

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



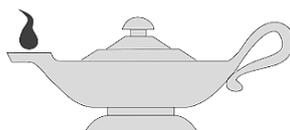
**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO Y LA CALIDAD DE CUIDADO
DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELÉN DE
TRUJILLO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA**

**MENCIÓN:
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORA: Lic. Enf. Robles Ruiz Alina Angélica

ASESORA: Dra. Amelia Marina Morillas Bulnes



TRUJILLO – PERÚ
2019

DEDICATORIA

A mis padres:

Porque sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional; gracias por estar a mi lado brindándome su apoyo moral y entusiasmo y su amor.

A mi hijo:

Por su amor y comprensión y por ser mi motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y METODOS	33
III. RESULTADOS	39
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES.....	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
VIII.ANEXOS.....	58

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO

Autora: Alina Angélica Robles Ruiz¹

Asesora: Amelia Morillas Bulnes.²

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio y la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo. El universo muestral estuvo constituido por 60 pacientes atendidos en el consultorio de Medicina del servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo, entre los meses de marzo a julio 2018 que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, Para recoger de datos se aplicó un instrumento sobre satisfacción del paciente y el segundo sobre calidad del cuidado de enfermería utilizado la prueba estadística de correlación de Person llegando a las siguientes conclusiones: El 43 por ciento de los pacientes con infarto agudo de miocardio refieren un grado de satisfacción medio, el 30 por ciento alto y el 27 por ciento bajo. El 63 por ciento de los pacientes con infarto agudo de miocardio refieren recibir una calidad de cuidado buena, y el 37 por ciento mala. Existe relación significativa entre ambas variables $p=0.000$ es significativa.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE CUIDADO, GRADO DE SATISFACCIÓN, INFARTO DEL MIOCARDIO.

1. Lic. Enfermera Egresada de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Email: alinarob@hotmail.com
2. Doctora en Salud Publica Profesora de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo

SATISFACTION OF THE PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND THE QUALITY OF THE NURSING CARE IN THE EMERGENCY SERVICE OF THE HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO

Author: Alina Angélica Robles Ruiz¹

Advisor: Amelia Morillas Bulnes.²

ABSTRACT

The present research work of descriptive type correlational cross-section was carried out in order to determine the relationship between the degree of satisfaction of the patient with acute myocardial infarction and the quality of nursing care in the emergency service of the Bethlehem Hospital of Trujillo. The sample universe was constituted by 60 patients attended in the Medicine office of the emergency service of the Belen Hospital of Trujillo jenuary a july 2018 that met the established inclusion criteria. To collect data, an instrument was applied on patient satisfaction and the second on the quality of nursing care used by Person's statistical correlation test, reaching the following conclusions: 43% of patients with acute myocardial infarction reported an average level of satisfaction, 30% high and 27%. low percent. Sixty-three percent of patients with acute myocardial infarction report receiving good quality of care, and 37 percent poor. There is a significant relationship between both variables $p = 0.000$ is very significant.

KEYWORDS: QUALITY OF CARE, MYOCARDIAL INFARCTION, PATIENT CARE, NURSE-PATIENT RELATIONS, PATIENT CARE MANAGEMENT

- 1 Nurse Graduate School of Nursing. National University of Trujillo. Email: alinarob@hotmail.com
- 2 Doctor of Public Health Professor in Nursing. School of Nursing. National University of Trujillo ameliamorillas@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

Con la globalización que se vive en el mundo actual y los constates cambios que ha originado, los profesionales de salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; exigiéndole al profesional de enfermería una atención fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones ya que el paciente tiene derecho a recibir el mejor cuidado para así poder conseguir la satisfacción (Go As et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). tomó estadísticas precisas sobre todos los aspectos que hacen a la salud de las personas. Desde enfermedades infecciosas hasta la calidad del aire que respiramos. Claro que la Organización se enfrenta a problemas de información, ya que no en todos los países existe acceso abierto a este tipo de datos. Aun así, año a año se puede obtener un estimativo de la cantidad de personas que murieron y por qué lo hicieron. Desde el año 2012, que son los más completos y difundidos por la Organización, durante todo el año murieron aproximadamente 56 millones de personas, siendo las principales causas. Cardiopatía isquémica: 7,4 millones Accidentes cerebrovasculares: 6,7 millones Estos números en bruto quizás no digan mucho, pero en conjunto están dentro de las diez causas que representaron cerca del 52 % de las muertes de todo el mundo en un año.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, siendo la principal causa de defunción en todo el mundo (mayor del 75%) , afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países, 17,5 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en el año 2012, el 80% de los infartos agudo de miocardio (IAM) y de los accidentes vascular cerebral (AVC) prematuros son prevenibles y de las muertes causadas por ECV (OMS, 2017).

El ranking de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2015) registraron mayor número de muertes por infarto agudo de miocardio en Estados Unidos con 114,023 muertes, México con más de 77.742 fallecimientos, convirtiéndose en el segundo país de la OCDE con mayor número de muertes registradas por este tipo de enfermedad, por delante de otros países como Alemania o Turquía y Australia con 8. 443 muertes. Aunque la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ha descendido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados y sigue siendo la causa de aproximadamente un tercio de todas las muertes de sujetos de edad > 35 años (Lloyd – Jones et al., 2010).

