

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO
FACULTAD DE ENFERMERÍA N° 2
ESPECIALIDAD EN GESTIÓN Y DOCENCIA DE LA ENFERMERÍA**

Tesis

**EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES
PEDIATRICOS CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA DEL SERVICIO DE
PEDIATRIA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.**

**Que para obtener el título de
Especialista en Gestión y Docencia de la Enfermería
presenta**

Lic. Isabel Jiménez Carranza

Director de Tesis

MCE. Gregoria Juarez Flores

Co-Director

MCAM. Mario Alberto Flores Guadarrama

.
Grupo Disciplinar.
LGAC.

Acapulco de Juárez; Guerrero, a 29 de Enero de 2020

Acta de aprobación de tesis



Universidad Autónoma de Guerrero
Facultad de Enfermería No. 2

ACTA DE EXÁMEN DE ESPECIALIDAD PROVISIONAL NÚMERO: 019

En la ciudad y Puerto de Acapulco, Estado de Guerrero, siendo las 17:35 del día 29 del mes Enero del año 2020 se reunieron en el Aula de Exámenes Profesionales de la Facultad de Enfermería No. 2, de la Universidad Autónoma de Guerrero el Jurado integrado por los C.C. Catedráticos:

Presidente: M.C.E. Gregoria Juárez Flores.
Vocal: M.C. Dora Lina Bahena Acevedo.
Secretario: M.C.E. Eva Barrera García.

Para aplicar el **EXAMEN PROFESIONAL**, para obtener el **DIPLOMA** de:

ESPECIALISTA EN GESTIÓN Y DOCENCIA EN ENFERMERÍA

Presentó la (el) alumno:

C: **ISABEL JIMÉNEZ CARRANZA**

Mediante la opción de Tesina titulado:
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.
Establecida en el Artículo 94 FRACCION II inciso "b" del Reglamento Escolar vigente.
Interrogado el exponente y concluida la réplica, el Jurado acordó:

APROBARLO (A)

Acto seguido el Presidente del Jurado, hizo saber al sustentante el resultado de su examen y le tomó la protesta de ley.

 M.C.E. Gregoria Juárez Flores Presidenta.	 <p>UAGro FACULTAD DE ENFERMERÍA No. 2 DIRECCION GENERAL DE POSGRADO E INVESTIGACION CLAVE: 12-UE0003-Y ACAPULCO, GRO.</p>	 M.C. Dora Lina Bahena Acevedo Vocal.
 M.C.E. Eva Barrera García Secretaria.		 M.C.E. Eva Barrera García Coordinadora de Posgrado e Investigación

La suscrita Coordinadora de Posgrado e Investigación

CERTIFICA:

Que la presente acta es provisional para control interno de esta coordinación, las firmas que anteceden son auténticas y corresponden a los catedráticos que integraron el sínodo.

Agradecimientos

Este trabajo de tesis ha tenido una bendición en todo sentido y te lo agradezco esposo mío, no cesan mis ganas que por ti esta meta está cumplida, gracias por estar presente en esta etapa tan importante de mi vida, sino no en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

Gracias a dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida, con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que me aman, gracias a todas las personas mis maestros que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Dedicatorias

Tu ayuda a sido fundamental en mi vida, la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, has estado conmigo en situaciones tan tormentosa, siempre ayudándome, en este proyecto no se fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome, sin embargo, siempre fuiste mi motivador, me decías que lo lograría perfectamente.

Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso.

Muchas gracias, amor mío.

Indice	paginas
Acta de aprobación de tesis.....	2
Agradecimientos	3
Dedicatorias	4
Resumen	6-8
Capítulo 1 Generalidades de la investigación	9
1.1 Planteamiento del problema.....	10-12
1.2 pregunta de investigación.....	12
1.3 Objetivo General.....	13
1.3.1 Objetivo Especifico.....	13
1.4 Justificación	14-16
1.5 Contexto de la investigación.....	17-18
Capítulo 2 Marco Teórico.....	19
2.1 estado del arte	20
2.1.1 Proceso de Atención Enfermería.....	20-22
2.1.2 El cuidado de Enfermería como fuente de conocimiento.....	22-24
2.1.3 Aplicación del proceso atención de enfermería	24-29
2.2 Estudios Relacionados.....	29-38
Capítulo 3 Metodología de la Investigación	39
3.1 Tipo.....	40
3.2 Ruta de investigación.....	40
3.3 Método.....	40
3.4 Universo.....	40
3.5 Población.....	40
3.6 Muestra.....	41
3.7 Técnicas e instrumentos de investigación	41
3.8 Interpretación de Resultados	42
Capítulo 5 Interpretación de Resultados.....	43
5.1 Análisis de Resultados.....	44-54
Capítulo 6 Conclusiones y propuestas	55
6.1 Conclusiones.....	56
6.2 Propuestas.....	56
Bibliografía	
Anexo 1 Operacionalización de las variables.....	57-67
Anexo 2 Cedula de recolección de datos.....	69-76
Anexo 3 Consentimiento Informado.....	77
Anexo 4 Abreviaturas.....	78
Anexo 5 Presupuesto	79
Anexo 6 cronograma de Actividades	80

Resumen

La calidad del cuidado constituye el foco principal del profesional enfermero, en la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente. De esta manera el cuidado de enfermería en el servicio que se brinda a los usuarios, sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado.

Título: Evaluación de la calidad del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía del servicio de pediatría de un hospital de segundo nivel.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las causas más comunes de mortalidad en los niños de los países en vías de desarrollo. Son responsables de cuatro del estimado de 15 millones de muertes que ocurren en los niños menores de 5 años de edad cada año; dos tercios de esas muertes son lactantes (en particular lactantes de poca edad). Los estudios de punción pulmonar en los países en vías de desarrollo indican que la mayoría de los casos de neumonía grave en los niños se deben a bacterias, generalmente *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*. La mortalidad a través del programa de control, se basa esencialmente en el adecuado manejo de los casos de IRA a través de una identificación temprana de los niños con IRA y consecuente diagnóstico de la neumonías, además de un correcto y eficaz manejo terapéutico. (Paltex, n.d.)

Objetivo: Evaluar la calidad del cuidado enfermero en pacientes con diagnóstico de neumonía del servicio de pediatría.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.

Resultados: Los resultados que a continuación se presentan corresponden a un grupo de 40 enfermeras entrevistadas. Al analizar el perfil académico de las enfermeras del Hospital General Regional "Vicente Guerrero", en Acapulco. Se obtuvieron los siguientes resultados; el nivel académico, Técnico en Enfermería con 75%, Licenciadas en Enfermería con un 25%, respecto a la institución educativa que le proporcione el título o constancia de estudios predominó la máxima casa de estudio del estado la Universidad Autónoma de Guerrero, 15% de las entrevistadas mencionó otras instituciones. Enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía, la categoría que desempeñaban sus actividades en el Hospital predominando con un 75% las

Enfermeras Generales, otro 20% dijo ser Auxiliar de Enfermería General y solo el 5% de las enfermeras entrevistadas eran Especialistas (Pediatría).

El tipo de contratación de las enfermeras se distribuyó de la siguiente manera: el 95% es de base con contratación indefinida, y el 5% restante es eventual. La jornada laboral en la que trabajan obtuvo los siguientes resultados el 35% labora en el turno matutino, 30% vespertino, 15% labora en el turno nocturno distribuyéndose el mismo porcentaje en la guardia A y B nocturnas, respecto de la jornada nocturna mixta solo un 5% labora en la misma. En la antigüedad en el servicio 55% dijo tener de entre 0 a 5 meses en el mismo, 45% dijo estar laborando en el servicio en el cual fueron entrevistadas de 6 meses a 1 año como máximo. 50% de las enfermeras tiene una experiencia laboral de entre 6 a 10 años tomando como referencia la antigüedad laborada en la institución, el 30% dijo tener de entre 1 a 5 años de experiencia/antigüedad y solo un 20% tiene de entre 11 a 15 años de antigüedad y experiencia como enfermera. al evaluar el conocimiento de las etapas del mismo se obtuvieron los resultados a partir del total de unidades de estudio (40/100%), el 80% identifica la primer fase (valoración), 70% respondió de manera incorrecta sobre la segunda fase (Diagnostico), el 75% de las enfermeras identifica a la planeación como la tercer fase del proceso, sin embargo el 70% no identifica la ejecución como la siguiente fase a la planeación, curiosamente todas identifican la última etapa (Evaluación) del PE. Respecto a la aplicación de las etapas durante la atención del paciente asignado a las enfermeras entrevistadas, al cuestionarles y observarse acerca de la valoración que realiza la enfermera con apoyo de un modelo o teoría de enfermería el 100% nunca lo realiza, 31 100% respondió que a veces interpreta las notas médicas y de las colegas para identificar probables respuestas humanas alteradas, respecto de la utilización de los datos históricos y antecedentes del paciente el 100% dijo utilizarlos casi siempre, el 100% de las enfermeras plantea siempre los problemas de salud del paciente tanto con el equipo multidisciplinario como en los registros de enfermería, de la misma manera y con el mismo porcentaje realiza la elaboración de diagnósticos de enfermería con el apoyo del metodología propuesta por la NANDA, sin embargo el 100% nunca realiza la planeación de cuidados utilizando la metodología propuesta por NOC, NIC. Respecto del cuidado enfermero se estandarizaron 2º ítems para medir el impacto del cuidado, observando que 23/57.5% del personal de enfermería valora al paciente cuando lo recibe, el 32/80.0% refirió que en el servicio se cuenta con un área específica para paciente con neumonía, el 28/70.0% no organiza sus actividades para su jornada de trabajo, sin embargo el 30/75% mantiene su área limpia y ordenada, el 28/70.0% refirió explicar a pacientes y familiares el procedimiento que se va a realizar, el 32/80% dijo que realiza cambio de vías y circuitos con base en protocolos establecidos (cambio al menos cada 72 horas). El 30/75% dijo aplicar medicamentos con base en protocolos seguros de sistema crítico de medicación, de la misma manera realiza fisioterapia respiratoria, es necesario decir que el 40/100% Emplea medidas de seguridad medidas de prevención por mecanismos de transmisión (por vía are, respiratoria, estándar.

Discusión: El 96,6 % de os pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de

satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional (Lenis-Victoria & Manrique-Abril, 2015), no coincidiendo con los resultados reportados en este estudio.

El uso de la herramienta (PAE) proceso atención de enfermería es percibido por el personal como no relevante respecto de los registros de enfermería son deficientes en la mayoría de las ocasiones, no se describen respuestas humanas alteradas no se documentan y por lo tanto no se pueden diseñar planes de cuidados centrados en la necesidad del paciente.

Palabras Clave: Calidad, Cuidado Enfermero, Neumonía, Pediatría.

CAPITULO 1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Las y los profesionales de enfermería realizan un enorme esfuerzo para cumplir con su labor muy diligentemente, surge la necesidad de conocer en qué medida se relaciona la calidad del cuidado enfermeros en pacientes con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría, como una expectativa subjetiva de lo que espera el usuario del profesional de enfermería, es así, el rol que cumple el profesional de enfermería es fundamental, como componente del equipo de salud, se aboca al cuidado integral de la persona, implicando en ello, no solo el conocimiento técnico-científico, sino también la integralidad de esta como ser humano, priorizando las necesidades de atención en las necesidades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los niños, la que muchas veces no es entendida en su contexto y es vista como abandono, desinterés por la atención de otros niños que requieren menor dedicación, la que muchas veces origina insatisfacción, manifestadas por el usuario a través de quejas o reclamos.

