

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN  
PEDIATRIA**



---

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA  
PROLONGADA EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN  
MEDICINA “D” DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DEL NIÑO-LIMA OCTUBRE- DICIEMBRE 2014**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN  
PEDIATRIA**

**TESISTAS:**

**Lic. Enf. María VARGAS HUALLPA**

**Lic. Enf. Sonia Paulina PALOMINO QUIJADA**

**ASESORA: Dra. Irene Deza y Falcón**

**HUÁNUCO – PERÚ  
2015**

## DEDICATORIA

El presente estudio lo dedicamos a Dios, todopoderoso, por darnos la vida, por iluminar este difícil sendero, para poder lograr nuestros objetivos que es nuestra superación.

LAS AUTORAS

El presente estudio lo dedicamos a nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional y acompañarnos en todo lo largo de nuestras vidas, sin su apoyo no hubiera sido posible culminar nuestras aspiraciones.

LAS AUTORAS

## AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestras superación
- A los docentes de la Facultad de Enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestra asesora Dra. Irene Deza y Falcón, por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección del Instituto de salud del Niño por el apoyo para la realización del presente estudio. sin ello no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.
- A. nuestras queridas colegas de hospitalización de Medicina “D” sin ello no sería posible la realización del presente trabajo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Diseño y tipo:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional, no experimental, cuantitativo, prospectivo, transversal, durante el periodo 2014.

**Técnica e Instrumentos:** Para la recolección de datos se empleó la encuesta basada en un **cuestionario sobre factores que influyen en la estancia prolongada**. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó pruebas estadísticas e inferenciales, basadas en Excel y SSPS V.21.

**Resultados:** Un **83%** de los niños internados **superan** los **09 días** hospitalización, por lo que concluimos que los **índices de estancia prolongada** de los pacientes es **MUY ALTA**. Del análisis inferencial se obtuvo que  $p=0.0027 < 0.05$ ; lo que significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre los “factores” y la “estancia prolongada” en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño; por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Investigación (**Hi**) y rechazamos la Hipótesis Nula (**Ho**).

**Palabras clave:** *factores, estancia prolongada, investigación científica.*

## ABSTRACT

**Objective:** To identify factors that influence extended stay in children hospitalized in Medicine "D" of the National Institute of Child Health.

**Design and type:** A, non-experimental, quantitative, prospective, transversal, correlational descriptive study was conducted during the period 2014.

**Technical and Instruments:** For data collection the survey based on a questionnaire on factors influencing the extended stay was employed. For processing and data analysis and inferential statistical tests based on Excel and SSPS V.21 we were used.

**Results:** 83% of hospitalized children exceed 09 days hospitalization, so we conclude that rates of prolonged stay of patients is very high. Inferential analysis was obtained  $p = 0.0027 < 0.05$ ; which means that a significant relationship between the "factors" and "extended stay" in children hospitalized in Medicine "D" of the National Institute of Child Health; so we accept the research hypothesis (H<sub>i</sub>) and reject the null hypothesis (H<sub>o</sub>).

**Keywords:** *factors, extended stay, scientific research.*

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRAC.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1. MARCO TEORICO.....</b>	<b>10</b>
1.1. Antecedentes Internacionales.....	11
1.2. Antecedentes Nacionales.....	23
1.3. Antecedentes locales.....	29
1.4. Bases teóricas.....	29
1.5. Objetivos de la investigación.....	38
1.6. Hipótesis de investigación.....	38
1.7. Variables.....	39
1.8. Definición de Términos.....	40
<b>CAPITULO II</b>	
<b>2. MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>43</b>
2.1. Ámbito de estudio.....	43
2.2. Población y Muestra.....	44
2.3. Tipo de Estudio.....	45
2.4. Diseño de investigación.....	45
2.5. Técnica e Instrumentos:.....	46
2.6. Procedimiento.....	47
2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	48
<b>CAPITULO III</b>	
<b>3. RESULTADOS Y DISCUSION.....</b>	<b>49</b>
3.1 RESULTADOS.....	49
3.1.1 Análisis Descriptivo.....	49

3.2.1 Contrastación y comprobación de hipótesis.....	<b>64</b>
3.2 DISCUSIÓN.....	<b>66</b>
CONCLUSIONES.....	<b>69</b>
RECOMENDACIONES.....	<b>73</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	<b>74</b>
ANEXOS.....	<b>81</b>

## INTRODUCCION

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar (>9 días) considerado para un hospital de tercer nivel.

En México, Aguirre-Gas, Héctor <sup>19</sup> et al en 1993, en su Artículo Titulado “factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel” indicador indirecto de la calidad del cuidado otorgado a los pacientes en las unidades de segundo y de tercer nivel, ya que un procedimiento, retrasado, omitido o excesivo prolongará la estancia hospitalaria de los pacientes, incrementando los costos. También reduce la oportunidad de otros pacientes para recibir atención hospitalaria.

La tabla de Indicadores y Estándares de Salud Hospitalarios según Nivel de Atención establecidos por el Ministerio de Salud - MINSA, del ANEXO 02, estipula que en un Hospital de categoría III – 2 el promedio de Permanencia en días del paciente es de 09 días.

La Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 07 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 03 días y el mismo parámetro de 07 días para medicina interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de 12 días.

La finalidad de la investigación es mejorar las tasas de estancia hospitalaria para ofertar un mayor número de hospitalizaciones, disminuir costos de tratamiento y costo social para el paciente y reducir las infecciones intrahospitalarias y/o complicaciones.

En ese sentido, el estudio se organiza en tres capítulos.

En el primer capítulo se aborda el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes del problema y las bases teóricas de la investigación y la definición de algunos términos.

En el segundo capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: ámbito de estudio, población y muestra, diseño de estudio, las técnicas de recolección y procesamiento de datos.

Del mismo modo, en el tercer capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva discusión. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos utilizados en la investigación.

## **CAPITULO I**

### **1. MARCO TEORICO**

En estos últimos años, se está incrementando el presupuesto encaminados a la aplicación de las estrategias los que van a permitir disminuir los gastos y costos e incrementar la calidad de los servicios, involucrando a la población que acude al Servicio.

La gestión de la utilización hospitalaria, y en concreto la revisión de la utilización inadecuada de la hospitalización, se contempla como uno de los más prometedores enfoques para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario.

La estancia prolongada del niño (paciente) en estado crítico en un nosocomio condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior, por lo que requiere de manera especial de su familia en conjunto con el equipo de salud, para obtener un cuidado holístico.

La duración de la estancia hospitalaria prolongada del paciente es un asunto muy importante debido a que es un costo económico agregado, interferencia, con el normal crecimiento y desarrollo del niño, el alejarse del hogar, del entorno social y escolar y se incrementa el trauma hospitalario.

## 1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

En Colombia Tatiana María Ceballos-Acevedo <sup>(1)</sup> et al, el 2014, en su Artículo titulado “Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención” dicen:

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación <sup>(2)</sup>.

En el caso de Colombia, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes <sup>(3)</sup>.

Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos <sup>(4)</sup>.

Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios) <sup>(5)</sup>, es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad.

Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados.

En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso.

El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales <sup>(6)</sup>

De este modo, un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo.

Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad <sup>(7)</sup>.

La estancia prolongada de pacientes en hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS, a aseguradoras y a pacientes porque: Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una cama hospitalaria. Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos, afecta la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente.

Ante esto, las instituciones de salud tienen la necesidad de reducir la estancia hospitalaria para aumentar el flujo de pacientes a través del logro de mayores niveles de eficiencia.

Factores que influyen en la prolongación de estancias hospitalarias:

En la revisión de la literatura se encontró que las estancias prolongadas en los hospitales son a causa de factores derivados de los diferentes actores del sistema.

En los factores asociados al personal de salud, se destacan:

Factores propios relacionados con el criterio y competencia médica y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el hospital <sup>(8)</sup>.

Esto se traduce en no prestar atención a la necesidad de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización <sup>(9,10)</sup>.

Además, fallas al ingreso del paciente por falta de un diagnóstico claro al ingreso <sup>(11,12)</sup> una admisión prematura <sup>(13,14)</sup>

Las principales fallas del sistema de salud que afectan la duración de la estancia son: la dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requieren <sup>(15,16)</sup> la demora en las autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras de salud.

Esto evidencia los factores asociados con la falta de la consolidación de una red de atención.

Con referencia a la administración hospitalaria, se observa que la larga estancia de pacientes está asociada a la eficiencia en la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital como son los tiempos de respuesta de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (6, 7, 15-25, 29, 3-34, 36, 37, 39, 40, 42) y la transferencia del paciente entre servicios (41). Además, se encuentran estudios que muestran que el flujo de atención se reduce en los fines de semana, ya que la disponibilidad de personal para la atención de los servicios quirúrgicos y de procedimientos diagnósticos se reduce <sup>(17,18)</sup>.

En México, Aguirre-Gas, Héctor <sup>(19)</sup> et al en 1993, en su Artículo Titulado “factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel” indicador indirecto de la calidad del cuidado otorgado a los

pacientes en las unidades de segundo y de tercer nivel, ya que un procedimiento, retrasado, omitido o excesivo prolongará la estancia hospitalaria de los pacientes, incrementando los costos. También reduce la oportunidad de otros pacientes para recibir atención hospitalaria.

Los recursos disponibles para la atención médica son limitados aun en países desarrollados <sup>(20)</sup> debido a que hay un incremento en la demanda de los servicios médicos y los recursos no pueden ser incrementados indefinidamente.

En México, el IMSS ha propuesto la utilización, racional de estos recursos, lo que se traduce en mejorar la eficiencia sin disminuir la efectividad y la calidad. Se han hecho grandes esfuerzos para alcanzar este objetivo y ahora se llevan a cabo varios programas para reducir la EHP.<sup>(21-22)</sup>

Estudios realizados en otros países muestran que los factores asociados a la EHP pueden relacionarse con el paciente, <sup>(23)</sup> la enfermedad, el proceso de la atención <sup>(24)</sup>, el personal médico,<sup>(25)</sup> la organización del hospital,<sup>(26)</sup> el tipo de hospital,<sup>(27)</sup> y con intereses de tipo académico <sup>(28)</sup>.

Selker <sup>(29)</sup> identifica los factores asociados a la EHP en 6 mil pacientes y estos factores pueden ser incluidos en las categorías antes mencionadas. No existen trabajos previos sobre la EHP en México y de ahí la decisión de llevar a cabo este proyecto, a fin de determinar la magnitud del problema, particularmente en nuestra institución, así como los factores asociados.

Se estudiaron 547 pacientes, seleccionados aleatoriamente, egresados del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XX del IMSS de la ciudad de México, durante enero, abril de 1993, utilizando un diseño transversal, descriptivo, 23.9% tuvo EHP y los factores asociados fueron: **el origen del paciente, las condicione de ingreso, el diagnóstico, la presencia de complicaciones y de infecciones hospitalarias,** el diferimiento en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio y gabinete, el diferimiento en la realización de intervenciones quirúrgicas la necesidad de transporte foráneo al egreso del paciente.

En México, Álvarez Hernández, Gerardo y Amaro Ortega, Citlalyn<sup>30</sup>, el 2008, en su Artículo titulado “Costos atribuibles y factores de riesgo de infección nosocomial en un Hospital Pediátrico del Estado de Sonora, 2008” dicen : Las infecciones nosocomiales (IN) son un problema relevante de salud pública, de importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan altas tasas de morbilidad y mortalidad, e incremento en los días de hospitalización y los costos de su atención.<sup>31,32.</sup>

Los problemas asociados a las IN son diversos y rebasan el puro ámbito clínico. Uno de esos se refiere a la carga económica que origina su atención. Diversos estudios han mostrado que existe una considerable pérdida económica que afecta a los presupuestos institucionales <sup>(33-34)</sup>

Ningún servicio hospitalario está exento de sufrir los negativos impactos financieros de las IN, pero se reconoce que el funcionamiento de

programas de control puede reducir el deterioro económico que produce su ocurrencia, especialmente si son dirigidos a los principales factores de riesgo que les originan. <sup>(35)</sup>.

En México se ha estimado que el costo promedio de atención de un caso de IN es de \$55 000. En 2003, a través de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica, que incluye a 133 hospitales de los 1 005 que consta el Sector Público, se registraron 28 500 casos de IN. Esto implicaría que se gastaron \$1 567 500 000 en ese año. Esta cifra es mayor al 6% del presupuesto total asignado a la Secretaría de Salud para el año 2004. Se estima que la ejecución de medidas de control, como las recomendadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2 –2003, pudo prevenir alrededor de 9,400 casos de IN y reducir los costos de atención en \$517 275 000.<sup>36</sup>

La evaluación económica de la incidencia de las IN es una estrategia de investigación que identifica los costos generados por su ocurrencia, así como las repercusiones en la salud de los pacientes que son hospitalizados; dichas evaluaciones constituyen un apoyo médico y administrativo en las tareas para el control de IN que todo hospital debe tener. Dichas tareas implican, entre otras cosas, la identificación de los principales factores de riesgo asociados a las IN para poder diseñar intervenciones de mayor costo-beneficio. Por lo anterior, se realizó un estudio para evaluar, por un lado, factores de riesgo relacionados a la incidencia de IN, y por el otro, estimar los costos económicos directos que ocasionan, sin buscar una correlación entre ambos hechos dado el

carácter exploratorio del estudio. Para tal efecto, se realizó una investigación en los servicios clínicos de medicina interna, Infectología y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del *Hospital Infantil del Estado de Sonora* (HIES).

En España, Serrano Hernández N, <sup>(37)</sup> et al, el 2008, en su Artículo Titulado “Desarrollo de un modelo predictivo de estancia prolongada en Cuidados Intensivos tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea” dicen: Hasta ahora, la variable más utilizada como resultado final de modelos predictivos de la gravedad en paciente críticos ha sido la condición dicotómica mortalidad/supervivencia <sup>(38,39)</sup>. Sin embargo, la aplicación de este parámetro a patologías de baja mortalidad, aunque consumidoras importantes de recursos, como el postoperatorio de cirugía cardíaca, donde la mortalidad suele ser inferior al 5%, supone una dificultad para generar modelos estadísticos válidos para la descripción del proceso o para llevar a cabo una planificación adecuada <sup>(40,41)</sup>.

