

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO**



=====

"ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y PERCEPCIÓN
DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS PACIENTES DEL
SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DEL CALLAO 2016"

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN
SANITARIA**

**TESISTA:
DANTE ORLANDO CASTRO CHÁVEZ**

**ASESOR:
Dra. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIO**

**HUÁNUCO – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A Yolanda, mi amada esposa y fiel compañera de vida.

A Alejandra e Isaac, mis hijos, que hacen de mi un padre orgulloso.

A Adrián Julio, mi padre, y a la Memoria de Aída María, mi madre, por TODO.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por tantas bendiciones con que me colma y por permitirme sentir su presencia y compañía en cada paso de mi existencia.

A mi familia, por su cariño, comprensión e inquebrantable lealtad a toda prueba

A nuestros pacientes, por esos pequeños gestos de gratitud que día a día nos llenan de satisfacción y que, en medio de tantas dificultades, permiten a los médicos renovar con entusiasmo nuestro compromiso por la salud y la vida.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, de tipo cualitativo-prospectivo, de corte transversal para determinar la relación entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida, planteándonos la hipótesis que existe una relación inversa entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del HNDAC-C durante el año 2016. La población en estudio fue de 58 pacientes seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Los resultados mostraron que el 41% correspondieron a mujeres mientras que 59% fueron varones. Las edades fluctuaron entre los 10 meses y 82 años de edad con una media de 34.6 años. La estancia hospitalaria fluctuó entre 3 y 82 días, con una media de 25.5 días y 42 pacientes tuvieron estancia hospitalaria prolongada. La percepción de la atención recibida resultó ser mucho peor de lo que esperaba 7.14%, peor de lo que esperaba 9%, como lo esperaba 36%, mejor de lo que esperaba 36% y mucho mejor de lo que esperaba 16%. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba CHI-CUADRADO y el coeficiente de correlación RHO de Spearman. Conclusión: Existe una relación inversa muy altamente significativa ($p < 0.001$) ($\rho = -0.8661871$) entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión-Callao durante el 2016.

Palabras Clave: Estancia hospitalaria prolongada, percepción de la atención recibida, quemados.

SUMMARY

A descriptive, qualitative-prospective cross-sectional study was conducted to determine the relationship between prolonged hospital stay and the perception of care received, suggesting the hypothesis that there is an inverse relationship between prolonged hospital stay and the perception of care received in patients hospitalized in the Burn Unit of the HNDAC-C during the year 2016. The population under study was 58 patients selected by inclusion and exclusion criteria. The results showed that 41% were women while 59% were men. The ages ranged from 10 months to 82 years, with a mean of 34.6 years. Hospital stay fluctuated between 3 and 82 days, with an average of 25.5 days and 42 patients had prolonged hospital stay. The perception of the care received turned out to be much worse than expected, 7.14%, worse than expected 9%, as expected 36%, better than expected 36% and much better than expected 16%. Statistical analysis was performed using the CHI-SQUARE test and Spearman's RHO correlation coefficient. Conclusion: There was a very highly significant inverse relationship ($p < 0.001$) ($\rho = -0.8661871$) between the prolonged hospital stay and the perception of the care received in the patients of the Burns Unit of the Hospital Nacional Daniel A. Carrión-Callao during 2016.

Key words: Prolonged hospital stay, perception of care received, burns.

INTRODUCCION

Durante las últimas décadas estamos asistiendo a un vertiginoso cambio sociocultural mundial resultado de la globalización, del desarrollo de la tecnología, así como de los cambios demográficos y en consecuencia las organizaciones enfrentan cada vez con mayor intensidad y urgencia la necesidad de elevar la calidad de los servicios y de los productos que ofertan. Este escenario no es ajeno a las instituciones sanitarias, las mismas que deben adecuar sus políticas conforme a los crecientes requerimientos de la población y a las actuales tendencias ciudadanas.

Las tradicionales expectativas ciudadanas sobre la respuesta del sistema sanitario a sus problemas de salud crecen de forma continua debido a la mejora del nivel educativo, al mayor desarrollo económico y al uso creciente de las nuevas tecnologías informativas que han logrado que los pacientes puedan acceder a una gran cantidad de información que antes sólo eran accesibles al personal de salud. Es así que actualmente, la opinión de los usuarios/pacientes constituye un aspecto fundamental en la valoración del servicio que se brinda. Con pacientes insatisfechos, cualquier servicio estará distante de ser adecuado, independientemente del nivel de excelencia técnica de la institución proveedora del servicio.

Por otro lado, la estancia hospitalaria resulta un indicador indirecto de la calidad de los servicios que se brindan a los usuarios en los establecimientos de nivel II o III, dado que por ejemplo los procedimientos retrasados o excesivos ocasionan mayor estancia hospitalaria,

reduciendo la posibilidad de otros pacientes de recibir atención e incrementando los costos; de modo que la evaluación de la estancia hospitalaria constituye uno de los indicadores clásicos para evidenciar la calidad y eficiencia de los resultados de los procesos asistenciales.

El presente estudio “ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO”, se encuadra como una oportunidad de evaluar la aproximación de nuestra calidad técnica a la calidad percibida por nuestros usuarios y sus familias, alrededor de un aspecto tan particular como frecuente, como es la estancia hospitalaria prolongada en los pacientes con quemaduras extensas, lo cual resulta de gran importancia tomando en cuenta que la asistencia sanitaria moderna gira en torno al paciente que constituye la razón de ser de la organización sanitaria y, además, si queremos ser consecuentes con el principio de gestión moderna señalado por Deming: “una organización sólo alcanzará el éxito si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”.

INDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
SUMMARY.....	VI
INTRODUCCION.....	VII

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del Problema.....	15
1.2. Formulación del Problema.....	17
1.2.1. Problema General.....	17
1.2.2. Problemas Específicos.....	18
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo General.....	19
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
1.4. Hipótesis.....	20
Hipótesis General.....	20
Hipótesis Específicas.....	20
1.5. Variables.....	21
1.5.1. Variable Independiente.....	21
1.5.2. Variable Dependiente.....	21
1.5.3. Operacionalización de Variables.....	22
1.6. Justificación de la Investigación.....	23
1.6.1. De Carácter Práctico.....	23
1.6.2. De Carácter Metodológico.....	23
1.6.3. De Carácter Teórico.....	23
1.7. Viabilidad del Estudio.....	24

1.8.	Limitaciones de la Investigación	25
1.8.1.	En Cuanto al Objeto de Estudio.....	25
1.8.2.	En Cuanto al Enfoque	25
1.8.3.	En Cuanto a la Localización.....	25

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.	Antecedentes	26
2.1.1.	A Nivel Internacional.....	26
2.1.2.	A Nivel Nacional	29
2.2.	Bases Teóricas	31
2.2.1.	Estancia Hospitalaria.....	31
2.2.2.	Percepción de la Atención Recibida	36
2.3.	Definiciones Conceptuales.....	39
2.3.1.	Estancia Hospitalaria.....	39
2.3.2.	Estancia Hospitalaria Prolongada.....	40
2.3.3.	Falta de Insumos.....	40
2.3.4.	Infecciones Agregadas	40
2.3.5.	Infraestructura Insuficiente	40
2.3.6.	Percepción de la Atención Recibida	40
2.4.	Bases Epistémicas	40

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.	Tipo de Investigación	45
3.2.	Nivel de Investigación	45
3.3.	Diseño y Esquema de la Investigación	45
3.4.	Población y Muestra.....	46

3.4.1. Población: Criterios de Inclusión y exclusión	46
3.4.2. Muestra	47
3.5. Técnica de la Recolección de Información	47
3.6. Instrumentos de Recolección de Datos	48
3.7. Técnica de Procesamiento, Análisis, e Interpretación de los Resultados	49

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1. Población en Estudio.....	51
4.2. Estancia Hospitalaria.....	53
4.3. Percepción de la Atención Recibida	55
4.4. Análisis Estadístico de los Datos.....	58
4.4.1. Prueba de Contrastación de Hipótesis.....	60
4.4.2. Relación Existente entre el Tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida	60
4.4.3. Relación Existente entre el Tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada por “Falta de Insumos” y la Percepción de la Atención Recibida	62
4.4.4. Relación Existente entre el Tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada “Por Infecciones Agregadas” y la Percepción de la Atención Recibida.....	63
4.4.5. Relación Existente entre el Tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada “Por Infraestructura Insuficiente” y la Percepción de la Atención Recibida	64
4.4.6. Relación Existente entre el Tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada y el Nivel de Satisfacción Global.....	65

CAPITULO V
DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Características de la Población en Estudio.....	66
5.2. Estancia Hospitalaria Prolongada.....	67

5.3. Percepción de la Atención Recibida	71
5.4. Análisis de la Relación de Variables: Prueba de Hipótesis	74
CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
BOBLOGRAFIA.....	89

ANEXOS

ANEXO N°1: CARTA DE COMPROMISO.....	91
ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	92
ANEXO N°3: ENCUESTA SERVQHOS	93

INDICE DE CUADROS

<u>CUADRO N°1:</u> Distribución Mensual de Ingresos y Altas en la Unidad de Quemados del HNDAC-C Año 2016	61
<u>CUADRO N°2:</u> Población en Estudio	62
<u>CUADRO N°3:</u> Factores Relacionados con la Estancia Hospitalaria Prolongada	65
<u>CUADRO N°4:</u> Percepción de la Atención Recibida según la Estancia Hospitalaria	66
<u>CUADRO N° 5:</u> Relación entre Estancia Hospitalaria Prolongada y Percepción de la Atención Recibida	71
<u>CUADRO N°6:</u> Relación entre Estancia Hospitalaria Prolongada por Falta de Insumos y Percepción de la Atención Recibida.....	72
<u>CUADRO N°7:</u> Relación entre Estancia Hospitalaria Prolongada por Infecciones Agregadas y Percepción de la Atención Recibida	73
<u>CUADRO N°8:</u> Relación entre Estancia Hospitalaria Prolongada por Infraestructura Insuficiente y Percepción de la Atención Recibida	74
<u>CUADRO N°9:</u> Relación entre Estancia Hospitalaria Prolongada y el Nivel de Satisfacción Global.....	75

INDICE DE GRAFICOS

<u>GRAFICO N°1:</u> Distribución de la Población en Estudio según Sexo ...	62
<u>GRAFICO N°2:</u> Distribución de la Población en Estudio según Grupo Etario.....	63
<u>GRAFICO N°3:</u> Distribución de la Población en Estudio según su Estancia Hospitalaria	64
<u>GRAFICO N°4:</u> Distribución de la Población en Estudio según su Percepción de la Atención Recibida	65
<u>GRAFICO N°5:</u> Satisfacción Global en el Grupo con Estancia Hospitalaria prolongada	67
<u>GRAFICO N°6:</u> Recomendaría la Unidad de Quemados -HNDAC-C / Eligiría Nuevamente la Unidad de Quemados del HNDAC-C para su atención	67
<u>GRAFICO N°7:</u> Apreciación del Tiempo que duro su Hospitalización ...	68
<u>GRAFICO N°8:</u> Correlación entre Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida	71
<u>GRAFICO N°9:</u> Correlación entre Estancia Hospitalaria “Por Falta de Insumos” y la Percepción de la atención Recibida	72
<u>GRAFICO N°10:</u> Correlación entre Estancia Hospitalaria Prologada por “Infecciones Agregadas” y la Percepción de la Atención Recibida	73
<u>GRAFICO N°11:</u> Correlación entre Estancia Hospitalaria Prolongada por “Infraestructura Insuficiente y Percepción de la Atención Recibida.....	74
<u>GRAFICO N°12:</u> Correlación entre Estancia Hospitalaria Prolongada y el Nivel de Satisfacción Global	75

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cuando un paciente con diagnóstico Médico de quemaduras de segundo grado ingresa a un servicio de quemados para hospitalizarse, normalmente su estancia hospitalaria suele ser menor de 10 días, ya que en ese tiempo el paciente debe haber terminado parcialmente su tratamiento endovenoso como hidratación y la antibioticoterapia y debe haberse logrado la reepitelización casi completa de las lesiones; sin embargo muchas veces estos pacientes que ingresan a hospitalizarse pasan de ese número de días de hospitalización, evidenciándose una estancia prolongada, las mismas que pueden deberse a diferentes factores como complicaciones infecciosas de su quemaduras o comorbilidades pulmonares, renales, cardíacos, gastrointestinales, etc.

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar de 9 días considerado para un hospital de tercer nivel.^{1,2,3} La estancia hospitalaria prolongada (EHP) está asociada al diagnóstico médico y al servicio de especialidad donde se encuentra el paciente. Una estancia prolongada puede deberse a inadecuado diagnóstico o tratamiento, pacientes en estudio más allá de los tiempos prudentes, infecciones intrahospitalarias, procedimientos de fisioterapia y rehabilitación,

radioterapia, retraso en los procedimientos de ayuda diagnóstica, falla en la sistematización en el trabajo médico, retrasos en la provisión de insumos y medicamentos, etc.; como también puede deberse en ciertos casos muy particulares al tiempo prolongado que, por su propia compleja naturaleza, toma la evolución de la patología misma, como suele ser el caso de las lesiones por quemaduras moderadas a severas.^{1.4-7}

A mediados del siglo pasado, en los Norte América se publicaron los primeros trabajos sobre prolongación de la estancia hospitalaria con la finalidad de disminuir costes en la atención de salud. Unos años después aparecieron en Francia y luego otros en Europa y Latinoamérica. En el Perú, en la pasada década de los ochenta, la Oficina Sectorial de Planificación del MINSA consolidó una serie de instrumentos y de actividades estableciéndose indicadores de eficiencia hospitalaria y entre ellos se establecieron los promedios de permanencia para los cuatro principales servicios hospitalarios básicos. Posteriormente, en el año 2001, la Estancia Hospitalaria Prolongada (EHP) pasa a ser considerado un importante indicador de la calidad, dado que una larga estancia se asocia a ineficiencia en la gestión sanitaria. Esto se extendió luego a ESSALUD y a las instituciones hospitalarias de la policía y de las fuerzas armadas, así como también a las clínicas privadas. El Hospital de la policía "Luis N. Sáenz" reportó en el año 2005 una estancia hospitalaria mayor al estándar de referencia del Manual de Indicadores Hospitalarios del MINSA: 11.05 días. Este hecho generó preocupación por su implicancia de altos costes hospitalarios en insumos y recursos,

incremento en el riesgo de infecciones intrahospitalarias y en el costo social al paciente.¹

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

Cada día, diversas variables, entre ellos las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), ocasionan mayor prolongación de la estancia hospitalaria, mayor tiempo de discapacidad, mayor resistencia de los gérmenes a los antibióticos, enormes costes adicionales para los sistemas de salud y para los pacientes, así como muertes innecesarias. Si bien las IAAS resultan ser el evento adverso más frecuente en la atención de salud, aún no se conoce exactamente su verdadera carga mundial debido a la falta de datos fiables en muchos países: la mayoría carece de programas de vigilancia de las IAAS, y los que si los tienen se ven enfrentados a la complejidad y la falta de criterios uniformes para diagnosticarlas.^{5,7,8,9}

Por la importancia de este problema tan grande por su prevalencia e incidencia según la OMS, se realiza la pregunta general:

PG: ¿Qué relación existe entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Me pregunto si la estancia hospitalaria prolongada se debe a múltiples factores como: la carencia de insumos para el manejo de los casos, las infecciones sobre agregadas o la infraestructura que va quedando insuficiente.