Es importante analizar desde el punto de vista de la calidad y seguridad del cuidado, los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que muestran que en nuestro país, el número de enfermeros es bajo, representando 4.2 profesionales por 1000 habitantes (año 2012), comparado con el promedio de los países OCDE que corresponde a 8.8 enfermeros por 1000 habitantes (14), datos que deben ser presentados con precaución por los gestores del cuidado y autoridades de salud, pues podemos responder a la pregunta: ¿esta falta de profesionales enfermeros en la atención cerrada, podría disminuir la calidad del cuidado? Para responder a esta interrogante, es necesario realizar investigaciones en las diferentes instituciones de salud, para definir claramente cuál es la relación entre profesional de enfermería y número de pacientes asignados, que garanticen la calidad de la atención del cuidado enfermero a nivel sanitario (Febré et al., 2018).

Las infecciones respiratorias agudas son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía. Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud pública, pues resultan con la mortalidad más alta en el mundo.

Se debe tomar muy en cuenta su realidad local en especial de las costumbres sanitarias de la mayoría de la Población Indígena que, por sus limitaciones económicas, educativas y de información son los más propensos a contraer y propagar virus con consecuencias impredecibles.

Las enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, no se debe subestimar la importancia de las medidas de prevención y control de infección en los entornos de atención de la salud para evitar el incremento de brotes. El modo principal de transmisión de la mayoría de las enfermedades respiratorias agudas (ERA) es a través de las micro gotas de una paciente fuente que tose o estornuda. La transmisión también puede ocurrir a través del contacto (incluyendo la contaminación de las manos con secreciones respiratorias seguida de la autoinoculación de la conjuntiva o la mucosa de la nariz o boca) y mediante la propagación de aerosoles respiratorios infecciosos muy pequeños a corta distancia durante los procedimientos que generan aerosoles. (OPS-WHO, 2007)

La neumonía mata a millones de personas anualmente y es una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años. Más de 10 millones de personas, Los factores de riesgo para la neumonía incluyen extremos de la vida (edad temprana y ancianos), condiciones de hacinamiento, malnutrición, infección, falta de lactancia materna en los niños, falta de inmunización, condiciones de salud crónicas y exposición al humo del tabaco o contaminantes del aire en interiores (Schreiler, 2016)

El término Infección aguda de las vías respiratorias superiores (IAVRS) se refiere a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias. Los niños presentan entre 2 a

4 episodios de infección respiratoria, anualmente; sin embargo, no es raro que presenten 5 a 8 episodios de resfriado común al año. En el 80 a 90% la etiología es viral (ENSANUD 2012); estos episodios de infección son generalmente benignos y se auto limitan en corto tiempo. En una proporción menor, entre 15 hasta 30% de los casos en niños.(Schreiler, 2016)

Virus respiratorio sincicial (VSR) es la causa más frecuente de infección respiratoria aguda en los niños, causando casi 34 millones de episodios anuales. Más del 90% de las muertes por infección respiratoria (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

La calidad en el cuidado es parte del compromiso profesional ya que es una atención de enfermería que se realiza con el fin de conseguir los resultados esperados en la salud del paciente. De manera que los profesionales desempeñan su actuar dependiendo de la situación en la que las decisiones tomadas tienen el fin de lograr los objetivos y encaminar la calidad de la atención, en el cual el profesional de enfermería ha de ser capaz de manejar las emociones tanto de uno como del paciente(Valdivieso et al., 2018).

Entre los principales hallazgos se llegó a determinar existe un nivel de cumplimiento medio de los protocolos y acciones de enfermería y que es indispensable la elaboración e implementación de un protocolo de atención de enfermería, para pacientes pediátricos con neumonía. La aplicación de un protocolo de enfermería en el cuidado de niños con neumonía, a través de una metodología de trabajo y mediante un sistema de pasos relacionados, permitirá identificar y satisfacer las necesidades interferidas de los niños - pacientes y resolver sus problemas de salud, elevando la calidad del cuidado enfermero del servicio prestado por el Área de Pediatría del Hospital General Regional N.1 Vicente Guerrero.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la calidad del cuidado de enfermero que brindan las y los profesionales de enfermería en pacientes pediátrico con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital General Regional Vicente Guerrero?

1.3 Objetivo General

Determinar la calidad del cuidado de enfermero que brindan las y los profesionales de enfermería en pacientes pediátrico con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital General Regional Vicente Guerrero

1.3.1 Objetivos Específicos.

Identificar el perfil académico – laboral de las y los profesionales de enfermería que brindan cuidados a pacientes pediátrico con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital General Regional Vicente Guerrero.

Evaluar la calidad del cuidado enfermero en pacientes pediátrico con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital General Regional Vicente Guerrero.

1.4 Justificación

El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus expectativas, necesidades y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Para ofrecer calidad de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de neumonía.

El desarrollo de funciones y responsabilidades independientes en la enfermería ha enriquecido considerablemente y mejorado la calidad de la atención brindada a recién nacidos de alto riesgo y sus familias. Para que la enfermera asuma estas mayores responsabilidades es necesario expandir, diseminar implementar y evaluar la base de conocimientos de la ciencia de la enfermera (2005, اتحادية).

La calidad de atención es compromiso de todo profesional de la salud, un compromiso ético con la profesión y con el paciente; es vital que el profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario y quien tiene la mayor parte del tiempo un contacto directo con el paciente despliegue diversas competencias además de forjar las relaciones interpersonales las cuales deben ser oportunas, consecuentes, resolutivas y libres de riesgo, de manera que la calidad de atención sea la óptima que reciba el paciente.(Valdivieso et al., 2018)

En los últimos diez años ha surgido evidencia que relaciona las características del entorno laboral de enfermería, con los resultados para el paciente, datos que incluyen mortalidad y frecuencia de eventos adversos. Ejemplo de esto, es el trabajo realizado en EE.UU., donde los autores mostraron que un aumento del 10% de enfermeras, disminuye las probabilidades de muerte de los pacientes en aproximadamente un 4% (11,12) (Febré et al., 2018).

La neumonía es más común en las edades extremas como son los niños y ancianos, son numerosos (estreptococos, pneumoniae, mycoplasma pneumoniae, Chlamydo-plila pneumoniae, staphylo-coccus aureus)

Hoy en día, la neumonía es la causa principal de muerte de niños menores de 5 años en todo el mundo, su principal afectación son los alvéolos pulmonares, lo que compromete el patrón respiratorio. Esta enfermedad si no es tratada oportunamente puede tener complicaciones como: fallo respiratorio agudo, absceso pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva. Es entonces cuando el personal de Enfermería juega un papel importante en la ejecución de intervenciones, que ayuden a mantener la permeabilidad y la estabilidad de la vía aérea (Martínez-López, Pérez-Constantino, Montelongo-Meneses, & Clave, 2014)

Las infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, según las estadísticas de la Organización Mundial de la salud. De todas ellas, la neumonía es la más frecuente de las infecciones y es la principal causante de muertes entre los niños.

Uno de los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es reducir la mortalidad infantil a dos terceras partes hacia el 2015, la prevención diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) son intervenciones del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil, esta estrategia de atención integrada busca la vigilancia oportuna y eficiente de las IRA que aunado a la vacunación universal evitara complicaciones y muerte en niños, mejorando su calidad de vida. Se estima que con las políticas de salud e intervenciones realizadas existirá un gran avance hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la Infancia en México 2010, México DF, Junio 2011. (ISBN 978-607-460- 237-1)(Schreiler, 1967).

Es así que esta investigación pretende incidir no solo en identificar el grado de madurez y/o consolidación de la practica enfermera en el servicio de pediatría del

Hospital General Regional Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social, sino también en evaluar aspectos ligados al cuidado enfermero como son la gestión del cuidado y la prevención de daños al paciente pediátrico.

Considerando que los resultados podrán beneficiar: al prestador de servicios (profesional de enfermería), paciente-familia, a la institución, y al contexto social en que se desarrolla la enfermería pediátrica, pudiendo servir estos resultados en futuros eventos ligados a la mejora continua.

1.5 Contexto de la Investigación

Se presenta un resumen de la historia de los principales hospitales del puerto de Acapulco, desde la Colonia hasta finales del siglo XX. Los frailes agustinos principiaron la atención hospitalaria hacia la mitad del siglo XVI, posteriormente Bernardino Álvarez, con el apoyo de la corona española, fundó el primer hospital formal de Acapulco, el Hospital de Nuestra Señora de la Consolación; durante los siglos XVI y XVII, los servicios a los enfermos fueron proporcionados por frailes, y al finalizar el siglo XVIII se contaba con médicos y cirujanos. Desde el fin de la Guerra de Independencia y hasta la séptima década del siglo XIX, probablemente el puerto careció de hospital regular. Hasta 1920 empezaron a llegar y a residir en Acapulco médicos cirujanos titulados. En 1938 se fundó el Hospital Civil Morelos, sustituido en 1972 por el Hospital General de Acapulco. En la cuarta década del siglo pasado se creó la Cruz Roja. En 1957 principió la actividad hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), subrogando inicialmente los servicios al Hospital Civil. Fue hasta 1963 cuando se inauguró la Unidad Médico- Social de Acapulco del IMSS; la medicina en Acapulco inició así el camino hacia la modernidad. En 1992 abrió sus puertas el Hospital Regional de IMSS “Vicente Guerrero”. En 1960 los servicios médicos para los burócratas y sus familiares se subrogaban en el Hospital Civil Morelos, poco después tuvieron su propio hospital al crearse el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Durante el siglo XX, Acapulco tuvo otros hospitales para miembros de la marina y del ejército, y para personas con posibilidades económicas.

El principio de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el estado de Guerrero fue continuidad y desarrollo de la práctica iniciada en el país en 1944. Comenzó el 1 de junio de 1957 en el municipio de Acapulco, con la subrogación de servicios en el Hospital Civil. A partir de esa fecha se empezó a construir un sistema médico estatal determinado por la dinámica de la población, básicamente campesina; seis años después, el presidente de país, licenciado Adolfo López Mateos, inauguró el 13 de septiembre de 1963, la Unidad Médico-Social de Acapulco, cuyo costo ascendía a 30 millones de pesos. La unidad

estaba formada por un hospital clínica con 113 camas, club juvenil, centro de seguridad social, oficinas administrativas, teatro al aire libre y zona deportiva. En 1985, en el hospital había días en que no cabía un paciente más, estaban apretujados, cerraban filas, estaban tan cerca que parecía que se hablaban al oído; fue remplazado por el Hospital Regional “Vicente Guerrero” que inició sus servicios el 6 de abril de 1992, reafirmandose así la obra material y social del

IMSS, que ha vertido un caudal de recursos en el estado de Guerrero para beneficiar a la población.

Con la atención médica del IMSS, la medicina en Acapulco resurgió, se “sistematizó”, hubo expedientes clínicos, se discutían los “casos clínicos” y se practicaron auditorías médicas. Los pacientes actuales suelen ser personas mayores, con problemas crónicos degenerativos: accidentes vasculares cerebrales, diabetes, cardiopatías, discapacidades diversas, sin que esto quiera decir que no se encuentren personas con fiebre, diarreas y abortos.

H.G.R N1 Vicente Guerrero cuenta con 463 camas, de ellas 331 son censales y 132 no censales, con 39 consultorios de especialidad, 12 quirófanos, Radiodiagnóstico, Laboratorio de Análisis Clínico, de Anatomía Patológica, hospitalización, diálisis peritoneal, hemodiálisis intramuros, acciones de Medicina Preventiva (vacunación), Vigilancia Epidemiológica y cuenta con una plantilla de dos mil trabajadores de base y confianza.

en el área de pediatría está organizado por siete servicios de atención que cuentan con los siguientes servicios: Ucin (unidad de cuidados intensivos neonatales), Cuneros patológicos, lactantes, escolares y preescolares, anexos de cirugía y pediatría quirúrgicas. Se está implementando la instalación de un quirófanito para la instalación de catéteres centrales, percutáneos, onfaloclis.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Proceso Atención de Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) constituye el método de intervención que distingue a la disciplina. Su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica diaria; el personal de enfermería es quien mantiene el vínculo más cercano con los usuarios y de acuerdo con Alfaro, se implementan herramientas metodológicas para el cuidado, a fin de satisfacer las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar la continuidad del cuidado. (DOYMA, Barcelona, 1992 AbeBooks Seller Since February 12, 2009,)

Las acciones del profesional de enfermería en el ámbito institucional han obedecido a un patrón de actuación reactiva de acuerdo a las condiciones y exigencias institucionales, en donde se entremezclan diversos factores inherentes al profesional o a las instituciones, facilitando o limitando la elaboración del PAE. (*Tesis 27ene Cuidado Enfermero Pediatricos Neumonia*, n.d.)