Durante el postoperatorio de cirugía cardíaca la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) suele ser corta: a ello ha contribuido en los últimos años la generalización de la entubación precoz, *fast-track* <sup>(42)</sup>. Como consecuencia, una estancia en UCI superior a la considerada como habitual en un medio hospitalario determinado puede significar, además de morbilidad o complicaciones postoperatorias, un problema para la programación de las intervenciones siguientes.

Por tanto, podría resultar de interés estimar ya en las primeras horas tras la intervención quirúrgica la probabilidad de requerir una estancia prolongada en UCI. Los objetivos en el presente trabajo han sido, en primer lugar, la identificación de variables predictoras de una estancia en

UCI mayor de 7 días tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC) y, en segundo lugar, la construcción de un modelo para estimar la probabilidad de desarrollar este evento.

En Estados Unidos-California, Zonana Nacach, Abraham et al, el 2011, en su trabajo de investigación titulado: "Tiempo de estancia en medicina interna" dicen De todos es conocido el aumento en los últimos años de la demanda asistencial, debido a múltiples factores como la mayor esperanza de vida o el aumento de las enfermedades crónicas. El área de hospitalización se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos y, en muchas ocasiones, la permanencia de los pacientes en esta área es excesiva, sin que ello conlleve a una mayor calidad asistencial. Son múltiples las causas que pueden motivar estas estancias prolongadas: unas de carácter médico, otras derivadas de la situación socioeconómica de los pacientes y otras derivadas de la propia infraestructura del hospital. No existe un solo país en el mundo que no se sienta presionado por la necesidad de camas en los hospitales. Existen dos opciones para tratar de resolver este problema, una de ellas es considerar si se le está brindando el mejor uso a estas camas y la otra es construir más hospitales con mayor número de camas <sup>(43)</sup>.

Los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna son pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas múltiples. Las enfermedades crónicas contribuyen en 60 % a la carga global de enfermedades, que para el año 2020 aumentará a 80 %.<sup>(44,45)</sup> La estancia prolongada intrahospitalaria no solo incrementa los costos sino también las infecciones nosocomiales, la inmovilidad, las úlceras por presión y la

trombosis venosa profunda, condiciones que ocasionan un empeoramiento en la calidad de vida del paciente <sup>(46)</sup>. El médico hospitalista fue descrito por primera vez en 1996 por Robert Wachter y Lee Goldman <sup>(47)</sup>. El médico hospitalista no reemplaza a los médicos de primera atención, a los cirujanos o a los especialistas, sino que se concentra en el manejo de los pacientes hospitalizados, desde su ingreso hasta su egreso. El médico hospitalista es un administrador del manejo de los pacientes hospitalizados y sus responsabilidades son la elaboración de admisiones hospitalarias, pase de visita diario, órdenes de interconsultas, solicitar exámenes paraclínicos, ajustar dosis o cambios en medicamentos, asistir a otros médicos encargados de las interconsultas, ayudar a la evaluación preoperatoria, proveer cobertura a pacientes sin médico asignado, proporcionar información a los pacientes y sus familiares, realizar trámites de egreso y programación de los traslados. El uso del modelo de médico hospitalista se ha asociado con mejor calidad de atención, mayor costo-efectividad del cuidado del paciente disminuyendo la estancia y costos hospitalarios <sup>(48,49)</sup>. En la mayoría de los hospitales regionales de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, los pacientes hospitalizados en medicina interna no cuentan con un médico hospitalista, están a cargo del médico internista, quien pasa visita por la mañana y posteriormente acude a la consulta externa, quedándose los médicos internos o residentes a cargo de los pacientes hospitalizados. En un estudio realizado en México por Aguirre Gas y colaboradores, <sup>(50)</sup> la estancia prolongada intrahospitalaria fue de 24 % y se asoció con la categoría y especialidad del médico tratante, el

diferimiento en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio, gabinete y en la realización de intervenciones quirúrgicas.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer la prevalencia y causas de estancia prolongada en pacientes hospitalizados en medicina interna en dos hospitales regionales de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California y evaluar si la función del médico hospitalista se asoció con menor estancia prolongada intrahospitalaria.

En México, Ignacio Javier González-Angulo <sup>(51)</sup> et al, el año el 2009, en su trabajo de investigación Titulada “Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital” El programa de calidad en los hospitales, en general debe incluir entre otros aspectos, la atención directa de problemas que aumentan el costo de la atención de los pacientes y no sólo los índices de morbilidad. Se debe valorar la satisfacción de los pacientes como receptores de un servicio, otorgado por un personal que se sienta satisfecho, con la utilización eficiente de los recursos y la determinación de hacerlo bien y de inmediato. La calidad debe ser expresada en términos concretos, que refieran el material ideal y excelencia en la técnica de los servicios médicos. (Rosswell M) <sup>52</sup>.

El aumento de los costos hospitalarios ha obligado a la búsqueda constante de situaciones que han contribuido a agravar este problema; las políticas de admisión hospitalaria de las instituciones de salud del Sector Público, al parecer no contribuyen a disminuirlo, por no considerar la influencia que ejercen en ese sentido los pacientes, los médicos y las propias unidades hospitalarias. Se debe considerar entre otros

indicadores, la tasa de utilización hospitalaria como se hace en Estados Unidos de Norteamérica (EU) <sup>53</sup>.

La Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 7 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 3 días y el mismo parámetro de 7 días para medicina interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de 12 días.<sup>54</sup>

En México, los sistemas de salud se han desarrollado mediante esquemas de empresa habilitados por el Gobierno, para ser utilizados tanto por pacientes que pagan sus servicios, como por indigentes que reciben atención gratuita, convirtiéndose el estado a la vez en proveedor y comprador de servicio. En el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” (HCAGG) tiene las mismas características de los hospitales del sistema. En 1998 se realizó un diagnóstico basal por la empresa Qualimed, que incorporó el hospital a la Cruzada Nacional por la Calidad <sup>(55)</sup>.

Por inquietud del equipo de trabajo que participó en esta investigación, se decidió revisar los diferentes factores que influyen en este programa. Dice Arredondo que el programa de la calidad en general debe basarse no solo en la constatación de índices de morbilidad, sino en la atención directa de problemas que aumentan el costo de atención de los pacientes <sup>(56)</sup>.

Se debe estar pendiente de la satisfacción como receptores de un servicio, a través de un personal que se sienta satisfecho con la utilización de los recursos y la firme determinación de hacerlo bien, adecuadamente y de inmediato <sup>57</sup> . Afirma Roswell <sup>58</sup>. que la calidad debe ser expresada en términos concretos como idoneidad del material que se usa y la excelencia técnica de los servicios prestados.

En el HCAGG el proceso de atención se afecta por los factores anteriores, siendo éstos, como sostiene Arredondo <sup>58</sup>. Conforme al modelo epidemiológico, los que están en función de las necesidades de salud, que llevan a la población a la utilización de los servicios, de la exposición de esta población a los factores de riesgo por el deterioro de su salud y la participación del hospital con los aspectos de accesibilidad, disponibilidad y características de los servicios.

La estancia hospitalaria constituye un problema permanente en las determinaciones estadísticas de la organización de un hospital, pues constituye un indicador indirecto de la calidad de la atención, ya que la prolongación de ésta incrementa la morbilidad, disminuye la disponibilidad de camas y aumenta los costos <sup>59</sup>. Partiendo de la pregunta: ¿cuál es la relación de la estadía hospitalaria, con el prestador de servicios de salud?, el objetivo general fue evaluar la participación asociada del prestador de servicios, con la prolongación de la estancia hospitalaria, específicamente determinar la relación de la duración de la estancia, con el incremento de la morbilidad hospitalaria y describir los factores que coadyuvan a esta situación.

## 1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

LIMA. Alfredo Benavides Zúñiga et al 2006<sup>60</sup>. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz.

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria. En un hospital de tercer nivel se considera estancia prolongada aquella que sobrepasa el estándar de nueve días. El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente responde a múltiples factores institucionales, patológicos y personales, entre otros. En el Hospital Nacional PNP "1 Luis N. Sáenz" (HNPNP "LNS") el promedio de estancia hospitalaria supera al estándar establecido (1.05 días promedio en el año 2005). El presente trabajo tiene por principal objetivo identificar los factores que prolongan la estancia de los pacientes hospitalizados en el HNPNP "LNS". Se realiza un estudio descriptivo-transversal en febrero del 2006, en cuyo marco fueron entrevistados 104 pacientes hospitalizados y se encuestó a 103 profesionales de salud, en un período de cinco días. No se consideró a los pacientes de las áreas críticas (UCIG, Emergencia), a los de la sala de recién nacidos y a los que aún no se encontraban en condiciones de alta. Se utilizaron cuestionarios para pacientes, encuestas para el personal de salud y fichas de recolección de datos. Los resultados se procesaron en el programa SPSS y se aplicó la prueba del Chi cuadrado, así como un modelo de regresión múltiple. La estancia hospitalaria promedio encontrada durante el tiempo de estudio fue de 11.3 días. Los factores identificados que más influyeron en la prolongación de la estancia hospitalaria fueron: recurso humano insuficiente, infecciones intrahospitalarias, falta de insumos, recomendaciones de la superioridad y falta de aplicación de protocolos durante los procesos de atención

médica. Los pacientes del grupo etáreo de 45 a 64 años, con grado de dependencia II a su ingreso, tienen mayor predisposición a una estancia mayor a nueve días. Las patologías más comúnmente asociadas con la prolongación de la estancia hospitalaria son : enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del ojo y sus anexos, trastornos mentales y del comportamiento, y enfermedades endocrinas-nutricionales y metabólicas. Los factores de estancia prolongada de los pacientes del IINPNP "LNS" dependen principalmente de la gestión administrativa institucional; sin embargo, se requiere de otros estudios para evaluar las condiciones específicas de cada servicio de hospitalización, así como estudios por patología para conocer las causas de estancia hospitalaria prolongada por entidad nosológica.

#### INFECCIONES ASOCIADAS A ESTANCIAS HOSPITALARIAS (infecciones nosocomiales).<sup>61</sup>

Objetivo: Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de las infecciones asociadas a estancias hospitalarias para mejorar la calidad asistencial, mediante estrategias de prevención y el desarrollo de programas integrados. Entre los diferentes ejemplos de programas integrados estarían: un programa activo de control de la infección, tanto en pacientes como en el personal sanitario, incluyendo cultivos de vigilancia y screening en admisiones de pacientes, y aislamiento o medidas de barrera; el fomento del uso racionalizado de los antibióticos; la vigilancia de las infecciones y la identificación y control de los brotes; un programa de prevención de las infecciones en el personal sanitario y la mejora de las prácticas del laboratorio.

Problemática: Las infecciones asociadas a las estancias hospitalarias son un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social, además de constituir un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención en las unidades donde se llegan a presentar. Son de importancia clínica y epidemiológica ya que producen altas tasas de morbilidad y mortalidad y disminuyen la esperanza de vida de la población a la que afectan. Además, incrementan los días de hospitalización y los costes de atención (se calcula que de media suponen entre 500 y 700 millones de euros anuales para el sistema sanitario español).

Se calcula que unos 3.200 pacientes mueren al año en España por infecciones nosocomiales. Entre el 5 y el 15% de las personas ingresadas, dependiendo del tipo de hospital, sufren una infección de este tipo y el 1% de los afectados fallece. Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente, y en algunos casos pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de vida.

Las infecciones nosocomiales se asocian a instrumentación, procedimientos invasivos y a pacientes graves e inmunosuprimidos. La mayoría son endémicas y son de mayor o menor envergadura dependiendo del sitio clínico (infección urinaria 43%, infección de herida quirúrgica 30%, neumonía 14%), tipo y tamaño del hospital, edad del paciente (niños 1% frente al 37% de los pacientes mayores de 65 años) y tipo de servicio. La mayor prevalencia ocurre en unidades de cuidados intensivos, de cirugía y traumatología.

El problema más común son las cepas de SARM (Staphylococcus Aureus Resistentes a la Meticilina,<sup>62</sup> responsable de entre el 60 y el 80% de las infecciones). El uso poco racionalizado de los antibióticos ha contribuido su alta prevalencia e incidencia dentro de las infecciones hospitalarias. Los antibióticos promueven la aparición de cepas de bacterias multirresistentes que pueden llegar a ser endémicas del mismo centro hospitalario. La resistencia a los antibióticos es un problema para la comunidad y para todos los establecimientos de atención sanitaria, pero es en los hospitales donde se intensifica la transmisión de los microorganismos por causa de la alta vulnerabilidad de la población, administración de dosis sub-óptimas de antibióticos, corta duración del tratamiento y diagnóstico equivocado, conduciendo a selección inapropiada de medicamentos.

**SOLUCIÓN PROPUESTA:** Dado que las infecciones nosocomiales son complicaciones en las que se conjugan diversos factores de riesgo que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y de control.

Se deberán promover medidas encaminadas a mejorar la vigilancia, prevención y control de las infecciones. Algunas medidas ya están implementadas en las instituciones sanitarias. Un claro ejemplo de ello es la higiene y la limpieza, desinfección, y esterilización del material sanitario, que constituyen programas de eficacia probada. Sin embargo, el cumplimiento con estas prácticas es a menudo sub-óptimo y, además, se ha observado que solo estas medidas no son suficientes para disminuir de forma drástica estas infecciones.

Es crucial la rapidez y el valor diagnóstico: La vigilancia activa mediante un sistema que permita detectar de forma rápida y eficiente los portadores

de SARM para evitar la transmisión, en el entorno de nuestro sistema hospitalario, sería otro buen punto de partida para ver de forma muy significativa el ahorro en gastos hospitalarios y la disminución del número de infecciones.