P1. ¿Qué relación existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por la falta de insumos” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016?

P2. ¿Qué relación existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016?

P3. ¿Qué relación existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1 OJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

O1. Determinar la relación que existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por falta de insumos” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

O2. Determinar la relación que existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

O3. Determinar la relación que existe entre la estancia hospitalaria prolongada “por infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1 HIPOTESIS GENERAL

Existe una relación significativa inversa entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1. Existe relación significativa inversa entre la estancia hospitalaria prolongada “por falta de insumos” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

H2. Existe relación significativa inversa entre la estancia hospitalaria prolongada “por infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

H3. Existe relación significativa inversa entre la estancia hospitalaria prolongada “por infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

1.5. VARIABLES

1.5.1 Variable Independiente:

Estancia hospitalaria prolongada

- **Dimensiones:**
- Falta de insumos
- Infecciones agregadas
- Infraestructura insuficiente

1.5.2 Variable dependiente:

Percepción de la atención recibida

- **Dimensiones:**
- Mucho Mejor de lo que Esperaba
- Mejor de lo que esperaba
- Como lo Esperaba
- Peor de lo que Esperaba
- Mucho Peor de lo que Esperaba

1.5.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		
	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
INDEPENDIENTE Estancia hospitalaria prolongada	Falta de insumos	Días que permaneció Hospitalizado + Respuesta Emitida	Ficha de Recolección de Datos.
	Infecciones agregadas	Días que permaneció Hospitalizado + Respuesta Emitida	
	Infraestructura insuficiente	Días que permaneció Hospitalizado + Respuesta Emitida	
DEPENDIENTE Percepción de la atención recibida	La Unidad de Quemados	Respuesta Emitida	Cuestionario SERVQHOS
	El personal de la Unidad de Quemados	Respuesta Emitida	
	El funcionamiento de la Unidad de Quemados	Respuesta Emitida	

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1.6.1 De Carácter Práctico

Las conclusiones de este estudio servirán de referencia al cuerpo de gestión para prever que la estancia hospitalaria sea lo más corta posible mediante el diseño e implementación de estrategias para evitar que los factores como la carencia de insumos, las infecciones agregadas y la infraestructura insuficiente prolonguen la estancia hospitalaria.

1.6.2. De Carácter Metodológico

La forma metodológica llevada a cabo permitirá que se realicen otros estudios científicos con diferentes instrumentos de medición o recolección de los datos y que se utilicen como antecedentes para otras investigaciones.

1.6.3. De carácter Teórico

Mediante esta investigación científica se pretende contribuir con información para evitar que la estancia hospitalaria prolongada continúe generando dificultades a los usuarios y gastos de atención innecesarios a la institución.

1.7. VIABILIDAD DEL ESTUDIO

- El objeto de estudio estuvo constituido tangiblemente por usuarios externos (pacientes) que se hospitalizan por sufrir quemaduras de diverso grado y extensión y que necesitaron tratamiento hospitalario.
- Los objetivos propuestos fueron logrados por medio de la participación activa de usuarios externos en las encuestas debido a la expectativa de que los resultados encontrados servirían para crear estrategias para disminuir la estancia prolongada.
- Se dispuso de estudios relacionadas al tema que nos permitieron realizar las debidas discusiones científicas encontradas y las comparaciones entre ellas.
- La disponibilidad de instrumentos de recolección de los datos que permitieron obtener la información para conocer la relación de ambas variables de la estancia hospitalaria y de la satisfacción de la atención recibida.
- Disponibilidad de bases teóricas como de antecedentes del estudio relacionadas al tema.
- Disponibilidad de los recursos materiales, económicos y técnicos para la ejecución del estudio.

1.8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.8.1 EN CUANTO AL OBJETO DE ESTUDIO

Se consideró a todos los usuarios externos que se hospitalizaron por presentar quemaduras quienes necesitaban curaciones, terapia farmacológica y cirugía; pero algunos, a pesar de tener una estancia prolongada de hospitalización no fue posible incluirlos en el estudio debido a los criterios de selección establecidos.

1.8.2 EN CUANTO AL ENFOQUE

De carácter positivista centrado en el análisis cuantitativo y cualitativo de los factores que intervienen para prolongar la estancia hospitalaria trayendo dificultades al paciente, familia y a la institución del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao con la finalidad de aportar información útil para su mejora; sin embargo, los resultados y conclusiones obtenidos no necesariamente serán utilizados para la creación de estrategias que permitan evitar la prolongación de la hospitalización.

1.8.3 EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN

La Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión está ubicada en la Provincia Constitucional del Callao, pero por ser Unidad de Referencia Nacional, tiene pacientes hospitalizados quienes muchas veces no son del Callao, son transferidos de otras provincias por lo que en algunos casos no fue posible tomar las encuestas post-altas del paciente.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional.

Héctor Aguirre Gas et al ⁴ en su estudio “Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel”, en México, concluyó que: “Los factores asociados fueron el lugar de origen del paciente, las condiciones de ingreso, el diagnóstico, la presencia de complicaciones y de infecciones hospitalarias, la categoría y especialidad del médico tratante, el diferimiento en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio y gabinete, el diferimiento en la realización de intervenciones quirúrgicas y la necesidad de transporte foráneo al egreso del paciente”.

Sócrates Vargas Naranjo et al ^{8,9} en su estudio “Factores de riesgo para el desarrollo de infecciones intrahospitalarias en pacientes quemados. Hospital S. Juan de Dios, Costa Rica: Enero 2003 – Diciembre 2005. Partes I y II”, en Costa Rica, concluyó que: “La prevención de la infección intrahospitalaria en el sitio de la quemadura es importante para mejorar la calidad de la atención a los pacientes quemados. Existen factores propios del paciente quemado como la superficie corporal total quemada, la profundidad de la quemadura, la edad y el número de segmentos

corporales quemados, que no se pueden modificar, pero sí identificar, para iniciar medidas profilácticas frente al control y prevención de la infección intrahospitalaria en el sitio de la quemadura. Los días de estancia hospitalaria previos a la infección intrahospitalaria en el sitio de la quemadura nos indican que cuanto menor sea el tiempo que permanezca un paciente quemado en la Unidad Nacional de Quemados del Hospital San Juan de Dios, menor será la posibilidad de éste de desarrollar infección intrahospitalaria en el sitio de la quemadura. Las intervenciones más agresivas, así como los protocolos que promueven la atención de algunos tipos de quemaduras en el hogar, pueden ser una herramienta para la disminución de la infección intrahospitalaria en el sitio de la quemadura. Pese a lo anterior, siempre existirán pacientes a los que por sus diferentes condiciones clínicas no se les puede recomendar tratamiento a nivel domiciliario, por lo que para ellos podrían tomarse en cuenta todas estas medidas profilácticas”.

Rafael Guerrero Torbay et al⁷ en su estudio “Análisis de la casuística de 5 años en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador” concluyó que: “Las lesiones por quemadura son culpables del trauma más serio y catastrófico que le puede ocurrir a un ser humano; estas injurias implican, en su mayoría, la necesidad de tratamiento por un equipo especializado de salud. El conocimiento de los agentes causantes de estas lesiones, los lugares donde más se producen, y las áreas corporales más comúnmente afectadas, nos proporcionan información útil

para realizar programas preventivos y tomar acciones necesarias para evitar, en la medida de lo posible, la recurrencia de estas calamidades”.

Carlos H. Morales et al ¹⁰ en su estudio “Infección en pacientes quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia” concluyó que: “La incidencia de infecciones y los gérmenes involucrados más comúnmente varían según cada centro de referencia. De ahí, la importancia de que cada unidad de quemados establezca sus datos epidemiológicos propios e identifique que gérmenes son los causantes de infecciones en sus pacientes. Los factores de riesgo de mayor incidencia son: el porcentaje de superficie corporal quemada, el grado de profundidad de la quemadura y la edad”.

Jesús Cuenca-Pardo y Carlos de Jesús Álvarez-Díaz ¹¹ en su estudio “Estrategia para tratar quemaduras en pacientes obesos. Estudio Comparativo” encontraron que: “Los pacientes obesos tienen más riesgo de sufrir quemaduras profundas en zonas de alto riesgo anatómico. Además, tienen mayor dificultad para el prendimiento de los injertos y pobre cicatrización, mayores complicaciones cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, así como una mayor mortalidad y, como es de esperar, mayor estancia hospitalaria. Así mismo, requieren de un tratamiento agresivo integral que les dé la oportunidad de sobrevivir y de hacerlo con secuelas funcionales mínimas”.

En la Unidad de Quemados del Hospital de Traumatología «Dr. Victorio de la Fuente Narváez» del Instituto de Seguridad Social de Mexico se

implementó una iniciativa de tratamiento integral consistente en una hidratación individualizada, retiro precoz del tejido quemado, cobertura de las heridas, injertos y áreas donadoras de piel con apósitos de plata, deambulacion temprana fuera de la cama, baño diario y profilaxis con heparina de bajo peso molecular, así como nutrición enriquecida con suplementos, proteínas y vitaminas, lográndose una reducción en estancia hospitalaria, número de cirugías, complicaciones y la mortalidad, resultando esta estrategia muy efectiva en el manejo de los pacientes quemados obesos.

2.1.2 A nivel nacional.

Alfredo Benavides Zúñiga et al¹ en su estudio “Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz”, en Lima, encontraron que: “La estancia hospitalaria durante el tiempo de estudio fue mayor al estándar promedio recomendado por el MINSA. El promedio de estancia hospitalaria encontrado en este estudio en el 2006 fue de 11.3 días, número mayor a la estancia promedio de 11.05 días hallada en el 2005. Los servicios de Cirugía tuvieron la mayor estancia prolongada. Los factores más influyentes en la prolongación de la estancia hospitalaria fueron: recurso humano insuficiente, infecciones hospitalarias, escases de insumos, recomendaciones de la superioridad y falta de seguimiento de protocolos durante la atención de salud. Los pacientes del grupo etario de 45 a 64 años, con alto grado de

dependencia, tienen mayor predisposición a una estancia mayor de nueve días. Las patologías mayormente asociadas con la estancia hospitalaria prolongada son: patologías del sistema nervioso, del ojo y sus anexos, trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades endocrinas-nutricionales y metabólicas. Los factores para la estancia prolongada en los pacientes del HNPNP "LNS" son principalmente dependientes de la gestión administrativa institucional; sin embargo, se requiere de más estudios para evaluar las condiciones específicas en cada servicio de hospitalización y estudios por patología para conocer las causas de estancia hospitalaria prolongada por entidad”.

Winston La torre Tang¹² en su estudio “Quemaduras eléctricas: estudio clínico epidemiológico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 1997-2001” encontró que: “La estancia hospitalaria media fue de 32 días rango de 1 a 134 días; solo el 20% de pacientes fueron dados de alta durante la primera semana, y más de la mitad salieron de alta entre los 15 a 60 días”.

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Norte² en sus “Indicadores hospitalarios IREN NORTE 2011” publicó que: En relación a la estancia hospitalaria en el año 2011, esta fue en promedio de 5.7 días, siendo el estándar MINSa de 9 días. El servicio con estancia hospitalaria más prolongada fue el de Cirugía de Abdomen con 9.1 días, los demás servicios tuvieron su estancia hospitalaria dentro del estándar establecido.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 ESTANCIA HOSPITALARIA

a) Definición.

Está referida al número de días que un paciente permanece hospitalizado. Cuando un paciente permanece hospitalizado en la misma ocasión en dos o más servicios, la estancia debe ser registrada en el último servicio de donde egresa. Los días de estancia sólo deben ser contados una vez que el paciente se ha retirado (contrario a los pacientes día que son registrados diariamente). Por lo tanto, al calcular la cantidad de días de estancia hospitalaria, no debe contarse los pacientes que continúan hospitalizados. Para determinar el número de días de estancia se debe contar el día de ingreso y excluir el de egreso. Aquellos pacientes que son ingresados en una fecha y egresan el mismo día deben ser contabilizados como un día estancia.¹³

La prolongación de la estancia puede ser debida a: pacientes en estudio, diagnóstico y tratamiento inadecuados, infecciones intrahospitalarias, pacientes con rehabilitación, fisioterapia o radioterapia, retraso de las unidades de apoyo (laboratorio, radiología, etc.), fallas de organización en las actividades médicas y/o retraso en la distribución de insumos y medicamentos en las salas.⁴⁻⁷

Estancia hospitalaria es por tanto un indicador de gestión hospitalaria y evalúa el grado de utilización de la dotación de camas de un servicio y de forma indirecta evalúa la calidad del servicio, dado que tiempos prolongados de hospitalización pueden indicar deficiencias técnicas.¹³

Para un establecimiento hospitalario nivel III está considerada como estancia hospitalaria prolongada una estancia mayor al estándar de nueve días.^{1,2,3} La estancia hospitalaria puede responder a diversas

variables institucionales, personales, patológicos, sociales, culturales, etc.

Así pues, la estancia hospitalaria es un escollo importante y recurrente en la estadística de una institución hospitalaria, dado que indirectamente es indicador de la idoneidad del servicio, ya que su eventual prolongación limita la oferta de camas hospitalarias, eleva la morbilidad y los costes hospitalarios.^{13,14}

La identificación de dichos factores indica que la prolongación de la estancia hospitalaria resulta constituyéndose en una problemática compleja, de modo que tanto las instituciones hospitalarias como la academia lo consideran como una variable de interés para investigar.

Dado que la estancia hospitalaria no se relaciona únicamente con dificultades en la eficiencia de la gestión hospitalaria, sino además con una serie de rasgos característicos de los usuarios, es menester utilizar a una metodología de “ajuste por riesgo” de la estancia a fin de identificar en qué casos ocurre estancia prolongada por causa de problemas en la atención.¹⁵

b) Relación entre prestador de servicio y estancia prolongada.