En un estudio realizado en Medellín, acerca de los factores que intervienen en la aplicación del proceso enfermero se en un hospital de segundo nivel se pudo evidenciar de acuerdo a los resultados que **la falta de tiempo durante el turno es uno de los factores principales**, además de dedicarse a **la preparación y administración de los medicamentos** son los factores determinantes para lo aplicación y elaboración del PAE (DOYMA, Barcelona, 1992).

Orozco realizo en Bucaramanga un estudio transversal, descriptivo, exploratorio hacer de los Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería, indicando que: **la falta de conocimientos sobre el tema**, la dificultad en la elaboración de los diagnósticos de enfermería representada en la falta de unificación de criterios, la falta de fundamentación para realizar las intervenciones

de cuidado y la tendencia a elaborar el plan de cuidados de enfermería con base en el diagnóstico y las órdenes médicas. (*Factores que influyen el conocimiento n.d.*)

Un estudio realizado por Pérez Rodríguez en el Distrito Federal en 2006, señala que existen diversos factores que favorecen o limitan la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el desempeño profesional, principalmente en el contexto hospitalario; esto debido a la ***falta de conocimiento para su elaboración y aplicación sobre todo en la fase de aplicación.***

A lo anterior se suma el grado de apropiación que los profesionales tienen de la enfermería como disciplina, es decir, frente a la adopción de modelos y teorías para orientar la práctica, la aplicación de metodologías y la utilización de los lenguajes estandarizados que estructuran la base conceptual; situación mediada por la convergencia de asuntos de índole ***académico, personal, social y laboral*** y la forma como los factores que inciden para moldear la actitud e identidad profesional en cada persona.

Céspedes, Orozco, Pérez-Rodríguez y Mena Navarro, en sus respectivos estudios señalan algunos factores que actúan como limitantes para la aplicación del Proceso en su práctica cotidiana; se refieren a la ***delegación de labores administrativas*** cuyo fin es la gestión de los servicios de enfermería, el ***elevado número de pacientes asignados*** y el ***escaso número de profesionales de enfermería*** que causan un alejamiento de las labores asistenciales; la ***falta de reconocimiento institucional de la metodología profesional*** y por ende la carencia de políticas para el cuidado y de registros apropiados, que estén ordenados de acuerdo a los componentes del PAE, no permiten hacer visible las acciones de los profesionales para valorar el estado de salud de las personas, determinar los problemas, plantear objetivos, ejecutar las acciones y evaluar la efectividad de las intervenciones. La carencia de registros estructurados de esta manera obliga a emplear más tiempo en el proceso de documentación, por lo tanto, se prefiere omitir la aplicación de la

metodología y hacer los registros de la manera tradicional. (*Factores que influyen el conocimiento* n.d.)

De igual manera, la reforma del sistema de Salud en el país ha propiciado cambios en las formas de organizar y distribuir el trabajo al interior de las organizaciones, hecho que coadyuva a que la función asistencial vaya siendo relegada en otros integrantes del equipo de enfermería; otro efecto de la transformación ha contribuido a una variación del perfil ocupacional de los profesionales ampliándolo a la realización de actividades de gerencia, comercialización de productos y servicios, gestión de la calidad, facturación y auditoría, actividades que requieren de la aplicación de otras metodologías diferentes a la del PAE.

2.1.2 El cuidado de enfermería como fuente de conocimiento.

Los pronunciamientos de las teoristas en enfermería dan orientaciones claras respecto a que el fin de la investigación es el mejoramiento del cuidado y la consolidación del cuerpo de conocimientos propios de la disciplina; en este sentido, Durán plantea que “su función es la de generar o probar teoría. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones. La investigación que prueba teoría busca desarrollar evidencias acerca de hipótesis derivadas de la teoría; en otras palabras, es una aplicación sistemática de los métodos empíricos que tiene como fin la producción del conocimiento”. (Consuelo & Agudelo, 2008).

En este orden de ideas, el reto para los profesionales de enfermería es hacer investigaciones que nutran la práctica y reviertan su producto en beneficio del cuidado de las personas sanas o enfermas, sobre los asuntos propios del cuidado como las metodologías, los indicadores empíricos, la eficacia de las acciones y la situación de los profesionales de enfermería en el contexto actual.

Desde esta óptica, uno de los desafíos que ha enfrentado la disciplina desde sus inicios y que se acentúa en los tiempos modernos, es la puesta en marcha de investigaciones en la práctica cotidiana, cuyos resultados se dirijan al mejoramiento de la experiencia del cuidado de las personas y de los colectivos. Además, se espera que la evidencia generada nutra el referente teórico de la disciplina y se encamine a la resolución de los problemas prácticos de la cotidianidad en la labor profesional, esto es, la abstracción de la teoría que subyace a la práctica y el escalonamiento de la teoría hasta el nivel de una filosofía que oriente el cuidado y haga visible el aporte de la profesión al mantenimiento de la vida y la salud de las personas.

Paralelamente, la filosofía del cuidado permite, tal como lo plantea Duran (Dezorzi & Crossetti, 2015) “criticar y sistematizar el conocimiento de enfermería que ha surgido de la investigación empírica, de la práctica clínica, del aprendizaje racional, y de cualquier otro recurso del conocimiento, incluyendo la intuición”. De esta manera emerge la imperativa necesidad de generar evidencia a partir de la introducción de cambios sustanciales en la formación profesional de enfermería, en el desarrollo de competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales para desempeñar actividades asistenciales, docentes, investigativas y de gestión de manera ética, científica, reflexiva, propositiva mediante la implementación de las metodologías propias y con un alto sentido de lo humano.

A este respecto, Diarbora plantea que “el futuro del proceso de cuidar, depende de la estructura del saber constituida a partir de las realidades estudiadas y exploradas exhaustivamente por los enfermeros. El saber específico de cuidar y del cuidado proporciona al enfermero la posibilidad de alcanzar una autonomía profesional donde la competencia y el dominio del hacer y del saber se reflejan sobre los niveles de decisión que le competen”. Son los profesionales de enfermería los que deben construir, depurar y robustecer su base conceptual a partir de las teorías propias y las provenientes de otras disciplinas; de igual manera orientar su práctica profesional con arreglo a los supuestos de enfermería con el fin de interpretar las

situaciones, tomar decisiones y proponer intervenciones ajustadas a las necesidades de los pacientes que de manera eficaz contribuyan al cumplimiento del encargo social.(Duarte, Palma, & Vega, 2015)

Estrategias como la enfermería basada en la evidencia responden a la exigencia de construir conocimientos mediante la comprobación y la indagación científica en los ámbitos clínico y comunitario, en los cuales, los profesionales de enfermería aún tienen la responsabilidad de trabajar arduamente para implementar indicadores empíricos como el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería, con el objeto de generar resultados que hagan visible su aporte en el cuidado y a la restitución de la salud. En tal sentido, Castrillón plantea que “se debe pasar del abordaje retórico del Proceso de Atención de Enfermería a una práctica fundamentada en la disciplina del cuidado humanizado y de realizar tareas y rutinas institucionalizadas a la práctica basada en evidencia”.(Castrillón, 2007)

2.1.3 Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos

que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Fases del Proceso Atención de Enfermería (PAE).

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y (autorrealización¹).(CarpenitoL.J.ESPAÑA 2005)

Características:

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático.

El proceso de enfermería no es algo extraño o inusualmente complejo. Sin darnos cuenta, utilizamos su método a diario. Por ejemplo, ir a repostar combustible a una estación de gasolina requiere, en primer lugar, una Valoración de los diferentes precios y del número de personas que hay esperando para obtener combustible, entre otras cosas. Una decisión subsecuente, o Diagnóstico, se realiza con base en los criterios anteriores. Esto puede incluir dirigirse a la estación de gasolina para llenar el tanque o ir calle abajo a por mejores precios o menos gente. Si el precio es adecuado y no hay mucha gente entonces entramos allí. Ahora tiene lugar la Planeación (o planificación), que puede incluir consideraciones tales como qué bomba (o surtidor) usar, cuánto combustible poner en el tanque, o si limpiamos o no los parabrisas, entre otras cosas. Estamos ya en la bomba y listos para usarla. Ahora debemos Implementar (o ejecutar) lo que hemos planeado antes de disponernos a repostar: Nos hemos dirigido hacia el lado del pasajero porque el tanque se encuentra en ese lado, parte de nuestro plan. También nos hemos dado suficiente espacio para salir después sin quedar bloqueados por otro vehículo, también parte de nuestro plan. Ahora retiramos la manguera y comenzamos a echar combustible al tanque, es decir, Implementamos lo que planeamos. Las cosas van bien. Tenemos el tanque lleno y hemos salido de la estación de gasolina sin complicaciones. Nuestra Evaluación de la ida a la estación de gasolina deberá ser buena, por lo que tendremos la opción de emplear este método en el futuro, y si no, tomaremos las medidas necesarias para la próxima vez que tengamos que enfrentar el mismo problema. En teoría, el proceso de enfermería es simple como esta analogía, aplicable en situaciones de distinto grado de complejidad, y comparable al método científico.

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería: (Bertha A. Rodríguez ediciones Cuellar, 2001.)

1. Valoración de las necesidades del paciente.
2. Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
3. Planificación del cuidado del paciente.
4. Implementación del cuidado.
5. Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado una teoría de Enfermería o escala de Waterlow. Estos problemas son expresados tanto como reales o potenciales (de riesgo). Por ejemplo, un paciente que se halla inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como con "riesgo de alteración de la integridad cutánea", relacionado con un problema potencial al quedar atrapado al interior del automóvil.

Modelos para la recolección de datos:

Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones de salud funcional de Gordon.
- Modelo de adaptación de Roy.
- Modelos de sistemas corporales.
- Jerarquía de necesidades de Maslow.

Fase de diagnóstico.

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente.

Fase de planificación.

En acuerdo con el paciente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta mensurable. Por ejemplo, para el cliente que se discutió más arriba, la meta sería para el paciente que su piel permanezca intacta. El resultado es un plan de cuidados de enfermería.

Fase de ejecución.

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Fase de evaluación.

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se *deba* establecer metas mensurables - el fallo para establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.

La enfermería hoy en día es una disciplina que se caracteriza por realizar una ardua labor en el cuidado del paciente, una temprana detección de infecciones de vías respiratorias nos permite prevenir los índices de pacientes con neumonías, pues como se mencionó con anterioridad es la principal causa de muerte en niños, a nivel mundial. La neumonía es la principal causa de mortalidad infantil en todo el mundo.

2.2 Estudios Relacionados

Esta incidencia presenta variaciones según la edad, afecta más frecuentemente a niños entre uno y 5 años. Puede ser causada por diferentes tipos de gérmenes, incluyendo bacterias, virus, hongos y parásito. (Martínez-López, Pérez-Constantino, Montelongo-Meneses, & Clave, 2014).