CONCLUSIÓN: <sup>63</sup> Las infecciones nosocomiales suponen una elevada carga socioeconómica, con estancias hospitalarias mucho más prolongadas y costes hospitalarios mucho más altos. Se han formulado diversas recomendaciones en los campos de vigilancia y prevención, pero pocas han propiciado la implementación de medidas de gran impacto. Entre las medidas novedosas con mayor impacto se propone una vigilancia activa mediante un sistema que permita detectar de forma rápida y eficiente los portadores de SARM, para disminuir las tasas de infección en nuestro sistema sanitario. Este tipo de medidas implicaría un régimen de admisión (1) que obligaría a hacer una prueba a los pacientes (2) para detectar la presencia de SARM en dos horas, en lugar de tres o cinco días siguiendo los métodos de cultivo tradicionales, minimizando así el riesgo de complicaciones y transmisión, y evitando la necesidad de mantener el aislamiento o toma de medidas especiales mientras se esperan los resultados.

- 1) En todas las admisiones o en las unidades que considere de importancia vital el centro.
- 2) A todos los pacientes o a los que el centro hospitalario considere de alto riesgo.

En Lima, Haumani Godoy, Arcadio Elías,<sup>64</sup>.el 2011, en su investigación Titulado “Factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones

intrahospitalarias en el servicio de medicina pediátrica del Hospital Madre Niño San Bartolomé, entre los años 2009-2011” dice: Las infecciones intrahospitalarias (IH) son una complicación derivada con frecuencia de la misma asistencia médica, que en muchas ocasiones (sobre todo en el paciente pediátrico) se ven favorecidas por factores inherentes al mismo huésped (inmunocompromiso, inmunosupresión, desnutrición, malformaciones congénitas, prematurez, bajo peso al nacer, etc.).<sup>65</sup>

Las Infecciones intrahospitalarias se han incrementado también como resultado del desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, nuevos antimicrobianos de amplio espectro, incremento en las resistencias bacterianas, resurgimiento de viejas enfermedades, enfermedades emergentes, infección por VIH-SIDA y tratamientos sofisticados. A pesar del desarrollo de las modernas tecnologías médicas y el establecimiento de medidas preventivas, con rigurosos protocolos de bioseguridad en nuestros centros hospitalarios nacionales de diferente nivel, las Infecciones intrahospitalarias (IH), siguen siendo un álgido y vigente problema de salud nacional. Esto además de las graves connotaciones que pueden tener sobre un paciente, en este caso pacientes pediátricos, como son la complicación de su patología inicial por una infección con un germen resistente, que puede llevarlo a la muerte o su mayor estadía intrahospitalaria, con el aumento de los costos de salud. En un sistema de salud ya mermado por los insuficientes recursos económicos asignados. En nuestro país en donde hay poca información publicada al respecto, se observa que las oficinas de epidemiología reportan anualmente estadísticas de alta prevalencia de infecciones IH e incluso aumento del

número de casos en los diferentes centros hospitalarios del MINSA, ESSALUD y centros asistenciales de las FF.AA. Estas infecciones históricamente han acompañado a los hospitales con mayor o menor incidencia, según la formación económico-social de que se trate, y constituyen un importante problema de salud y un motivo de preocupación para las instituciones y organizaciones de la salud a escala mundial, por las implicaciones económicas, sociales y humanas que estas tienen. El conocimiento del problema mediante estudios aislados se inicia más recientemente en la década de los 50 del siglo XX, con los estudios de focos de infección en hospitales, por investigadores de Inglaterra, Escocia y EE.UU. Posteriormente, en los años 60, se llevan a cabo estudios más sistemáticos y organizados, y ya en la década de los 70 surgen en muchas partes diarias 1 Este trabajo aspira puntualmente a establecer los principales Factores de Riesgo vigentes y determinantes de las infecciones IH, en el servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, con el objetivo de actuar sobre ellos y revertir en la medida de lo máximo factible la prevalencia e incidencia de estos casos.

### **1.3 ANTECEDENTES LOCALES O REGIONALES**

No se encontró trabajos de investigación en casos similares.

### **1.4 BASES TEORIAS**

#### **TEORIAS DEL CUIDADO SEGÚN KRISTEN SWANSON**

**Desarrollo del conocimiento en enfermería:** La Dra. Swanson <sup>66</sup> formula su teoría de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones donde utilizó fenomenología descriptiva.

Disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundamentada por el conocimiento propio y de otras disciplinas relacionadas, Enfermería tiene el fin de promover el bienestar viendo a los seres humanos en sus problemas reales y potenciales para intervenir y servir ayudan en si los problemas reales y potenciales que se enfrenta la enfermería con fin de brindar un cuidado excelente con visión de la persona en forma holística <sup>67</sup>.

Enfermería no está enfocada tanto en la mejoría de la enfermedad, en sí, sino en alcanzar, mantenga o recobrar el óptimo el nivel de vida o bienestar que ellos eligen dado su personalidad, demandas ambientales, coacciones y recursos. Lo que esto realmente reclama es que las prácticas terapéuticas de enfermería son basadas en conocimiento de enfermería, ciencias relacionadas, y en humanidad.

Swanson considera a la personas seres únicos en proceso de crecimiento en forma dinámica, espiritual que se auto reflejan en su conducta con capacidad de decidir cómo actuar como se afrontar las diversas situaciones y la capacidad de ejercer la libre voluntad en las posibilidades que enfrente. Son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se auto reflejan y que anhelan estar conectadas con otros.<sup>68</sup>

A la persona la influyen tres áreas importantes, la herencia genética, cualidades espirituales y capacidad para ejercer el libre albedrío; lo que quiere decir que son íntegros, crecen en la medida que el medio ambiente les moldea y el autor reflejo que crean de este conocimiento, Es vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de plenitud. La plenitud implica

una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse del dolor interno establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud”.<sup>69</sup>

#### AFIRMACIONES TEÓRICAS

La autora enmarca algunas concepciones, las cuales son las que le dan firmeza a su modelo, dentro de estas afirmaciones aparecen, descritas aquellas que tienen un valor empírico, ya que se toman de investigaciones epistemológicas, algunas de las afirmaciones teóricas son:

<<el objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros, los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. >>

De acuerdo a esto no importa cuán ardua sea la tarea de cuidar, lo importante es que esto se convierte en una tarea que desenvuelve mucha responsabilidad, el trabajo aparte de garantizar salud es también educar al individuo, para proporcionarle un confort que se ligue a sus exigencias, el compromiso adquirido por tanto será de ambas partes, tanto del profesional como del cliente, para adquirir ese equilibrio tan anhelado.

Estar inmerso en el campo del cuidado es someterse a necesidades de los que acuden a los servicios del profesional, pero que hacer cuando hay

una persona quien aún está en los albores del aprendizaje, las pretensiones son las mismas, pero las percepciones tienen la posibilidad de que varíen de acuerdo a quien esté recibiendo la atención, respecto a esto la autora refiere que:

<<en el cuidado, el repertorio de las enfermeras principiantes es muy limitado, en cambio en las enfermeras con experiencia las técnicas utilizadas Tienen una gran complejidad, que pueden ser desapercibidas >>

Se convierte entonces la gran complejidad en una gran ironía, puesto que se sabe mucho y ese mismo motivo hace que la gente no tenga en cuenta, la gran habilidad que posee un profesional con experiencia.

Todo proceso requiere un orden, una lógica para que tenga sentido y cobre mayor validez ante el público que se presenta, la enfermería como proceso, es una disciplina muy metódica, y organiza sus elementos de una forma secuencial, tal que los resultados al utilizar los elementos del proceso, generen una respuesta que se acomoda a los requerimiento, es así como Neumann propone desde su modelo lo siguiente:

<<Los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creado por la propia actitud filosófica de la enfermera, la comprensión los mensajes verbales, las acciones y las consecuencias del cuidado >>

## DOROTHEA OREM. "TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA".

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem,<sup>70</sup> está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de. Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Define la salud como "el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental", por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es "ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico".

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.

3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

1. Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.
2. De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.
3. De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo

de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

1. Total, requiere de que se actué en lugar de él.
2. Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
3. De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

## **BASES CONCEPTUALES**

**Hospital.**<sup>71</sup> Un hospital o nosocomio es un establecimiento sanitario donde se disponen de la prestación de servicios de profesionales médicos, de enfermería y otros relacionados las 24 horas, todos los días del año.

Un hospital brinda atención médica, o quirúrgica a pacientes en fase de convalecencia, periodo crítico o cuidados paliativos, según el caso. Para lo cual dispone de medios diagnósticos y terapéuticos necesarios. Sin embargo muchos hospitales modernos poseen la modalidad y estructura denominada **Cuidados Progresivos**. En este tipo de hospitales, no hay salas divididas por especialidades médicas como en los hospitales clásicos, sino que el cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad. En este tipo de hospital de cuidados Críticos, otra de Cuidados Intermedios, y por último Cuidados Mínimos y

Auto-cuidados. El paciente ingresa a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a Cuidados Críticos, y luego al mejorar (salir de su estado crítico), se trasladará a Cuidados Intermedios, luego a Mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica.

**Paciente hospitalizado**<sup>72</sup>. La decisión de internarlo como paciente hospitalizado es una decisión médica compleja que se basa en el criterio de su médico y en su necesidad de recibir cuidados hospitalarios necesarios por razones médicas. La admisión como paciente hospitalizado suele considerarse pertinente cuando se espera que usted necesite 2 o más noches de cuidados hospitalarios necesarios por razones médicas, pero su médico debe ordenar dicha admisión y el hospital debe admitirlo formalmente para pasar a ser un paciente hospitalizado.

Su estadía como paciente hospitalizado comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.

**Estancia prolongada.**<sup>73</sup> La estancia hospitalaria prolongada es un problema de salud, por el hecho de tener que mantener una paciente por un tiempo mayor al que corresponde y destinar mayores recursos. Por este motivo es que se decide hacer un estudio sobre los factores que influyen en una prolongación de la estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en 2009. El estudio se realizó seleccionando 110 casos según el tipo de cirugía que

más frecuentemente se realiza en el Departamento del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Los resultados que se encontraron fueron que la mayoría de pacientes que se atendieron fueron mujeres con 51%, hubo una preponderancia de pacientes menores de 1 año con 32 casos, la mayoría de pacientes atendidos tuvieron mielomeningocele, el tipo de herida más frecuentemente atendidas fueron las heridas limpias con 46%, un 32 % tuvieron infección prehospitalaria, un 78 % no tuvieron dehiscencia de herida operatoria, un 1 % tuvo necrosis de herida operatoria.

### **Factores Asociados a Estancia hospitalaria prolongada**

LUIS ALFONSO MENDOZA T <sup>75</sup> et al, en su Artículo Titulado “Factores Asociados a Estancia hospitalaria prolongada” dicen: “La estancia hospitalaria es un buen indicador de calidad de la atención en salud<sup>75, 76</sup>. La estancia prolongada en una unidad afecta la calidad, genera costos elevados para el Estado y su familia, afecta el vínculo y condición laboral de los padres, y causa deterioro del estado de salud de los pacientes. La estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha sido definida en forma arbitraria<sup>77,78</sup>, oscilando entre 3 a más de 30 días, afectando las incidencias en los diversos estudios, que van desde 5 al 34,2%<sup>79</sup>. El tiempo de estancia hospitalaria depende de varios factores, entre los cuales se destacan la co-morbilidad y el grado de severidad de la enfermedad y sus complicaciones<sup>80, 81</sup>.”

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre- Diciembre 2014.

### 1.5.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- a. Identificar si el apoyo a la familia por parte de la enfermera influye en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- b. Conocer si la preparación psicológica de los familiares del paciente influye en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- c. Relacionar si los cuidados especializados del personal de enfermería influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.

## 1.6 HIPÓTESIS DE INVESTIGACION

**Hi: Existen** factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Ho: No existen** factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.

## 1.7 VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- ✓ Factores que influyen en la estancia prolongada

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- ✓ Estancia prolongada en pacientes.

### 1.7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### **VARIABLE 1: Factores que influyen en la estancia prolongada**

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Condiciones en las que los familiares aceptan o no la estancia prolongada de hospitalización de sus familiares.	apoyo a la familia por parte de la enfermera  preparación psicológica de los familiares del paciente  cuidados especializados del personal de enfermería	Cuestionario estructurado	Ordinal

**VARIABLE 2:** Estancia prolongada en pacientes

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Viene a ser el tiempo de permanencia de los pacientes en determinada área de un nosocomio y que se considera excesiva, y ello conlleva muchas veces al deterioro psicológico, moral y otros del paciente y los familiares.	Atención del personal de enfermería  Conocimientos de los padres  Calidad de atención	Cuestionario estructurado	Nominal

**1.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Familia:** La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. "

**Crisis:** es sinónimo de desastre o de un acontecimiento peligroso o amenazador, una situación decisiva, definida por Caplan como un estado transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad y posibilidad de un trastorno mental.

**Crisis evolutivas o del desarrollo:** aquella crisis que ocurre el tránsito de una etapa a otra del ciclo familiar, a los cuales la persona y familia debe ajustarse.

**Crisis situacional o paranormativa o accidental:** aquella crisis que se produce por eventos percibidos como catastróficos por la familia.

**Estructura familiar interna:** Composición de la familia y el tipo de vínculo existente entre sus miembros.

**Estructura externa:** contempla la relación de la familia con su entorno social.

**Adaptación familiar:** Capacidad para utilizar recursos familiares en la resolución de problemas.

**Funcionalidad familiar:** capacidad de la familia para cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con su etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno.

**Participación:** Capacidad de los miembros de la familia para compartir los problemas y comunicarse.

**Afecto:** Capacidad de los miembros de la familia de manifestar cariño y preocupación, así como demostrar las emociones.

**Subsistema conyugal:** subsistema al interior de la familia constituido por un hombre y una mujer que han decidido formar una familia.

**Subsistema parental:** subsistema al interior de la familia que se constituye cuando la pareja conyugal tiene hijos, lo que supone que deben diferenciarse para asumir la tarea de crianza de sus hijos.

**Subsistema filial o fraterno:** subsistema familiar compuesto por los hermanos.

## **CAPITULO II**

### **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **2.1 ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Salud del Niño, específicamente en el Servicio de Medicina “D”. Es un centro hospitalario especializado y de complejidad que brinda atención a niños y adolescentes. Están ampliando los servicios y mejorando la calidad de atención. Ahora, con mejores equipos y con el esfuerzo del personal de salud, los niños tendrán una recuperación más rápida. Además, es importante tener en cuenta que el 80% de los niños que se atienden en este Instituto están afiliados al Seguro Integral de Salud, y la gran mayoría viene de provincias”, indicó el ministro.

