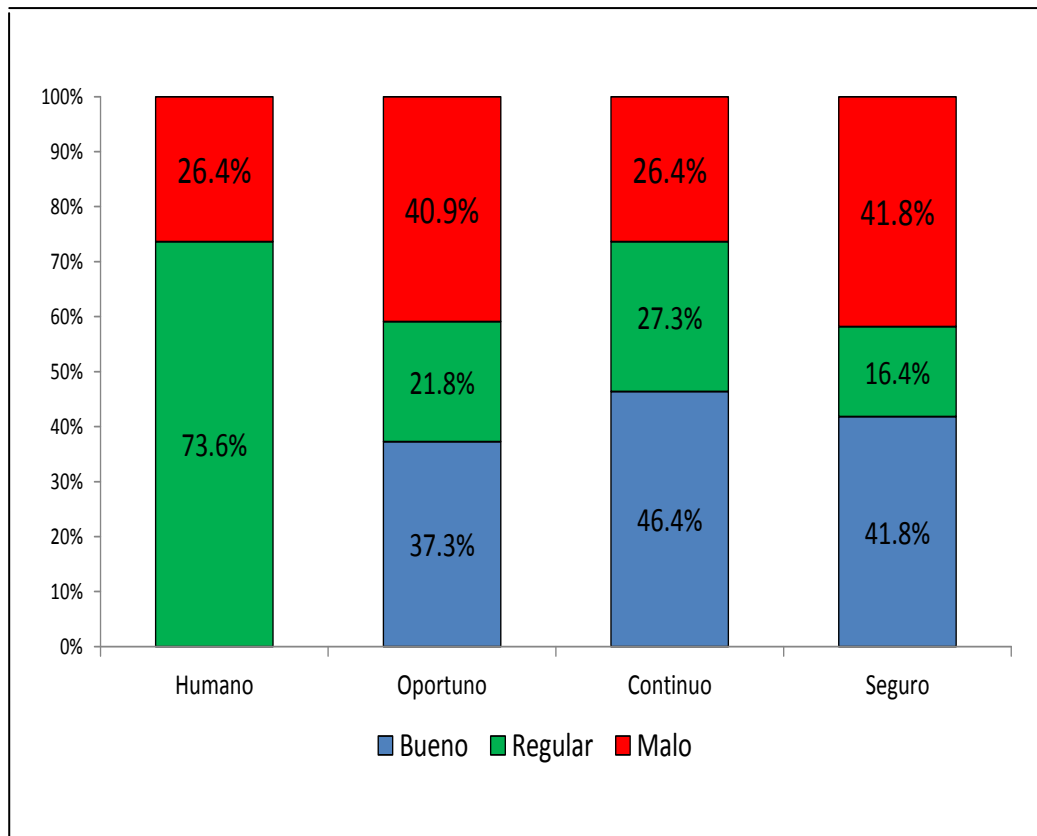


Se observa en el presente grafico respecto al cuidado enfermero a los niños con IRA, que el 38.18% (42) presenta un cuidado regular, el 31.82% (35) es bueno y el 30% (33) se observa un cuidado malo

Grafico 4

Cuidado Enfermero según dimensiones en los niños con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo

Diciembre 2012



Según las dimensiones del cuidado enfermero, en lo humano se observa un cuidado regular en el 73.6% (81), en lo oportuno el 40.9% (45) es malo, en la dimensión continuo se observa que el cuidado es bueno en el 46.4% (45) y por ultimo en la dimensión seguro el 41.8% (46) se observa un cuidado malo así como un cuidado bueno en igual porcentaje en un 41.8%(46)

4.2 Discusión

La infección respiratoria aguda (IRA) a nivel mundial y sobre todo en nuestro país, se presenta como el principal problema de salud en los niños menores de cinco años, considerándose una de las primeras causas de morbi-mortalidad en niños, ocasionando además ausentismo escolar y otros problemas en los padres, situación preocupante para ellos no solo por el hecho de llevar al niño al hospital, si no por la gravedad que una hospitalización trae consigo, alejamiento familiar y ausentismo laboral por dedicarse al cuidado de su niño y muchos de ellos son el único sustento para toda su familia. En el boletín epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología (MINSA) anualmente reportan alrededor de 3 millones de episodios de IRA en niños menores de cinco años y esta situación es mucho más aguda en zonas de menor desarrollo.¹⁰ Según el MINSA, las IRAS en menores de cinco años generan una alta demanda de los servicios de salud y están asociadas a factores de riesgo.

Así mismo, en nuestro país uno de los principales indicadores en salud se da por el servicio o atención que se brinda, en donde el eje central es la satisfacción del usuario, basado en la eficiencia, eficacia y humanidad del servicio prestado en salud, considerando como componente básico al potencial humano de salud, dentro del cual se encuentra el profesional de enfermería, la cual establece su pilar en el cuidado, sobre todo con calidad y calidez; pero aun así se sigue manifestando insatisfacción, refiriendo que el personal de enfermería está omitiendo elementos sustanciales en la atención, principalmente en la relación enfermera-paciente y no considera a la familia en lo preventivo – promocional.

En los datos generales (Tabla 1), se encuentra que el 40,90% de padres tiene entre 18 y 25 años, el 94.54% son de sexo femenino y según grado de

instrucción el 73,63% cuenta con secundaria. Según Estrategia Sanitaria Nacional de salud Sexual y Reproductiva del MINSA en la etapa de la juventud y adulto joven, se constituyen nuevos lazos, vínculos y uniones familiares, adquiriendo obligaciones de carácter económico, social y familiar basado en el comportamiento reproductivo de las personas. El MINSA emitió una resolución definiendo a la población joven en rangos de edad entre 18-29 años, lo que representa la mayor población en edad reproductiva y productiva laboralmente, considerándose una fuente de cambio, desarrollo y progreso si se otorga el espacio necesario que permita su desarrollo social. Moreno Cabello ¹⁹ en su estudio Nivel de Satisfacción de la calidad de atención de enfermería de padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el Servicio de Emergencia del INEN, encontró que el 73.3% está comprendida en la edad adulta temprana, en cuanto al género el 76,7% era mujer y el 50% tenía estudios secundarios semejantes a los resultados del presente estudio.