La infección respiratoria baja (IRAB) es, en Argentina, una de las causas de muerte más frecuente en niños menores de 5 años. Casi un 50% de los motivos de ingreso a nuestras salas de pediatría se deben a IRAB en sus diferentes formas: neumonía, bronquiolitis, etc. Diferentes estudios internacionales han podido demostrar que entre el 70 y el 80% de estas infecciones son de origen viral (virus sinicial respiratorio (VSR), adenovirus (ADV), influenza (IN), parainfluenza. (Nacional & Interna 2000)

La calidad del cuidado tendrá su expresión de excelencia en la medida en que la práctica clínica base su accionar en la investigación, pero al mismo tiempo la valide con el objeto de crear un cuerpo único de conocimientos que ofrezcan resultados aplicables y pertinentes que mejoren la calidad de la prestación de servicios de salud.(Molina Mula, Vaca Auz, Muñoz Navarro, Cabascango Cabascango, & Cabascango Cabascango, 2016).

Una investigación que se realizó sobre los cuidados de enfermería hospitalaria, basada en la evidencia científica, con el objetivo de evaluar la calidad de atención de enfermería identificando los obstáculos para implementar la Práctica Clínica Basada en la Evidencia mediante el cuestionario Nursing Work Index, a través un estudio observacional descriptivo transversal de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública de Imbabura (Ecuador) en la que participaron 120 enfermeras. Los resultados reflejan que existe poca participación de la enfermera en los asuntos del hospital, poco apoyo por parte de los gestores e inadecuada dotación de plantilla. Se han observado asociaciones entre estas categorías y los años de edad, profesión y años en la unidad. Se concluye que los gestores deben ser conscientes de cómo estos factores están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados y establecer estrategias que vayan dirigidas a mejorar los indicadores de calidad (Molina Mula et al., 2016).

En el hospital de emergencia de villa del salvador en servicio de pediatría, lima en año 2018, se realizó una investigación cuyo objetivo general determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado enfermero y la satisfacción de los padres de los niños con infección respiratoria aguda, el diseño fue descriptivo- correlacional, no experimental, cuya población fue 234 personas y la muestra fue 138. Los resultados arrojaron que: la calidad del cuidado enfermero es el nivel bajo en 106 (76,8%) y nivel medio en 32 (23,2%), en las dimensiones: humano: el nivel es bajo 93 (67,4%), medio 43 (31,2%) y alto 2 (1,4%); oportuno: nivel bajo 117 (84,8%), nivel medio 21 (15,2%); continuo: nivel bajo 76 (55,1%), medio 53 (38,4%), alto 9 (6,5%) y seguro: nivel bajo 109 (79%), medio 25 (18,1%) y alto 4 (2,9%) y el nivel de satisfacción es bajo en 72 encuestados (52,2%). Se concluye la calidad del

cuidado del enfermero tiene relación directa y significativa con la satisfacción de los padres de los niños con infección respiratoria aguda en los servicios de Pediatría. La recomendación es capacitación permanente por parte de los directivos a los profesionales de enfermería acerca de la calidad de cuidado para lograr la satisfacción de los padres de los niños (Córdova, 2018).

La Unidad Nacional de Enfermería, del cuidado de enfermería a nivel nacional, comprometida con el proceso de profundización de la Reforma de Salud y garantizar el derecho humano a la salud a través de una atención de calidad, emite las presentes guías de manejo del cuidado de enfermería en pediatría, como una herramienta que guiará el accionar del personal de enfermería del segundo y tercer nivel de atención. Estas guías han sido elaboradas de forma consultiva, donde se han definido 35 patologías de mayor incidencia en el país, lo cual se pretende estandarizar y cualificar los cuidados de enfermería que proporciona a los pacientes como proceso de mejora continua de la calidad (Salud & Salvador, 2018).

Las infecciones respiratorias agudas son la segunda causa de morbimortalidad tanto en niños como adultos a nivel mundial en cuya etiología se implican virus, bacterias y hongos. Su diagnóstico rápido permite un mejor manejo clínico del paciente, adoptar medidas de salud pública y controlar posibles brotes. Los principales microorganismos responsables pueden diagnosticarse en las primeras horas tras el inicio del cuadro con técnicas de detección de antígeno, fundamentalmente inmunocromatográficas. Se obtienen resultados en 15–30 min, con una sensibilidad del 70–90% y especificidad superior al 95% para el diagnóstico de infecciones por *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila* serogrupo O1 a partir de orina, *Streptococcus pyogenes* en exudados faríngeos y virus respiratorio sincitial en aspirados nasofaríngeos. En infecciones por los virus de la gripe y por *Pneumocystis jirovecii*, los resultados con estas técnicas son peores; no obstante, existen técnicas moleculares de fácil ejecución para el diagnóstico rápido de estos microorganismos. En general, estas técnicas no deben utilizarse para control evolutivo ni para valorar respuesta al tratamiento. (María & Navarro-marí, 2017).

A pesar de la gravedad de las IRA causadas por el EV, los casos descritos en Europa parecen tener menor morbilidad. Nuestros pacientes presentaron clínicamente un cuadro febril con sintomatología respiratoria leve o moderada que no precisaron de ingreso hospitalario. Solo un caso (11%) desarrolló una neumonía que determinó el ingreso durante 3 días; sin embargo, en el estudio de Calvo et al. el 83% de los pacientes estudiados fueron ingresados. En la epidemia americana, el 59% de los pacientes fueron ingresados en las UCI pediátricas debido a la gravedad de la enfermedad respiratoria. Aunque en un estudio canadiense solo el 6,8% requirieron del ingreso en intensivos. Algunos estudios establecen que la existencia de una enfermedad de base, preferentemente respiratoria, podría favorecer la infección por el EV-D68. En nuestro estudio, 4 pacientes (44,4%) presentaban este tipo de enfermedad. En este estudio preliminar, parece que las IRA causadas por el EV-D68 en Europa no presentan la gravedad clínica que se ha observado en los brotes epidémicos americanos, aunque la comorbilidad de los pacientes podría ser un factor determinante de su patogenicidad.(Takeyama et al., 2014).

La bronquiolitis afecta a lactantes menores de 6 meses, la duración de los síntomas es variable y se demuestra que los casos leves duran de 1 a 3 días mientras que los casos graves tienen una evolución más prolongada, algunos autores reportan evolución media de 11 a 14 días. Los resultados contrarios, y el metaanálisis sugieren una eficacia limitada, debido a que existe una obstrucción de las vías respiratorias los lactantes a causa de los residuos respiratorios, Habitualmente no se necesitan exámenes complementarios para realizar el diagnóstico, puede ser necesario realizar radiografías de tórax para descartar una posible neumonía u otras complicaciones. Es posible realizar la detección de antígeno de VSR por técnicas de inmunofluorescencia sobre secreciones de la nasofaringe. la detección y la valoración, factores de riesgo, diagnóstico oportuno y las medidas específicas de prevención, con el fin de reducir la morbimortalidad de esta enfermedad de las IRA (Jeffers et al., 2015).

Las infecciones respiratorias agudas son el principal motivo de prescripción antibiótica en la población pediátrica española. El objetivo del estudio fue describir la frecuencia de prescripción y el patrón de utilización de antibióticos en infecciones respiratorias agudas, diagnosticadas en atención primaria, en la población pediátrica de Aragón. Material y método: Se incluyeron los episodios de otitis aguda, faringoamigdalitis aguda, infección respiratoria superior inespecífico y bronquitis aguda, registrados durante un año, en niños de 0-14 años. Se calculó la proporción de episodios que recibieron antibiótico, por diagnóstico y grupo de edad, y describió el patrón prescriptor. Resultados: El 50% de los niños fueron diagnosticados de infección respiratoria aguda durante el periodo de estudio, siendo la infección respiratoria superior inespecífica la más frecuente. Se prescribió un antibiótico en el 75% de las faringoamigdalitis, 72% de otitis, 27% de bronquitis y 16% de infecciones respiratorias superiores inespecíficos. Los antibióticos más prescritos fueron los de amplio espectro, principalmente amoxicilina y amoxicilina-clavulánico. Conclusiones: El uso de antibióticos en infecciones respiratorias agudas pediátricas fue, en general, elevado, y la elección del tipo de antibiótico podría ser inadecuada en un porcentaje elevado de casos. Se considera necesaria una mejora en la práctica prescriptora de antibióticos en niños.(San Martín, 2015)

El Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) considera que el nuevo documento de la Academia Americana de Pediatría respecto a las recomendaciones del palivizumab para prevenir las infecciones graves por el virus respiratorio sincitial (VRS) no aporta nuevas evidencias científicas que justifiquen la modificación de las recomendaciones actuales de la SENeo. No obstante, se proponen unos ajustes en los criterios de las recomendaciones vigentes para reducir el coste del fármaco mediante su administración correcta y juiciosa.(Figueras Aloy & Carbonell Estrany, 2015).

En Colombia, la versión en español fue adaptada y validada por primera vez en Bucaramanga. El resultado de fiabilidad mostró un alfa de Cronbach de 0,83 para la dimensión de “experiencia con los cuidados de enfermería”, y 0,95 para la dimensión “satisfacción con los cuidados de enfermería”, el índice de validez de

contendió fue superior a 0,84 y los autores reportan un constructo válido. De allí en adelante, el cuestionario ha demostrado tener validez y fiabilidad para medir la calidad del cuidado de enfermería en otros servicios diferentes a hospitalización tal es el caso de unidades de oncología, demostrándose así su utilidad para medir el constructor de calidad del cuidado de enfermería evaluado en este estudio. Determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla, Colombia. La satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70 %, lo que indica resultados altamente positivos según la escala del CUCACE. Los resultados de asociación solo mostraron relación entre dichas variables y el sexo, mas no se encontró asociación significativa con el resto de las variables sociodemográficas. El 58,5 % fueron mujeres y el 41,5 %, hombres. El 96,6 % de los pacientes con que el cuidado de enfermería no requiere mejoría. los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional (Lenis-Victoria & Manrique-Abril, 2015).

el proceso de Atención de enfermería (PAE) que se presenta en este estudio tiene como objetivo: identificar las necesidades alteradas, corregir, mantener y rehabilitar al paciente por medio de la aplicación de conocimientos y procedimientos. Este caso una lactante con neumonía. Hoy en día, la neumonía es la causa principal de muerte de niños menores de 5 años en todo el mundo, su principal afectación son los alvéolos pulmonares, lo que compromete el patrón respiratorio. esta enfermedad si no es tratada oportunamente puede tener complicaciones como: fallo respiratorio agudo, absceso pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva. Es entonces cuando el personal de Enfermería juega un papel importante en la ejecución de intervenciones, que ayuden a mantener la permeabilidad y la estabilidad de la vía aérea. Se identificaron las necesidades prioritarias con base en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; se diseñó un plan de cuidados individualizado

encaminado al mantenimiento del patrón respiratorio, para este se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de la dificultad respiratoria, mejoría en la permeabilidad de la vía aérea, mantenimiento de la frecuencia cardíaca y prolongación de periodos de sueño; sin embargo, debido a que la paciente presentaba una desnutrición severa con evolución de 6 meses, no pudo modificarse este patrón y aunado a la gravedad del padecimiento falleció (Martínez-López et al., 2014).

En este estudio su objetivo fue analizar la precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería Deterioro del intercambio gaseoso, en niños con infección respiratoria aguda. Método: estudio de cohorte prospectivo abierto, realizado con 136 niños, acompañados por un período consecutivo de por lo menos seis días y como máximo de diez días. Para recolección de los datos se utilizó un instrumento basado en las características definitorias del diagnóstico Deterioro del intercambio gaseoso y en la literatura pertinente acerca de la evaluación pulmonar. Fueron calculadas las medidas de precisión de todas las características definitorias estudiadas. Resultados: el diagnóstico Deterioro del intercambio gaseoso estuvo presente en 42,6% de los niños, en la primera evaluación. La hipoxemia fue la característica que presentó las mejores medidas de precisión. La respiración anormal presentó elevado valor de sensibilidad, agitación, cianosis y el color de la piel anormal evidenciaron alta especificidad. Todas estas características presentaron valor de predicción negativo arriba de 70%, y la cianosis también se destacó por el elevado valor de predicción positivo. Conclusión: la hipoxemia fue la característica definitoria que presentó mejor capacidad de predicción para determinación del Deterioro del intercambio gaseoso. Estudios de esta naturaleza permiten que el enfermero minimice la variabilidad existente en las situaciones clínicas presentadas por el paciente e identifique, de forma precisa, el diagnóstico de enfermería que representa su verdadera condición clínica (Pascoal et al., 2015).