El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente es un aspecto importante ya que está relacionado con factores administrativos, así como con factores de diagnóstico clínico y socioculturales. Existe relación directa entre hospitalización prolongada e incremento de costes, la elevación de riesgos de infecciones hospitalarias, así como la elevación de la mortalidad. Así mismo, se retardan los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y también la voluntad del personal de salud para realizar sus labores.^{16, 17}

Los programas de calidad en las instituciones hospitalarias, en general deben incluir también la atención frontal de los factores que incrementan los costes de la atención sanitaria y no sólo los tradicionales indicadores de morbi-mortalidad. Debe evaluarse la satisfacción de los usuarios que son receptores de una atención brindada por personal satisfecho, con el uso eficiente y racional de recursos y la disposición para realizar su trabajo en forma correcta y oportuna. La calidad debe expresarse en términos de recursos materiales idóneos y la excelencia técnica en los servicios sanitarios que se brindan. El incremento de los costes hospitalarios ha llevado a situaciones que han agravado el problema. Las políticas de los servicios para la admisión hospitalaria del Sector Público no contribuyen a su disminución por no tomar en consideración a los pacientes, a los profesionales de salud y a los mismos servicios hospitalarios. Deberían considerarse otros indicadores como la tasa de utilización hospitalaria, usada en los Estados Unidos de Norteamérica. En México, la secretaría

de salud ha tomado en consideración el indicador de 7 días para hospitales generales de 120 camas, la estancia promedio de 3 días en obstetricia, mientras que de 12 días en los servicios de neonatología. La atención de salud en México se ha desarrollado basándose en esquemas de tipo empresarial implementados por el Gobierno para utilizarse ya sea por usuarios que pagan por los servicios, como por indigentes que reciben atención gratuita, volviéndose el estado al mismo tiempo en un proveedor y también comprador de servicios. El Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara" (HCAGG) comparte todas las características de los demás servicios hospitalarios del sistema y en 1998 la empresa Qualimed realizó un diagnóstico basal para incorporar el hospital a la Cruzada Nacional por la Calidad. El personal que llevó a cabo este diagnóstico revisó los diversos factores que tienen influencia en el resultado. El programa de la calidad más allá de la valoración de índices de morbilidad, debe estar basado en la atención de los factores que elevan el costo de atención de los usuarios. Hay que monitorizar la satisfacción de los usuarios receptores de los servicios de un personal que se sienta satisfecho con el uso de los recursos y con la convicción firme de realizar su trabajo en forma eficiente, adecuada e inmediata. La calidad de la atención sanitaria, en términos concretos, debe traducirse como la idoneidad de los recursos materiales que usa y la idoneidad técnica de la atención que brinda. En el HCAGG la atención se ve afectada por dichas variables en función de las necesidades de los usuarios; del aumento de la población a diversos factores de riesgo para su salud y del mismo hospital en los aspectos de características de sus servicios, así como en disponibilidad y

accesibilidad. Cuando se plantea la pregunta: ¿cuál es la relación de la estadía hospitalaria y el prestador de servicios de salud?, la finalidad es evaluar cual es la participación del prestador de los servicios en la prolongación de la estancia y más puntualmente determinar cuál es la relación de la duración de la estancia con el aumento de la morbilidad hospitalaria y señalar los factores que favorecen esta situación.¹⁸

c) Estancias Hospitalarias Prolongadas y Complicaciones.

La estancia hospitalaria prolongada resulta siendo un problema de la atención de salud por tener que mantener un paciente con prestaciones mayores de los que se planearon y disponer mayores recursos a los programados para la atención del caso. Actualmente los requerimientos de la sociedad a las Instituciones Hospitalarias son bastante exigentes ya que no solo deben ofrecer servicios con mínimos estándares de calidad, sino que además estos deben brindarse a bajos costos, lo cual obliga a las instituciones de salud a promover programas de mejoramiento continuo para producir servicios acreditados de bajo costo así como programas que permitan mejorar su imagen con diferentes estrategias que agreguen valor. Mejorar los servicios a los pacientes conlleva muchos beneficios como:

- Mejora la rotación de camas hospitalarias.
- Disminuye las infecciones hospitalarias.
- Demuestra la responsabilidad de la EPS como de la IPS en las estancias prolongadas por fallas diagnósticas y/o terapéuticas o por manejo inadecuado del paciente.
- Descongestiona los servicios (cirugía y urgencias) y disminuye la hospitalización de pacientes en sillas y camillas.

En fin, es el conocimiento concreto y tangible, lo que permitirá mejorar la atención de los pacientes, estableciendo protocolos

de abordaje que permitan efectivamente el adecuado manejo del paciente, al igual que conociendo los factores de riesgo para las complicaciones. Esta es la única forma en que podremos evitarlos en el futuro para el bien de los pacientes y de las instituciones, logrando como resultado final un egreso oportuno de los pacientes.¹⁹

2.2.2 PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

La satisfacción de los usuarios/pacientes es considerada actualmente como un aspecto fundamental en la calidad de la atención sanitaria. La importancia que cada vez más se le está dando a esta variable y a la evaluación de sus resultados ha aumentado la necesidad de determinar cuál es la significación de las percepciones que tienen los usuarios sobre la atención que reciben. Los estudios hechos hasta el momento sobre satisfacción se enfocan sobre todo en la satisfacción relacionada a la atención que brindan los profesionales de salud; sin embargo, dado el carácter integral de la atención sanitaria, debe interesar también la satisfacción relacionada con la labor del personal no profesional y administrativo. Este personal puede en algunas ocasiones también ejercer influencia importante en lo que percibe el paciente del servicio en su conjunto, condicionando positiva o negativamente las visitas al personal sanitario.^{20,21,22}

Por otro lado, una de las principales dificultades al evaluar la satisfacción de los pacientes esta relacionada precisamente con que el concepto de satisfacción del paciente es un complejo fenómeno relacionado con muchas variables como: las expectativas de los pacientes, sus características personales, sus condiciones de salud, sus rasgos socioculturales, e inclusive las características del sistema sanitario, por lo que resulta un reto importante hallar los métodos apropiados para su medición, más si tenemos en cuenta el carácter subjetivo de la opinión individual. Por tal motivo, hay que tener en cuenta además que cualquier abordaje centrado en las percepciones del usuario, necesariamente debería complementarse con otras medidas más objetivas como tiempo de espera, flujo de pacientes, tasa de mortalidad, etc. Hay diferentes métodos para la medición de la satisfacción del usuario/paciente, unas de cualitativas, otras cuantitativas y una mezcla de ambas; cada método tiene sus ventajas y sus desventajas. Algunas herramientas populares son aquellas que están basadas en cuestionarios. Tanto los cuestionarios auto administrados a los pacientes como aquellos por entrevista personal son los tipos más utilizados por los profesionales de salud, como los del Servicio Andaluz de Salud. Tradicionalmente, las dos formas que además son muy similares incluyen tres tipos de interrogantes: a) preguntas sobre registro de hechos (ítems sociodemográficos como edad, sexo y educación); b) preguntas evaluativas, que son preguntas más subjetivas que las primeras porque exploran las sensaciones que experimentan los usuarios al recibir el servicio, su calidad y el nivel de satisfacción (por ejemplo: “¿cómo de satisfecho se encuentra con el servicio que recibe en

este centro?”) y finalmente c) preguntas sobre “conducta pretendida”, las cuales están orientadas a forzar al usuario a pronunciarse sobre un supuesto cambio de conducta en relación al servicio que se pretende evaluar (por ejemplo: “¿con qué probabilidad cree usted que puede solicitar un cambio de médico en el próximo año).^{22,23,24}

Un instrumento que se encuentra entre los más utilizados actualmente para evaluar el nivel de calidad percibida por los usuarios en el sector de servicios es el cuestionario SERVQUAL.²⁵ Es uno de los instrumentos que mayor atención ha recibido de los autores de diferentes disciplinas y uno de los que más han sido citados en los trabajos sobre calidad. Estructuralmente tiene 44 ítems, divididos en dos partes de 22 ítems cada una. Se enfoca en evaluar las expectativas de los usuarios sobre el servicio ideal y, por otro lado, las percepciones del servicio que finalmente han recibido. Este cuestionario tiene su fundamento en que la calidad vista por el usuario resulta de la diferencia entre expectativas y percepciones, el llamado “paradigma de la desconfirmación”, que por lo menos hasta ahora es la teoría con mayor solidez. También en el sector sanitario SERVQUAL ha despertado grandes expectativas, ya que reúne tanto ventajas teóricas como prácticas frente a las tradicionales encuestas post-hospitalización. Sin embargo, debemos reconocer que SERVQUAL tampoco está exento de algunos problemas metodológicos que también se han resaltado en su aplicación en el medio sanitario. Conscientes de estos problemas, los mismos creadores de SERVQUAL, Parasuraman, Berry y Zeithaml, han dejado deslizar algunas alternativas al cuestionario,

con intención de superar las críticas. Es así que se mejoró el diseño del cuestionario con una forma alternativa de respuesta que combina percepciones y expectativas en una misma escala, resultando un cuestionario capaz de evaluar la calidad percibida en la atención de salud hospitalaria, el cuestionario SERVQHOS.²⁶ Hay que tener en cuenta que el cuestionario mide la calidad percibida, lo que no necesariamente es una medida que refleje de la calidad técnica que ofrece el centro hospitalario. Por lo tanto, si se requiere además una adecuada evaluación de la calidad técnica, su empleo debería ir acompañado de otras evaluaciones complementarias que midan la efectividad de los resultados y la idoneidad de los procesos, así como otras entre las que se sugieren la opinión de los propios trabajadores del hospital. Este instrumento utilizado periódicamente, cada 6 meses, permite monitorizar el nivel de calidad percibida por los usuarios/pacientes e identificar potenciales áreas de mejora. El cuestionario SERVQHOS ha sido largamente validado, demostrándose su idoneidad como instrumento para medir la calidad percibida de los servicios hospitalarios, con una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva y, especialmente, una buena estructura factorial²⁶⁻³³

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. ESTANCIA HOSPITALARIA: Es el número de días que un paciente permanece hospitalizado durante la atención de su problema de salud.¹³

2.3.2. ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA: Es la Estancia Hospitalaria que se prolonga por más de 9 días.^{1,2,3}

2.3.3. FALTA DE INSUMOS: Carencia temporal o permanente de cualquier tipo de insumos o materiales requeridos para la atención oportuna de los pacientes durante su estancia Hospitalaria.

2.3.4. INFECCIONES AGREGADAS: Todo tipo de Infección que el paciente hubiera manifestado clínicamente durante el tiempo de su estancia hospitalaria.

2.3.5. INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE: Limitación temporal o permanente en la capacidad del establecimiento para la realización de estudios y/o procedimientos requeridos para la atención oportuna del paciente durante su estancia hospitalaria.

2.3.6. PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA: Manera subjetiva en que el paciente y su entorno perciben la calidad de la atención, principalmente en base a “la forma” en que se brinda la prestación del servicio de salud.

2.4. BASES EPISTÉMICAS

El filósofo francés Michel Foucault en una de sus conferencias del ciclo que pronunció en la Universidad Estatal de Río de Janeiro, en 1974 centró

la cuestión del nacimiento de la medicina social: “*Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no hemos pasado de una medicina colectiva a una medicina privada, más bien ha sido precisamente lo contrario lo que ha ocurrido; el capitalismo, que se desarrolla hacia el final del siglo XVIII y los inicios del XIX, ante todo ha socializado un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos se efectúa no solamente por la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo*”. El efecto de fondo de esta inflexión histórica ha de tenerse en cuenta, pues ha venido a alterar la función social de las prácticas médicas, transformando al propio tiempo su sentido político. Por otra parte, no hay que olvidar que los ecos de ese proceso aún son perceptibles.³⁴

En otra de las conferencias que pronunció en la Universidad Estatal de Río de Janeiro, en el mismo ciclo antes mencionado, disertó acerca del lugar del Hospital en la tecnología médica moderna, subrayando algo a lo que ya hemos hecho alusión, pero que tal vez sea conveniente retomar ahora utilizando sus propias palabras, con objeto de hacer aún más explícito el contenido de esa decisiva inflexión: “*Hasta el siglo XVIII, el personaje ideal del Hospital no era el enfermo, aquel al que era necesario curar, sino el pobre, que estaba ya moribundo. Se trata aquí de una persona que tiene necesidad de una asistencia material y espiritual, que tiene necesidad de recibir los últimos socorros y sacramentos. Ésta era la función esencial del hospital*”. Se decía por

entonces —y con razón— que el hospital era un lugar al que se venía a morir.³⁴

A nadie se le escapan las implicaciones de orden religioso y moral que se derivan de ese origen. Foucault las expone, añadiendo un detalle sobre el que ahora nos interesa llamar la atención: *“En consecuencia, hasta la mitad del siglo XVIII, el hospital y la medicina permanecerán como dominios separados. Pero, ¿cómo se produce esta transformación?, es decir, ¿cómo se ‘medicaliza’ el hospital y como se llega a la medicina hospitalaria? El factor principal de la transformación no ha sido la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital”*. Marca así el sentido de un largo proceso que se ha prolongado durante dos siglos. En él han resultado fundamentales diferentes factores, referidos unos al orden de lo económico, siendo otros de naturaleza política y existiendo otros más al fin que tienen que ver con la transformación de las formas del saber médico.³⁴

El nuevo saber médico parte de ese enfoque, pero se va nutriendo, sobre todo, de la observación y la experiencia que pueden tener lugar en el interior de la institución del hospital. La propia historia de esa institución nos ofrece el mejor reflejo de los cambios que dan lugar a la medicina moderna. Foucault ilustra estas transformaciones de la siguiente forma: *“En 1680, en el Hôtel-Dieu de París, el médico pasaba una vez al día; de manera muy distinta, en el siglo XVIII, diversos reglamentos se establecieron para especificar sucesivamente que había que efectuar*

visitas nocturnas para los enfermos más graves; que cada visita debía durar dos horas; y, finalmente, alrededor de 1770, que un médico debía residir en el interior del hospital con el fin de estar en situación de intervenir a cualquier hora del día o de la noche, si fuera necesario. Así aparece el personaje del médico de hospital, que no existía antes. Hasta el siglo XVIII, los grandes médicos no iban al hospital. Eran médicos de consulta, que habían adquirido su prestigio gracias a cierto número de curaciones espectaculares. El médico al cual recurren las comunidades religiosas para las visitas en el hospital era frecuentemente el peor de la profesión. El gran médico de hospital, tanto más competente cuanto mayor fuera su experiencia en estas instituciones, es una invención del siglo XVIII". Todo ello va en paralelo a la constitución del Hospital como espacio privilegiado de producción de un saber. En él, los profesionales de la medicina encuentran un ámbito adecuado para generar y sistematizar el conocimiento. También para difundirlo, llegándose a un tipo de medicina en la que cobra una importancia progresiva la confrontación de diferentes puntos de vista y la utilización de instrumentos cada vez más sofisticados.³⁴

El 16 de marzo de 1924 comienza en los Estados Unidos de Norte América, el enfoque moderno de calidad con el connotado científico Walter A. Shehwart quien había sido contratado por Bell Telephone Laboratories, Western Electric y envía a su jefe un memorando de una página con el dibujo de lo que puede haber sido la primera gráfica de control y proponía en él una forma de usar las estadísticas para mejorar la calidad en los teléfonos que crecía notablemente y las personas exigían

teléfonos confiables (que todos los teléfonos funcionaran con igual eficiencia) ya que los problemas técnicos eran serios. Luego de unos años la Western Electric publica un manual referente a métodos de control de calidad que se convierte en una "Biblia industrial". Alrededor de 1938, el Dr. W Edwards Deming entabla amistad con Walter Shehwart. A partir de ese año decide dedicarse a la calidad total. Así, pues, el trabajo del Dr. Shehwart, sobre el control estadístico y el refinamiento de los mismos por su discípulo el Dr. W. Edwards Deming, inician el movimiento de la calidad tal como se conoce actualmente. Pero es a partir de la segunda guerra mundial cuando los japoneses lo desarrollan para alcanzar sus objetivos comerciales utilizando la experiencia de otros países y adecuándola a su realidad específica.³⁵

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Según su medición: Es una investigación CUALITATIVA, se buscará la relación entre las variables Dependiente e Independiente mediante la prueba de la hipótesis, así como la correlación entre variables.