En cuanto a la Satisfacción según percepción (Grafico 1), se observa que el 58,18% de los padres presenta un nivel de satisfacción medio y el 26,36% bajo. Álvarez Torres¹⁷ en su estudio según Calidad del Cuidado y el Nivel de Satisfacción del adulto mayor en el servicio de Medicina del Hospital III de Emergencias Grau refiere que el 43,01% se encuentra insatisfecho, 33% poco satisfecho y para finalizar el 21,51% satisfechos, en cambio nuestros resultados difieren en el porcentaje de la variable satisfacción, en el cual el mayor porcentaje de los pacientes manifestaron un nivel de satisfacción regular con tendencia a bajo. Morales Gonzales¹⁶ en su estudio acerca del Nivel de Satisfacción de los pacientes que asisten al Servicio de Urgencias frente a la atención de enfermería en una Institución de primer nivel de atención en salud Mistrato Risaralda, el 60% de los pacientes manifestaron un nivel de satisfacción medio, un 25% un nivel de satisfacción alto y el 15% es bajo por lo

cual se encuentra coincidencias con los resultados del primer autor presente y ciertas discrepancias con el segundo autor, ya que el nivel de satisfacción en el presente estudio es de medio a bajo.

Así mismo Jesús Valle ²² en su estudio según Nivel de satisfacción de los padres de familia sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, indica que el 62% de los padres se encuentran en un nivel medio de satisfacción y el 14% tienen un nivel bajo de satisfacción, encontrándose concordancia con los resultados del presente estudio. Avedis Donabedian ²³ es uno de los autores más representativo en calidad; que habla sobre satisfacción del paciente, indica que es la medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Así mismo la satisfacción no solo depende de la calidad del servicio sino también de las expectativas del usuario. Ericksen²⁹ indica en las dimensiones del cuidado de enfermería, que se encuentran relacionadas con la satisfacción e insatisfacción del paciente durante su hospitalización; encontrándose en relación entre las expectativas de los pacientes cuidados y su percepción de la experiencia actual.

En cuanto a la Satisfacción de los padres según dimensiones (Grafico 2), se encontró que en lo técnico científico el 58,2% presentan un nivel de satisfacción medio y el 27,3% es bajo, en lo interpersonal el 49,1% manifiesta nivel de satisfacción medio y el 27,3% bajo, finalmente en la dimensión entorno el 63,6% un nivel medio y el 19,1% tienen un nivel de satisfacción malo respectivamente. Jesús Valle ²² indico que en lo técnico científico el 66% tiene satisfacción media y el 14% un nivel de satisfacción bajo; en la dimensión humana el 60% tiene satisfacción media y el 20% tienen un nivel de satisfacción bajo, finalmente en la dimensión entorno el 62% tiene satisfacción medio y el 20% un nivel de satisfacción bajo encontrándose concordancia significativa con los resultados de la presente investigación.

Donabedian plantea que en la evaluación de la satisfacción de los usuarios, se tiene en cuenta tres dimensiones: técnica, interpersonal y entorno. Indicando que en la dimensión técnica la enfermera aplica la ciencia y tecnología para rendir el máximo de beneficio para la salud del usuario, reduciendo problemas tanto potenciales como reales, sin aumentar los riesgos. Para el MINSA en la dimensión científico-técnico el personal de enfermería debe capacitarse para afianzar sus conocimientos y tenerlos actualizados, evidenciado en la seguridad e información necesaria a los usuarios para brindar una atención integral en forma oportuna, segura, continua y humanística.

Así mismo en la dimensión interpersonal Donabedian manifiesta que es la interacción social entre el paciente y los miembros del equipo de salud que involucra una actitud de atención y sentir interés por el paciente. Según MINSA la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención basada en el respeto al derecho humano, a la cultura, individualidad, información, veracidad, oportunidad entre otros aspectos, para poner en práctica los valores y normas en atención al ser humano. La teoría de Imoge King plantea que la consecución de objetivos y su marco sistemático se centra en el sistema interpersonal, es uno de los modelos más completos que sustenta la práctica de enfermería, refiriendo que la naturaleza de las interacciones enfermera-cliente lleva al cumplimiento de objetivos en la práctica enfermera, su relación e interrelación es básica en esta profesión y funciona mediante interacciones con individuos y grupos; lo cual se refleja en la percepción que tiene el usuario acerca del servicio recibido.

Por último la dimensión entorno según MINSA está referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación del servicio y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles lo que implica un nivel básico de comodidad. El personal de enfermería debe

lograr que el usuario se sienta cómodo en su hospitalización contando las condiciones de infraestructura que permiten la satisfacción del usuario. Florence Nightingale, indica que su teoría se centra en el medio ambiente, en la cual un entorno saludable es necesario para aplicar cuidados de enfermería de manera adecuada.

Respecto al Cuidado Enfermero a los niños con IRAS (Grafico 3) se observa en el 38.18% el cuidado es regular y el 30% es malo, esto coincide con TomayQuispe –Huamani ¹⁸ en el cual encontró coincidencias con los resultados de la presente investigación, en cambio nuestros resultados no coinciden con los de Torres-Contreras y Buitrago- Vera ¹³ en su investigación encontró que el mayor porcentaje de pacientes referían recibir una atención de excelente a muy buena y buena. Esto puede deberse a que es un servicio que cuenta con especialistas y recursos de óptima calidad.

Según el CEP ⁴², las Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero es poner de manifiesto las competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando la continuidad y eficacia de los mismos, a la vez que ejercita los valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetividad del bien interno, e implementa estrategias para que el cuidado sea dado con calidad. En base a los resultados encontrados acerca del cuidado enfermero se recomienda aunar esfuerzos para una mejor gestión de enfermería a través de un estudio de oferta y demanda para ampliar el número de profesionales necesarios, así como mejorar la estructura de enfermería coherente con los cambios y el nivel de atención acorde a los objetivos institucionales y de política en salud.

Según las dimensiones del cuidado enfermero en la dimensión humana el 73.6% presento un cuidado regular, en lo oportuno el 40.9% es un cuidado

malo, en lo continuo el 46.4% es bueno y en la dimensión seguro se observa en igual porcentaje 41,8% como cuidado bueno y malo TomayQuispe – Huamani ¹⁸ en su estudio; en referencia al cuidado de enfermería en lo humano se observo que en el 53% el cuidado era regular, el 28% como malo y el 19% bueno, seguidamente en la dimensión oportuna el 47% se presento como cuidado regular, el 39% como bueno y el 14% malo, en la dimensión continua el 50% el cuidado fue regular, el 28% malo y el 22% como bueno y en la dimensión segura el 53% se observo el cuidado como regular, el 28% como malo y finalmente el 19% como bueno, por lo cual se encuentra coincidencias con los resultados en ambos estudios.