En el IMSS, hospital de gineco pediatría se realizó una investigación, Calidad de la atención de salud Satisfacción del paciente Cuidados de enfermería Pacientes Niño

Objetivo: evaluar las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería a través de la satisfacción del padre o cuidador del paciente pediátrico hospitalizado. Metodología: estudio transversal analítico, en una muestra de 77 padres de pacientes pediátricos hospitalizados, con edad de 5 a 15 años. Se utilizó el instrumento CARE-Q. Resultados: la edad de los padres osciló entre los 31 y los 40 años en el 41.6%; el nivel de escolaridad fue de secundaria en 39%; la edad de los pacientes pediátricos fue de 7 y 8 años en el 24.7%. Conclusión: la calidad de atención que brinda el personal de enfermería es buena; sin embargo, existen dimensiones que hay que trabajar para mejorar los resultados (González-Del Águila & Romero-Quechol, 2017).

La/el enfermero/o pediátrica/o tiene aquí un papel muy importante, debe realizar una valoración y seguimiento del niño, comprobando su evolución desde la visita anterior, reforzando actitudes y hábitos adecuados, así como corrigiendo posibles errores. Conclusión: Con esta formación a lo largo de la residencia queda patente que la/el enfermero/o pediátrica/o es el profesional capacitado para desarrollar todas las competencias contempladas en el programa, y esta le da un valor añadido a nuestro trabajo. Los departamentos de recursos humanos de las diferentes comunidades autónomas son quienes tienen la última palabra y deben decidir qué perfil de enfermera/o quieren para atender a los niños y adolescentes en el primer eslabón de entrada del sistema sanitario. La consecuencia de su decisión será la que marcará la calidad en la atención a la población (Jiménez, 2011).

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Realizo el estudio de Antimicrobianos; Enfermedades respiratorias; Pediatría; Atención primaria; Adecuación. El objetivo del estudio fue describir la frecuencia de prescripción y el patrón de utilización de antibióticos en infecciones respiratorias agudas, diagnosticadas en atención primaria, en la población pediátrica de Aragón. Material y método: Se incluyeron los episodios de otitis aguda, faringoamigdalitis aguda, infección respiratoria superior inespecífica y bronquitis aguda, registrados durante un año, en niños de 0-14 años. Se calculó la proporción de episodios que recibieron

antibiótico, por diagnóstico y grupo de edad, y describió el patrón prescriptor. Resultados: El 50% de los niños fueron diagnosticados de infección respiratoria aguda durante el periodo de estudio, siendo la infección respiratoria superior inespecífica la más frecuente. Se prescribió un antibiótico en el 75% de las faringoamigdalitis, 72% de otitis, 27% de bronquitis y 16% de infecciones respiratorias superiores inespecíficas. Los antibióticos más prescritos fueron los de amplio espectro, principalmente amoxicilina y amoxicilina-clavulánico. Conclusiones: El uso de antibióticos en infecciones respiratorias agudas pediátricas fue, en general, elevado, y la elección del tipo de antibiótico podría ser inadecuada en un porcentaje elevado de casos. Se considera necesaria una mejora en la práctica prescriptora de antibióticos en niños (Malo et al., 2015).

La atención del recién nacido pretérmino (RNPT) supone un reto para el personal de enfermería, sugiriendo la estructuración de un plan de atención integral que permita la continuación. Esto requiere de un análisis que abarque una valoración y exploración física que permita evaluar los problemas presentes y planear la atención a partir de la valoración por dominios reconociendo las ventajas de esta herramienta, la cual le permite plantear diagnósticos propios de la profesión desde la práctica formativa. Materiales y Métodos: Presentación de un caso clínico de un RNPT analizado a través de un formato de valoración por dominios de salud de la Escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander integrado por los 13 dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA y adaptado para el área de pediatría. Resultados: El uso del proceso de enfermería, en las fases de valoración y diagnóstico desde la academia permitió a los estudiantes determinar los dominios alterados en un caso seleccionado, logrando identificar 4 dominios alterados, 9 diagnósticos de enfermería y un diagnóstico principal de acuerdo a las características definitorias evidenciadas en caso de estudio. Conclusiones: La valoración por dominios de salud que establece la Taxonomía II de la NANDA permite al estudiante de enfermería realizar una identificación de problemas de salud desde una mirada integral; integrando los componentes teóricos de la valoración física y la realidad de las situaciones clínicas en los RNPT (VALBUENA DURAN, 2017).

Los virus respiratorios son los principales agentes putativos en bebés y niños con infecciones agudas del tracto respiratorio (IRA). La prevalencia y las características clínicas de las infecciones agudas del tracto respiratorio entre los niños en China se han informado previamente. Sin embargo, esas encuestas se realizaron principalmente en ciudades desarrolladas como Beijing, 1 Shanghái, 2 Guangzhou, 3 y Shenzhen 4. Los datos limitados sobre pacientes pediátricos con varios virus respiratorios estaban disponibles en ciudades medianas o pequeñas en China. Este estudio tiene como objetivo determinar las características epidemiológicas de siete virus respiratorios (incluido el virus de la influenza A, InfA; virus de la influenza B, InfB; virus sincitial respiratorio, RSV; Adenovirus, ADV; virus de parainfluenza tipo 1/2/3, PIV 1/2/3) entre junio de 2011 y septiembre de 2015 en Dongguan, sur de China. En el estudio, se recogieron un total de 8031 muestras de hisopos nasofaríngeos de niños con IRA en el hospital de niños de Dongguan. Las IRA fueron diagnosticadas según las pautas chinas. Este estudio fue aprobado por el comité de Ética del Hospital de Niños de Dongguan. Los padres de todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito. Se probaron siete virus respiratorios utilizando el Kit de detección e identificación de virus respiratorios D3ultra DFA, Ohio, EE.UU. todos los procedimientos se utilizaron de acuerdo con el manual del fabricante de los 8031 pacientes pediátricos inscritos, 1867(23.2%) fueron positivos para al menos un virus, y otros niños con ARTI podrían haber sido infectados por otros virus, o microorganismos respiratorios, tales como como micoplasma, clamidia y bacterias, que no se probaron en nuestro estudio. La tasa positiva de los siete virus respiratorios fue mayor de lo que la reportaba en Shenzhen (4346/ 30,443, 14.3%) 4 Wuhan (5194/ 39,756, 13.1%), 5 pero menor que la tasa de positividad encontrada en Guangzhou (1482/ 4242, 34.9%).³ La discrepancia de muestra, clima variado, ubicación geográfica y sensibilidad de diferentes métodos de detección.(Xie, Ma, Chen, Lu, & Zhong, 2017).

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo.

El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, por su elección del método o camino que llevó a obtener de la investigación resultados válidos que respondieron a los problemas, objetivos que se planteó como fin supremo de la investigación.

3.2 Ruta de Investigación.

La evaluación de calidad del cuidado será a través de la observación directa, considerando indicadores de la calidad del cuidado.

3.3 Método.

La presente investigación fue de tipo cuali-cuantitativo (mixto).

3.4 Universo.

Profesionales de enfermería de las diferentes categorías adscritas al servicio de pediatría.

3.5 Población.

La población objetivo son el total de enfermeras especialistas, enfermeras generales, asignadas para el cuidado enfermero en pacientes con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría.

3.6 Muestra.

La obtención del tamaño de muestra será mediante la fórmula

$$n = \frac{Npq}{(N - 1) \left(\frac{B}{Z_{\alpha/2}} \right)^2 + pq}$$

Donde N es el tamaño de la población, p es la probabilidad de éxito, q es la probabilidad de fracaso, B es el error de muestreo permisible y Z es el coeficiente de confianza al 95%

1.1.1. Tamaño de la muestra

Sustituyendo la formula, se tiene que

Donde N=0000, p = 0.25, q = 0.25, B = 0.074 y $Z_{0.10/2} = 1.64$

$$n = \frac{000(0.25)(0.25)}{(000 - 1) \left(\frac{0.00}{0.00} \right)^2 + (0.25 \times 0.25)} = 000 \approx 000$$

Por tanto, la muestra requerida será de profesionales de salud bajo un nivel de confianza del 95%

3.7 Técnicas e Instrumentos de Investigación.

Se utilizará la lista de cotejo para la supervisión del cuidado enfermero la cual se integra de x items para evaluar el cuidado, considerando características socio-demográficas, académico laboral, y las fases del método de cuidado enfermero Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación.

3.8 Interpretación de resultados.

Los resultados se presentarán en tablas, para medidas de tendencia central y dispersión considerando n (muestra) y porcentaje, se elaborarán gráficos para la presentación de los mismos.

CAPÍTULO 5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

5.1 Análisis de Resultados

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a un grupo de 40 enfermeras entrevistadas.

Cuadro 5.1 Perfil académico del profesional de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

Variable	n	%	X	Sd
Nivel académico.				
Técnico en enfermería.	30	75.0		
Licenciatura.	10	25.0		
Institución que otorgo título.				
UAG	34	85.0		
Otros	6	15.0		
<i>Total.</i>	40	100.0		

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Al analizar el perfil académico de las enfermeras del Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, en Acapulco. Se obtuvieron los siguientes resultados; el nivel académico que predominó fue el Técnico en Enfermería con 75% seguido de las Licenciadas en Enfermería con un 25%, respecto a la institución educativa que le proporcionó el título o constancia de estudios predominó la máxima casa de estudio del estado la Universidad Autónoma de Guerrero, 15% de las entrevistadas mencionó otras instituciones. (Ver cuadro 5.1)

Cuadro 5.2. Perfil laboral del profesional de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

Variable	n	%	X	Sd
Categoría.				
Auxiliar de enfermería general.	8	20.0		
Enfermera General.	30	75.0		
Enfermera Especialista.	2	5.0		
Tipo de contratación.				
Eventual (08).	2	5.0		
Base (02).	38	95.0		
Jornada Laboral.				
Matutino.	14	35.0		
Vespertino.	12	30.0		
Nocturno A.	6	15.0		
Nocturno B.	6	15.0		
Nocturno Mixta.	2	5.0		
<i>Total.</i>	40	100.0		

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Respecto a las características laborales de las enfermeras se les cuestiono respecto de la categoría con la que desempeñaban sus actividades en el Hospital predominando con un 75% las Enfermeras Generales, otro 20% dijo ser Auxiliar de Enfermería General y solo el 5% de las enfermeras entrevistadas eran Especialistas (Pediatria).