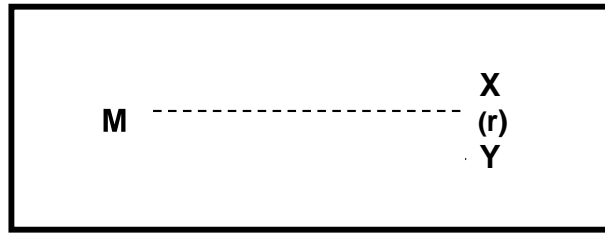
Según el tiempo: Es una investigación PROSPECTIVA DE CORTE TRANSVERSAL.

3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio corresponde a una investigación DESCRIPTIVO – CORRELACIONAL³⁶ dado que se obtendrán los datos a fin de buscar la relación entre las dos variables del estudio tanto la independiente: La estancia hospitalaria como la variable dependiente: la percepción de la atención recibida.

3.3 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

El diseño de la investigación fue prospectivo no experimental, modalidad Descriptivo de relación de variables, que rige el modo de implementación y la posterior ejecución del proceso investigativo con el siguiente esquema lineal:³⁷



Donde:

M = Muestra: Pacientes hospitalizados en U.Quemados en 2016

X = Medición de la estancia hospitalaria prolongada

Y = Medición de la percepción de la atención recibida

r = relación entre la información X y Y

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

La población de pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2016 fue de 84 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Pacientes y/o su familiar a cargo, capaces de comprender el tema y objetivo de la investigación, así como también su participación en el estudio.
- Pacientes y/o su familiar a cargo que firmaron el consentimiento informado de voluntaria participación en el estudio.
- Pacientes con sus instrumentos llenados correctamente.

Criterios de Exclusión

- Pacientes y/o familiar a cargo quienes no alcancen a comprender el tema y objetivo de la investigación y su participación en el estudio.
- Pacientes y/o su familiar a cargo no firmaron el consentimiento informado de voluntaria participación en el estudio.
- Aquellos casos en que los instrumentos no se llenaron correctamente.

3.4.2 MUESTRA: No Probabilística.

Luego de considerar los criterios de inclusión y exclusión, los pacientes que resultaron aptos para ingresar al estudio fueron 58 pacientes, por lo que se utilizó para el estudio una muestra no probabilística compuesta por la totalidad de los **58 pacientes** de la población en estudio.

3.5 TECNICA DE LA RECOLECCION DE INFORMACION

- Realización de las gestiones administrativas necesarias para la implementación de la investigación.
- Selección de los pacientes participantes del estudio según los criterios de Inclusión/Exclusión.

- Obtención del consentimiento informado de los pacientes participantes en el estudio mediante la firma de la Carta de Compromiso. **(ANEXO N°1)**
- Validación de los instrumentos correspondientes mediante Juicio de Expertos y Ensayo Piloto.
- Aplicación de los instrumentos de recolección de datos para el levantamiento de la información entre 10 y 20 días post-alta.

3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos que se emplearon para la recolección de los datos del estudio y la información bibliográfica fueron los siguientes:

1. Ficha de recolección de datos, diseñada por el investigador y utilizada básicamente para la recolección de los datos de la variable independiente Estancia Hospitalaria y sus tres dimensiones. Su uso para el presente estudio fue validado mediante Juicio de Expertos seguido de un Ensayo Piloto. **(ANEXO N°2)**
2. Cuestionario SERVQHOS para la evaluación de la variable dependiente Percepción de la Atención Recibida. La validez y confiabilidad estadística de este instrumento ha sido suficientemente demostrada en múltiples estudios, con base en las pruebas estadísticas correspondientes.^{26,32,33,38,39} Su uso

para el presente estudio fue, además, validado mediante Juicio de Expertos y Ensayo Piloto. **(ANEXO N°3)**

3. Fichas Bibliográficas para la recolección de la información bibliográfica ya sea Hemerográfica o Virtual.

3.7 TECNICA DE PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

ETAPAS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
A Tabulación procesamiento de la Información y Elaboración de datos	Técnicas estadísticas Técnicas de ponderación	Tablas –Cuadros –Gráficos Estadígrafos descriptivos Estadígrafos de dispersión Estadísticos de correlación
B Análisis e Interpretación	De la Descripción De Relación de variables (X^2) De Correlación (ρ)	Estadígrafos descriptivos Proporciones, ratios. Significación estadística Coeficiente de correlación
C Redacción de la tesis	Protocolo del Informe de Investigación Educativa.	Tablas – Cuadros de priorización, de análisis e interpretación de los resultados
D Presentación y Exposición de la tesis	Protocolo de la Exposición	Equipo de proyección y sonido Fichas de Resumen Documentos de sustentación.

El análisis estadístico incluyó los procesos siguientes:

- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos.
- Representación gráfica.
- Uso de tablas de contingencia y tabla de matriz de correlación

- Análisis e interpretación descriptiva de los resultados.
- Determinación, análisis e interpretación de la significación estadística de la relación de dependencia entre variables mediante la **Prueba de CHI-CUADRADO para la independencia de criterios (X^2): Prueba de Contrastación de Hipótesis.**
- Determinación, análisis e interpretación del **Coefficiente de Correlación Rho de Spearman (ρ)** entre variables, para aquellas Hipótesis de Investigación confirmadas como verdaderas mediante la prueba **X^2** .
- Síntesis e interpretación final de los resultados en relación a la contrastación de las hipótesis de investigación: Redacción de las **Conclusiones del estudio de investigación.**

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 POBLACION EN ESTUDIO

El total de pacientes con lesiones por quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao (UQ-HNDAC-C) durante el año 2016, período del estudio, fue de 84 pacientes. El detalle de la distribución mensual de estos 84 pacientes se muestra en el **CUADRO N°1**.

CUADRO N°1. DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE INGRESOS Y ALTAS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HNDAC-C AÑO 2016

MES	INGRESOS	ALTAS
ENERO	7	6
FEBRERO	7	11
MARZO	11	8
ABRIL	7	6
MAYO	3	6
JUNIO	9	8
JULIO	7	5
AGOSTO	6	6
SETIEMBRE	6	6
OCTUBRE	6	6
NOVIEMBRE	5	6
DICIEMBRE	10	10
TOTALES	84	84

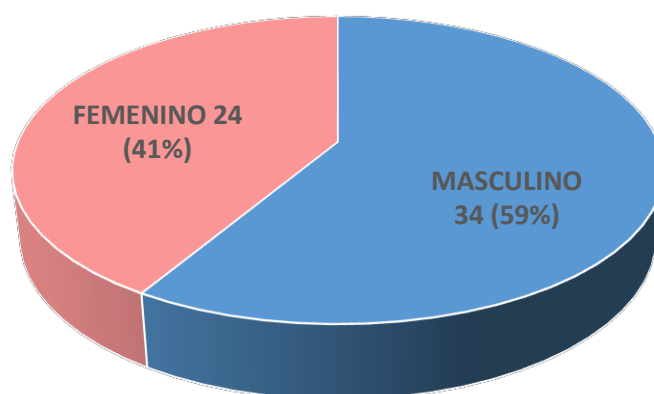
Del total de 84 pacientes ingresados a la UQ-HNDAC-C durante el año 2016, 26 fueron descartados luego de ser aplicados los criterios de inclusión y exclusión, quedando aptos para ingresar al estudio 58 pacientes, los mismos que finalmente constituyeron la **POBLACIÓN EN ESTUDIO** del presente trabajo de investigación. **CUADRO N°2.**

CUADRO N°2. POBLACION EN ESTUDIO

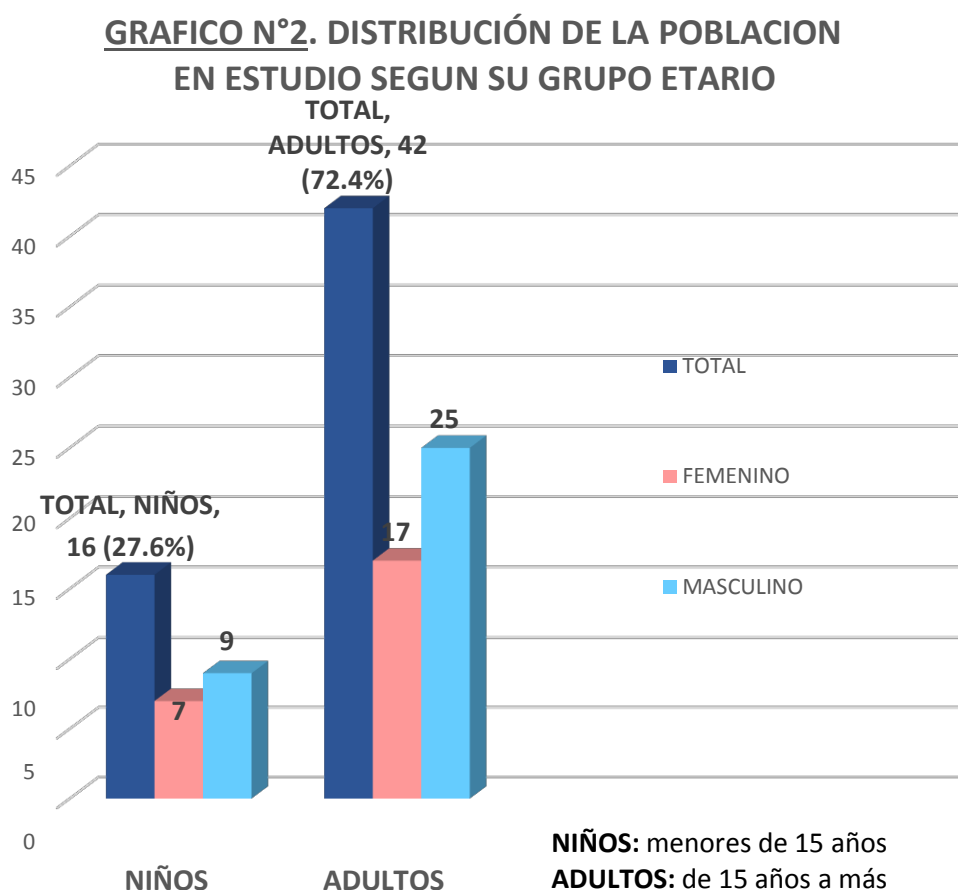
TOTAL DE PACIENTES UQ-HNDAC-C 2016	84
PACIENTES QUE NO CUMPLIERON CRITERIOS	26
PACIENTES QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS (POBLACION EN ESTUDIO)	58

La **DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO** de los 58 pacientes de la **POBLACION EN ESTUDIO** se muestra en **GRAFICO N°1.**

GRAFICO N°1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN SEXO



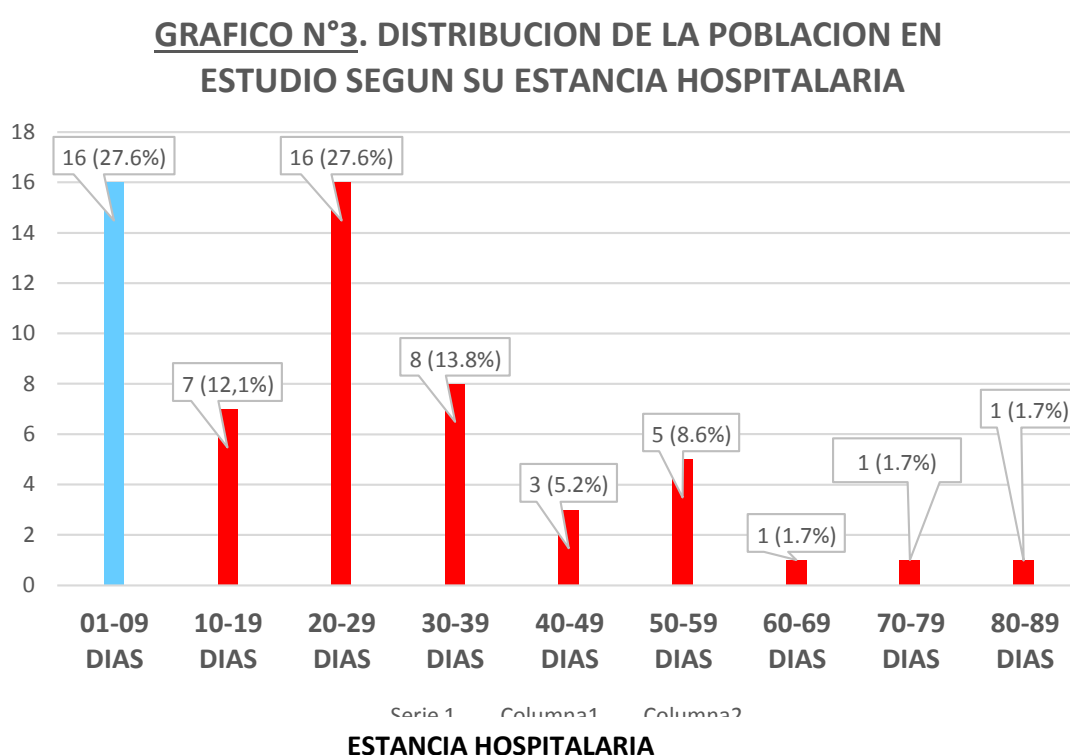
La **DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO** de los 58 pacientes de la POBLACIÓN EN ESTUDIO se muestra en la **GRAFICO N°2**, correspondiendo la edad extrema menor a 10 meses y la edad extrema mayor a 82 años, con una media de 34.6 años.



4.2 ESTANCIA HOSPITALARIA

En relación a la **Variable Independiente Estancia Hospitalaria**, los resultados mostraron que ésta fluctuó entre una estancia hospitalaria mínima de 3 días y una máxima de 82 días; con una media de 25.5 días.

Así mismo, los datos encontrados revelaron que de los 58 pacientes que constituyeron la población en estudio, 42 pacientes permanecieron hospitalizados por un periodo mayor a 9 días (Estancia Hospitalaria Prolongada), mientras que 16 permanecieron hospitalizados por un período de 9 días o menos. La distribución se muestra en el **GRAFICO N°3**.



Con relación al estudio de los tres factores específicos involucrados con la estancia hospitalaria prolongada (dimensiones de la variable independiente) según la percepción de la población: “falta de insumos”, “infecciones agregadas” e “infraestructura insuficiente”, los resultados obtenidos de las encuestas se muestran en el **CUADRO N°3**.