Según el modelo teórico de cuidado de enfermería HANC, las características que debe tener una atención directa son: humana, oportuna, continua y segura. Indica que la dimensión humana se refiere a la capacidad que tiene la enfermera para que el usuario se sienta respetado. La comprensión al paciente es la clave para la buena atención, identificación del paciente, respeto por su autonomía, brindar un trato amable y mantener una buena comunicación con el paciente y familia si hace la diferencia.

En la dimensión oportuna consiste en proporcionar los cuidados de enfermería en un momento dado y de acuerdo a la situación del individuo (sano, enfermo, familia y comunidad), e implica que el enfermero tiene que observar de manera minuciosa los signos y síntomas hacia una rápida toma de decisiones, permitiendo a los familiares que expresen sus necesidades para la prevención de riesgos en la salud del paciente, involucrando a la familia y medio social todo ello como producto de una adecuada integración de conocimiento. En cuanto a la dimensión continua, la enfermera brinda al paciente una atención sin interrupciones y en forma permanente según necesidades del usuario durante las 24 horas del día, respondiendo a los objetivos trazados para

el plan de atención con la colaboración del equipo de salud, brindando además educación al paciente y familia sobre la naturaleza de su enfermedad y los riesgos presentes para poder mantener un equilibrio fisiológico y emocional. En cuanto a la dimensión segura los cuidados se brindan a los usuarios cuando están libres de riesgo no solo en educación si no a través de asegurar comprensión para prevenir riesgos después del alta.

Watson⁵⁰ autora de la teoría del cuidado humano, define la profesión de enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética contribuyendo al cumplimiento de sus metas , las cuales están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación. Leininger⁵³ con su modelo transcultural, su teoría se baso en la antropología y la ciencia enfermera, plantea promocionar un cuidado enfermero congruente, sensible y culturalmente competente a las personas de culturas diversas.

Peplau⁵² se baso en la teoría psicodinamica, posee cuatro fases orientación en la cual el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional, identificación la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad, aprovechamiento en la cual el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación enfermera-paciente y por ultimo resolución en donde el personal de enfermería resuelve las necesidades de dependencia del paciente y la creación de relaciones de apoyo.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El nivel de satisfacción según percepción de los padres es mayoritariamente de nivel medio a bajo y el cuidado enfermero es regular en mayor proporción

En relación a las dimensiones de la satisfacción según percepción de los padres, en lo técnico –científico, interpersonal y entorno presenta mayoritariamente un nivel de satisfacción medio

El cuidado enfermero brindado en la dimensión humana se observa en mayor proporción como regular

El cuidado enfermero en la dimensión oportuna se observa mayoritariamente de malo a regular

El cuidado enfermero en la dimensión continua y segura se observa en mayor proporción como bueno

5.2 Recomendaciones

Para la Investigación:

- Realizar investigaciones parecidas con el fin de mantener datos actuales; que sirvan de referente para programas de sensibilización para elevar el nivel de satisfacción del usuario.
- Realizar estudios teniendo en cuenta la demanda de atención y oferta del potencial humano para evaluar y gestionar la dotación adecuada del personal de enfermería.
- Realizar investigaciones similares planteando diseños correlacionales en Hospitales del Seguro Social y Minsa

Para la Institución

- Realizar programas de motivación a través de campañas institucionales de difusión en el mejor cuidado a través de afiches, trípticos, spots, boletines
- Que la Oficina de Docencia e Investigación plantee y ejecute un programa de enseñanza acerca del buen trato para mejorar las relaciones interpersonales
- Realizar un programa de sensibilización al personal de enfermería en lo actitudinal (paciencia, humor, comprensión, entre otros) así como contemplar la reasignación del potencial humano teniendo en cuenta no solo las competencias sino principalmente la actitud hacia el usuario a través de grupos focales
- Realizar cursos de capacitación mensualmente y evaluación periódica a todo el personal de enfermería
- Que la Oficina de Calidad realice levantamiento de encuestas periódicas dirigidas tanto al usuario interno como externo

Para Enfermería:

- Las escuelas formadoras, sociedades científicas y principalmente el CEP incentiven la humanización del cuidado en la certificación de los profesionales enfermeros, en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona favoreciendo una vida sana y armónica en todas las etapas de la vida.

- En lo que se refiere al ámbito profesional dedicar todos los esfuerzos posibles a la recuperación de la prestación de cuidados; como objetivo profesional y buscar el consenso en el discurso profesional, deberá producirse entre una parte importante de los agentes que componen el tejido profesional (sociedades, asociaciones científicas, enfermeras en instituciones interdisciplinarias; pero especialmente entre teoría y práctica, gestión y asistencia, los distintos niveles de atención y de especialización.

- Gestionar el cuidado enfermero en todos los niveles acorde con los principios de ética humanística fomentando desde el Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo

- Que el Departamento de Enfermería realice un proyecto profesional, al servicio de un proyecto institucional, es decir un proyecto que integre los valores de la organización y los de la propia profesión intentando coincidir al máximo los objetivos de la institución donde trabajamos con los objetivos de la profesión

- Aspiremos a un ejercicio profesional excelente y coherente, no solo referido al cumplimiento de normas y protocolos, sino a la coherencia con nuestro objetivo profesional