El tipo de contratación de las enfermeras entrevistadas se distribuyó de la siguiente manera: el 95% es de base con contratación indefinida, y el 5% restante es eventual. La jornada laboral en la que trabajan obtuvo los siguientes resultados el 35% labora en el turno matutino, 30% vespertino, 15% labora en el turno nocturno distribuyéndose el mismo porcentaje en la guardia A y B nocturnas, respecto de la jornada nocturna mixta solo un 5% labora en la misma. (Ver Cuadro 5.2)

Cuadro 5.3.a Perfil laboral del profesional de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

Variable	n	%	X	Sd
Servicio de Hospitalización.				
Unidad de Cuidados Intensivos N	18	45.0		
Cunero Patológico	10	25.0		
Lactantes	12	30.0		
Índice de pacientes atendidos.				
1 a 6 pacientes.	24	60.0		
7 a 12 pacientes.	16	40.0		
Antigüedad en el servicio.				
0 a 5 meses.	22	55.0		
6 a 12 meses.	18	45.0		
Experiencia laboral.				
1 a 5 años.	12	30.0		
6 a 10 años.	20	50.0		
11 a 15 años.	8	20.0		
<i>Total.</i>	40	100.0		

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

El servicio al cual se encuentran asignadas las enfermeras mantuvo la siguiente distribución el 45%, fue del servicio de Especialidades Médicas, el 30% al servicio de Traumatología y Ortopedia y 25% de las enfermeras eran del servicio de Especialidades Quirúrgicas. Al cuestionarles sobre el número de paciente que llegan a atender durante su jornada laboral el 60% de las enfermeras dijo atender de 1 a 6 paciente, mientras que el 40% atiende de entre 7 a 12 pacientes durante su jornada. En lo referente a la antigüedad en el servicio 55% dijo tener de entre 0 a 5 meses en el mismo, 45% dijo estar laborando en el servicio en el cual fueron entrevistadas de 6 meses a 1 año como máximo. 50% de las enfermeras tiene una experiencia laboral de entre 6 a 10 años tomando como referencia la antigüedad laborada en la institución, el 30% dijo tener de entre 1 a 5 años de experiencia/antigüedad y solo un 20% tiene de entre 11 a 15 años de antigüedad y experiencia como enfermera. (Ver cuadro 5.3a)

Cuadro 5.3. Conocimiento de las etapas del PAE, del profesional de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

<i>Conocimiento de las etapas del Proceso Atención de Enfermería</i>	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
Valoración.	32	80.0	8	20.0
Diagnóstico.	12	30.0	28	70.0
Planeación.	30	75.0	10	25.0
Ejecución.	12	30.0	28	70.0
Evaluación.	40	100.0	0	0
<i>Total.</i>	40	100.0	40	100.0

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Respecto del conocimiento del Proceso Atención de Enfermería, al evaluar el conocimiento de las etapas del mismo se obtuvieron los resultados que a continuación se describen todos a partir del total de unidades de estudio (40/100%), el 80% identifica la primer fase (valoración), 70% respondió de manera incorrecta sobre la segunda fase (Diagnostico), el 75% de las enfermeras identifica a la planeación como la tercer fase del proceso, sin embargo el 70% no identifica la ejecución como la siguiente fase a la planeación, curiosamente todas identifican la última etapa (Evaluación) del PE. (Ver cuadro 5.3)

Cuadro 5.4a. Aplicación de las etapas del PAE en el cuidado del paciente, pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

<i>Aplicación de las etapas del PAE en el cuidado del paciente.</i>	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		<i>Total</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Valoración enfermera con apoyo de un modelo o teoría de enfermería.	40	100.0	0	0	0	0	0	0	40	100.0
Interpretación de reportes/notas médicos/enfermería.	0	0	40	100.0	0	0	0	0	40	100.0
Validación de datos históricos y antecedentes.	0	0	0	0	40	100.0	0	0	40	100.0
Planteamiento de necesidades del paciente/cliente.	0	0	0	0	0	0	40	100.0	40	100.0
Determinación de diagnósticos de enfermería. (Utilizando metodología NANDA).	0	0	0	0	0	0	40	100.0	40	100.0
Planeación del cuidado. (Utilizando metodología NOC, NIC).	40	100.0	0	0	0	0	0	0	40	100.0
Disposición de recursos humanos, materiales, y tecnológicos para el cuidado.	0	0	40	100.0	0	0	0	0	40	100.0
Acción y aplicación del cuidado directo planeado.	0	0	0	0	40	100.0	0	0	40	100.0
Evaluación de resultados esperados NOC.	40	100.0	0	0	0	0	0	0	40	100.0
Reconoce la mejora en las respuestas humanas.	0	0	0	0	0	0	40	100.0	40	100.0

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Respecto a la aplicación de las etapas durante la atención del paciente asignado a las enfermeras entrevistadas, al cuestionarles y observarse acerca de la valoración que realiza la enfermera con apoyo de un modelo o teoría de enfermería el 100% nunca lo realiza, 3l 100% respondió que a veces interpreta las notas médicas y de las colegas para identificar probables respuestas humanas alteradas, respecto de la utilización de los datos históricos y antecedentes del paciente el 100% dijo utilizarlos casi siempre, el 100% de las enfermeras plantea siempre los problemas de salud del paciente tanto con el equipo multidisciplinario como en los registros de enfermería, de la misma manera y con el mismo porcentaje realiza la elaboración de diagnósticos de enfermería con el apoyo del metodología propuesta por la NANDA, sin embargo el 100% nunca realiza la planeación de cuidados utilizando la metodología propuesta por NOC, NIC. *(Ver Cuadro 5.4a.)*

Cuadro 5.5. Percepción de la elaboración y aplicación del PAE, del profesional de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

Variable	n	%	X	Sd
Se considera usted capaz de acuerdo con su nivel máximo de estudio y categoría para elaborar y aplicar el PAE durante su jornada laboral.				
Si	40	100.0		
No	0	0		
Se considera usted con la suficiente experiencia laboral en la institución como para elaborar el PAE.				
Si	34	85.0		
No	6	15.0		
Cree usted que el elevado número de pacientes a su cargo le impide elaborar el PAE.				
Si	40	100.0		
No	0	0		
Cual considera usted que es la actividad que llevas más tiempo realizar y por consiguiente no tiene tiempo suficiente para elaborar el PAE.				
Actividades de cuidado directo.	6	15.0		
Registros clínicos.	6	15.0		
Preparación y aplicación de medicamentos.	28	70.0		
Elabora usted el PAE con todos los pacientes a su cargo.				
Si	40	100.0		
No	0	0		
<i>Total.</i>	40	100.0		

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Otro aspecto que se evaluó en esta investigación es la percepción del personal de enfermería respecto a la elaboración y aplicación del PAE durante la jornada laboral, obteniendo los siguientes resultados, el 100% Se considera usted capaz de acuerdo con su nivel máximo de estudio y categoría para elaborar y aplicar el PAE durante su jornada laboral, respecto Se considera usted con la suficiente experiencia laboral en la institución como para elaborar el PAE 85% dijo que si mientras que el 15% no se considera con la suficiente experiencia para elaborarlo y aplicarlo, el 100% de las enfermeras Cree usted que el elevado número de pacientes a su cargo le impide elaborar el PAE, sin embargo el 100% dijo elaborar el PAE con todos los pacientes asignados a su cargo durante la jornada laboral (*Ver cuadro 5.5*).

Cuadro 5.6. Cuidado enfermero que brindan los profesionales de enfermería que realiza actividades de cuidado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero, IMSS.

Cuidado Enfermero: Neumonía (Pediátricos).	Si		No	
	n	%	n	%
Cuando recibe al paciente en el servicio valora la condición en la que ingresa.	23	57.5	17	42.5
El servicio cuenta con una sala específica para pacientes con neumonía.	32	80.0	8	20.0
Organiza las actividades para su jornada de trabajo.	12	30.0	28	70.0
Mantienen el área e trabajo limpia y ordenada.	30	75.0	10	25.0
Explica a pacientes y familiares el procedimiento que va a realizar.	12	30.0	28	70.0
Realizar higiene de manos con base en recomendaciones de la OMS.	40	100.0	0	0
Realiza cambio de vías y circuitos con base en protocolos establecidos (cambio al menos cada 72 horas).	8	20.0	32	80.0
Realiza cambios de posición al menos cada 2 horas.	34	85.0	6	15.0
Colocan al paciente en posición semifowler.	32	80.0	8	20.0
Aplica medicamentos con base en protocolos seguros de sistema crítico de medicación.	30	75.0	10	25.0
Realiza fisioterapia respiratoria.	30	75.0	10	25.0
Emplea medidas de seguridad medidas de prevención por mecanismos de transmisión (por vía are, respiratoria, estándar).	40	100.0	0	0
Realiza monitoreo de signos vitales.	12	30.0	28	70.0
Fomenta la ingesta de líquidos, ya que la hidratación moviliza secreciones.	8	20.0	32	80.0
Realiza aspiración de secreciones con técnica abierta y/o cerrada.	8	20.0	32	80.0
Estimula al paciente para toser con la finalidad de ayudar a eliminar las secreciones.	12	30.0	28	70.0
Realiza de forma correcta control de ingesta y eliminación (balance hídrico).	30	75.0	10	25.0
Utiliza de forma correcta medios físicos en pacientes con hipertermia.	23	57.5	17	42.5
Utiliza las medidas de asepsia recomendadas para realizar oxigenoterapia (CPAP, Puntas Nasales, AVM).	23	57.5	17	42.5
Educa al familiar cuidador acerca del cuidado que debe recibir el paciente.	30	75.0	10	25.0

Fuente: Cedula de recolección y evaluación del cuidado enfermero en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía durante la jornada laboral 2020.

Respecto del cuidado enfermero se estandarizaron 2º ítems para medir el impacto del cuidado, observando que 23/57.5% del personal de enfermería valora al paciente cuando lo recibe, el 32/80.0% refirió que en el servicio se cuenta con un área específica para paciente con neumonía, el 28/70.0% no organiza sus actividades para su jornada de trabajo, sin embargo el 30/75% mantiene su área limpia y ordenada, el 28/70.0% refirió explicar a pacientes y familiares el procedimiento que se va a realizar, el 32/80% dijo que realiza cambio de vías y circuitos con base en protocolos establecidos (cambio al menos cada 72 horas). (Ver Cuadro 5.6).

El 30/75% dijo aplicar medicamentos con base en protocolos seguros de sistema crítico de medicación, de la misma manera realiza fisioterapia respiratoria, es necesario decir que el 40/100% Emplea medidas de seguridad medidas de prevención por mecanismos de transmisión (por vía are, respiratoria, estándar) (Ver Cuadro 5.6).

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

6.1 Conclusiones

El 96,6 % de los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional (Lenis-Victoria & Manrique-Abril, 2015), no coincidiendo con los resultados reportados en este estudio.

El uso de la herramienta (PAE) proceso atención de enfermería es percibido por el personal como no relevante respecto de los registros de enfermería son deficientes en la mayoría de las ocasiones, no se describen respuestas humanas alteradas no se documentan y por lo tanto no se pueden diseñar planes de cuidados centrados en la necesidad del paciente.

6.2 Propuestas

1. Capacitar al personal en el cuidado de pacientes pediátricos con neumonía.
2. Mejorar el sistema de archivo del hospital para poder acceder más fácilmente a la información.
3. Incentivar a las nuevas generaciones de enfermería del servicio de pediatría sobre la importancia del PAE es indispensable para planificar, ejecutar y evaluar las acciones que se utilizan en pacientes con neumonía, que aumenten la información sobre el tema.
4. Todo paciente ingresado como neumonía debería ser protocolizado como neumonía grave, para tratar de reducir el alto índice de mortalidad por esta patología.
5. Garantizar insumos suficientes de material de uso hospitalario.
6. Se debe agregar mayor cantidad de ventiladores mecánicos, y sistema de monitoreo continuo de signos vitales, para dar un mejor manejo a los pacientes.
7. Se debe abrir más cupos en UCIN

Anexo (1). Operacionalización de Variables.