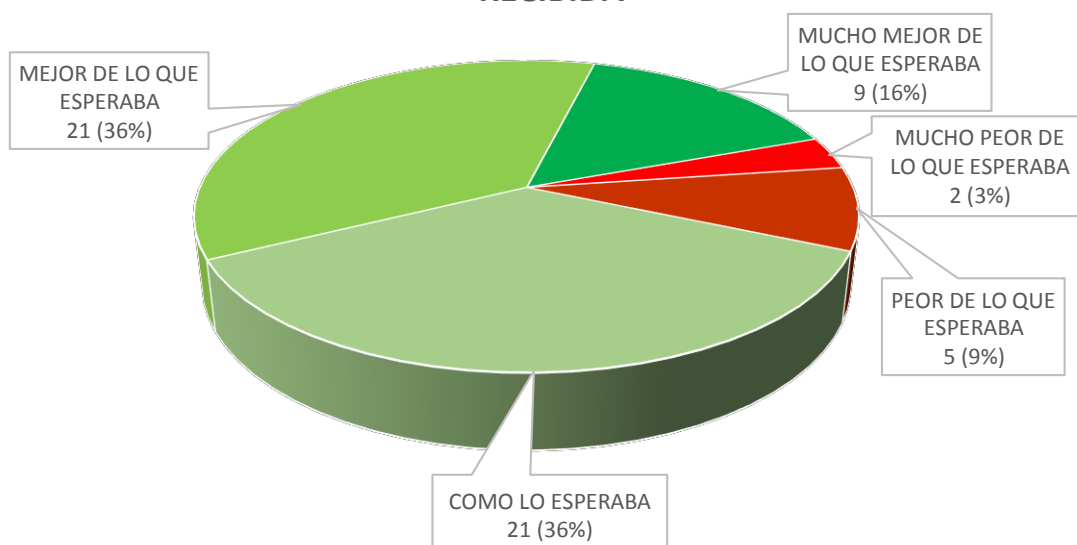
**CUADRO N°3. FACTORES RELACIONADOS CON LA
ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA**

FACTORES RELAC CON ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA	N°	TOTAL EST PROL	PROPORC
FALTA DE INSUMOS	37	42	88.1%
INFECCIONES AGREGADAS	17	42	40.5%
INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE	28	42	66.7%

4.3 PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

Respecto a la **Variable Dependiente Percepción de la Atención Recibida** los resultados que se obtuvieron a la aplicación del cuestionario SERVQHOS a la población en estudio se muestran en el **GRÁFICO N°4**.

GRAFICO N°4. DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN SU PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA



En el **CUADRO N°4** se muestran estos resultados convenientemente separados en dos grupos: un primer grupo conformado por los 16 pacientes cuya hospitalización en la UQ-HNDAC-C fue menor o igual a 9 días, es decir que no llegaron a tener Estancia Hospitalaria Prolongada y un segundo grupo conformado por los 42 pacientes con un período de hospitalización mayor de 9 días, es decir con Estancia Hospitalaria Prolongada.

CUADRO N°4. PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA HOSPITALARIA	PERCEPCION ATENCION RECIBIDA					TOTAL
	MPE	PE	CE	ME	MME	
ESTANCIA HOSP NO PROLONGADA	0	1 (6%)	2 (13%)	9 (56%)	4 (25%)	16
ESTANCIA HOSP PROLONGADA	2 (5%)	4 (10%)	19 (45%)	12 (28%)	5 (12%)	42
TOTAL	2 (3%)	5 (9%)	21 (36%)	21 (36%)	9 (16%)	58

MPE: MUCHO PEOR DE LO ESPERADO **PE:** PEOR DE LO ESPERADO
CE: COMO LO ESPERABA **ME:** MEJOR DE LO ESPERADO
MME: MUCHO MEJOR DE LO ESPERADO

En relación a los resultados del segundo bloque de ítems del cuestionario SERVQHOS aplicado a los pacientes con estancia hospitalaria prolongada y que consta de 6 ítems complementarios; aquellos sobre los primeros cuatro ítems: la sensación de satisfacción global, si recomendaría o

elegiría nuevamente la Unidad de Quemados del HNDAC-C para otra atención (estos dos con idénticos resultados) y su apreciación sobre el tiempo de hospitalización, se muestran en los **GRAFICOS N°5, 6 Y 7**.

GRAFICO N°5. SATISFACCION GLOBAL EN EL GRUPO CON ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA

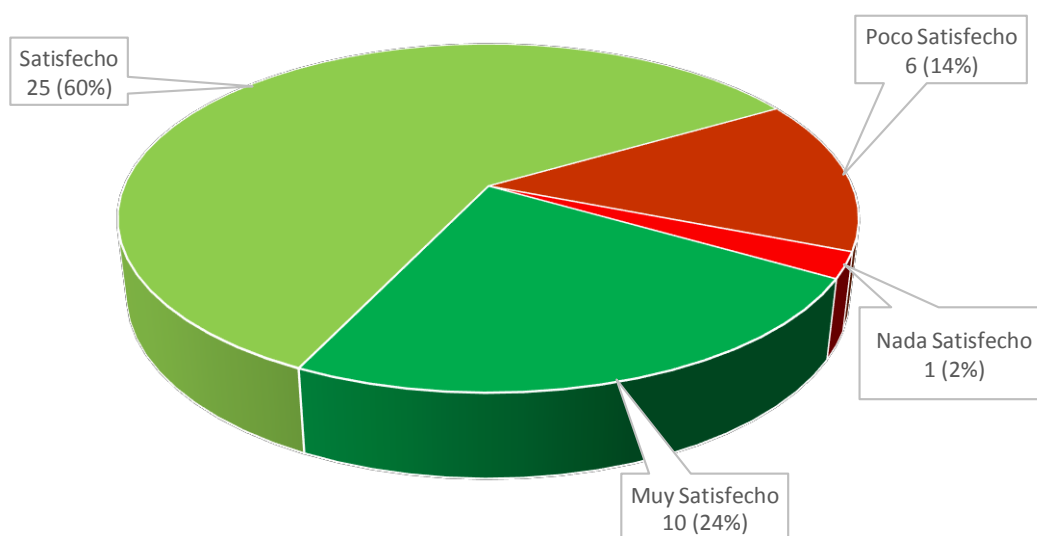


GRAFICO N°6. RECOMENDARIA LA UNIDAD DE QUEMADOS-HNDAC-C/ELIGIRIA NUEVAMENTE LA UQ-HNDAC-C PARA SU ATENCION (GRUPO CON ESTANC HOSP PROLONGADA)

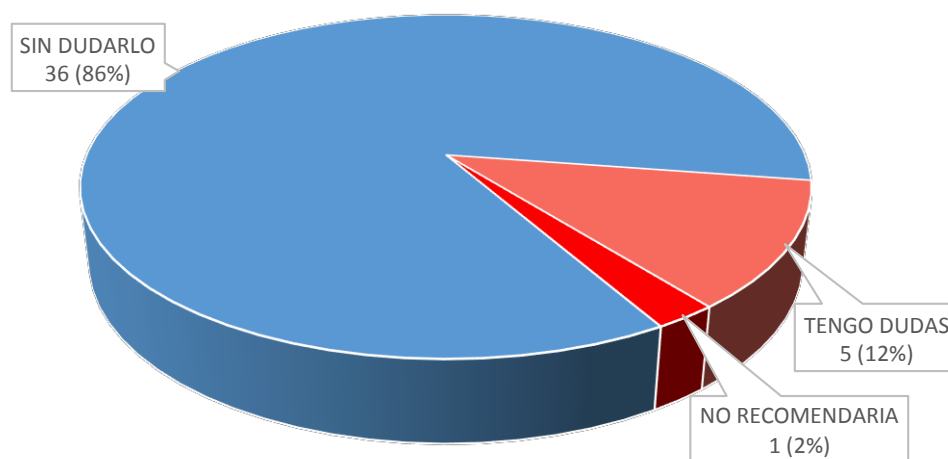
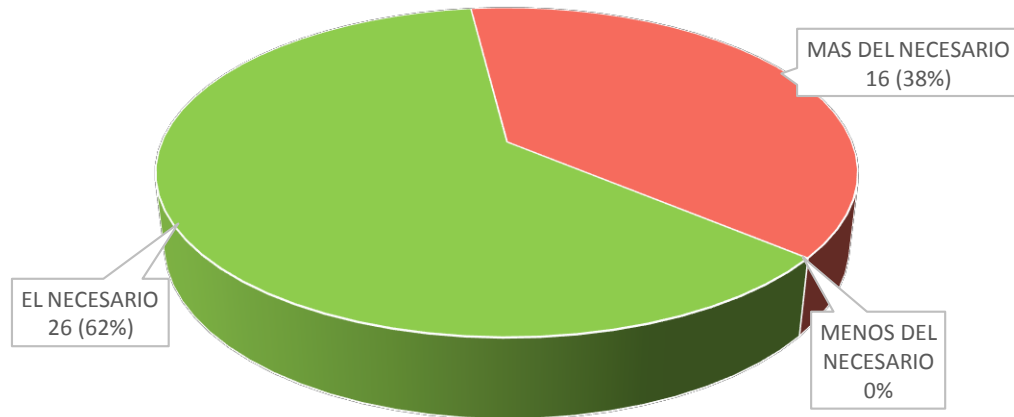


GRAFICO N°7. APRECIACION DEL TIEMPO QUE DURO SU HOSPITALIZACION (GRUPO CON EST HOSP PROLONG)



Finalmente, los resultados obtenidos respecto a los dos últimos ítems restantes del segundo bloque del cuestionario SERVQHOS fueron de la siguiente manera: si se le han realizado pruebas o procedimientos sin su debido consentimiento informado, el 100% de los encuestados respondió que NO; y, por último, si recuerda el nombre de por lo menos un médico y/o enfermera que lo atendió en la Unidad de Quemados del HNDAC-C, el 100% de los encuestados respondió que SI.

4.4 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Teniendo en cuenta el diseño y propósito de la presente investigación, el modelo estadístico que corresponde para el análisis estadístico de los datos obtenidos es el MODELO DE COMPARACIÓN DE FRECUENCIAS

OBSERVADAS Y TEÓRICAS que sirve para determinar el grado de dependencia o asociación entre dos variables; y, dentro de este modelo estadístico, la prueba estadística pertinente a ser aplicada para la **Contrastación de Hipótesis** es la **Prueba de CHI-CUADRADO (X^2) Para La Independencia De Criterios**, cuya función matemática es la siguiente:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}, \text{ con } [(n-1)] \text{ grados de libertad.}$$

Donde, f_o = Frecuencias observadas

f_e = Frecuencias esperadas o teóricas.

Seguidamente, en los casos en que las hipótesis de investigación fueron confirmadas como verdaderas mediante la prueba de CHI-CUADRADO (X^2), se calculó el **Coefficiente de Correlación Rho de Spearman (ρ)** para determinar la fuerza y el sentido de la correlación entre las variables relacionadas.

4.4.1 PRUEBA DE CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para la prueba de contrastación de las hipótesis de investigación planteadas en nuestro estudio, inicialmente se formularon las hipótesis estadísticas correspondientes, Hipótesis Nula (H_0) e Hipótesis Alternativa (H_1), para luego aplicar la prueba estadística X^2 y determinar el rechazo o la aceptación de la hipótesis de investigación.

Seguidamente, como se ha señalado, en caso de determinarse estadísticamente la aceptación de la hipótesis de investigación, se procedió al cálculo del Coeficiente de Correlación RHO de Spearman (ρ) para determinar la fuerza y el sentido de la correlación entre las variables relacionadas.

4.4.2 RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA.

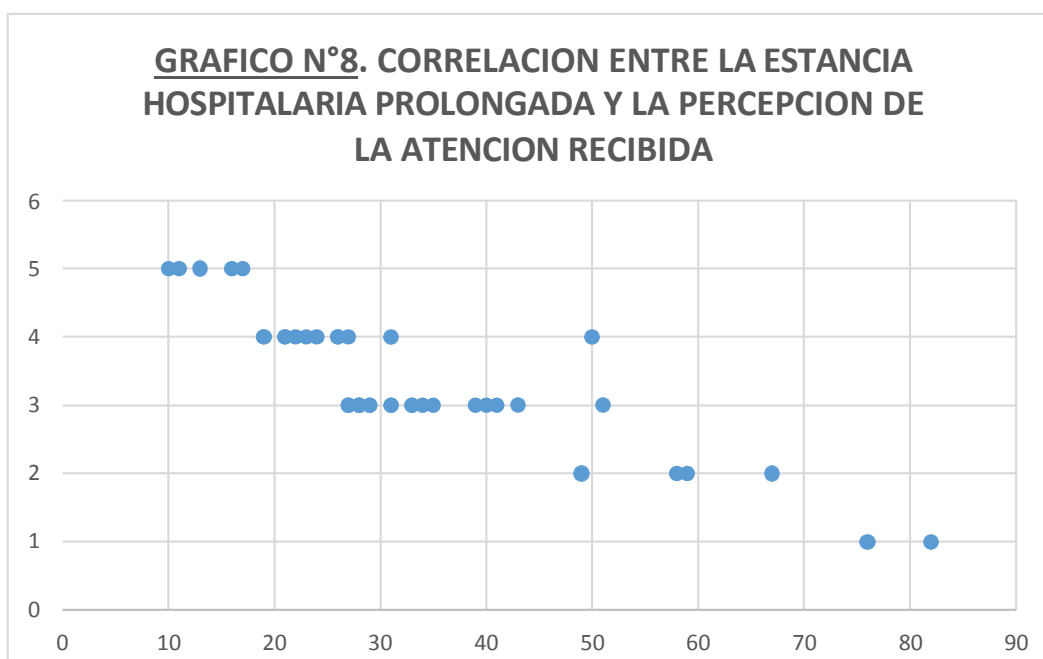
H_0 : No existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son independientes)

H_1 : Existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son dependientes)

CUADRO N°5. RELACION ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA	PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA					TOTAL
	MPE	PE	CE	ME	MME	
10 – 49 DIAS	0	1	18	11	5	35
50 – 82 DIAS	2	3	1	1	0	7
TOTAL	2	4	19	12	5	42

Valor X^2c cae en zona de rechazo de $H_0 \Rightarrow$ se acepta H_1 $p < 0.001$



Coefficiente de Correlación $\rho = -0.8661871$

4.4.3. RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA “POR FALTA DE INSUMOS” Y LA PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