En estos momentos está atendiendo diariamente a más de 150 niños, la mayoría de ellos con parálisis cerebral, secuelas de quemaduras, fracturas, entre otros. El equipo de profesionales terapeutas realiza un promedio de 53 mil atenciones al año. Los pacientes proceden también de otros hospitales nacionales y regionales del país. Se encuentra ubicado en la Av. Brasil N° 600- Distrito de Breña, Provincia y Departamento de Lima, Perú.

## 2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

### 2.2.1 Población

La población estuvo conformada por la totalidad de los familiares de los niños con estancia prolongada del Servicio de Medicina “D” del INSN. La población estimada en el periodo de dos meses es de alrededor de **290** (docientosnoventa) pacientes.

### 2.2.2 Muestra

**Unidad de Análisis:** Cada familiar.

**Unidad de Muestreo:** Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

**Marco Muestral:** Está conformada por un padrón nominal.

**Población Muestral:** Debido a que la población es pequeña se trabajó con el **10%** de la población, teniendo una muestra poblacional de **30 familiares** de los niños con estancia prolongada del Servicio de Medicina “D” del INSN.

Para elegir nuestra muestra poblacional se hizo de forma aleatoria no probabilística y de acuerdo a los siguientes consideraciones de inclusión y exclusión.

#### a. Criterios de inclusión:

- Familiar del paciente con tiempo prolongado de hospitalización, con permanencia mayor de 48 horas.

- Familiar que aceptan participar voluntariamente en el estudio.

**b. Criterios de exclusión:**

- Familiar del paciente sin tiempo prolongado de hospitalización, sin permanencia mayor de 48 horas.
- Familiar que no acepta participar voluntariamente en el estudio

### **2.3 TIPO DE ESTUDIO**

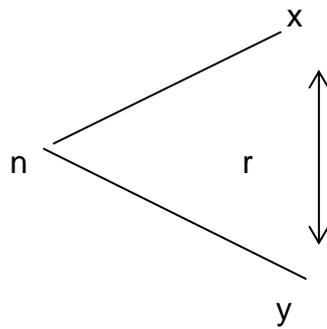
El estudio de investigación es no experimental, cuantitativo, descriptivo porque se analizó cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno y sus componentes; permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es prospectivo, porque se capta la información después de la planeación.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio es transversal, porque las variables involucradas se midieron en un solo momento.

### **2.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo relacional:

**Dónde:**

n = Población Muestral

x = Variable Independiente

y = Variable Dependiente

r = correlación

**2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS****2.5.1 Técnicas**

La técnica utilizada fue:

- La encuesta.

**2.5.2 Instrumentos**

Asimismo, los instrumentos son:

- Cuestionario sobre factores que influyen en la estancia prolongada.** (ANEXO 01). Dicho cuestionario está conformado fundamentalmente por tres (03) secciones; en la primera parte se obtiene los datos generales de los familiares; en la segunda parte se obtiene los datos generales de los niños hospitalizados y periodo de hospitalización y en la tercera parte se consideraran 09 ítem o

preguntas estructuradas relacionadas a los factores que influyen en la estancia prolongada de los pacientes.

Las respuestas fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes: Respuesta POSITIVA = 2, Respuesta NEGATIVA = 0.

**Valor del Instrumento: Escala**

- SI INFLUYE: 09 – 18 puntos.
- NO INFLUYE: 00 – 08 puntos.

Este instrumento nos permitió obtener información directa y confiable sobre los indicadores que queremos investigar en función a los objetivos planteados en la investigación.

**2.6 PROCEDIMIENTO:**

- Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital del Instituto Nacional de salud Niño para la aplicación de los instrumentos de investigación.
- Coordinar con el Jefe Médico y Jefa de Enfermería del Servicio de Medicina “D”.
- se realizó las coordinaciones pertinentes con la Jefatura de enfermería y con la jefe de servicio de medicina D.
- Se detalló cómo se va a realizar la recolección de información, de acuerdo a los instrumentos diseñados para tal fin; para lo cual firmaran una hoja de Consentimiento Informado que nos permitió aplicar el cuestionario diseñado que mide la variable conocimiento y afrontamiento frente a la enfermedad lo cual fue aplicado por las investigadoras.

- Se realizó en el Hold del servicio de Medicina “D” del Instituto de Salud del Niño.
- Luego de recolectado los datos se realizó la tabulación y análisis de la información recogida y elaboración del informe.

## **2.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento y análisis de los datos así como la codificación y tabulación se almaceno en la hoja de cálculo Excel. Se analizaron los resultados, para ello se utilizó la aplicación de las pruebas estadísticas: el paquete estadístico SSPS V.21 y la prueba inferencial con un nivel de confianza del 95%( $p < 0.05$ ).

Así mismo se elaboró los gráficos posteriores y analizados los resultados luego se vaciaran estos a una matriz de códigos sujetos, seguidamente se transformaran de códigos a puntajes.

### CAPITULO III

## 3. RESULTADOS Y DISCUSION

### 3.1. RESULTADOS

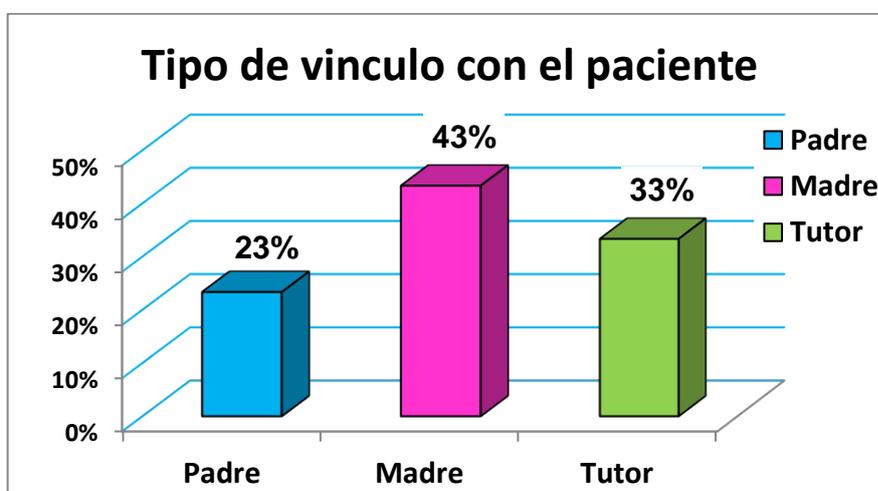
#### 3.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

##### 3.1.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL FAMILIAR:

**Tabla 01.** Vínculo familiar con el paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre diciembre – 2014.

Tipo de vínculo con el paciente	Frecuencia	%
Padre	7	23%
Madre	13	43%
Tutor	10	33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



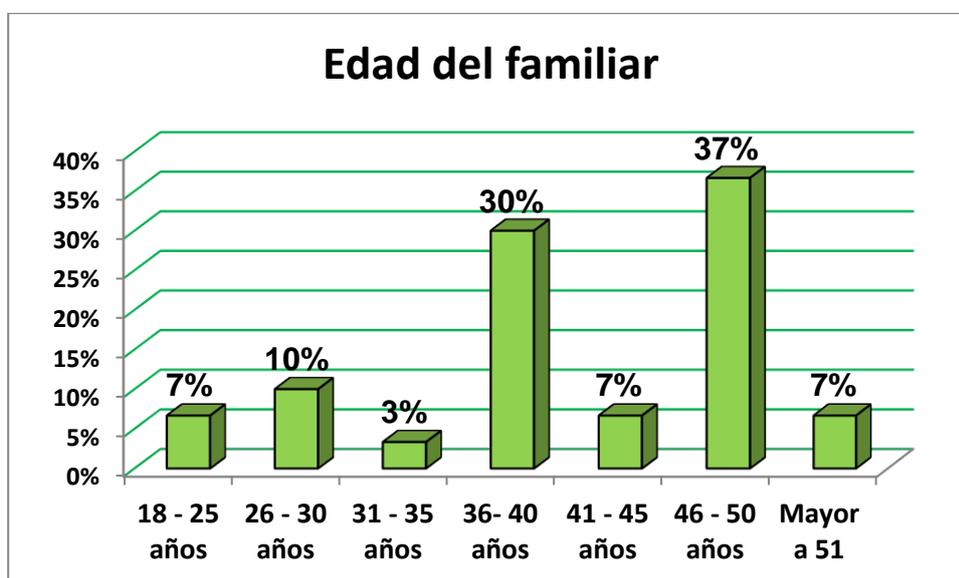
**Figura 01.** Vínculo familiar con el paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En cuanto al **vínculo familiar** con el paciente niño hospitalizado, se encontró que la mayoría del **43 %** (13 familiares) son madres, el **33 %** (10 familiares) son padres, el **23 %** (13 familiares) son tutores (tíos, primos, etc.).

**Tabla 02.** Edad del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Edad del familiar	Frecuencia	%
18 - 25 años	2	7%
26 - 30 años	3	10%
31 - 35 años	1	3%
36- 40 años	9	30%
41 - 45 años	2	7%
46 - 50 años	11	37%
Mayor a 51	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



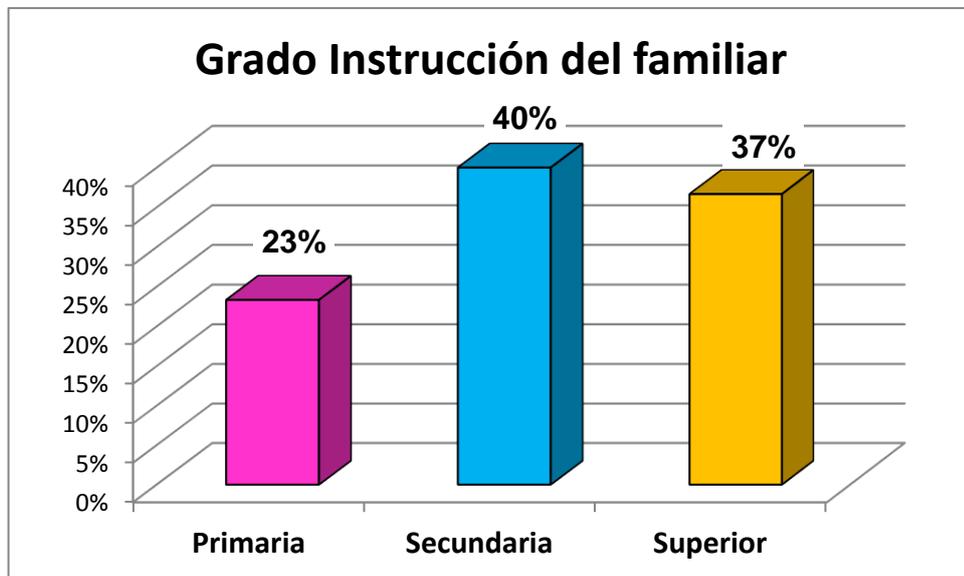
**Figura 02.** Edad del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre Diciembre– 2014.

Respecto a la **edad del familiar del paciente niño** hospitalizado, se encontró que el **37 %** (11 familiares) son de 46 -50 años; el **30 %** (09 familiares) son de 36 -40 años; el **10 %** (03 familiares) son de 26 -30 años; tenemos tres grupos con **7 %** (02 familiares) son de 18 -25 años, 41 – 45 años, mayores a 51 años; y el **3 %** (01 familiar) es de 31 -35 años.

**Tabla 03.** Grado instrucción del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre - Diciembre– 2014.

<b>Grado Instrucción del familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria	7	23%
Secundaria	12	40%
Superior	11	37%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



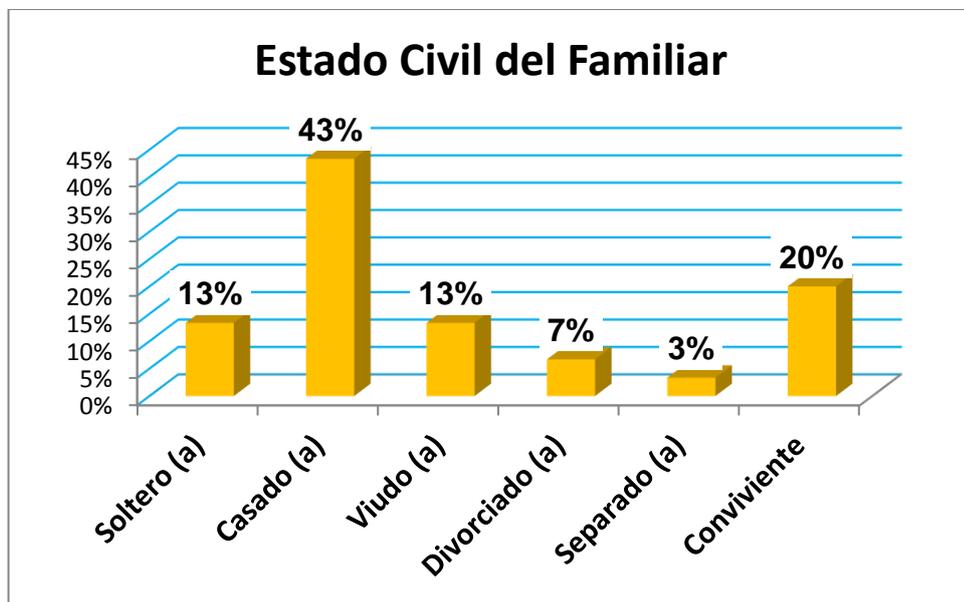
**Figura 03.** Grado instrucción del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre Diciembre – 2014.

En relación al **Grado instrucción** del familiar del paciente niño hospitalizado, observamos que el **40 %** (12 familiares) tuvieron Secundaria, el **37 %** (11 familiares) tuvieron Superior y el **23 %** (07 familiares) tuvieron primaria.