Objetivo	Información Necesaria.	Variable.	Definición operacional.	Escala.	Pregunta.	Categoría.
Identificar el perfil académico – laboral de las y los profesionales de enfermería que brindan cuidados a pacientes pediátrico con diagnóstico de neumonía en el servicio de pediatría del Hospital General Regional Vicente Guerrero.	Características socio demográficas.	Sexo.	Características fenotípicas de la persona entrevistada y observada por el encuestador.	Nominal.	Género del encuestado.	1. Femenino. 2. Masculino.
		Edad.	Número de años cumplidos hasta el momento de la encuesta y referidos por el sujeto de estudio.	Nominal.	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	
	Perfil académico laboral.	Nivel académico y categoría	Último grado de estudio y relacionado con la categoría, referido por el encuestado.	Ordinal.	Señale el máximo nivel académico obtenido por usted.	1. Técnico en enfermería. 2. Licenciatura. 3. Especialidad. 4. Maestría.

						<p>5. Doctorado.</p> <p>1. Auxiliar de enfermería general.</p> <p>2. Enfermera general.</p> <p>3. Enfermera especialista.</p> <p>4. Enfermera jefe de piso.</p>
		Tipo de contratación.	Se refiere a la clasificación (tipo) de contrato suscrito entre el profesional de enfermería y la entidad contratante,	Ordinal.	Indique su categoría.	<p>1. Eventual (08).</p> <p>2. Base (02).</p> <p>3. Honorarios.</p>
				Nominal.	¿Cuál es su tipo de contratación?	

			referido por el sujeto de estudio.			
		Turno.	Jornada laboral en la que el profesional presta su servicio.	De razón.	¿Cuál es su jornada laboral?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matutino. 2. Vespertino. 3. Nocturno A. 4. Nocturno B. <ol style="list-style-type: none"> 1. Especialidad medicas. 2. Especialidad quirúrgica. 3. Traumatología y ortopedia.

		Servicio.	Servicio en el que presta sus servicios asistenciales de cuidado.		¿Cuál es su servicio?	<ol style="list-style-type: none"> 1. UAG. 2. UNAM. 3. IPN. 4. UAM. 5. Otros.
		Universidad que otorgo el título.	Hace referencia a la institución de educación superior que expide el título.	Nominal.	¿Qué institución le otorgo su título como profesional de enfermería?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 5 años. 2. 6 a 10 años. 3. 11 a 15 años. 4. 16 o más años.

		Experiencia laboral.	Número de años que lleva trabajando en las instituciones de salud, el encuestado y referido por el o ella.	De razón.	¿Cuánto años de experiencia laboral tiene?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 a 5 meses. 2. 6 a 12 meses. 3. 13 a más.
			Numero de meses que lleva trabajando el servicio correspondiente.	De razón.	¿Cuántos meses tiene laborando en el servicio?	

		Tiempo en meses en el servicio.				
	Actividades durante la jornada laboral.	Numero de paciente asignados para el cuidado.	Hace referencia al número de pacientes asignados para el cuidado en una jornada de trabajo.	De razón.	¿Número de pacientes que atiende en su jornada laboral?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 6 pacientes. 2. 7 a 12 pacientes.

		Distribución del tiempo durante la jornada.	Se refiere al porcentaje de tiempo empleado durante la jornada laboral para la realización de las actividades inherentes al cargo, incluyendo el cuidado, las actividades asistenciales y administrativas.	De razón.	<p>Porcentaje de tiempo en actividades del cuidado directo.</p> <p>Porcentaje de tiempo en actividades de gestión del cuidado.</p>	<p>3. 13 o más.</p> <p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p> <p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p> <p>1. 10 %</p>
--	--	---	--	-----------	--	--

						<p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p>
					<p>Porcentaje de tiempo en actividades de apoyo logístico para el cuidado.</p>	<p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p>
					<p>Porcentaje de tiempo en actividades para la educación.</p>	<p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p>
					<p>Porcentaje de tiempo para la preparación y aplicación de medicamentos.</p>	<p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p>

					<p>Porcentaje de tiempo para descanso.</p> <p>Porcentaje de tiempo para otras actividades.</p> <p>Porcentaje de tiempo para el registro.</p>	<p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p> <p>1. 10 %</p> <p>2. 20 %</p> <p>3. 40 %</p>
	Conocimiento y habilidad sobre el PAE.	Reconocimiento de las etapas del PAE.	Valoración del nivel de conocimientos sobre las etapas del	Ordinal.	Indique el orden de las etapas del PAE.	<p>1. Valoración</p> <p>2. Diagnostico</p> <p>3. Planeación</p>

		Frecuencia de aplicación de las etapas en las actividades asistenciales.	<p>proceso de atención de enfermería.</p> <p>Define la frecuencia de realización de las actividades de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.</p>	Nominal.	<p>Señale en la casilla correspondiente según sea la frecuencia de aplicación en el cuidado del paciente.</p>	<p>4. Ejecución</p> <p>5. Evaluación</p> <p>Muy bajo (0-1)</p> <p>Bajo (1-2)</p> <p>Mediano(2-3)</p> <p>Bueno (3-4)</p> <p>Muy bueno (5)</p> <p>1. Nunca.</p> <p>2. A veces.</p> <p>3. Casi siempre.</p> <p>4. Siempre.</p>
--	--	--	---	----------	---	---

<p>Conocer la percepción sobre la elaboración del Proceso Atención de Enfermería durante la jornada laboral, que tiene el personal de enfermería del Hospital General Regional #1 Vicente Guerrero.</p>	<p>Opinión del personal de enfermería respecto de la elaboración del PAE en el proceso laboral.</p>	<p>Percepción.</p>	<p>Es la apreciación que tiene el encuestado respecto de la elaboración del PAE durante su jornada laboral.</p>	<p>Nominal.</p>		

Anexo (2).

Cedula de recolección de datos:

FOLIO

Bueno(as) _____ señorita. El objeto de la encuesta es con fines de estudio y pretende identificar los factores que intervienen en la aplicación del proceso atención de enfermería en pacientes pediátricos.

Le solicitamos su colaboración para responder detalladamente las preguntas que se le plantean. La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial. Usted puede o no contestar si así lo desea. Los resultados servirán para generar información, que sirva para elaborar propuestas de intervención para dicho tema.

Lea las preguntas y señale su respuesta subrayándola según, sea el caso.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

1. ¿Cuál es su sexo?
 1. Femenino.
 2. Masculino.

2. ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

II. PERFIL ACADEMICO LABORAL.

3. Señale el nivel académico más alto obtenido por usted.
 1. Técnico en enfermería.
 2. Licenciatura.
 3. Especialidad.
 4. Maestría.
 5. Doctorado.

4. Indique su categoría.
1. Auxiliar de enfermería general.
 2. Enfermera general.
 3. Enfermera especialista.
 4. Enfermera jefe de piso.
5. ¿Cuál es su tipo de contratación?
1. Eventual (08).
 2. Base (02).
 3. Interino.
6. ¿Cuál es su jornada laboral?
1. Matutino.
 2. Vespertino.
 3. Nocturno A.
 4. Nocturno B.
 5. Nocturna Mixta.
7. ¿Cuál es su servicio?
1. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
 2. Cunero Patológico.
 3. Lactantes.
8. ¿Qué institución le otorgo su título como profesional de enfermería?
1. UAGro
 2. UNAM.
 3. IPN.
 4. UAM.
 5. Otros.
9. ¿Cuánto años de experiencia laboral tiene?
1. 1 a 5 años.
 2. 6 a 10 años.
 3. 11 a 15 años.
 4. 16 o más años.

10. ¿Cuántos meses tiene laborando en el servicio?
1. 0 a 5 meses.
 2. 6 a 12 meses.
 3. 13 a más.
11. ¿Número de pacientes que atiende en su jornada laboral?
1. 1 a 6 pacientes.
 2. 7 a 12 pacientes.
 3. 13 o más.

III. ACTIVIDADES DURANTE LA JORNADA LABORAL.

En una jornada laboral de 8 o 12 horas respectivamente cual es la distribución porcentual (%*) que usted hace del tiempo para la realización de las siguientes actividades.

ACTIVIDADES	% De la jornada laboral dedicado.
12. Porcentaje de tiempo en actividades del cuidado directo.	10 % 20 % 40 %
13. Porcentaje de tiempo en actividades de gestión del cuidado.	10 % 20 % 40 %
14. Porcentaje de tiempo en actividades de apoyo logístico para el cuidado.	10 % 20 % 40 %
15. Porcentaje de tiempo en actividades para la educación.	10 % 20 % 40 %
16. Porcentaje de tiempo para la preparación y aplicación de medicamentos.	10 % 20 % 40 %
17. Porcentaje de tiempo para descanso.	10 %

	20 %
	40 %
18. Porcentaje de tiempo para otras actividades.	10 %
	20 %
	40 %
19. Porcentaje de tiempo para el registro.	10 %
	20 %
	40 %

**La suma de sus porcentajes debe ser igual a 100%.*

IV. CONOCIMIENTO Y HABILIDAD SOBRE PAE.

20. Indique el orden de las etapas del PAE. (Colocando en el círculo el número correspondiente del 1 al 5).

() Valoración () Planeación () Diagnostico () Evaluación () Ejecución

21. Señale en la casilla con el signo convencional (X) correspondiente según sea la frecuencia de aplicación de las etapas del PAE en el cuidado del paciente.

ACTIVIDADES	Nunca (1).	A veces (2).	Casi siempre (3).	Siempre (4).
Valoración.				
Exploración física de los pacientes.				
Interpretación de reportes médicos/enfermería.				
Indagación a la familia sobre historia y antecedentes de los pacientes.				
Diagnóstico.				
Planteamiento de problemas de los pacientes.				
Determinación de diagnósticos de enfermería. <i>Utilización de metodología NANDA.</i>				
Planeación.				
Discusión con equipo multidisciplinario sobre objetivos terapéuticos. Utilización de metodología NOC, NIC.				
Disposición de recursos humanos, materiales y tecnológicos para el cuidado.				
Intervención.				
Acciones de cuidado directo.				
Evaluación.				
Evalúa resultados esperados NOC.				
Reconoce la mejora en las respuestas humanas.				

22. Señale en el cuadro correspondiente el tipo de registros de enfermería que existen en su Unidad que estén estructurados según la metodología del PAE, es decir, en los que se puedan registrar datos de valoración, diagnóstico, intervenciones, evaluación resultados. PUEDE SEÑALAR VARIAS OPCIONES.

() **REGISTROS EN MEDIO FÍSICO.** Papelería (hoja de registros de enfermería), protocolos, planes de cuidado, kárdex que incluyan valoración, diagnóstico, intervenciones, evaluación.

() **REGISTROS EN MEDIO MAGNÉTICO.** Programas de computación y software para notas de enfermería que incluyan valoración, diagnósticos, intervenciones y evaluación.

() **OTRO TIPO.**

() No existe ningún formato de registro que evidencie la aplicación del PAE.

V. PERCEPCIÓN SOBRE LA ELABORACIÓN DEL PAE.

Seleccione sus respuesta subrayándola según sea el caso.

¿Se considera usted capaz de acuerdo con su nivel máximo de estudios y categoría para elaborar el PAE durante su jornada laboral?

1. Si
2. No

Si dice no, ¿Por qué?

¿Se considera usted con la suficiente experiencia laboral en la institución como para elaborar el PAE?

1. Si
2. No

Si dice no, ¿Por qué?

¿Cree usted que el elevado número de pacientes a su cargo le impide elaborar el PAE?

1. Si
2. No

Si dice no, ¿Por qué?

¿Cuál considera usted que es la actividad que le lleva más tiempo realizar y por consiguiente no tiene tiempo suficiente para elaborar el PAE?

1. Actividades de cuidado directo.
2. Registros clínicos.
3. Actividades administrativas.
4. Preparación y aplicación de medicamentos.
5. Actividades de educación.

¿Elabora usted el PAE con todos los pacientes a su cargo?