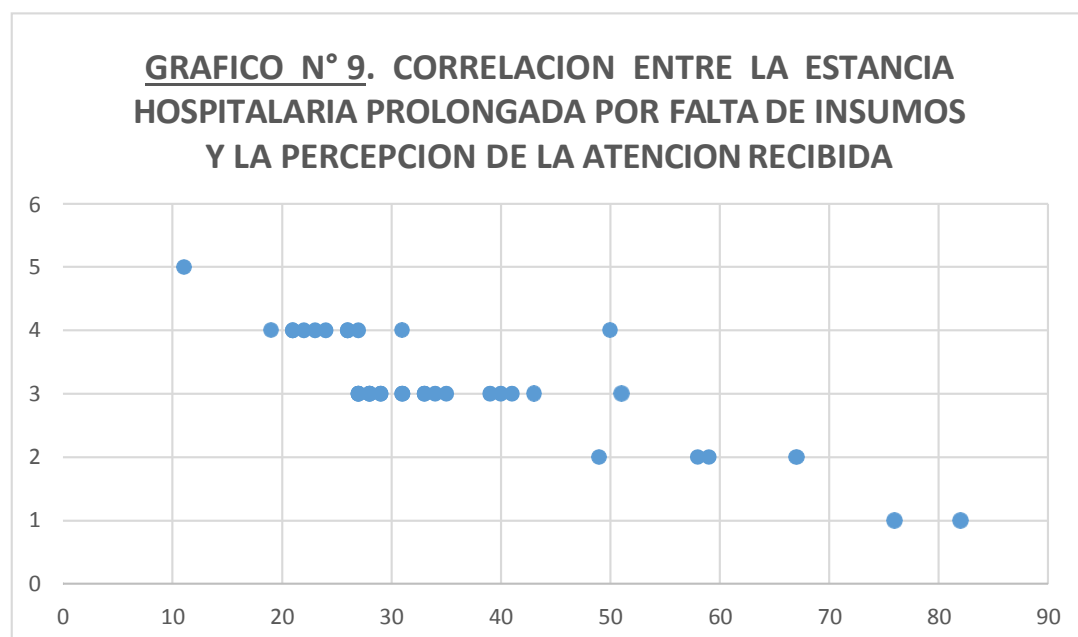
H₀: No existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por falta de insumos”** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son independientes)

H₁: Existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por falta de insumos”** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son dependientes)

CUADRO N°6. RELACION ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA POR FALTA DE INSUMOS Y PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA “POR FALTA DE INSUMOS”	PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA					TOTAL
	MPE	PE	CE	ME	MME	
10 – 49 DIAS	0	1	18	10	1	30
50 – 82 DIAS	2	3	1	1	0	7
TOTAL	2	4	19	11	1	37

Valor X^2c cae en zona de rechazo de $H_0 \Rightarrow$ se acepta H_1 $p < 0.001$



Coeficiente de Correlación $\rho = -0.8474083$

4.4.4. RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA “POR INFECCIONES AGREGADAS” Y LA PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

H_0 : No existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por infecciones agregadas”** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son independientes)

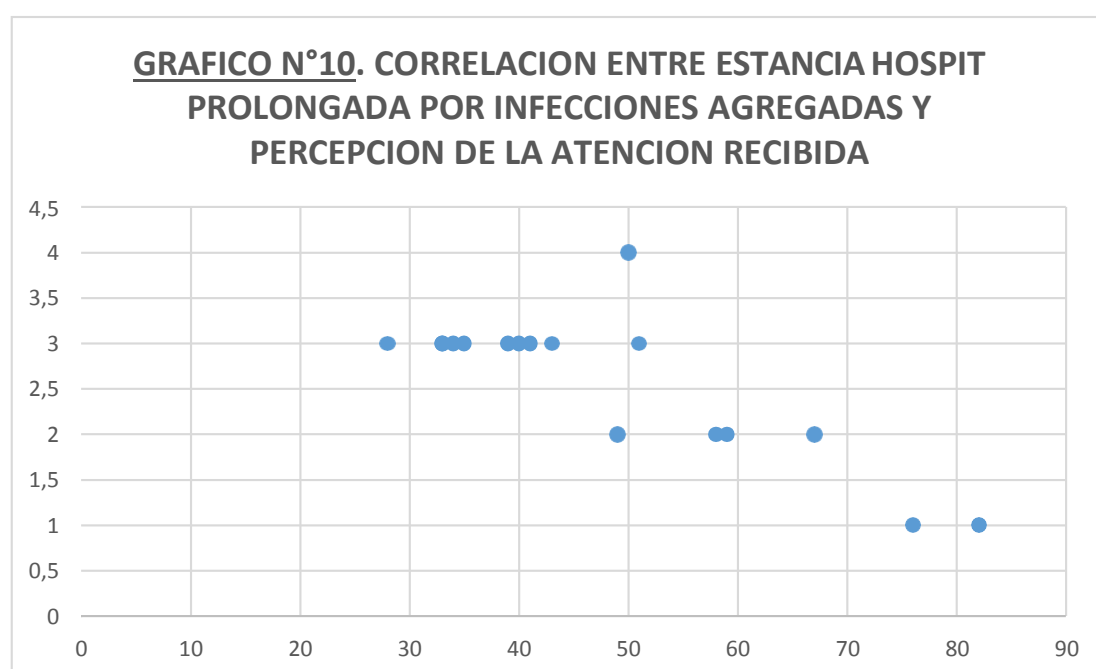
H_1 : Existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por infecciones agregadas”** y La **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son dependientes)

CUADRO N°7. RELACION ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA POR INFECCIONES AGREGADAS Y PERCEPCION DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA “POR INFECCIONES AGREGADAS”	PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA					TOTAL
	MPE	PE	CE	ME	MME	
10 – 49 DIAS	0	1	9	0	0	10
50 – 82 DIAS	2	3	1	1	0	7
TOTAL	2	4	10	1	0	17

Valor X^2_c cae en zona de rechazo de $H_0 \Rightarrow$ se acepta H_1

$p < 0.01$



Coefficiente de Correlación $\rho = -0.8092183$

4.4.5. RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA “POR INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE” Y LA PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

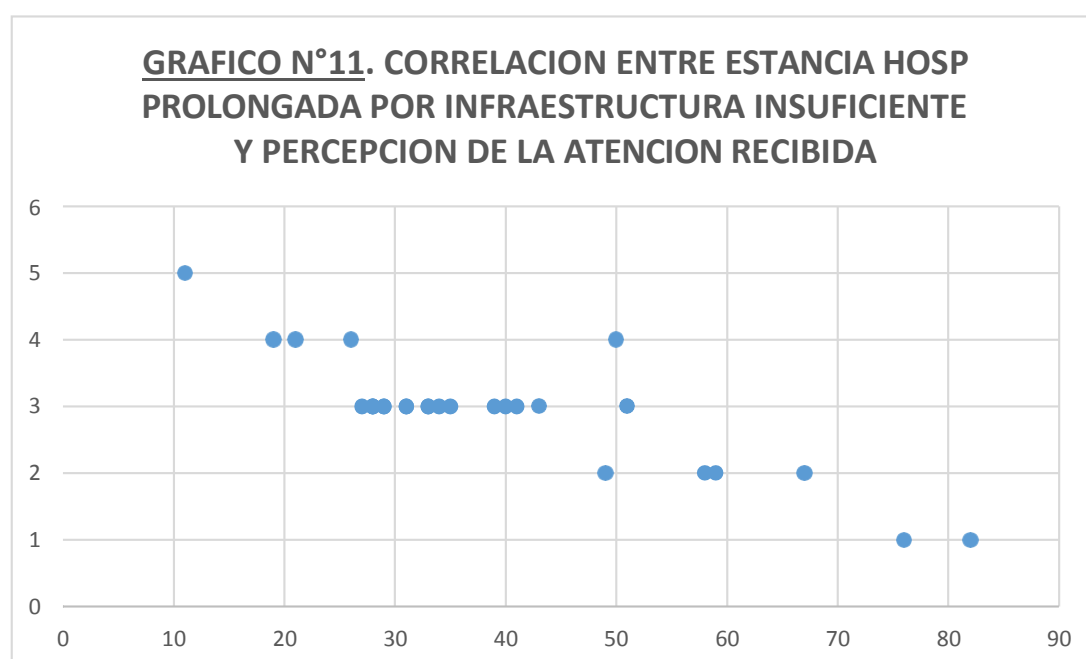
H₀: No existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por infraestructura insuficiente”** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son independientes).

H₁: Existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada “por infraestructura insuficiente”** y la **Percepción de la Atención Recibida** (las variables son dependientes)

CUADRO N°8. RELACION ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA POR INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE Y PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONG “POR INFRAESTR INSUF”	PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA					TOTAL
	MPE	PE	CE	ME	MME	
10 – 49 DIAS	0	1	16	3	1	21
50 – 82 DIAS	2	3	1	1	0	7
TOTAL	2	4	17	4	1	28

Valor X^2c cae en zona de rechazo de $H_0 \Rightarrow$ se acepta H_1 $p < 0.01$



Coeficiente de Correlación $\rho = -0.8465258$

4.4.6. RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPIT PROLONGADA Y EL NIVEL DE SATISFACCION GLOBAL

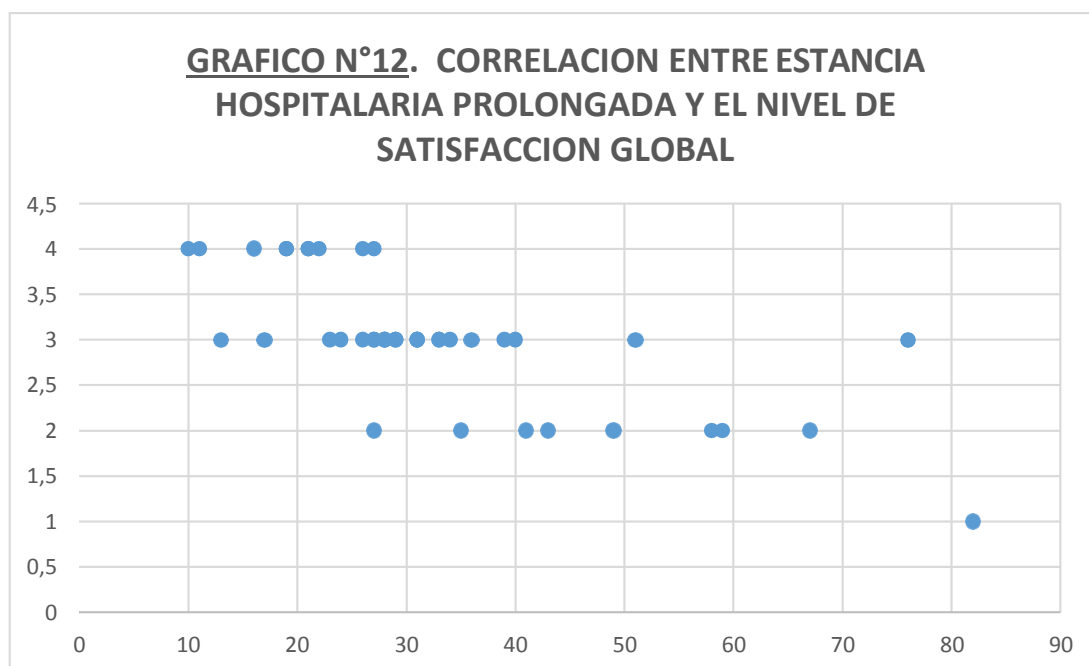
H_0 : No existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada** y el **Nivel de Satisfacción Global** (las variables son independientes)

H_1 : Existe relación entre la **Estancia Hospitalaria Prolongada** y el **Nivel de Satisfacción Global** (las variables son dependientes)

CUADRO N°9. RELACION ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y EL NIVEL DE SATISFACCION GLOBAL

DIAS DE ESTANCIA HOSPIT PROLONGADA	NIVEL DE SATISFACCION GLOBAL				TOTAL
	NADA SATISFE-CHO	POCO SATISFE-CHO	SATISFE-CHO	MUY SATISFE-CHO	
10 – 49 DIAS	0	3	22	10	35
50 – 82 DIAS	1	3	3	0	7
TOTAL	1	6	25	10	42

Valor X^2c cae en zona de rechazo de $H_0 \Rightarrow$ se acepta H_1 $p < 0.001$



Coefficiente de Correlación $\rho = -0.8047679$

CAPITULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Como se observa en el **CUADRO N°1 y CUADRO N°2**, del total de 84 pacientes que ingresaron en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao (UQ-HNDAC-C) durante el año 2016 y luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión la población en estudio finalmente quedó conformada por 58 pacientes.

Estos 58 pacientes que conformaron la población en estudio se distribuyeron según sexo en 24 (41%) mujeres y 34 (59%) varones según se puede observar en el **GRÁFICO N°1**. Con respecto a su distribución por edad, los resultados mostraron que las edades de los pacientes en estudio fluctuaron entre 10 meses y 82 años de edad, con una media de 34.6 años. El **GRÁFICO N°2** muestra la distribución de la población agrupada por grupo etario, con un total de 16 niños (27.6%), y 42 adultos (72.4%), considerando niños a los pacientes menores de 15 años y adultos a aquellos de 15 años a más. Estos resultados en cuanto a características de la población en estudio reflejan el carácter general de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión que, si bien se encuentra en la Provincia Constitucional del Callao, se ha constituido en una Unidad de Quemados de referencia nacional del Ministerio de Salud del Perú, con capacidad de admitir grandes quemados

sin distinción de sexo ni edad. Así mismo, estas características de la población en estudio son compatibles con los encontrados en estudios realizados en otras unidades de quemados generales de nuestro medio, como el hecho por La Torre¹² en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud; así como también con estudios realizados en unidades de quemados de otras latitudes, como el estudio de Guerrero et al⁷ realizado en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, Ecuador; el de Hoyos et al⁴⁰ en un hospital en Medellín, Colombia; y el de Tang et al⁴¹ en un importante centro para quemados en Shanghai. Llama la atención los resultados obtenidos en el estudio de Fernández et al⁴² en Málaga, España, en el que predomina el sexo femenino, lo que al parecer estaría explicado por factores socioculturales y regionales que pueden ejercer algún efecto sobre el predominio del sexo femenino en las lesiones por quemaduras en algunas localidades en particular.⁴³

5.2 ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA

La estancia hospitalaria, varía mucho según las patologías y las diferentes especialidades médicas o quirúrgicas involucradas y, entre ellas, los pacientes con quemaduras moderadas a severas, es decir aquellos que se admiten en las Unidades de Quemados, suelen estar entre los pacientes con estancias hospitalarias promedio más largas que los

estándares comúnmente establecidos.^{7,12} En nuestro medio se acepta el estándar de referencia de estancia hospitalaria del MINSA para hospitales de tercer nivel que es de 9 días y, por lo tanto, aquellas hospitalizaciones de 10 o más días se califican como Estancia Hospitalaria Prolongada.^{1,2,3}

El **GRÁFICO N°3** muestra los resultados de la distribución de la estancia hospitalaria general en nuestra población en estudio, la misma que fluctuó entre 3 y 82 días, con un promedio de 25.5 días. Además, se encontró que, de los 58 pacientes, 16 (27.6%) tuvieron una estancia hospitalaria de 9 días o menor, mientras que 42 (72.4%) presentaron una estancia hospitalaria de 10 o más días, con una media de 33 días. Estos hallazgos respecto a la Variable Independiente Estancia Hospitalaria Prolongada igualmente resultan compatibles con los encontrados en nuestro medio por La Torre¹² en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud, en el que la estancia hospitalaria media encontrada fue de 32 días, con un rango de 1 a 134 días, y resultan también compatibles con los resultados encontrados por Guerrero et al⁷ en su estudio realizado en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, Ecuador, en el que la estancia hospitalaria media resultó ser de 25.5 días; así como también se muestran compatibles con los resultados de otros autores en diferentes latitudes.^{6,44,45}

La estancia hospitalaria responde a múltiples factores institucionales, personales, patológicos, socioculturales etc. Este indicador resulta un problema permanente en la data de un centro hospitalario, pues

constituye un indicador indirecto de la idoneidad de la atención, dado que su prolongación eleva la morbilidad, contrae la oferta de camas y por tanto aumenta los costos hospitalarios. Una estancia prolongada se debe a: pacientes en estudio, diagnóstico o tratamiento inadecuados, pacientes con fisioterapia, rehabilitación o radioterapia, retraso en las unidades de apoyo (laboratorio, radiología, etc.), problemas en la organización del trabajo médico y/o demora en el abastecimiento de insumos y medicamentos a las salas.^{4,5,13,14,15,16,17,18,19}

Aguirre et al⁴ estudiaron la estancia hospitalaria prolongada en un Hospital de México DF, concluyendo que las variables relacionados fueron: “el lugar de origen del paciente, condiciones de ingreso, el diagnóstico, el desarrollo de complicaciones e infecciones hospitalarias, la categoría y especialidad del médico tratante, el retraso en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio, el aplazamiento en la realización de intervenciones quirúrgicas y la necesidad de transporte foráneo al egreso del paciente”.