**Tabla 04.** Estado civil del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Estado Civil del familiar	Frecuencia	%
Soltero (a)	4	13%
Casado (a)	13	43%
Viudo (a)	4	13%
Divorciado (a)	2	7%
Separado (a)	1	3%
Conviviente	6	20%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



**Figura 04.** Estado civil del familiar del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre Diciembre– 2014.

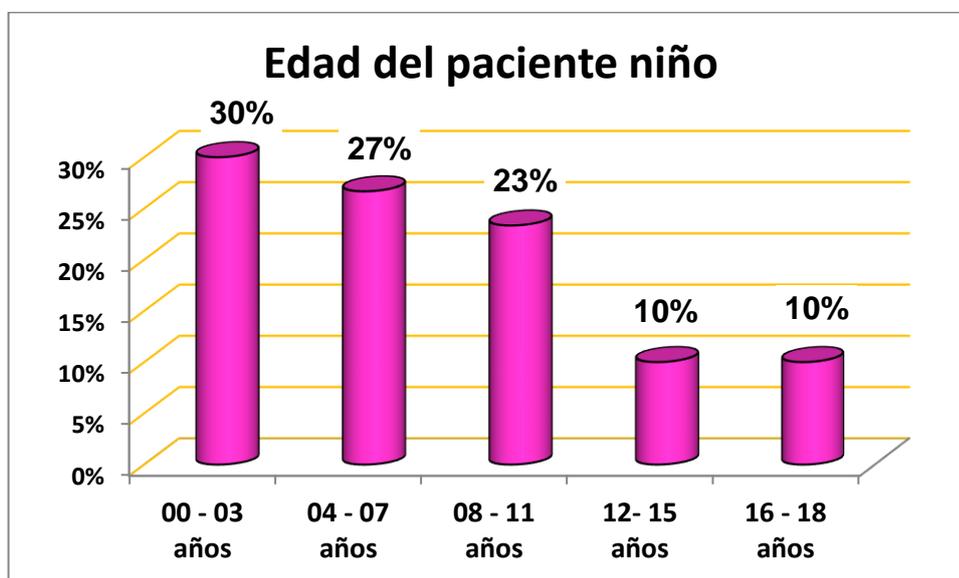
En relación al **Estado Civil** del familiar del paciente niño hospitalizado, se encontró que el **43 %** (13 familiares) son casados; el **20 %** (06 familiares) son convivientes; el **13 %** (04 familiares) son solteros; casados; el **13 %** (04 familiares) son viudos; el **7 %** (02 familiares) son divorciados; el **3 %** (01 familiar) es separado.

### 3.1.1.2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO HOSPITALIZADO:

**Tabla 05.** Edad del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre– 2014.

Edad del niño	Frecuencia	%
00 - 03 años	9	30%
04 - 07 años	8	27%
08 - 11 años	7	23%
12- 15 años	3	10%
16 - 18 años	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



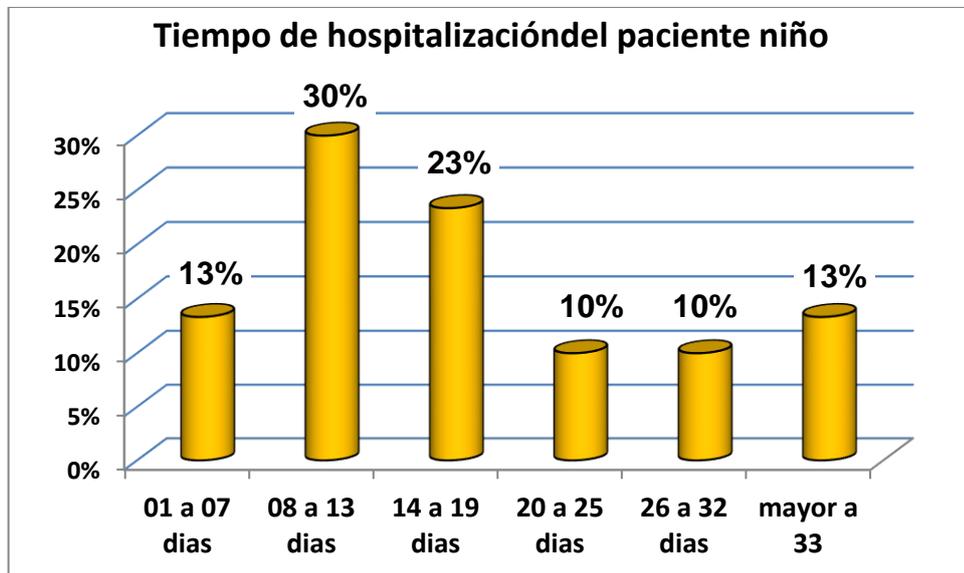
**Figura 05.** Edad del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En cuanto a la **Edad del paciente niño**, se encontró que el **30%** (09 niños) tienen de 00 – 03 años; el **27%** (08 niños) tienen de 04 – 07 años; el **23%** (07 niños) tienen de 08 – 11 años; el **10%** (03 niños) tienen de 12 - 15 años y el **10%** (03 niños) tienen de 16 - 18 años.

**Tabla 06.** Tiempo de hospitalización del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre-2014.

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	%
01 a 07 días	4	13%
08 a 13 días	9	30%
14 a 19 días	7	23%
20 a 25 días	3	10%
26 a 32 días	3	10%
mayor a 33	4	13%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



**Figura 06.** Tiempo de hospitalización del paciente niño hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

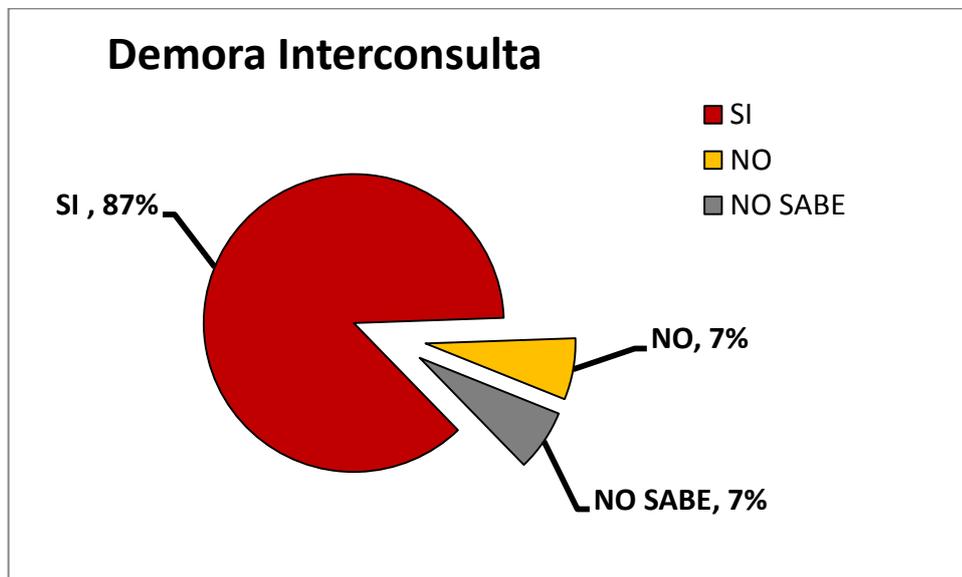
Con respecto al **tiempo de hospitalización** del paciente niño hospitalizado, se encontró que el **30%** (09 niños) están de 08 – 13 días; el **23%** (07 niños) están de 14 – 19 días; el **13%** (04 niños) están de 01 – 07 días; el **13%** (04 niños) están mayor a **33 días**; el **10%** (03 niños) están de 20 – 25 días y el **10%** (03 niños) están de 26 – 32 días.

### 3.1.1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTACIA PROLONGADA:

**Tabla 08.** Percepción del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en las **interconsultas** para diagnóstico médico que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Demora Interconsulta	Frecuencia	%
SI	26	87%
NO	2	7%
NO SABE	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



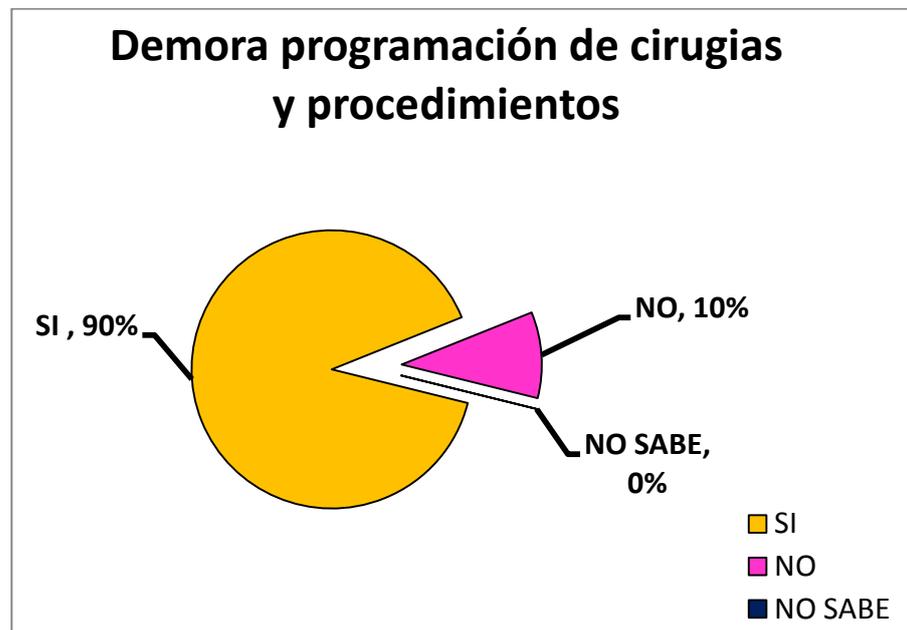
**Figura 08.** Percepción del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en las **interconsultas** para diagnóstico médico que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En cuanto a la **Percepción** del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en las **interconsultas** para diagnóstico médico que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **87%** (26 familiares) percibe que **SI hay demora en la interconsulta**, el **7%** (2 familiares) percibe que **NO hay demora en la interconsulta** y el **7%** (2 familiares) no sabe.

**Tabla 09.** Percepción del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en la **programación de cirugías y procedimientos** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Demora programación de cirugías y procedimientos	Frecuencia	%
SI	27	90%
NO	3	10%
NO SABE	0	0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



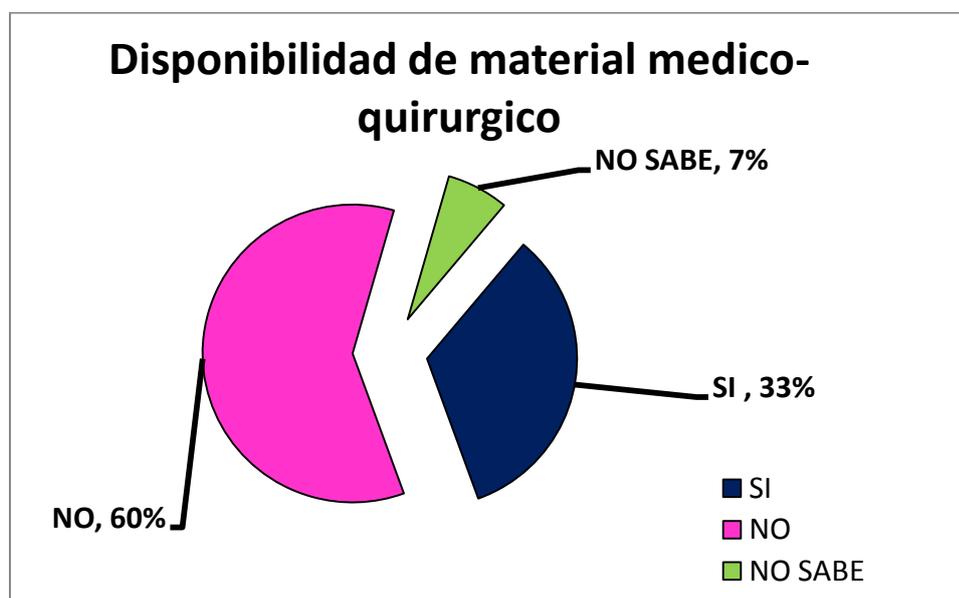
**Figura 09.** Percepción del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en la **programación de cirugías y procedimientos** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En relación a la **Percepción** del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en la **programación de cirugías y procedimientos** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **90%** (27 familiares) percibe que **SI hay demora en la programación de cirugías y procedimientos** y el **10%** (3 familiares) percibe que **NO hay demora en la programación de cirugías y procedimientos**.

**Tabla 10.** Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de material médico – quirúrgico**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Disponibilidad de material médico-quirúrgico	Frecuencia	%
SI	10	33%
NO	18	60%
NO SABE	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



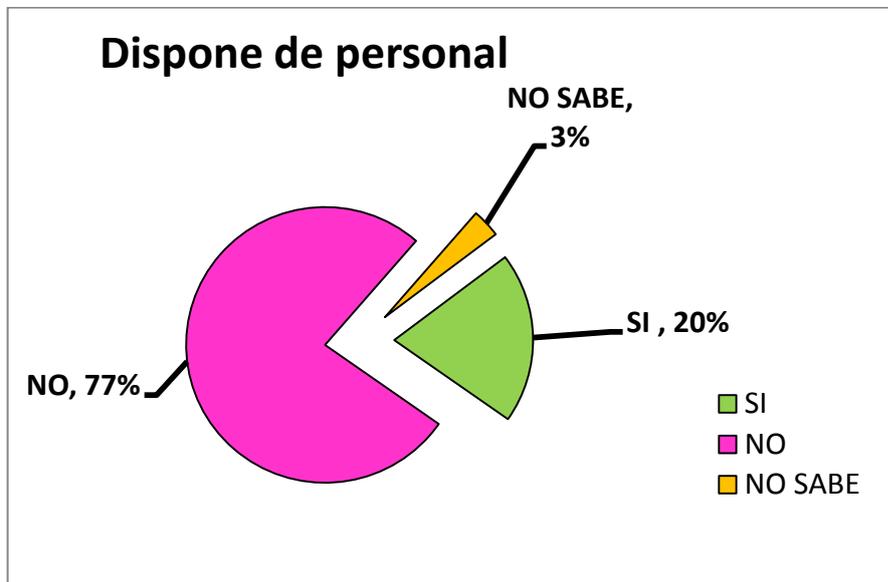
**Figura 10.** Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de material médico – quirúrgico**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Respecto a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de material médico – quirúrgico**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **60%** (18 familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**, el **33%** (10 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **7%** (2 familiares) no sabe.

**Tabla 11.** Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de personal enfermero necesarios**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre Diciembre – 2014.