- Tener la voluntad de llevar a la práctica una excelente gestión enfermera sustentándose en un proyecto profesional, al servicio de un proyecto institucional, es decir un proyecto que integre los valores de la organización y los de la propia profesión intentando coincidir al máximo los objetivos de la institución donde trabajamos con los objetivos de la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Rodríguez R, Sánchez N.* Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Biblioteca Virtual de Vigilancia de Vigilancia en Salud (serie de Internet) Noviembre 2000. (Citado 11 de abril 2012). 5(7) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm
2. MINSA. Guía de Investigación de brotes de infecciones respiratorias agudas e influenza. Diciembre 2007 (Citado 16 de abril del 2012). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/ins/influenza/PDF/Guia%20de%20Investigacion%20de%20Brotos%20de%20Infecciones%20Respiratorias%20Agudas%20E%20Influenza.pdf>
3. *Moreno LL.* Infecciones respiratorias en niños menores de cinco años. Trabajo para optar por el Título de Máster en Atención Integral al Niño, Venezuela, Agosto 2009. (citado 10 abril 2012). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1622/1/Infecciones-Respiratorias-Agudas-en-niños-menores-de-5-años>
4. *E.S.E. Hospital San Cristobal.* Pimer boletín epidemiológico trimestral: Actualización trimestral seguimiento a las metas distritales priorizadas en Salud. Localidad San Cristóbal. Colombia. (serie de internet) 2011(citado 20 de abril 2012). Disponible en: http://esesancristobal.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?uuid=0fd60e9-8ef8-43bd-89f4-bcf0eb487583&groupId=316205
5. *Ministerio de Salud.* Actualización de Recomendaciones Infecciones Respiratorias Agudas. Argentina (serie de internet). Julio-2012 (citado 13 de abril 2012). Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/gripe/descargas/actualizacion%20Recomendaciones%20IRA%202012.pdf>

6. *Ministerio del Poder Popular para la salud*. Resumen de la situación Epidemiológica Nacional. Venezuela (serie de internet). Enero-Febrero 2012 (citado 20 marzo 2012) 2(5). Disponible en : http://www.bvs.org.ve/boletin_epidemiologico/2012/Boletin_05_2011.pdf
7. *Dirección general de epidemiología (MINSA)*. *Situación y tendencias de la vigilancia*. Lima (serie de internet). Abril 2012 (citado 14 marzo 2012) 21 (16). Disponible en <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/41.pdf>
8. *INEI*. Indicadores de resultados de los programas estratégicos 2000-2011. Enero 2012 (citado 18 de abril del 2012). Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/images/ppr2011.pdf>
9. *MINSA* .Lineamiento de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006. Julio 2012, segunda edición(citado 10 de abril del 2012). Disponible en : <http://www.lib.utexas.edu/benson/lagovdocs/peru/federal/salud/planestrategico/politica-sectorial-2002-2012.pdf>
10. *Dirección General de Salud de las personas*. *Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud*. 2009 (citado 15 de abril del 2012). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>

11. Avances en el cuidado de enfermería. Luz Patricia Díaz H. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. Editoria Universal Nacional de Colombia, primera edición
12. *Zamuner M.* Relaciones interpersonales en el ámbito del cuidado: El rol distintivo de la enfermería. Quinta jornada de Bioética. Junio 2003, Argentina (citado 12 abril del 2011). Disponible en: <http://familia.org.ar/ponencias/el-rol-distintivo-de-la-enfermeria>
13. *Torres-Contreras C, Buitrago Vera M.* Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Cuidarte, Revista de Investigación Escuela de Enfermería UDES (serie de internet). Noviembre 2011. (citado 20 de mayo del 2012). Disponible en <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/51/percepcion%20de%20calidad%20del%20cuidadado.pdf>
14. *Ramos-Frausto V, Rico Venegas R, Martínez P.* Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Revista electrónica trimestral de enfermería.(serie de internet) Enero 2012 (citado 09 de abril del 2012). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.140461/128451>
15. *Rondón –García A, Salazar-Figuera D.* Calidad de atención del profesional de enfermería en el Servicio de Maternidad del Hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar. Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería 2010, Universidad de Oriente Núcleo Bolívar-Venezuela. (citado 01 de abril del 2012). Disponible en :

<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2201/1/18%20Tesis.%20WX9%20R771.pdf>

16. *Morales-Gonzales CG*. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una Institución de primer nivel de atención en Salud. Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería. Universidad Pontificia Javerina 2009
Disponibile _____ en
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
17. *Álvarez-Torres SG*. Calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de satisfacción del adulto mayor en el Servicio de Hospitalización de Medicina del Hospital III, de Emergencias Grau. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza 2011
18. *TomayQuispe-Huamani N*. Percepción del paciente hospitalizado con VIH/SIDA sobre el cuidado de enfermería Servicio de Medicina Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista 2011
19. *Moreno Cabello VE*. Nivel de Satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Tesis para optar el título de especialista en enfermería pediátrica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009

20. *Zavala Lizaraso G*. Nivel de Satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (citado 14 de marzo del 2012) Disponible en : http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/zavala_lg/pdf/zavala_lg.pdf
21. *Huatuco Henriquez G*. *La calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen* . Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, 2008. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza
22. *Jesús Valle M*. Nivel de Satisfacción de los padres de familia sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Neonatología del Hospital Cayetano Heredia. Tesis para optar el título de especialista en enfermería pediátrica, 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
23. *Massip Pérez C, Ortiz Reyes R, et al*. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Publica* (serie de internet) 2008 (citado 01 de abril del 2012) 34(4): 1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419854013>
24. *Ríos Castillo J, Avila Rojas T*. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Invest Educ Enferm* 2004 (citado 11 de marzo del 2012) 22 (2): 128-137. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2953/2643>

25. *Ríos Castillo J, Avila Rojas T.* Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Invest Educ Enferm 2004 (citado 11 de marzo del 2012) 22 (2): 128-137. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2953/2643>
26. *Valendia Salazar F, Ardon Centeno N, Jarra Navarro M.* Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev. Gerenc. Polit. Salud (serie de internet) 2007(citado 14 de abril 2012) 6(13): 139-168. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2695/1954>
27. *Chacón E.* Satisfacción y expectativa del cliente. Monografía Informe para empresarios. Febrero 2009. (citado 28 de febrero del 2012). Disponible en: <http://82.165.131.239/hosting/empresa/general/monografias/monograf%C3%ADa167.pdf>
28. MINSA. Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Agosto 2002 (citado 22 de marzo del 2012). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>
29. *Jiménez Panqueque R.* Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública (serie de internet) enero-marzo 2004 (citado 12 de abril del 2012). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000100004&script=sci_arttext