Benavides et al¹ en el Hospital Nacional de la PNP Luis N. Sáenz, en Lima, encontraron que: “Los factores identificados que más influyeron en la prolongación de la estancia hospitalaria fueron: recurso humano insuficiente, infecciones hospitalarias, escasez de insumos, recomendación de la superioridad y falta de seguimiento de protocolos durante la atención médica. Además, los factores de estancia prolongada en los pacientes del HNPNP "LNS" dependen en gran medida de la gestión administrativa institucional; sin embargo, se requiere de más

estudios para evaluar las condiciones particulares de cada servicio de hospitalización, así como estudios por patologías para conocer las causas de estancia hospitalaria prolongada por entidad”.

La identificación de los posibles factores involucrados revela que la estancia hospitalaria prolongada es un problema muy complejo, por lo que tanto los centros hospitalarios como la Academia lo consideren un tema de estudio de gran interés. Dado que la estancia hospitalaria no solo tiene relación con problemas en la gestión hospitalaria, sino también con una serie de características de los usuarios, resulta de necesidad recurrir a un método de “ajuste por riesgo” de la estancia, para determinar en qué ocasiones ocurre estancia prolongada por causa de problemas de la atención.⁴⁶

Nuestra investigación, por su parte, estudió mediante la aplicación de encuestas tres factores posiblemente involucrados, según la percepción de los pacientes, con la prolongación de su estancia hospitalaria: Falta de insumos, Infecciones Agregadas e Infraestructura Insuficiente. Los resultados, que se muestran en el **CUADRO N°3**, revelaron que, del total de los 42 pacientes con estancia hospitalaria prolongada, 37 (88.1%) consideraron que estaba involucrada la falta de insumos, 17 (40.5%) las infecciones agregadas y 28 (66.7%) la infraestructura insuficiente. Más adelante comentaremos el análisis y la significación estadística de estos resultados mediante la prueba de CHI-CUADRADO (X^2), así como el nivel y sentido de la correlación entre estos factores involucrados con la estancia prolongada y la Percepción de la Atención Recibida.

5.3 PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA

En cuanto al enfoque moderno de calidad en la prestación de servicios hospitalarios, este tiene sus inicios en la década de los años veinte del pasado siglo en los Estados Unidos de Norte América, con el eminente científico Walter A. Shehwart cuyos trabajos sobre el control estadístico y el perfeccionamiento de los mismos por su conocido discípulo el Dr. W. Edwards Deming, sientan las bases del movimiento de la calidad tal como se le conoce actualmente, el mismo que después de la segunda guerra mundial los japoneses ayudaron a desarrollar plenamente.^{35,47,48}

Para Deming "Calidad es superar las necesidades y expectativas del consumidor".⁴⁹

Por su parte, la OMS define calidad como:

- Un nivel alto de excelencia profesional
- Eficiente uso de los recursos
- Un nivel de riesgo mínimo para el usuario.
- Un gran Impacto en la salud.
- Un alto nivel en la satisfacción del usuario.^{35,48}

Philip Kotler⁵⁰ define la satisfacción del usuario como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas".

La calidad Interna, también denominada calidad técnica, de hecho, debe ser tomada en cuenta en los servicios. En el caso de los productos de consumo masivo los clientes principalmente evalúan los aspectos funcionales de los productos, sus prestaciones físicas y tangibles, es decir lo que hacen los productos. En el caso de los servicios, la percepción de calidad de los usuarios incluye un aspecto adicional que puede llegar a ser incluso más importante que la calidad interna o calidad técnica y que tiene su origen en la simultaneidad producción-consumo que es propia de los servicios. Es lo que se ha denominado como Calidad Externa y que podemos definir en la práctica como: “la forma en que se realiza la prestación del servicio”, es decir, las características que adopta la entrega o prestación del servicio al usuario. En otras palabras, “la valoración de la calidad que una persona hace de un producto, no está afectada por la forma en que se entrega el producto, dado que lo más importante es su calidad interna, es decir sus prestaciones tangibles su funcionalidad”. Sin embargo, en los servicios: “la calidad percibida por los clientes se ve necesariamente afectada por la forma en que se realiza la prestación del servicio; ósea, por el nivel de su calidad externa”. Es decir que “en el caso de los servicios la calidad externa forma parte integral e inseparable del servicio que se entrega a los clientes y, en consecuencia, la calidad externa también constituye un elemento indisoluble de las ofertas de las entidades que prestan servicios”.^{35,47,48,49}

Es así que, actualmente, para evaluar la calidad de los procesos asistenciales se ha hecho indispensable el concepto de satisfacción del

paciente como trazador de excelencia en la prestación de los servicios de salud y, en esta satisfacción, la evaluación de la calidad externa del servicio sanitario, es decir la percepción de la atención recibida, es un aspecto central. Si los pacientes no tienen una buena percepción de la atención recibida, el servicio de salud estará lejos de ser el ideal al margen de cuan alta pueda ser su calidad técnica.⁵¹

En nuestra investigación los resultados de la variable dependiente “Percepción de la Atención Recibida” que se muestran en el **GRAFICO N°4** revelaron que del total de los 58 pacientes 2 (3%) tuvieron una percepción mucho peor de lo que esperaba, 5 (9%) peor de lo que esperaba, 21 (36%) como lo esperaba, 21 (36%) mejor de lo que esperaba y 9 (16%) mucho mejor de lo que esperaba. Estos hallazgos resultan francamente positivos toda vez que 51 (88%) pacientes del total de los 58 que conformaron la población en estudio tuvieron una percepción positiva de la atención recibida, mientras que 7 (12%) tuvieron una percepción negativa, peor o mucho peor de lo esperado.

Por otro lado, en el **CUADRO N°4** se muestran estos resultados de la variable “percepción de la atención recibida” convenientemente separados en dos grupos: un primer grupo conformado por los 16 pacientes cuya hospitalización en la UQ-HNDAC-C fue menor o igual a 9 días, es decir que no llegaron a tener Estancia Hospitalaria Prolongada y un segundo grupo conformado por los 42 pacientes con un período de

hospitalización mayor de 9 días, es decir con Estancia Hospitalaria Prolongada.

5.4 ANALISIS DE LA RELACION DE VARIABLES: PRUEBA DE HIPOTESIS

Una vez obtenidos y comentados los resultados de cada una de las variables con sus respectivas dimensiones por separado, toca ahora hacer el análisis estadístico de la relación existente entre ellas a partir del cruce de datos en las tablas de contingencia y su respectiva Prueba de Hipótesis mediante la prueba estadística de CHI-CUADRADO (X^2) para la independencia de criterios.

El **CUADRO N°5** muestra los resultados de la relación entre estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida. El análisis estadístico con la prueba de CHI-CUADRADO (X^2) en este caso arrojó una relación muy altamente significativa ($p < 0.001$) entre las dos variables. Por otro lado, el **GRÁFICO N°8** recrea la correlación existente entre estas dos variables relacionadas, con coeficiente de Correlación (ρ) de -0.8661871, el cual indica un alto nivel de correlación inversa; lo que significa que existe una relación inversa muy altamente significativa entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la población en estudio, **confirmándose como verdadera la hipótesis general central de nuestra investigación.**

El **CUADRO N°6** nos muestra los resultados de la relación entre estancia hospitalaria prolongada por “falta de insumos” y la percepción de la atención recibida. El análisis estadístico con la prueba de CHI-CUADRADO (X^2) en este caso también arrojó una relación muy altamente significativa ($p < 0.001$) entre las dos variables. Por su parte, el **GRÁFICO N°9** muestra la correlación existente entre estas dos variables relacionadas, con un coeficiente de Correlación (ρ) de -0.8474083, el cual indica un alto nivel de correlación inversa, lo que significa que existe relación inversa muy altamente significativa entre la estancia hospitalaria prolongada “por falta de insumos” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la población en estudio, **confirmándose igualmente como verdadera la primera hipótesis específica de nuestra investigación.**

El **CUADRO N°7** muestra los resultados de la relación entre la estancia hospitalaria prolongada por “infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida. El análisis estadístico con la prueba de CHI-CUADRADO (X^2) en este caso arrojó una relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre las dos variables. Por otro lado, el **GRÁFICO N°10** recrea la correlación existente entre estas dos variables relacionadas, con un coeficiente de Correlación (ρ) de -0.8092183, el cual indica un alto nivel de correlación inversa; lo que significa que existe una relación inversa altamente significativa entre la estancia hospitalaria prolongada por “infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la población en estudio, **confirmándose igualmente como verdadera la segunda hipótesis específica de nuestra investigación.**

El **CUADRO N°8** nos muestra los resultados de la relación entre estancia hospitalaria prolongada por “infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida. El análisis estadístico en este caso arrojó una relación igualmente altamente significativa ($p < 0.01$) entre las dos variables. El **GRAFICO N°11** esquematiza la correlación existente entre estas dos variables relacionadas, con coeficiente de Correlación (ρ) de -0.8465258, el cual indica un alto nivel de correlación inversa, lo que significa que existe una relación inversa altamente significativa entre la estancia hospitalaria prolongada por “infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la población en estudio, **confirmándose igualmente como verdadera la tercera hipótesis específica de nuestra investigación.**

En cuanto a los resultados en relacionados con los 6 ítems del segundo bloque del cuestionario SERVQHOS sobre percepción de la calidad de atención aplicado a la población en estudio, tenemos que en cuanto a los hallazgos sobre el primer ítem (**GRAFICO N°5**), el **CUADRO N°9** muestra los resultados correspondientes a la relación entre la estancia hospitalaria prolongada y el nivel de satisfacción global percibida y, como se puede apreciar, su análisis estadístico mediante la prueba de CHI-CUADRADO para la independencia de criterios arrojó una relación muy altamente significativa ($p < 0.001$) entre las dos variables. El **GRAFICO N°12**, por su parte, ilustra y detalla además el nivel de correlación existente entre estas dos variables relacionadas, con un coeficiente de Correlación (ρ) de -0.8047679, que indica un alto nivel de correlación inversa, lo que a su vez

significa que mientras mayor fue la estancia hospitalaria, la percepción de la satisfacción global resultó significativamente menos favorable. Analizando al detalle estos últimos resultados citados, resulta evidente que son perfectamente consecuentes con los resultados oportunamente comentados líneas arriba referentes al **CUADRO N°5** y **GRAFICO N°8** sobre la existencia de una relación inversa muy altamente significativa entre la Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida por los pacientes atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao durante el año 2016, lo que brinda una confirmación adicional y una mayor consistencia a tales hallazgos que confirmaron la validez de nuestra hipótesis central en la presente investigación.

Siempre en referencia a los resultados en relacionados con los 6 ítems del segundo bloque del cuestionario SERVQHOS, tenemos que respecto al segundo y tercer ítem (**GRAFICO N°6**) vemos que la gran mayoría (86%) recomendaría o volvería a atenderse en la Unidad de Quemados del HNDAC-C sin dudarlo, mientras que el 12% lo haría con algunas dudas. Preocupa, sin embargo, que el 2% (1 paciente en toda la serie) refirió que no recomendaría ni volvería a atenderse en la unidad, ya que, aunque es un porcentaje muy bajo, debe ser motivo de preocupación para la implementación de estrategias de mejora continua que idealmente lleven este porcentaje a cero. En relación ítem N°4 de este segundo bloque del cuestionario (**GRAFICO N°7**), se determinó que el 62% de los encuestados señalaron el tiempo de hospitalización como el necesario, mientras que el 38% percibió según su particular apreciación que el

tiempo de hospitalización fue mayor del necesario. Por último, como ya se ha señalado anteriormente, tanto el ítem N°5 relacionado a la utilización de consentimientos informados para las pruebas o procedimientos realizados durante su hospitalización, como el ítem N°6 que verifica si el encuestado conoce el nombre de al menos un Médico o Enfermera que lo atendía habitualmente durante su hospitalización, los resultados revelaron que la totalidad (100%) de los encuestados negó que le hubieran realizado pruebas o procedimientos sin la debida autorización y al mismo tiempo el 100% señaló que conoce el nombre de un médico o enfermera que lo atendía en la Unidad de Quemados del HNDAC-C. Estos resultados de los dos últimos ítems revelan un buen logro en lo que corresponde al uso de los consentimientos informados para los estudios y procedimientos que se llevan a cabo durante la hospitalización, y a decir lo menos un buen avance en lo relativo al objetivo de brindar atención personalizada a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

1. Se confirma la hipótesis general que existe relación muy altamente significativa e inversa (**$p < 0.001$**) (**$\rho = -0.8661871$**) entre la estancia hospitalaria prolongada y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.
2. Se confirma la hipótesis específica H1 que existe relación muy altamente significativa e inversa (**$p < 0.001$**) (**$\rho = -0.8474083$**) entre la estancia hospitalaria prolongada “por falta de insumos” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.
3. Se confirma la hipótesis específica H2 que existe relación altamente significativa e inversa (**$p < 0.01$**) (**$\rho = -0.8092183$**) entre la estancia hospitalaria prolongada “por infecciones agregadas” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.
4. Se confirma la hipótesis específica H3 que existe relación altamente significativa e inversa (**$p < 0.01$**) (**$\rho = -0.8465258$**) entre la estancia hospitalaria prolongada “por infraestructura insuficiente” y la percepción de la atención recibida en los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2016.