Dispone de personal	Frecuencia	%
SI	6	20%
NO	23	77%
NO SABE	1	3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



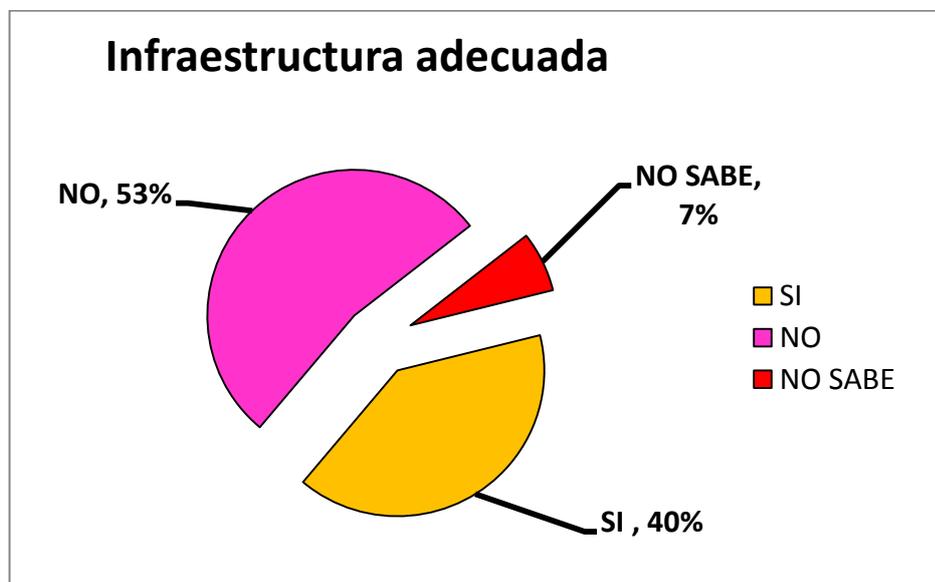
**Figura 11.** Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de personal enfermero necesarios**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre Diciembre – 2014.

Con respecto a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de personal enfermero necesarios**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **77%** (23 familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**; el **20%** (06 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **3%** (1 familiar) no sabe.

**Tabla 12.** Percepción del familiar acerca de la **infraestructura adecuada** , que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

<b>Infraestructura adecuada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	12	40%
<b>NO</b>	16	53%
<b>NO SABE</b>	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



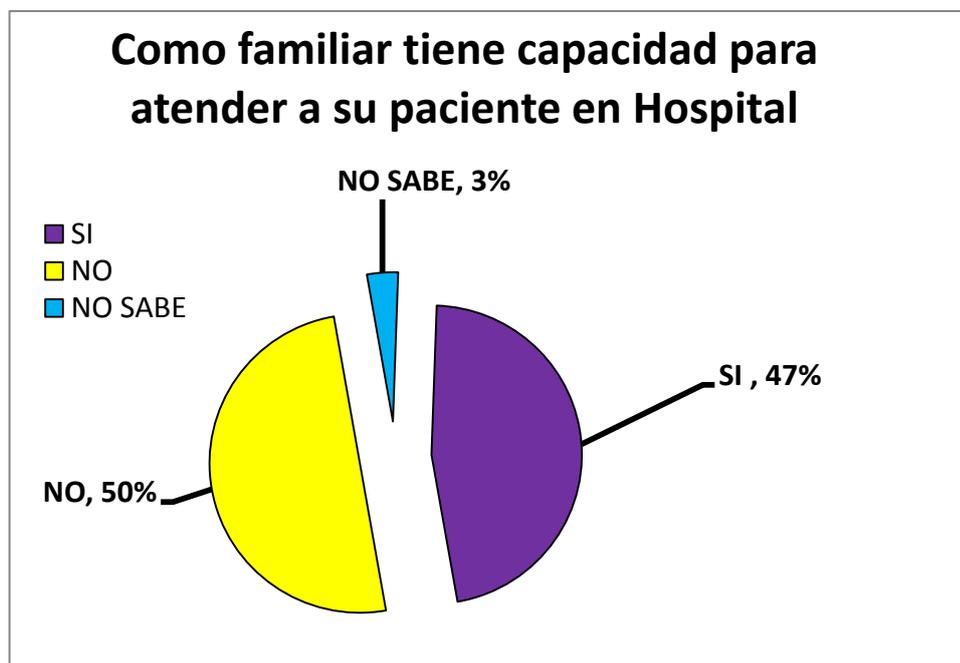
**Figura 12.** Percepción del familiar acerca de la **infraestructura adecuada** , que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En relación a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de la infraestructura adecuada**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **53%** (16 familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**; el **40%** (12 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **7%** (2 familiares) no saben.

**Tabla 13. Capacidad del familiar de poder atender al paciente y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.**

Como familiar tiene capacidad para atender a su paciente en hospital	Frecuencia	%
SI	14	47%
NO	15	50%
NO SABE	1	3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



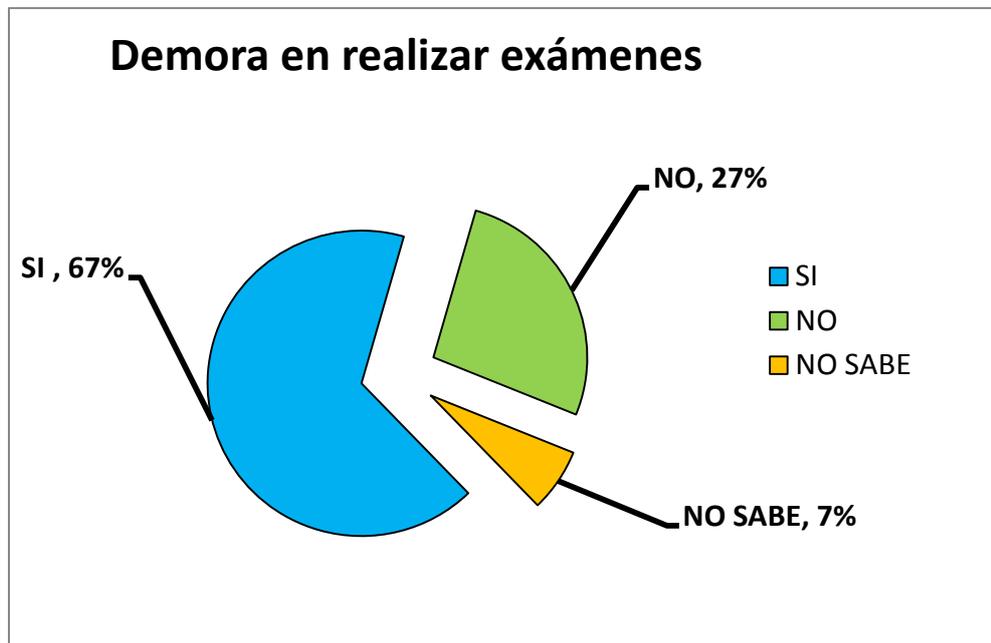
**Figura 13. Capacidad del familiar de poder atender al paciente y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en el Servicio de Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.**

Concerniente a **Capacidad del familiar de poder atender al paciente y que influye en la estancia prolongada de los pacientes en estudio**, observamos que el **50%** (15 familiares) **SI tiene la capacidad**; el **47 %** (14 familiares) percibe que **NO tiene la capacidad** y el **3%** (1 familiar) no saben.

**Tabla 14. Demora en realizar exámenes** y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Demora en realizar exámenes	Frecuencia	%
SI	20	67%
NO	8	27%
NO SABE	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



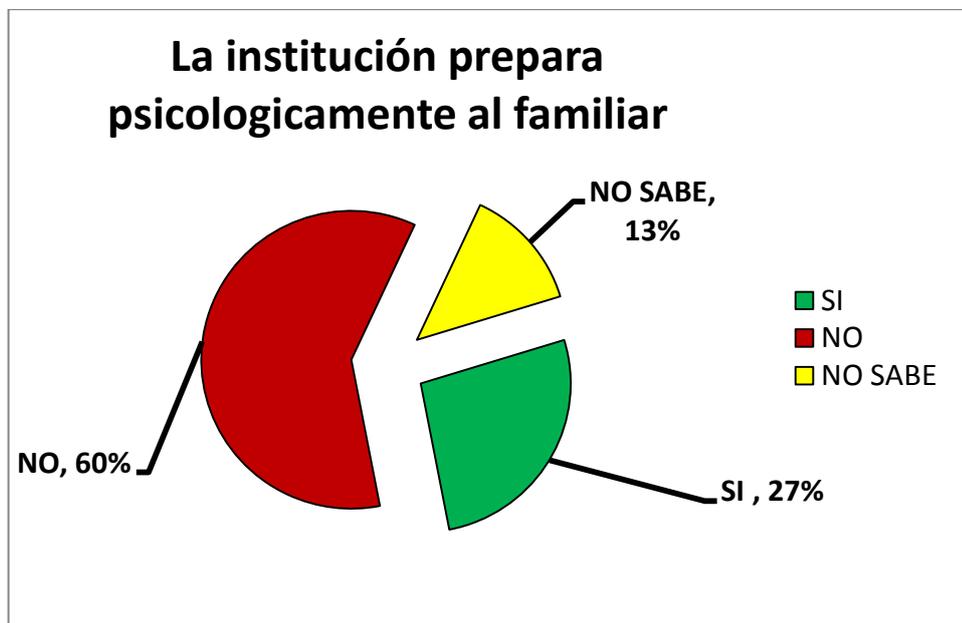
**Figura 14. Demora en realizar exámenes** y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

Respecto a la **Demora en realizar exámenes** y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **67%** (20 familiares) dice **SI** hay **demora**; el **27%** (8 familiares) percibe que **NO** hay **demora** y el **7%** (2 familiares) no saben.

**Tabla 15. Preparación psicológica al familiar por parte de la institución** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

La institución prepara psicológicamente al familiar	Frecuencia	%
SI	8	27%
NO	18	60%
NO SABE	4	13%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



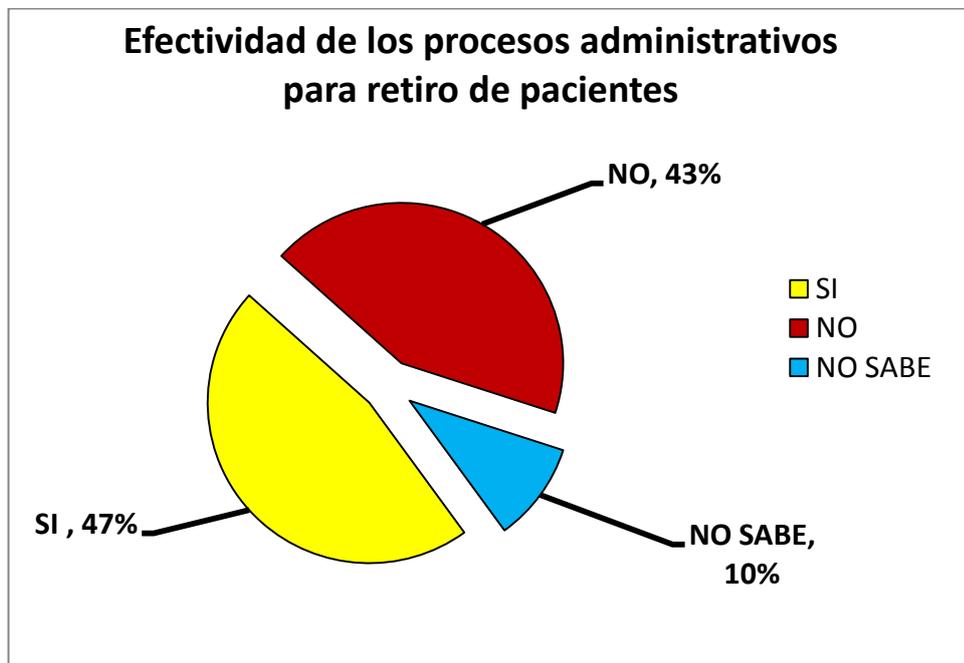
**Figura 15. Preparación psicológica al familiar por parte de la institución** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

En cuanto a la **Preparación psicológica al familiar por parte de la institución** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **60%** (18 familiares) dice **NO** hay preparación psicológica; el **27%** (8 familiares) dice que **SI** hay preparación psicológica y el **13%** (4 familiares) no saben.

**Tabla 16. Efectividad de los procesos administrativos para retiro de pacientes** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre – 2014.

<b>Efectividad de Procesos administrativos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	14	47%
<b>NO</b>	13	43%
<b>NO SABE</b>	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).



**Figura 16. Efectividad de los procesos administrativos para retiro de pacientes** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño – 2014.

Respecto a la **Efectividad de los procesos administrativos para retiro de pacientes** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **47%** (14 familiares) dice **SI es efectivo**; el **43%** (13 familiares) dice que **NO es efectivo** y el **10%** (3 familiares) no saben.

### 3.2.1 ANALISIS INFERENCIAL – CONTRASTACION Y COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

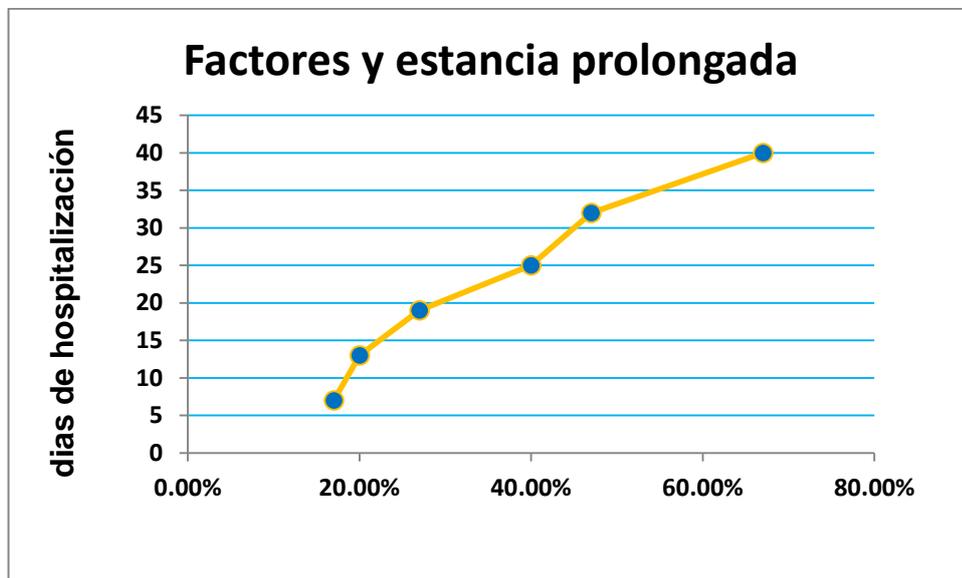
**Tabla 17.** Relación entre factores que influyen en la estancia prolongada y la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño – 2014.