30. *Delgado Gallego M, Vásquez Navarrete M, Lygia de Moraes*. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública* 12 (serie de internet) , Agosto 2010, (citado 9 de febrero del 2012), 12(4). Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>
31. *Urure Velasco I*. Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro. Tesis para optar el título de grado académico de doctor en ciencias de la salud, 2006. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (citado 11 de abril del 2012). Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/urure_vi/pdf/urure_vi.pdf
32. *Álvarez de la Rosa A , et al . Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería*. *Enf Neurol Mex* (serie de internet) 2012 (citado 16 de abril del 2012 (2): 68-72. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>
33. *Thompson I*. *La satisfacción del cliente*. Julio 2005 (citado 21 de abril del 2012). Disponible en : <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfaccion-cliente.htm>
34. *Zurita Garza B*. Calidad de la atención de la salud. *Rev. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 1996 (citado 20 de mayo del 2012) 57(4). Disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm
35. *Rondelli E*. La calidad de la atención Médica/ Auditoría. Carrera de Especialización en Salud Colectiva con orientación: Auditoría Médica. (citado 14 de febrero del 2012). Disponible en: http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_CalidadAtencionMedicaAuditor_20120813.pdf

36. *Latrach Ammar, et al.* Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de Acreditación Nacional. *Rev Ciencia y enfermería (serie de internet)*, 2009 (citado el 15 de mayo del 2012), 15(2): 79-94. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art09.pdf>
37. *Acevedo- Porras G.* Satisfacción del usuario en las intervenciones de enfermería. Primer foro Universitario "Investigación, Sociedad y desarrollo. Universidad Autonoma de Tamaulipas. 2008. (citado 13 de marzo del 2012). Disponible en: <http://www.turevista.uat.edu.mx/Volumen%203%20numero%202/PRIMER%20FORO%20UNIVERSITARIO/CSAL-10.swf>
38. *Cisneros F.* Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Agosto 2002 (citado 27 de marzo del 2012). Universidad del Cauca. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
39. *MINSA.* Guía para la Autoevaluación de la calidad para establecimientos de primer Nivel. Julio 2002 (citado 15 de marzo del 2012). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/03%20-%20Autoevaluacion.pdf>, http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-2.pdf
40. *MINSA.* Guía para la Autoevaluación de la calidad para establecimientos de primer Nivel. Julio 2002 (citado 15 de marzo del 2012). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/03%20-%20Autoevaluacion.pdf>, http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-2.pdf

41. *Humet C, Suñol R. Calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencial* (serie de internet) 2001, (citado 11 de mayo del 2012) 16(1): 16-55. Disponible en :
http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_CalidadAsistencialSociedadEspa_20120813.pdf
42. *MINSA. Guía para la Autoevaluación de la calidad para establecimientos de primer Nivel. Julio 2002* (citado 15 de marzo del 2012). Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/03%20-%20Autoevaluacion.pdf>,http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDADAD-2.pdf
43. *CEP. Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero, Lima 2008* (citado 11 de abril del 2012). Disponible en:
http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf
44. *CEP. Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero, Lima 2008* (citado 11 de abril del 2012). Disponible en:
http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf
45. *Sandra Roció Guaqueta Parada. Indicadores de la calidad del cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo Una mirada desde el modelo de cuidado de enfermería en UCI:HANC. 1ª, edición Colombia 2010*
46. *Avances en el cuidado de enfermería. Luz Patricia Díaz H. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, 2010. Editorial Universal Nacional de Colombia, primera edición*
47. *CEP. Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero, Lima 2008* (citado 11 de abril del 2012). Disponible en:
http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf

48. *Delgado Gallego M, Vásquez Navarrete M, Lygia de Moraes*. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública* 12 (serie de internet) , Agosto 2010, (citado 9 de febrero del 2012), 12(4). Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>
49. *Rivera Álvarez LN, Triana A*. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica Country. *Rev Av.Enf* (serie de internet), Mayo 2007 (citado 14 de abril del 2012) 25(1): 56-68. Disponible en : <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
50. *León Roman CA*. Ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de enfermería* (serie de internet) 2006 (citado 15 de enero del 2012). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm
51. *Cisneros F*. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Agosto 2002 (citado 27 de marzo del 2012). Universidad del Cauca. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
52. *Marriner Tomey A, Raile Alligood M*. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Harcourt, 2000
53. *Cisneros F*. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Agosto 2002 (citado 27 de marzo del 2012). Universidad del Cauca. Disponible en:

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

54. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Harcourt, 2000
55. *Centro Empresarial Latino Americano (CELA)*. Gestión de la calidad de los Servicios de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005. Modulo II (Planeamiento y Gerencia de Calidad)
56. *García R, De la Barra F*. Hospitalización de niños y adolescentes. Rev.Med. Clínica Condes(serie de internet), Chile 2005(citado 12 de abril del 2012) 16(4): 236-241.Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf
57. *Morales T, et al* Guía de práctica clínica basada en la evidencia de Infecciones Respiratorias Agudas. Asociación colombiana de facultades de Medicina-Ascofame (citado el 15 de enero del 2012) Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
58. http://www.conevyt.org.mx/promo_mevyt/la_palabra/ninos/infec_resp_ag.pdf
59. *Morales T, et al* Guía de práctica clínica basada en la evidencia de Infecciones Respiratorias Agudas. Asociación colombiana de facultades de Medicina-Ascofame (citado el 15 de enero del 2012) Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
60. *Honorio Quiroz CR*. *Conocimiento y su relación con las prácticas de las madres en niños menores de cinco años sobre la prevención de*

infecciones respiratorias agudas en el CS. Max Arias Schereirber. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

ANEXOS

ANEXO A:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Satisfacción de los padres	Es la sensación de placer o de bienestar obtenido por los padres respecto al cuidado que le han dado según lo técnico-científico, interpersonal y entorno, esta satisfacción resulta de comparar la experiencia del producto (atención) con las expectativas de beneficios previos por el usuario.	Técnico- científico Interpersonal Entorno	Es la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que la enfermera rinda el máximo de beneficios para la salud del niño con IRA , con un mínimo de riesgos atraves de la aplicación de los conocimientos y habilidades suficientes Referida a la interacción social entre el usuario externo (niño con IRA), familia y los miembros del equipo multidisciplinario que involucra una actitud de atención e interés por servir al paciente, es decir ayudarlo para que se pueda recuperar rápidamente. Relacionado con las condiciones físicas del ambiente donde se proporciona el cuidado o la atención de enfermería al niño con IRA	-Información/educación de -Prevención de complicaciones -Eficiencia -Integralidad -Trato -Respeto -Interés por necesidades afectivas -Paciencia -Confianza -Privacidad -Limpieza y orden -Iluminación y ventilación -Estado del mobiliario