SUGERENCIAS

1. Realizar el monitoreo periódico de los indicadores de Estancia Hospitalaria y Percepción de la Atención Recibida, entre otros, a fin de asegurar el sostenimiento y/o mejoría del alto nivel de satisfacción de usuario encontrado en el estudio y consolidar la política de Mejora Continua de la Calidad de atención de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao.
2. Monitorear el proceso de provisión oportuna de insumos a fin de identificar sus nudos críticos y resolverlos a fin de disminuir el impacto de la falta de insumos sobre la Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao.
3. Monitorear la incidencia de infecciones producidas durante el período de hospitalización de los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, identificar los factores que favorecen su desarrollo e intervenir sobre ellos a fin de disminuir el impacto de las infecciones agregadas sobre la Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida.
4. Ampliar la infraestructura hospitalaria, o al menos inicialmente optimizar la utilización de la infraestructura existente, a fin de mejorar el impacto de la Infraestructura Insuficiente sobre la Estancia Hospitalaria Prolongada y la Percepción de la Atención Recibida en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benavides A, Castillo G, Landauro M, Vásquez G. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma. 2006; 6(2): 3-12.
2. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Norte. Indicadores Hospitalarios IREN NORTE 2011. Trujillo: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Norte; 2012.
3. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Estadística e Informática. Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA. Documento de trabajo año 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Estadística e Informática; 2013.
4. Aguirre H, García M, Garibaldi J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. Gac Med Mex. 1993; 133(2): 71-77.
5. Una atención limpia es una atención más segura. [Página principal en internet]. Organización Mundial de la Salud: Programas y proyectos; c2017 [Actualizada 2017; Consultado el 29 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

6. Cardona F, Echeverri A, Forero J, García C, Gómez CM, Gómez CP, et al. Epidemiología del trauma por quemaduras en la población atendida en un hospital infantil. Manizales 2004-2005. Rev Fac Med. 2007; 55(2): 80-95.
7. Guerrero R, Palacios Martínez J, Salamea P, Gilbert M, Chiquito Freile, MT. Análisis de la casuística de 5 años en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador. Cir Plast Iberolatinoam. Ene 2014; 40(1): 107-113.
8. Vargas S, Romero J J, Prada Y, Fonseca-Portilla G, Lao W. Factores de riesgo para el desarrollo de infecciones intrahospitalarias en pacientes quemados. Hospital S. Juan de Dios, Costa Rica: Enero 2003 - Diciembre 2005. Parte I. Cir Plast Iberolatinoam. Julio 2009; 35(3): 223.
9. Vargas S, Romero J J, Prada Y, Fonseca-Portilla G, Lao W. Factores de riesgo para el desarrollo de infecciones intrahospitalarias en pacientes quemados. Hospital S. Juan de Dios, Costa Rica: Enero 2003 - Diciembre 2005. Parte II. Cir Plast Iberolatinoam. Octubre 2009; 35(4): 303-310.
10. Morales C, Gómez A, Herrera J, Gallego M, Usuga Y, Hoyos M, Arenas C. Infección en pacientes quemados del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. Rev Colomb Cir. 2010; 25: 267-275.

11. Cuenca J, Álvarez C. Estrategia para tratar quemaduras en pacientes obesos. Estudio comparativo. *Cir Plast.* Enero 2013; 23(1): 24-31.
12. La Torre Tang Winston. Quemaduras eléctricas: estudio clínico-epidemiológico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 1997-2001 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2003.
13. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Epidemiología. Manual de Indicadores. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Epidemiología; 2001.
14. García García Elena. Evaluación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera [tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Facultad de Medicina; 2011.
15. Saguer M, Gómez A. Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de eficiencia en la gestión clínica. *Rev Calid Asist.* 2003; 18(7): 575-579.
16. Arrieta D, Guzmán J, Jerez A, Arrieta E. Factores administrativos que determinaron estancia prolongada en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander. *Salud UIS.* 2008; 40: 20-25.

17. Luquero F, Santos S, Pérez A, Tamames S, Cantón M B, Castrodeza J. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. 2008; 22(1): 48-51.
18. González I, Rivas G, Romero A, Cortina B. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista CONAMED. Octubre 2009; 14(4): 21-24.
19. Caballero Y, Cujar S, Rivera M, Toloza M. Estancias hospitalarias prolongadas relacionadas con complicaciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos en cirugía general de la fundación oftalmológica de Santander. Clínica Carlos Ardila Lulle (Foscal) durante los meses: Febrero, Marzo y Abril de 2011. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Postgrado Auditoria en Salud; 2011.
20. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction. What we know and what we still need to explore. Med Care Rev. 1993; 50: 49-79.
21. Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 2004; 21: 528-532.
22. Ruiz R, Alba A, Jiménez C, González V, García M, Pérula de Torres L A et al. Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. Rev Cal Asist. 2011; 26(2): 97-103.

23. Ford R, Bach S, Fottler M. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*. 1997; 22: 74-89.
24. Servicio Andaluz de Salud [sede Web]. Sevilla: Junta de Andalucía [citado 15 Sep 2010]. Encuesta de satisfacción a usuarios. Atención Primaria 2006. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=//contenidos/genera/indicadores/totales/Cuestionario2006ap.pdf>
25. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing*. 1988; 64: 12-40.
26. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; 4: 12-18.
27. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale. *J Retailing*. 1991; 67: 420-450.
28. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud*. 1992; 4: 89-116.

29. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring Service Quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retailing*. 1994; 70: 201- 230.
30. Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing and Management*. 1993; 2: 65-85.
31. Mira JJ, Buil JA, Vitaller J, Herrero JF, Rodríguez-Marín J. Aplicación del modelo de las discrepancias a la gestión de la calidad de los servicios que presta un hospital. *Revista de Calidad Asistencial*. 1997; 12: 92-99.
32. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*. 1995; 33: 392-406.
33. Borré Y, Lenis C, González G. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *Revista CES Salud Pública*. 2014; 5(2): 127-136.
34. Fernández D. Foucault: verdad, genealogía y poder. *Revista Laguna*. 2008; 23: 11-37.
35. Uruve Velazco Isabel Natividad. Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006 [tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2007.

36. Hernández S R, Fernández C C, Baptista L P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México: Editorial McGraw-Hill; 2006. pp 58-62.
37. Sánchez C H, Reyes M C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. 1a Ed. Lima. Ed Universitaria; 2002. p. 89
38. Aguirre T, Martín R, Alarcón F. La medida de la satisfacción de los usuarios: validación del instrumento SERVQUAL en servicios sanitarios. XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Salamanca 1996.
39. Barragán JA, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. Av. Enferm. 2010; 28(2): 48-61.
40. Hoyos M, González N, Díaz M, Pardo S, Ospina S. Epidemiological and clinical profile of burn victims, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1994-2004. Burns. 2006; 32: 1044-51
41. Tang K, Jian L, Qin Z, Zhenjiang L, Gomez M, Beveridge M. Characteristics of burn patients at a major burn center in Shanghai. Burns 2006;32:1037-1043.
42. Fernández-Morales E, Gálvez-Alcaraz L, Fernández-Crehuet et al. Epidemiology of burns in Malaga, Spain. Burns 1997;23:323-332.

43. Lari AR, Alaghebandan R, Nikui R. Epidemiological study of 3341 burn patients during three years in Tehran, Iran. *Burns* 2000;26:49-53.
44. Pavoni V, Giancesello L, Paparella L et al. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2010, 27;18:24-31.
45. Vendrusculo TM, Balieiro CR, Echevarría-Guanilo ME et al. Burns in the domestic environment: characteristics and circumstances of accidents. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(3):444-451.
46. Ceballos T, Velásquez P A, Jaén J S. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 274-295.
47. Cornejo R. Miguel A. *Calidad Total.* México. Ed Gráfica Ricalde; 2000. p. 1.
48. Gilmore Carol M. *Manual de Gerencia de la Calidad OMS-OPS.* España. Ed Interamericana; 2000. pp. 10-11.
49. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Módulo II (Planeamiento y Gerencia de Calidad)* Lima, 2005.
50. Kotler, P. *Dirección de Mercadotecnia.* 8va Edición. España. Pearson Educación; 2006. pp. 40, 41.
51. *Fundamentos de Marketing,* de Kotler y Armstrong, 6ta Edición. España. 2003. pp. 10, 11.

BIBLIOGRAFIA

1. Bendlin A, Linares H, Benaim F. Tratado de Quemaduras. México DF. Nueva Editorial Interamericana; 1993.
2. Bueno C, Pascual de Málaga J, Vergara A, Buforn G. Atención al paciente con quemaduras” disponible en www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../quemadur.pdf
3. Cornejo R. Miguel A. Calidad Total. México DF. Ed Gráfica Ricalde; 2000.
4. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México DF. La Prensa Médica Mexicana; 1980.
5. Gilmore C, De Moraes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Washington DC. OPS PALTEX; 1996.
6. Hernández S R, Fernández C C, Baptista L P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. Mexico DF. Editorial McGraw-Hill; 2006.
7. Herndon N David. 3ra Ed. Barcelona. Elsevier Masson; 2009.
8. Sánchez C H, Reyes M C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima. Editorial Universitaria; 2002.

ANEXOS

ANEXO 01
CARTA DE COMPROMISO

N° CASO:.....

Yo,
soy paciente con Diagnóstico de quemaduras (o el familiar a cargo) que ha recibido tratamiento hospitalizado en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A, Carrión del Callao, con Documento de identidad..... N°..... y declaro que me comprometo libre y voluntariamente a participar en forma desinteresada y altruista en el estudio de investigación titulado ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO – 2016 que lleva a cabo el Dr. DANTE ORLANDO CASTRO CHAVEZ, participante del programa PROMASTERS DE SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN SANITARIA de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco y autorizo el uso de mi información exclusivamente para los fines del estudio de investigación. Así mismo, declaro haber recibido previamente una amplia explicación sobre los objetivos, procedimientos y beneficios de mi participación en esta investigación y también sobre la total confidencialidad de mi participación, ya que únicamente el investigador principal tendrá acceso a la lista de nombres de los participantes. Firmo el presente documento en señal de plena conformidad.

Fecha:

NOMBRE Y FIRMA Y DNI DE AUTORIZACION

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° CASO.....

I. **DATOS GENERALES:**

PACIENTE (y/o FAMILIAR A CARGO):

.....

EDAD:.....

SEXO:.....

TELEF:.....

CEL:.....

DIRECCION.....

FECHA DE LA QUEMADURA

FECHA DE HOSPITALIZACION EN U.Q.

FECHA DE ALTA DE LA U.Q.

FECHA DE ENTREVISTA

II. **EN SU OPINION, CUALES DE ESTOS FACTORES INFLUYERON****EN LA PROLONGACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA?**

FALTA DE INSUMOS ()

INFECCIONES AGREGADAS ()

INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE ()

ANEXO N°3

CUESTIONARIO SERVQHOS

N° CASO.....

Estimado Sr/Sra.: Estamos interesados en conocer su opinión (y/o de su familiar) acerca de la calidad del servicio que se le ha brindado durante su estancia en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional Daniel A. Carrión del Callao, con fines de investigación. Por supuesto, su colaboración es totalmente voluntaria y anónima y lo que responda será tratado en forma absolutamente confidencial. Le agradecemos sinceramente su apoyo al realizar la encuesta. **MARQUE CON UNA X EL RECUADRO NUMERADO QUE MEJOR RELEJE SU OPINION:**

LEYENDA: 1. Mucho peor de lo que esperaba 2. Peor de lo que esperaba
3. Como lo esperaba 4. Mejor de lo que esperaba 5. Mucho mejor de lo que esperaba

LA UNIDAD DE QUEMADOS					
01. LA FACILIDAD PARA LLEGAR AL HOSPITAL HA SIDO	1	2	3	4	5
02. LAS SEÑALIZACION PARA ORIENTARSE HASTA LLEGAR A LA UNIDAD DE QUEMADOS HA SIDO	1	2	3	4	5
03. EL ESTADO O APARIENCIA EN QUE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE QUEMADOS HA SIDO	1	2	3	4	5
04. LA COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS HA SIDO	1	2	3	4	5
05. LA TECNOLOGIA Y ESTADO DE LOS EQUIPOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO HA SIDO	1	2	3	4	5
EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE QUEMADOS					
06. LA APARIENCIA (LIMPIEZA Y UNIFORME) DEL PERSONAL HA SIDO	1	2	3	4	5
07. EL INTERES DEL PERSONAL POR CUMPLIR LO QUE PROMETE HA SIDO	1	2	3	4	5
08. LA DISPOSICIÓN DEL PERSONAL PARA AYUDARLE CUANDO LO NECESITÓ HA SIDO	1	2	3	4	5
09. LA CONFIANZA (SEGURIDAD) QUE EL PERSONAL TRANSMITE A LOS PACIENTES HA SIDO	1	2	3	4	5
10. LA AMABILIDAD (CORTESIA) DEL PERSONAL EN SU TRATO CON PACIENTES Y FAMILIA HA SIDO	1	2	3	4	5
11. LA PREPARACIÓN DEL PERSONAL (CAPACITACIÓN) PARA REALIZAR SU TRABAJO HA SIDO	1	2	3	4	5
12. EL TRATO PERSONALIZADO QUE SE DA A LOS PACIENTES HA SIDO	1	2	3	4	5
13. LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA COMPRENDER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES HA SIDO	1	2	3	4	5
14. LA INFORMACION QUE LOS MEDICOS PROPORCIONAN AL PACIENTE HA SIDO	1	2	3	4	5
15. LA INFORMACION QUE LOS MEDICOS DAN A LOS FAMILIARES HA SIDO	1	2	3	4	5
16. EL INTERES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR LOS PACIENTES HA SIDO	1	2	3	4	5
17. LA INFORMACION QUE DA LA ENFERMERA RELACIONADA CON ALIMENTACION HA SIDO	1	2	3	4	5
18. LA INFORMACION QUE DA LA ENFERMERA SOBRE HIGIENE CORPORAL (CATETER/FAV/PROTESIS) HA SIDO	1	2	3	4	5
19. LA INFORMACION QUE DA LA ENFERMERA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS HA SIDO	1	2	3	4	5
EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS					
20. EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDOS POR EL PERSONAL MEDICO HA SIDO	1	2	3	4	5
21. LA RAPIDEZ CON QUE SE CONSIGUE LO QUE SE NECESITA O SE PIDE HA SIDO	1	2	3	4	5
22. LA OPORTUNIDAD Y PUNTUALIDAD EN LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS HA SIDO	1	2	3	4	5

MARQUE CON X LA CASILLA QUE MEJOR REFLEJE SU OPINIÓN (U.Q. = UNIDAD DE QUEM)

1. Indique su nivel de satisfacción con los cuidados y tratamientos recibidos en la U.Q.	Muy Satisfecho	Satisfecho	Poco Satisfecho	Nada Satisfecho
2. ¿Recomendaría la U.Q. del Hospital Carrión a otras personas?	Sin dudar	Si, pero con dudas	No	
3. Si pudiera elegir, ¿elegiría nuevamente la U.Q. del Hospital Carrión para su atención?	Sin dudar	Si, pero con dudas	No	
4. A su entender, el tiempo que ha permanecido ingresado en la U.Q. ha sido	Menos del necesario	El tiempo necesario	Más de lo necesario	
5. ¿Le han realizado en la U.Q. pruebas o procedimientos sin el debido permiso?	Si	No		
6. ¿Conoce el nombre de un médico o enfermera que lo atendía habitualmente en la U.Q.?	Si	No		