Factores que influyen en la estancia prolongada			Estancia prolongada en pacientes		
	frecuencia	%		frecuencia	%
SI	21	69%	SI	22	75%
NO	09	21%	NO	08	25%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de registro (Anexo 01).

$$X^2 = 5.1721$$

$$p = 0.0027 < 0.005 (*)$$



**Figura 17.** Relación entre factores que influyen en la estancia prolongada y la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño – 2014.

De los resultados en la **Tabla 17**, se evidencia que los “factores que influyen en la estancia prolongada” representan un **69.00 %** y la “estancia prolongada” presenta un **75.00 %**.

## COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

**Hi: Existen** factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Del análisis inferencial se obtuvo que el valor de la probabilidad fue de ( **$p=0.0027$** ), observándose que este valor **es menor** que el punto crítico establecido ( **$p < 0.05$** ):

**Es decir  $p=0.0027 < 0.05$** ; lo que significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre el nivel factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño; por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Investigación (**Hi**) y rechazamos la Hipótesis Nula (**Ho**).

Del mismo modo de la **figura 17** podemos observar que la tendencia de la recta, tiene **pendiente positiva y de crecimiento directo**, es decir que mientras **mayores** son los factores que influyen en la estancia prolongada **mayor** será la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en el Servicio de Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño – 2014.

### 3.2. DISCUSION

Luego de haber analizado los resultados se observa que:

Los 04 principales factores que influyen en la estancia prolongada de los niños hospitalizados en Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño, son:

1. La Demora programación de cirugías y procedimientos con un 90%. Tabla y Gráfico N° 09
2. Demora Interconsulta, con un 87%. Tabla y Gráfico N° 08.
3. Disponibilidad de personal insuficiente, con un 77%. Tabla y Gráfico N° 11.
4. Demora en realizar exámenes, con un 67%. Tabla y Gráfico N° 14.

Estos resultados parcialmente concuerdan con las investigaciones realizados en LIMA por Alfredo Benavides Zúñiga et al 2006 <sup>60</sup>. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz.

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria. En un Hospital III, se considera estancia prolongada aquella que sobrepasa el estándar de **nueve días**. El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente responde a múltiples factores institucionales, patológicos y personales, entre otros.

En el Hospital Nacional PNP"1 Luis N. Sáenz" (HNPNP "LNS") el promedio de estancia hospitalaria supera al estándar establecido (1.05 días promedio en el año 2005). El presente trabajo tiene por principal

objetivo identificar los factores que prolongan la estancia de los pacientes hospitalizados en el HNP "LNS". Se realiza un estudio descriptivo-transversal en febrero del 2006, en cuyo marco fueron entrevistados 104 pacientes hospitalizados y se encuestó a 103 profesionales de salud, en un período de cinco días. No se consideró a los pacientes de las áreas críticas (UCIG, Emergencia), a los de la sala de recién nacidos y a los que aún no se encontraban en condiciones de alta. Se utilizaron cuestionarios para pacientes, encuestas para el personal de salud y fichas de recolección de datos. Los resultados se procesaron en el programa SPSS y se aplicó la prueba del Chi cuadrado, así como un modelo de regresión múltiple. La estancia hospitalaria promedio encontrada durante el tiempo de estudio fue de 11.3 días. Los factores identificados que más influyeron en la prolongación de la estancia hospitalaria fueron: **falta de aplicación de protocolos durante los procesos de atención médica, recurso humano insuficiente, falta de insumos**, infecciones intrahospitalarias y recomendaciones de la superioridad.

De la tabla de **Indicadores y Estándares de Salud Hospitalarios según Nivel de Atención** establecidos por el Ministerio de Salud - MINSA, del **ANEXO 02**, se estipula que en un Hospital de categoría III el promedio de Permanencia en días del paciente es de **09 días**.

Asimismo la Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 7 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 03 días y el mismo

parámetro de 7 días para medicina interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de **12 días**.<sup>54</sup>

Comparando estos resultados con los obtenidos en la **Tabla y Figura N° 6**, respecto a los días de la **estancia** de los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño, observamos que un **83% superan** los **09 días** hospitalización, por lo que concluimos que los **índices de estancia prolongada** de los pacientes es **MUY ALTA**.

## CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En cuanto al **vínculo familiar** con el paciente niño hospitalizado, se encontró que la mayoría del **43 %** (13 familiares) son madres, el **33 %** (10 familiares) son padres, el **23 %** (13 familiares) son tutores (tíos, primos, etc.).
- Respecto a la **edad del familiar del paciente niño** hospitalizado, se encontró que el **37 %** (11 familiares) son de 46 -50 años; el **30 %** (09 familiares) son de 36 -40 años; el **10 %** (03 familiares) son de 26 -30 años; tenemos tres grupos con **7 %** (02 familiares) son de 18 -25 años, 41 – 45 años, mayores a 51 años; y el **3 %** (01 familiar) es de 31 -35 años.
- En relación al **Grado instrucción** del familiar del paciente niño hospitalizado, observamos que el **40 %** (12 familiares) tuvieron Secundaria, el **37 %** (11 familiares) tuvieron Superior y el **23 %** (07 familiares) tuvieron primaria.
- En relación al **Estado Civil** del familiar del paciente niño hospitalizado, se encontró que el **43 %** (13 familiares) son casados; el **20 %** (06 familiares) son convivientes; el **13 %** (04 familiares) son solteros; casados; el **13 %** (04 familiares) son viudos; el **7 %** (02 familiares) son divorciados; el **3 %** (01 familiar) es separado.
- En cuanto a la **Edad del paciente niño**, se encontró que el **30%** (09 niños) tienen de 00 – 03 años; el **27%** (08 niños) tienen de 04 – 07 años; el **23%** (07 niños) tienen de 08 – 11 años; el **10%** (03 niños) tienen de 12 - 15 años y el **10%** (03 niños) tienen de 16 - 18 años.

- Con respecto al **tiempo de hospitalización** del paciente niño hospitalizado, se encontró que el **30%** (09 niños) están de 08 – 13 días; el **23%** (07 niños) están de 14 – 19 días; el **13%** (04 niños) están de 01 – 07 días; el **13%** (04 niños) están mayor a **33 días**; el **10%** (03 niños) están de 20 – 25 días y el **10%** (03 niños) están de 26 – 32 días.
- En cuanto a la **Percepción** del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en las **interconsultas** para diagnóstico médico que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **87%** (26 familiares) percibe que **SI hay demora en la interconsulta**, el **7%** (2 familiares) percibe que **NO hay demora en la interconsulta** y el **7%** (2 familiares) no sabe.
- En relación a la **Percepción** del familiar acerca de la **demora** más de lo normal, en la **programación de cirugías y procedimientos** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **90%** (27 familiares) percibe que **SI hay demora en la programación de cirugías y procedimientos** y el **10%** (3 familiares) percibe que **NO hay demora en la programación de cirugías y procedimientos**.
- Respecto a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de material médico – quirúrgico**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **60%** (18 familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**, el **33%** (10 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **7%** (2 familiares) no sabe.
- Con respecto a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de personal enfermero necesarios**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **77%** (23

familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**; el **20%** (06 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **3%** (1 familiar) no sabe.

- En relación a la Percepción del familiar acerca de la **disponibilidad de la infraestructura adecuada**, que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizado en estudio, observamos que el **53%** (16 familiares) percibe que **NO hay disponibilidad**; el **40%** (12 familiares) percibe que **SI hay disponibilidad** y el **7%** (2 familiares) no saben.
- Concerniente a **Capacidad del familiar** de poder atender al paciente y que influye en la estancia prolongada de los pacientes en estudio, observamos que el **50%** (15 familiares) **SI tiene la capacidad**; el **47 %** (14 familiares) percibe que **NO tiene la capacidad** y el **3%** (1 familiar) no saben.
- Respecto a la **Demora en realizar exámenes** y que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **67%** (20 familiares) dice **SI hay demora**; el **27%** (8 familiares) percibe que **NO hay demora** y el **7%** (2 familiares) no saben.
- En cuanto a la **Preparación psicológica al familiar por parte de la institución** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **60%** (18 familiares) dice **NO** hay preparación psicológica; el **27%** (8 familiares) dice que **SI** hay preparación psicológica y el **13%** (4 familiares) no saben.
- Respecto a la **Efectividad de los procesos administrativos para retiro de pacientes** que influye en la estancia prolongada de los pacientes niños hospitalizados en estudio, observamos que el **47%** (14 familiares) dice **SI es efectivo**; el **43%** (13 familiares) dice que **NO es efectivo** y el **10%** (3 familiares) no saben.
- **Con respecto a la instancia prolongada tenemos:**

De la tabla de **Indicadores y Estándares de Salud Hospitalarios según Nivel de Atención** establecidos por el Ministerio de Salud - MINSA, del **ANEXO 02**, se estipula que en un Hospital de categoría III el promedio de Permanencia en días del paciente es de **09 días**.

Asimismo la Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 7 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 03 días y el mismo parámetro de 7 días para medicina interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de **12 días**.<sup>54</sup>

Comparando estos resultados con los obtenidos en la **Tabla y Gráfico N° 6**, respecto a los días de la **estancia** de los niños hospitalizados en Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño, observamos que un **83% superan** los **09 días** hospitalización, por lo que concluimos que los **índices de estancia prolongada** de los pacientes es **MUY ALTA**.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda lo siguiente:

- Las autoridades ejecutivas del nosocomio debe solicitar la realización de una reingeniería acerca de los protocolos, procesos, implementación y de recursos necesarios con la finalidad de reducir las tasas de estancia hospitalaria.
- El Director del INSN en coordinación con la jefatura de enfermería deben evaluar los equipos y los protocolos para reducir la estancia prolongada.
- El equipo de la alta dirección y la Unidad de capacitación deben programar talleres de sensibilización con los familiares responsables para el apoyo efectivo y reducir las estancias hospitalarias.
- Que esta investigación sea ampliado por otros equipos de investigadores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
2. García A, Ramos I, García J, Gálvez A. El balance entre la oferta y la demanda en salud. Cuba. : <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1211/inf061211.h>
3. Afanador G. Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario. <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hostalarario/icac/show/Content/>
4. Correa A. Baja capacidad hospitalaria. [http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/B/baja\\_capacidad\\_hospitalaria/baja\\_capacidad\\_hospitalaria.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/B/baja_capacidad_hospitalaria/baja_capacidad_hospitalaria.asp)
5. Perales P, Amores P, Escrivá R, Pastor A, Alvarruiz J, De la Calzada J. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. Revista Emergencias. 2004; 16: 111-5.
6. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana Salud Pública. 2004; 30 (1).
7. González Angulo I. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista Conamed. 2009; 14 (4).
8. Elorza M, Vanina N, Cruciani F, Moscoso N, Gullacei M. Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) de Argentina, Universidad Nacional del Sur, Argentina; 2009.
9. Negro J, Jiménez J, Félix R, Pascual A, Miralles J, López J et ál. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Mejora de la gestión de las camas en la sección de alergología, tras la difusión de un estudio previo. Alergol Inmunol Clin. 2003; 18: 61-70
10. Zonana A, Baldenebro R, Felix G, Gutiérrez P. Tiempo de estancia en medicina interna: Función del médico hospitalista. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49 (5): 527-31.

11. Pérez A, Santos S, Luquero F, Tamames S, Cantón B, Castrodeza J. Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (1).
12. Mould J, García C, Contreras I, Juárez T, Espinel C, Morales G et ál. Direct Costs Associated with the Appropriateness of Hospital Stay in Elderly Population. *bmcHealth Services Research.* 2009; 9 en: <http://www.biomed-central.com/1472-6963/9/151>.
13. Almeida A, Serraqueiro Z, Rogeiro A. Protocolo de revisão de utilização de recursos num hospital público português. *Acta Med Port.* 2006; 19: 381-5
14. Isherwood J, Howard D, Saunders R, Jabri Y, Phillips D, McWhinnie D. What Factors Are Associated with Prolonged Hospital Stay Following Planned Day-Case. *Laparoscopic Cholecystectomy? Ambulatory Surgery.* 2013; 19 (1).
15. Kim C, Hart A, Paretti R, Kuhn L, Dowling A, Benkeser J et ál. Excess Hospitalization Days in an Academic Medical Center: Perceptions of Hospitalists and Discharge Planners. *The American Journal of Managed Care.* 2011; 17 (2)
16. Ferreira A, Rígoli F, Bazzani R. Procesos asociados con el tiempo de estadía en el Hospital de Clínicas: estudio en cuatro enfermedades trazadoras. *Revista Médicadel Uruguay.* 1997; 13: 23-36
17. Irfan S. Hospitalist: Long Hospital Stays Are often Due to Poor Planning. Kevin MD 2010: <http://www.kevinmd.com/blog/2010/09/hospitalist-long-hospital-stays-due-poor-planning.html>.
18. Zambrana J, Delgado M, Cruz G, Martín M, Díez F, Ruiz M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Medicina Clínica.* 2001; 117 (3).
19. [www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1997-133-2-71-77.pd](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1997-133-2-71-77.pd)
20. Memoria de la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social: Contención de costos y desarrollo gerencia1 en las Instituciones de Seguridad Social, México 1992.
21. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de Cirugía Ambulatoria. México. 1985.
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diálisis Peritoneal. México. 1988.
23. Taylor MR, O'Connor P. Resident parents and shorter hospital stay. *Arch Dis Child.* 1989;64:214.