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Cuidado enfermero	Es un servicio otorgado por el profesional de enfermería al niño quemado, que está dado por acciones transpersonales e intersubjetivas que tienden a proteger, mejorar y preservar la salud ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad sufrimiento y dolor. El cuidado es la esencia de enfermería, ya que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud	Humano Oportuno Continuo Seguro	<p>Es la capacidad que tiene la enfermera para tratar al niño con IRA como persona individual respetando sus derechos y creencias, en este tipo de cuidado la relación terapéutica es básica entre los seres humanos y tiene que ser relacional, tranpersonal e intersubjetivo.</p> <p>El cuidado oportuno está referido a la capacidad que tiene la enfermera para brindar sus cuidados cada vez que el niño con IRA lo requiera o lo pueda necesitar.</p> <p>El cuidado continuo se refiere cuando la enfermera tiene que brindar al niño quemado una atención sin interrupciones y en forma permanente según las necesidades que requiera el niño con IRA, además en este tipo de cuidado es de mucha importancia la educación que brinda la enfermera a los padres o al niño quemado.</p> <p>El cuidado seguro está referido a la atención que brinda la enfermera para evitar riesgos en el paciente, en este tipo de cuidado es de suma importancia brindar educación y estar seguras que el niño quemado o los familiares hayan comprendido para prevenir riesgos después del alta.</p>	<p>-Respeto ideas y costumbres -Cordialidad -Identificación del niño -Expresión de sentimientos</p> <p>-Atención al llamado -Cumplimiento del tratamiento -Orientación a niño y familia -Registros completos -Coordinación con equipo</p> <p>-Satisfacción de necesidades -Reporte de enfermería -Complicaciones y riesgos de la enfermedad</p> <p>-Información sobre efectos de medicamentos -Seguridad -Educación para el auto cuidado -Comprensión de enseñanza</p>

ANEXO B:

CODIGO			
---------------	--	--	--



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**“SATISFACCION SEGÚN PERCEPCION DE LOS PADRES Y CUIDADO
ENFERMERO AL NIÑO CON INFECCION RESPIRATORIA
AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO,
DICIEMBRE 2012”**

I.PRESENTACION:

Buenos días soy Giuliana Andrea Marky Bazán, alumna del IX de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Afiliada a la Universidad Ricardo Palma, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la satisfacción según percepción de los padres y su relación con el cuidado enfermero al niño con IRA, por lo cual solicito su colaboración para la entrevista, expresándose que los resultados serán de carácter anónimo, confidencial y de fines exclusivos para la investigación a realizar.

II.DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Sexo: M () F ()

3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Situación laboral: Obrero () Empleado () Independiente ()

5. Tiempo de hospitalización del niño

Una semana ()

Mas de una semana ()

Un mes ()

6. Tipo de IRA del niño

Leve ()

Moderado ()

Severa ()

III.INSTRUCCIONES

1. Marcar con una aspa (X) solo una respuesta que considere correcta
2. Si tiene alguna duda preguntar a la persona encargada del cuestionario

PREGUNTAS	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
TECNICO-CIENTIFICO			
1.La enfermera le explica antes de realizarle algún procedimiento a su niño			
2. Al ingresar recibió indicaciones de la enfermera sobre los ambientes y normas de la Institución			
3. La enfermera le informa sobre cómo prevenir complicaciones cuando su niño salga de alta			
4. La enfermera controla a su niño temperatura, pulso y respiración en cada turno			
5. Al realizarle algún procedimiento especial a su niño la enfermera cuenta con todo el equipo necesario			
6. Cree que la enfermera es dinámica a la hora de realizar sus cuidados			
7.La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a la higiene-comodidad			
8. La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a seguridad (barandas)			
INTERPERSONAL			
9.Cuando la enfermera se acerca a usted y a su niño lo saluda			
10. La enfermera le habla en tono de voz alta para atender a su niño			
11. La enfermera respeta su opinión cuando usted hace alguna observación.			
12. La enfermera llama a su niño por diminutivos (papito-mamita)			
13.Las enfermeras se preocupan cuando ven decaído a su niño			
14. Si usted está triste (preocupado) la enfermera se acerca a conversar con usted			

15. Las enfermeras tienen paciencia cuando atienden a su niño			
16. La enfermera lo escucha cuando usted tiene alguna queja			
17. Las enfermeras inspiran confianza al atender a su niño			
18. Cuando no se puede quedar en el hospital, confía que la enfermera atenderá a su niño			
ENTORNO			
19. La enfermera mantiene la privacidad de su niño cuando le brinda un cuidado especial (realización del baño)			
20. La enfermera respeta la individualidad del niño			
21. El personal de limpieza mantiene en condiciones óptimas el ambiente de su niño			
22. La enfermera le informó sobre cómo mantener el orden en el ambiente			
23. El ambiente de su niño cuenta con la iluminación necesaria para su atención			
24. El ambiente de su niño cuenta con ventilación adecuada para su atención			
25. La enfermera se preocupa que el mobiliario (cama y velador) se encuentren en buen estado			
26. Cree que la sala de pediatría (San Camilo) cuenta con el mobiliario completo (cama, silla, velador, banca) para la atención de su niño			

ANEXO C

LISTA DE COTEJO NO PARTICIPANTE SOBRE CUIDADO ENFERMERO



Instructivo: Marque con una X solo una respuesta por ítem, si es necesario haga observaciones

ITEMS	SI	NO	OBSERVACION
1. Permite a la familia traer el juguete de mayor familiaridad para el niño (no contaminante)			