1. Si
2. No

VI. EVALUCIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Nº	Item	Si	No	NA
1	Cuando recibe al paciente en el servicio valora la condición en la que ingresa.			
2	El servicio cuenta con una sala específica para pacientes con neumonía.			
3	Organiza las actividades para su jornada de trabajo.			
4	Mantienen el área de trabajo limpia y ordenada.			
5	Explica a pacientes y familiares el procedimiento que va a realizar.			
6	Realizar higiene de manos con base en recomendaciones de la OMS.			
7	Realiza cambio de vías y circuitos con base en protocolos establecidos (cambio al menos cada 72 horas).			
8	Realiza cambios de posición al menos cada 2 horas.			
9	Colocan al paciente en posición semifowler.			
10	Aplica medicamentos con base en protocolos seguros de sistema crítico de medicación.			
11	Realiza fisioterapia respiratoria.			
12	Emplea medidas de seguridad medidas de prevención por mecanismos de transmisión (por vía aérea, respiratoria, estandar).			
13	Realiza monitoreo de signos vitales.			
14	Fomenta la ingesta de líquidos, ya que la hidratación moviliza secreciones.			
15	Realiza aspiración de secreciones con técnica abierta y/o cerrada.			
16	Estimula al paciente para toser con la finalidad de ayudar a eliminar las secreciones.			
17	Realiza de forma correcta control de ingesta y eliminación (balance hídrico).			
18	Utiliza de forma correcta medios físicos en pacientes con hipertermia.			
19	Utiliza las medidas de asepsia recomendadas para realizar oxigenoterapia (CPAP, Puntas Nasales, AVM).			
20	Educa al familiar cuidador acerca del cuidado que debe recibir el paciente.			
Evaluación				

Anexo (3).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el habiendo sido informada (o) del propósito de la investigación a realizar entendiendo que esta información formará parte de un estudio que aportará conocimientos relacionados con la profesión y la forma de trabajar de los profesionales de enfermería.

Entiendo que se establecerá comunicación conmigo en los horarios y lugares que me convengan. Soy consciente de que fui elegido(a) para participar en este estudio y de que concedo libremente la información. Estoy consciente de que mi participación es totalmente voluntaria y que aun después de iniciado el proceso puedo rehusarme a responder cualquier tipo de pregunta, o retirarme del estudio cuando lo desee, sin retaliación por ello.

Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará en forma alguna. También se me ha informado que no tendré ningún tipo de riesgo relacionado con la investigación.

Además, se que no recibiré ninguna retribución económica y que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito antes de ser publicados. Se me suministrará el nombre y número telefónico de uno de los investigadores a quienes puedo dirigirme en caso de tener alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo.

Atentamente

Participante

Responsable del proyecto

Jimenez Carranza Isabel

Anexo (4).

Abreviaturas

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
SEP	Secretaría de Educación Pública.
PS	Organización Panamericana Salud.
UAG	Universidad Autónoma de Guerrero.
PAE	Proceso Atención de Enfermería.
PLACE	Plan de Cuidados de Enfermería.
NANDA	Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.
NIC	Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería.

Anexo (5).

Anexo Presupuesto (recursos físicos y materiales)

Equipo y material	No. De piezas	Precio unitario	Costo total
Copias	1000	.20c	\$200.00
Sacapuntas	20	\$3.00	\$60.00
Lápices	20	\$2.00	\$40.00
Tinta computadora	1	\$475	\$475.00
Hojas blancas	100	\$10.c	\$10.00
Caja para materiales	1	\$15.00	\$15.00
Hojas blancas	1 paquete	0.09c	\$45.00
Pago encuestadores	18	\$500.00	\$9000.00
Total.	1160	\$995.39	\$9845.00

Prepuestado/financiamiento interno y externo.

**Los recursos son financiados por el investigador principal.*

Anexo (6).

Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES		Ago	Ago	Sep	Sep	Oct	Oct	Nov	Nov	Dic	Dic	Ene
		2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020
Elección de línea de investigación.	P	P										
	R	R										
Revisión de la literatura.	P		P	P								
	R		R	R								
Elaboración del protocolo.	P				P							
	R				R							
Presentación del protocolo a director de tesis.	P					P						
	R					R						
Modificación del Protocolo.	P						P					
	R						R					
Evaluación del protocolo y autorización por el comité.	P							P				
	R							R				
Inicio de la investigación y recolección de datos.	P								P			
	R								R			
Análisis y presentación de los resultados.	P									P		
	R									R		
Conclusiones del estudio.	P										P	
	R										R	
Entrega del informe final.	P											P
	R											R

P: Programado.

R: Realizado.

Bibliografía

5. Trabajos citados

- (s.f.). Obtenido de <http://ifc.dpz.es/webs/piquer/vetus/v06%20Farmacia/0602.htm>.
- 1Ángeles-Garay Ulises, 2.-R. F.-F.-G. (mayo de 2011). Efectividad de la aplicación de alcohol gel en la higiene de las manos de enfermeras y medicos. *medigraphic*, III(9).
- (2002). Obtenido de http://www.redeuroparc.org/sistema_calidad_turistica/ManualGuiaIndicadoresdeCalidad.pdf
- Ace L, M. J. (2011). Reporte sobre lavado de manos enfermedades relacionadas en usuarios de los baños públicos de una universidad costarricense. *Enfermería en Costa Rica*, 32(1).
- ATENCIÓN, I. D. (s.f.). Obtenido de <http://www.calidad.salud.gob.mx/>.
- Basurto E, Basurto C, Bautista A, Carranza E, Flores K, Gonzalez C, Hernandez K et. al. . (2009). *Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona no. 32 Villa Coapa*. Tesis, Instituto Politecnico Nacional, Distrito Federal.
- Carmen Martín-Madrado, Á. S. (2010). Recuperado el 6 de Diciembre de 2015, de El sevier: <http://www.elsevier.com>
- Claudia Leija, R. H. (Septiembre de 2010). Determinación del índice de eficiencia del proceso de lavado de manos. *Revista mexicana de enfermería cardiologica.*, 11(3).
- Corrêa I, N. (2011). Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de salud en una unidad de internación pediátrica. *Invest educ enferm*, 29(01), 54-60.
- Creus, A. V. (2011). Recuperado el 03 de DICIEMBRE de 2015, de WHO: WWW.JANO.ES
- Creus, A. V. (2011). Recuperado el 03 de DICIEMBRE de 2015, de WHO: WWW.JANO.COM
- Ehsani SR, C. M. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department. . *Journal of Medical Ethics and History Medicine* , 6(11).
- Estandares certificación* . (2012).
- Estandarés certificación* . (2015).
- Federación, D. o. (2010). *ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)*. Decreto Oficial, Distrito Federal.

- García S, Navió A, Valetín L, . (Mayo-Junio de 2007). Normas Básicas para la elaboración de registros clínicos de enfermería. *Nure investigation*(28).
- H Castañeda, R. G. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad del paciente por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería, 19*(2).
- Hernández S, Hernández L, Pérez L, Retiz A, Uribe B, Vazquez L,. (2010). Repercusión de un programa de mejora continua en los registros de. *Enfermería Neurológica Mex, 9*(1), 13-16.
- Hernandez.H Castañeda J, G. N. (2010 de Noviembre- Diciembre). Higiene de manos antes de la atención del paciente. *Acta pediátrica mexicana, 31*(6).
- Herrera M, P. P. (2014). Profesionales de Salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. *Rev Chilena Infectol, 31*(5).
- Hilda G, Castañeda J, González N, Ascarrunz L. (Noviembre- Diciembre de 2010). Higiene de manos antes de la atención del paciente. *Acta Pediatría de México, 31*(6), 290-292.
- Instructivo de Operación de los Servicios de Enfermería en Hospitalización. (2009).
- J Gómez, A. G. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances de enfermería, 29*(2).
- J, M. E. (FEBRERO de 2009). Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. *El sevier Doyma, 25*(4).
- J.M. Aranaza, C. M. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Calidad Asistencial España, 26*(6).
- Karla A Romero-Mora*, L. E.-R. (julio de 2010). Primer paso en el control de las infecciones relacionadas a la atención medica. *Media graphic, 15*(3).
- León J, Manzanera J, López P, González L. (Junio de 2010). Dudas de enfermería en el manejo de la Historia Clínica. Aspectos jurídicos. *Enfermería Global*(19).
- M, C. (2006). Los aspectos Legales de los registros de enfermería. *Revista Unimar, 37-40*.
- M, L. C. (Mayo de 2004). Eficacia del lavado de manos y alcohol glicerinado. *Medica del Imss, 42*(3).
- M, P. (210). Higiene de Manos y Riesgo de Infecciones. *Rev, Soc, Bol, Ped, 49*(2), 83-84.
- M, S. (Diciembre de 2013). Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. *Ciencia e innovación de salud, 1*(2), 126-133.

- M. Fernández, M. M. (2014). Recuperado el 6 de Diciembre de 2015, de El sevier:
<http://www.elsevier.es>
- (2015). *Manejo y uso de medicamentos*. Consejo de Salubridad General, Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de atención médica.
- Manual de procedimientos de enfermería*. (s.f.).
- MarioCuitiño. (2011). *Medicina Preventiva*.
- Mejía A, D. M. (2011). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería. *Revista CONAMED*, 16(1).
- Méndez G, M. A. (2001). La trascendencia que tienen los registros de. *Ríaevista Mexicana de Cardiología*, 1(9), 11-17.
- México, A. P. (s.f.).
- Norma oficial para la práctica de enfermería. (2013).
- Nursing inervetions classification*. (2012).
- Orozco, H. G. (Abril-Junio de 2011). Higiene de las manos:.. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*.
- Ortega, M. (2014 de abril). Identificación del indicador lavado de manos por el personal de. *Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 2(12).
- Prada M, González J, Ortega Y, Martínez M, Fernández M, Bueno A. (2012). Obtenido de Edu med.
- Raúl Peña-Viveros, *. J.-M.-C. (Abril de 2010). Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos. *Revista mexicana de medicina de urgencias*, 1(2).
- (2012, 2013, 2014 y 2015). *reporte de evaluación UED/ DMGSS HGR*. Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero.
- (2015). *Reporte Vencer II HGR 2015*. Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero.
- Restrepo V, Valderrama P, Correa L, Mazo M, González E, Jaimes F. (2014). Implementación de la estrategia "Atención Limpia es atención segura". *Rev Chilena infectol*, 31.
- Romero C, H. M. (2013). Higiene de manos o lavado de manos en los hospstales ¿Qué diría Semmelweis de los avances de los últimos 150 años? *Revista Digital Universitaria*, 13(9).
- salud, S. d. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012*. Norma, Diario Oficial de la Federación.

- Suaréz, Guancho, Caña, Maldonado y Benítez. (2013). Adherencia a la realización del lavado de manos por el personal de enfermería de un hospital clínico quirúrgico de la Habana, Cuba. *Higiene y sanidad Ambiental*, 13.
- Torres M, Zarate R, Matus R. (2011). Calidad de los registros de Enfermería: Un instrumento para su evaluación. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1).
- Trinidad Dierssen, C.-L.-C. (2009). Recuperado el 6 de Diciembre de 2015, de El sevier: <http://www.elsevier.com>
- Trinidad Dierssen-Sotos, R.-G. ,.-R. (Septiembre de 2010). Impacto de una campaña de mejora de la higiene de manos sobre el consumo de soluciones hidroalcohólicas en un hospital. *Gac Saint*, 4(24).
- V. Fuentes, E. C. (Agosto de 2011). Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario. *El sevier doyma*, 27(4).
- Van den Hoogen A, B. A.-M. (2011). Improvement of adherence to hand hygiene practice using intervention program in a national intensive care. *J. Nursing Care Quality*, 26(22-29).
- Villanueva L, R. J. (2012). Análisis por edad y género de eventos adversos. *CONAMED*, 17(3).
- Zamudio I, Meza A, Martínez Y, Miranda M, Espinosa J, Rodríguez R. (Septiembre-Octubre de 2012). Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Infant Mex*, 69(5).