24. Flournoy DJ, Klein G, Slater LN. Length of hospital stay in surgical service patients with nosocomial *Haemophilus influenzae* infections. *J Natl Med Assoc* 1989;81:49.
25. Burns LR. The effects of patient, hospital and physician characteristics on length of stay and mortality. *Med Care* 1991;29:251.
26. Farren EA. Effects of early discharge planning on length of hospital stay. *Nurs Econ* 1991;9:25.
27. Rogers JL, Feinglass J, Martin GJ, Hughes RL, Handler 1, Stom GB. Longer hospitalization at Veteran Administration hospitals than private hospitals. *Med Care* 1989;27:928.
28. Rosevear GC, Gary NE. Changes in admissions, lengths of stay and discharge diagnoses at a major university affiliated teaching hospital: Implications for medical education. *Acad Med* 1989;64:253.
29. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. *Med Care* 1989;27:112.
30. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* vol.67 no.2 México mar./abr. 2010.
31. Martínez G, Anaya MC, Ávila C. Incidencia de bacteriemia y neumonía nosocomial en una unidad de pediatría. *Salud Publica Mex* 2001;43:515-523.
32. Díaz RD, Solórzano F, Padilla G, Miranda MG, González R, Trejo JA. Infecciones nosocomiales. Experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Salud Publica Mex* 1999;41(suppl 1):S12-S17.
33. Mendivil C, Egüés J, Polo P, Ollaquindia P, Ruin M, Del Real C. Infección nosocomial, vigilancia y control de la infección en Neonatología. *Ana Sis San Navarra*. 2000;23(suppl 2):177-184.
34. Nercelles P, Herrera R, Peirano L, Villarroel M. Exceso y estructura de costos de las infecciones intrahospitalarias en un hospital de nivel terciario de Valparaíso, Chile. Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina. OPS.
35. Pooli L, Nocetti-Fasolino M, De Califano GM, Rial MJ, Martín MT. Incidencia de infección hospitalaria y factores de riesgo asociados en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. *Rev Hospital Pedro de Elizalde*. 2002;1:1-7.
36. Cantón E, Viudes A, Pemán J. Infección sistémica nosocomial por levaduras. *Rev Iberoam Micol* 2001;18:51-55.

37. Med Intensiva 2005;29:219-25 - Vol. 29 Núm.4 DOI: 10.1016/S0210-5691(05)74231-5.
38. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med, 13 (1985), pp. 818-29
39. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. JAMA, 270 (1993), pp. 2478-86
40. Higgins TL. Quantifying risk and assessing outcome in cardiac surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth, 12 (1998), pp. 330-40
41. Higgins TL, Estafanous FG, Loop FD, Beck GJ, Lee JC, Starr NJ, et al. ICU admission score for predicting morbidity and mortality risk after coronary artery bypass grafting. Ann Thorac Surg, 64 (1997), pp. 1050-8
42. Flynn M, Reddy S, Shepherd W, Holmes C, Armstrong D, Lunn C, et al. Fast-tracking revisited: routine cardiac surgical patients need minimal intensive care. Eur J Cardiothorac Surg, 25 (2004), pp. 116-22
43. Negro-Álvarez JM, Guerrero-Fernández IM, Ferrándiz-Gomis R. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización (the appropriateness evaluation protocol) en alergología. Rev Esp Alergol Inmunol Clin 1998;13(3):171-180. <http://revista.seaic.es/junio98/171-180.pdf>.
44. Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Lolli A, Kalfus P, Baldini A, Ghedini T, et al. Difficult hospital discharges in internal medicine wards. Intern Emerg Med 2007;2(2):95-99.
45. Vetter N. Inappropriately delayed discharge from hospital: What do we know? BMJ 2003;326(7395):927-928.
46. Lim SC, Doshi V, Castasus B, Lim JK, Mamun K. Factors causing Delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. Ann Acad Med 2006;35(1):27-32.
47. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of hospitalists in the American health care system. N Engl J Med 1996; 335(7):514-517.
48. Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. N Engl J Med 2009;360(11):1102-1112.
49. Mclearney AS. Hospitalists and family physicians: understanding opportunities and risks. J Fam Pract 2004; 53(6):473-481.

50. Aguirre-Gas H, García-Melgar M, Garibaldi-Zapatero J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac Med Mex* 1997;133 (2):71-77.
51. Revista CONAMED, Vol. 14, número 4, octubre - diciembre 2009.
52. Rosswell M. Medición de la calidad médica mediante estadísticas vitales Basadas en áreas de servicio hospitalario. *AMJ PubHealth*, 1952.1952 42:276-286.
53. Roemer M. Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: Un experimento Natural. *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. EUA: OPS; 1992.
54. Secretaría de Salud. Valor estándar de los indicadores para la evaluación institucional de los servicios de salud, Marzo 1990, SSA.
55. Frenk J. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Proyecto 100 días, 2001 SSA. IMSS, ISSSTE.
56. Arredondo A. Modelos explicativos Sobre la Utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. *Salud Pública Méx.*, Ene-Feb 1992, 34,1.
57. González Angulo IJ. Plan de Acción 2000 del Programa de Mejoría de la Calidad, Acervo Normativo HCAGGSSN 2000.
58. Arredondo A. Modelos explicativos Sobre la Utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. *Salud Pública Méx.*, Ene-Feb 1992, 34,1.
59. Secretaría de Salud. Valor estándar de los indicadores para la evaluación institucional de los servicios de salud, Marzo 1990, SSA.
60. *Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma* 2006, Vol. 6, N° 2: 3-12
61. [www.bd.com/resource.aspx?IDX=9663](http://www.bd.com/resource.aspx?IDX=9663)
62. Davis et al., 2004. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) nares colonization at hospital admission and its effect on subsequent MRSA infection. *Clin. Infect. Dis.* 39(6):776-782.
63. Lucet et al., 2003. Prevalence and risk factors for carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at admission to the intensive care unit: results of a multicenter study. *Arch. Intern. Med.* 163(2):181-188.
64. [ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Huamani\\_Godoy\\_Arcadio\\_Elias\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Huamani_Godoy_Arcadio_Elias_2014.pdf)

65. Nodarse R. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias el mundo programas de vigilancia y control de las infecciones intrahospital .Rey Cubana Med Mil 2002; 31 (3): 201-8.
66. desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/**teoria-de-los-cuidados**.htm
67. KRISTEN, M. SWANSON, FAAN, y DANUTA WOJNAR M. Curación óptima Ambientes en Enfermería la revista de medicina alternativa y complementaria. Volumen 10, Suplemento 1, 2004, págs. S-43-S-48. Mary Ann Liebert, Inc.
68. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Capitulo 35: Kristen M Swanson, modelos y teorías en enfermería, 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007. p. 741-749.
69. Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S.. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm. glob. 2012 Oct [citado 2013 Dic 09] ; 11(28): 316-322.
70. <http://www.monografias.com/trabajos93/modelos-enfermeria/modelos-enfermeria.shtml#ixzz4lstc1HfO>
71. <https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital>.
72. [es.medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/inpatient-or-outpatient.html](http://es.medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/inpatient-or-outpatient.html)
73. Estancia Hospitalaria - [www.inppares.org/revistasss/.../12-Estancia%20Hospitalaria.htm](http://www.inppares.org/revistasss/.../12-Estancia%20Hospitalaria.htm)
74. Rev. chil. pediatr. vol.85 no.2 Santiago abr. 2014.
75. O'Keefe G, Jurkovich GJ, Maier RV: Defining excess resource utilization and identifying associated factors for trauma victims. J Trauma 1999; 46 (3): 473-8.
76. Roemer M: Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: un experimento natural. In: White K, Frenk J, Ordoñez C, Paganini JM, Starfield B, Editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, USA. Organización Panamericana de la Salud 1992: 231-9.
77. Swoboda S, Dickerson J, Mooney T, et al: Family impact after prolonged surgical intensive care unit stay (SICU). Crit Care Med 1998; 26 (suppl): A38.
78. Niskanen M, Puokonen, Takala J, et al: Quality of life after prolonged intensive care. Crit Care Med 1999; 27: 1132-9.

79. *Bashour CA, Yared JP, Ryan TA, et al: Long-term survival and functional capacity in cardiac surgery patients after prolonged intensive care. Crit Care Med 2000; 28: 3847-53.*
80. *Cotten CM, Oh W, McDonald S, et al: Prolonged Hospital stay for Extremely Premature Infants: Risk Factors center Differences, and the Impact of Mortality on selecting a Best-Performing center. J Perinatol 2005; 25: 650-5.*
81. *Progreso para la infancia: Un mundo apropiado para los niños y las niñas. UNICEF 2007 (acceso 2 de febrero de 2012). Objetivo de un mundo apropiado para los niños: Reducir la tasa del bajo peso al nacer por lo menos en un tercio.*

# **ANEXOS**

**ANEXO Nº 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**  
**EN PEDIATRIA**



**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA  
ESTANCIA PROLONGADA EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA  
“D” DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO LIMA OCTUBRE-  
DICIEMBRE 2014**

**CUESTIONARIO**

Reciba usted un saludo cordial, en esta oportunidad estamos desarrollando un trabajo de investigación con la intención de Identificar los factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina “D” del Instituto Nacional de Salud del Niño. El cuestionario es estrictamente confidencial, de carácter anónimo, se le agradecerá su sinceridad.

**Instrucciones:** Marcar con un (X) la respuesta que crea conveniente.

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presenta un listado de opiniones:  
Marque con un aspa (X) la alternativa que usted crea conveniente.

**1.- Datos Generales del Familiar:**

- Tutor Responsable:

Papá ( ) Mamá ( ) Otros. Especifique.....

- Edad:

18 – 25 ( ) 26 – 30 ( )

31- 35( ) 36- 40 ( )

41- 45 ( ) 46- 50 ( ) mayor de 51.....

- Grado de Instrucción:

Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

- Estado Civil:

Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Conviviente ( )

Datos generales del Niño:

- Edad del Niño: 0 – 3 ( ) 4 – 7 ( ) 8 – 11 ( ) 12 – 15 ( )

- Fecha de ingreso de la Hospitalización: .....

- Tiempo de hospitalización:

01 - 07 días ( ) 08 - 13 días ( ) 14 - 19 días ( ) 20 - 25 días ( ) 26 - 32 días ( )

Mayor a 33 días ( ).

- Grado de Instrucción:

Inicial ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

PREGUNTAS: Sírvase marcar con una equis (X) la alternativa que considere correcta en forma objetiva y anónima. Gracias

CONTENIDO	Si	No	No sabe, no opina
1. ¿Percibe usted que existe demora más de lo normal en las interconsultas para diagnóstico médico?			
2. ¿Percibe usted que existe demora en programar las cirugías o procedimientos?			
3. ¿La institución dispone oportunamente con materiales médicos y quirúrgicos?			
4. ¿La institución dispone oportunamente de personal?			
5. ¿La institución dispone de infraestructura adecuada para soportar la estancia prolongada de su familiar paciente?			
6. ¿Se siente preparada para atender a su familiar durante la estancia prolongada en la institución?			
7. ¿La institución realiza oportunamente los exámenes especiales?			
8. ¿La institución otorga preparación psicológica a los familiares del paciente?			
9. ¿La institución dispone de procesos administrativos efectivos para retirar al paciente?			

## ANEXO N° 02

## Indicadores y Estándares de Salud Hospitalarios según Nivel de Atención.

## INDICADORES DE CONSULTA AMBULATORIA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
Rendimiento Hora / médico	5	4	4
Utilización de Consultorios Físicos	2	2	2
Concentración de Consultas			
Grado de Cumplimiento de Hora medico	90 %	90 %	90 %

## INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
<b>Promedio de Permanencia (días)</b>	6	<b>9</b>	12
Intervalo de Sustitución	1	1	1
Porcentaje de Ocupación	80	80	80
Rendimiento-Cama	6	4	3
Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	7%	7%	7%
Tasa Bruta de Letalidad	4%	4%	4%
Tasa de Reingreso < de 7 días	1 %	2 %	3 %
Tasa de abortos	-	-	-
Cobertura de partos	100 %	100 %	100 %

## INDICADORES DE EMERGENCIA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
% de pacientes en Sala de Observación con estancia > o = a 24 horas	5%	8%	10%
% de reingresos a Emergencia en menos de 24 horas	1%	2%	3%
Promedio de Tiempo de espera en minutos	Prioridad I = inmediata II = 10 minutos III = 20 minutos		

## INDICADORES DE CENTRO QUIRÚRGICO

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
Rendimiento de la Sala de Operaciones (12 h)	5	4	3
Porcentaje de Operaciones Suspendidas	5%	5%	5%
Porcentaje de Horas Quirúrgicas Efectivas	85%	85%	85%
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia	5%	8%	10%
Tasa de Pacientes que presentan Encefalopatía Hipóxica post-acto quirúrgico	0.25/10,000 pac.	0.5/10,000 pac.	1/10,000 pac.
Tasa de Mortalidad de Centro Quirúrgico	0.25/5,000 pac.	0.5/5,000 pac.	1/5,000 pac.
Tasas de Pacientes Reintervenidos	0.5	1	2

**INDICADORES DE PATOLOGÍA CLINICA**

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
Promedio de análisis de laboratorio por consulta externa	0.4	0.7	1
Promedio de análisis de laboratorio por emergencia	0.2	0.4	0.5

**INDICADORES DE RADIODIAGNÓSTICO E IMAGENES**

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL III-1	HOSPITAL III-2	HOSPITAL III-3
Promedio de exámenes radiológicos por consulta externa	0.05	0.10	0.20
Promedio de exámenes radiológicos por emergencia	0.02	0.05	0.10

**INDICADORES DE FARMACIA**

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de recetas por consulta externa	1	1.5	2
Promedio de recetas por emergencia	2	2	2.6

FUENTE:

- DIRECTIVA SANITARIA N° MINSA/DGSP-V.01.
- INDICADORES DE SALUD HOSPITALARIOS.



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ANEXO 02  
Consentimiento Informado**

La presente investigación Titulado: Factores que influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre 2014.

El objetivo de este estudio es: Identificar que factores influyen en la estancia prolongada en los niños hospitalizados en Medicina "D" del Instituto Nacional de Salud del Niño Lima Octubre-Diciembre 2014.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario.

La participación en el presente estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida fui informado (a) del objetivo de este estudio.

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. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Lima, .... de..... de 201...

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_