2. Permite a la familia traer otros alimentos que no le da el hospital			
3. Saluda al niño antes de atenderlo			
4. Es cortés a la hora de brindar sus cuidados			
5. Identifica al niño por su nombre			
6. Identifica al niño por número de cama			
7. Conversa con el niño sobre sus miedos			
8. Conversa con el niño diferentes temas al de su hospitalización			
9. Cuando el niño necesita atención acudió rápidamente			
10. Identifica las necesidades o problemas del niño			
11. Administra el tratamiento a la hora establecida			
12. Cumple con todos los procedimientos de interconsulta			
13. Se da información a los padres sobre los cuidados brindados			
14. Brinda información a los padres sobre normas hospitalarias (horario de visita)			
15. Realiza anotaciones de enfermería posterior a cada intervención			
16. Mantiene actualizada la historia clínica con análisis del día			
17. Realiza coordinaciones con el equipo multidisciplinario (nutrición) u otros			
18. Realiza coordinaciones con el departamento de psicología			
19. Satisface necesidades de higiene / confort			
20. Satisface necesidades de alimentación			
21. Se evidencia atención continuada aun en el reporte de enfermería			
22. Realiza Procedimientos continuados de turno a turno			
23. Informa a los padres y al niño sobre el tratamiento			
24. Educa a los padres y a los niños sobre la importancia del lavado de manos			
25. Usa lenguaje claro y preciso sobre el beneficio del medicamento			
26. Usa lenguaje claro y preciso sobre las reacciones medicamentosas			
27. Toman medidas de prevención para evitar infecciones (lavado de manos, uso de mandilones)			
28. La enfermera supervisa los dispositivos necesarios de seguridad (Barandas)			
29. Educa sobre los cuidados respectivos en el hogar al alta			
30. Educa a los padres de familia sobre la prevención de enfermedades respiratorias			
31. Utiliza medios visuales (rotafolios, trípticos) para educar a los padres			
32. Realiza una encuesta para evaluar lo enseñado			

ANEXO D



INSTRUCTIVO PARA EL CUESTIONARIO



1. El investigador al momento de realizar la encuesta hará uso de un lápiz y borrador, y sin realizar enmendaduras
2. El cuestionario se realizara a los padres de familia previo consentimiento informado
3. El cuestionario tendrá 26 preguntas con alternativas múltiples a los padres de familia
4. El tiempo del cuestionario será de 15 minutos
5. Solo se contestara una alternativa por pregunta a través de un aspa (x), de caso contrario se anulara la pregunta, además estará bajo supervisión del investigador y el colaborador para revisar que no haya dos respuestas en una misma pregunta
6. El investigador permanecerá en todo momento para ir despejando las dudas posibles durante el cuestionario
7. El investigador supervisara el cuestionario para evitar que algún ítem quede sin responder o este marcada dos veces
8. Las encuestas serán identificadas mediante códigos para preservar el anonimato de los padres de familia



ANEXO E



Consentimiento informado para participantes a Investigación

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes sobre la investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por la Estudiante Giuliana Marky Bazán, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Universidad Ricardo Palma con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los padres y su relación con el cuidado enfermero al niño con IRAS, Hospital Nacional Dos de Mayo-MINSA. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder todas las preguntas planteadas, esto tomara aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted desea participar, o en caso de no aceptar participar en este estudio no se tomara ningún tipo de represalia en contra de su persona, así mismo puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno. Las respuestas al cuestionario, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, se destruirán desde ya le agradecemos su participación: Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante Giuliana Marky Bazan, he sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar el grado de satisfacción según percepción de los padres y su relación con el cuidado enfermero al niño con IRA en el HNDM, 2012. Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario lo cual tomara aproximadamente 15 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puede contactar al número 3460619

Nombre del apoderado

Giuliana Marky Bazán

ANEXO F

CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE EXPERTOS VARIABLE (SATISFACCION DE LOS PADRES) PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTOS											VALOR P	
	1Jz	2Jz	3Jz	4Jz	5Jz	6Jz	7Jz	8Jz	9Jz				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0176
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1				0.1641
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020

Prueba binomial:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

N: 9 expertos

P: $\frac{0.1977}{\text{N}^\circ \text{ criterios}} \longrightarrow \frac{0.1977}{10} : 0.019$

P: 0.019

En la tabla de resultados de los jueces expertos evaluados a través de la prueba binomial se puede observar que los valores de p son menores de 0.05 indicando que la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada. El valor final de la validación es 0.019

ANEXO G

CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE EXPERTOS VARIABLE (CUIDADO ENFERMERO) PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTOS											VALOR P	
	1 Jz	2Jz	3Jz	4Jz	5Jz	6Jz	7Jz	8Jz	9Jz				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
7	1	0	0	1	1	1	0	1	1				0.1641
8	0	1	0	1	0	0	0	1	1				0.2641
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.017

Prueba binomial:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

N: 9 expertos

P: $\frac{0.4592}{\text{N}^\circ \text{ criterios}}$ \longrightarrow $\frac{0.4592}{10}$: 0.045

P: 0.045

En la tabla de resultados de los jueces expertos evaluados a través de la prueba binomial se puede observar que los valores de p son menores de 0.05 indicando que la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada. El valor final de la validación es de 0.045

ANEXO H

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO - ESTUDIO PILOTO: PRUEBA ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD VARIABLE: SATISFACCION SEGÚN PERCPECION DE LOS PADRES

Dimensión	n	Alfa - Crombach	Confiabilidad
Técnico Científico	8	.563	Aceptable
Interpersonal	10	.552	Aceptable
Entorno	8	.642	Aceptable
Todas	26	.756	Aceptable

COEFICIENTE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

Donde:

N = numero de ítems

$\sum s^2(Y_i)$ = Sumatoria de la varianza de los ítems

s_x^2 = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.5, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta en conjunto todos los ítems para la variable Satisfacción, en conclusión se acepta la confiabilidad para la primera variable según Alfa de Crombach.

Para el presente caso se procesó los 8 ítems de la Dimensión Técnico Científico mediante el programa estadístico SPSS V20

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
,563	8

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento total corregida	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM_TECNI1	17,80	5,457	,039	,605
ITEM_TECNI2	17,60	5,543	,132	,565
ITEM_TECNI3	18,13	5,267	,018	,637
ITEM_TECNI4	17,53	4,695	,451	,480
ITEM_TECNI5	18,07	3,924	,682	,379
ITEM_TECNI6	17,87	5,695	,004	,601
ITEM_TECNI7	17,73	4,210	,545	,433
ITEM_TECNI8	18,07	4,067	,473	,448

Luego se procesó 10 ítems de la Dimensión Interpersonal mediante el programa estadístico SPSS V20

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
------------------	----------------

,552	10
------	----

Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM_INTER9	21,40	4,686	,320	,501
ITEM_INTER10	21,07	5,067	,399	,495
ITEM_INTER11	21,33	4,810	,399	,483
ITEM_INTER12	21,00	5,714	,085	,557
ITEM_INTER13	21,53	4,124	,589	,408
ITEM_INTER14	21,60	4,543	,314	,502
ITEM_INTER15	22,20	7,029	-,409	,727
ITEM_INTER16	21,27	4,067	,594	,403
ITEM_INTER17	21,53	4,838	,421	,481
ITEM_INTER18	21,87	5,981	,000	,559

Se procesó los 8 ítems de la Dimensión Entorno mediante el programa estadístico SPSS
V20

Alfa de Crombach	N de elementos
,642	8

Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Crombach		Correlación elemento-total corregida	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
		Alfa de Crombach	N de elementos		
		,755	26		
ITEM_ENTOR19	18,60		3,829	,245	,659
ITEM_ENTOR20	18,87		4,124	,193	,666
ITEM_ENTOR21	18,00		4,714	,159	,648
Estadísticos total-elemento					
ITEM					,573
ITEM	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento		Correlación elemento-total corregida	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM					,573
ITEM					,520
ITEM_ENTOR26	18,00	4,637		,078	,663

Finalmente se procesaron los 26 ítems de todas las dimensiones juntas mediante el programa estadístico SPSS V20

ITEM_TECNI1	62,47	28,267	,251	,750
ITEM_TECNI2	62,27	28,210	,448	,741
ITEM_TECNI3	62,80	27,886	,217	,755
ITEM_TECNI4	62,20	29,457	,112	,757
ITEM_TECNI5	62,73	26,495	,547	,730
ITEM_TECNI6	62,53	27,981	,385	,742
ITEM_TECNI7	62,40	27,829	,329	,745
ITEM_TECNI8	62,73	27,067	,367	,742
ITEM_INTER9	62,60	28,686	,183	,755
ITEM_INTER10	62,27	28,781	,315	,747
ITEM_INTER11	62,53	27,981	,385	,742
ITEM_INTER12	62,20	30,029	,052	,758
ITEM_INTER13	62,73	26,352	,571	,728
ITEM_INTER14	62,80	26,600	,449	,736
ITEM_INTER15	63,40	31,257	-,177	,782
ITEM_INTER16	62,47	25,981	,616	,725
ITEM_INTER17	62,73	27,210	,571	,733
ITEM_INTER18	63,07	30,352	,000	,757
ITEM_ENTOR19	62,87	28,552	,145	,761
ITEM_ENTOR20	63,13	29,695	,021	,768
ITEM_ENTOR21	62,27	28,210	,448	,741
ITEM_ENTOR22	62,20	28,600	,433	,744
ITEM_ENTOR23	62,27	29,210	,217	,752
ITEM_ENTOR24	62,20	29,029	,316	,748
ITEM_ENTOR25	62,53	27,838	,312	,746
ITEM_ENTOR26	62,27	29,210	,217	,752

ANEXO I

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO - ESTUDIO PILOTO PRUEBA KUDER RICHARSON PARA LA CONFIABILIDAD VARIABLE “CUIDADO ENFERMERO”

Dimensión	n	KR-20	Confiabilidad
Humano	8	0.952	Muy Aceptable

Oportuno	10	0.964	Muy Aceptable
Continuo	6	0.952	Muy Aceptable
Seguro	8	0.814	Muy Aceptable

COEFICIENTE KUDER RICHARSON KR-20

$$r_u = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_u = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_r = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.5 , por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Muy Aceptable**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.

a. Mediante la Hoja de Cálculo Excel 2010 se proceso los 8 ítems de la Dimensión Humana :

	p	q	pq
P1	0.35	0.65	0.2275
P2	0.15	0.85	0.1275
P3	0.5	0.5	0.25
P4	0.4	0.6	0.24
P5	0.5	0.5	0.25
P6	0.5	0.5	0.25
P7	0.25	0.75	0.1875
P8	0.25	0.75	0.1875

KR 20 : **0.9521**

b. Mediante la Hoja de Cálculo Excel 2010 se proceso los 10 ítems de la Dimensión Oportuna

	p	q	pq
P1	0.25	0.75	0.1875
P2	0.5	0.5	0.25
P3	0.4	0.6	0.24
P4	0.4	0.6	0.24
P5	0.2	0.8	0.16
P6	0.5	0.5	0.25
P7	0.2	0.8	0.16
P8	0.2	0.8	0.16
P9	0.35	0.65	0.2275
P10	0.35	0.65	0.2275

c. Mediante la Hoja de Excel proceso

Mediante Cálculo 2010 se los 6 ítems

de la Dimensión Continua

KR 20 : **0.9644**

	p	q	pq
P1	0.5	0.5	0.25
P2	0.5	0.5	0.25
P3	0.35	0.65	0.2275
P4	0.45	0.55	0.2475
P5	0.2	0.8	0.16
P6	0.45	0.55	0.2475

d. Mediante la Excel 2010 se ítems de la

Hoja de Cálculo proceso los 10 Dimensión Segura

KR 20: **0.9517**

	p	q	pq
P1	0.25	0.75	0.1875
P2	0.15	0.85	0.1275
P3	0.45	0.55	0.2475
P4	0.3	0.7	0.21
P5	0.15	0.85	0.1275

P6	0.05	0.95	0.0475
P7	0	1	0
P8	0	1	0

KR 20: **0.8139**

ANEXO J
HOJA DE CRITERIO
SATISFACCION SEGÚN PERCPECION DE LOS PADRES

N° de pregunta	Respuesta	Puntaje
1	Siempre	3
2	Siempre	3
3	Siempre	3
4	Siempre	3
5	Siempre	3
6	Siempre	3
7	Siempre	3
8	Siempre	3
9	Siempre	3
10	Nunca	3
11	Siempre	3
12	Nunca	1
13	Siempre	3
14	Siempre	3
15	Siempre	3
16	Siempre	3
17	Siempre	3

18	Siempre	3
19	Siempre	3
20	Nunca	1
21	Siempre	3
22	Nunca	3
23	Siempre	3
24	Siempre	3
25	Siempre	3
26	Nunca	3

ANEXO K
HOJA DE CRITERIO
CUIDADO ENFERMERO

N° de pregunta	Respuesta	Puntaje
1	SI	1
2	NO	1
3	SI	1
4	SI	1
5	SI	1
6	NO	1
7	SI	1
8	SI	1
9	SI	1
10	SI	1
11	SI	1
12	SI	1
13	SI	1
14	SI	1
15	SI	1
16	SI	1
17	SI	1
18	SI	1
19	SI	1
20	SI	1
21	SI	1
22	SI	1

23	SI	1
24	SI	1
25	SI	1
26	SI	1
27	SI	1
28	SI	1
29	SI	1
30	SI	1
31	SI	1
32	SI	1