Se ha estimado que casi la mitad de los varones y un tercio de las mujeres de mediana edad en Estados Unidos sufrieron alguna manifestación de cardiopatía isquémica (Lloyd- Jones, Larson y Beiser, 1999). En nuestro entorno, se estima que cada año la enfermedad cardiovascular causa, en total, unos 4 millones de fallecimientos en Europa y 1,9 millones en la Unión Europea, la mayor parte por enfermedad coronaria (EC) (Nichols, et al., 2012). Lo que supone un 47% de todas

las muertes en Europa y el 40% de la Unión Europea. Ello conlleva un coste total estimado de la enfermedad cardiovascular en Europa de 196.000 millones de euros anuales, aproximadamente el 54% de la inversión total en salud que da lugar a un 24% de las pérdidas en productividad. La EC no solo afecta a los países desarrollados, es cada vez mayor en países no occidentales.

La American Heart Association (2010) ha estimado que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años en Estados Unidos padecían de cardiopatía isquémica (Go As et al., 2013). Ello corresponde a una prevalencia total de EC entre los mayores de 20 años del 6,4% (el 7,9% de los varones y el 5,1% de las mujeres). En lo que se refería al infarto de miocardio, la tasa de prevalencia fue estimada en el 2,9% (el 4,2% de los varones y el 2,1% de las mujeres).

Aunque la prevalencia de EC se incrementa con la edad tanto en varones como en mujeres, un estudio estadounidense, también basado en encuestas, mostró cierta variación en las últimas décadas en la relación de prevalencias varones: mujeres de mediana edad (35-54 años). Así, aunque la prevalencia fue más alta en los varones que en las mujeres tanto en 1994-1998 como en 1999-2004, en este periodo se observó una tendencia a una disminución de la prevalencia entre los varones y un incremento entre las mujeres (2,5 frente a 0,7 en 1998-1994 y 2,2 frente a 1,0 en 1999-2004) (Towfighi, Zheng y Ovbiagele, 2009). En todo caso, los datos más recientes siguen mostrando un contundente predominio masculino de la EC en general y el infarto de miocardio en particular en todos los grupos etarios (Go As et al., 2013).

La cardiopatía isquémica fue la principal causa de muerte de adultos en Estados Unidos, un tercio de todas las muertes de sujetos mayores de 35 años (Lloyd – Jones et al. 2010). La tasa de mortalidad es mayor en varones que en mujeres: 3 veces mayor en el grupo de 25-34 años y 1,6 veces mayor en el grupo de 75-84 años. En el caso específico del SCASEST, varios estudios han analizado el pronóstico en varones y mujeres. A pesar de que en las mujeres se asocia con mayor presencia de comorbilidades, tiene un pronóstico similar o incluso mejor que en los varones (Ergin, Muntner y Sherwin 2004). En lo que se refiere a diferencias raciales, la mortalidad por cardiopatía isquémica es mayor en la raza negra que en la blanca, aunque esas diferencias desaparecen hacia los 75 años. Entre la población hispana, la mortalidad coronaria no es tan alta como en la población negra y la caucásica.

Las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y por cardiopatía isquémica en particular, tanto en varones y mujeres como en blancos y en negros, ha caído en los países desarrollados entre un 24 y un 50% desde 1975, el descenso ha sido menor a partir de 1990 (Ergin, Muntner y Sherwin 2004; Lloyd – Jones et al., 2010). En Estados Unidos se ha registrado un descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular del 29% desde 1996 hasta 2006. Esta tendencia se observó tanto en la incidencia general de cardiopatía isquémica como en los eventos mortales, incluidos la muerte súbita y la muerte cardiaca no súbita (Fox et al., 2004).

Aproximadamente un 50% de la magnitud del descenso se puede atribuir a las mejoras en el tratamiento, tanto en las medidas de prevención secundaria tras

un evento coronario como en el manejo en la fase aguda de los SCA, el tratamiento para la insuficiencia cardiaca y la revascularización para la angina de pecho crónica. El otro 50% se ha atribuido a un mejor control de los factores de riesgo en la población general, como es la reducción del colesterol total (24%), la presión arterial sistólica (20%), el tabaquismo (12%) y el sedentarismo (5%) (Ford et al. 2007; OMS, 2017).

Estas mejoras en el control de los factores de riesgo en países desarrollados se han visto mermadas en cierta medida por un incremento en el índice de masa corporal medio y la prevalencia de diabetes mellitus, a los que se considera causa de aproximadamente un 18% de la mortalidad por cardiopatía coronaria. En general, en Estados Unidos se ha estimado una reducción de la mortalidad por cardiopatía isquémica desde los años setenta de un 63% en varones (de 331 a 121/100.000) y un 60% en mujeres (de 166 a 67/100.000) (Go As et al., 2013).

En la Unión Europea se ha reducido un 32% en varones (de 146 a 100/100.000) y un 30% en mujeres (de 64 a 45/100.000). En Europa del Este se ha observado mayor variabilidad, con algunos países que han mostrado un aumento en la mortalidad por cardiopatía isquémica a principios de los noventa, que se siguió de una importante reducción (Polonia y República Checa). La mayor tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica se cuantificó en Rusia (330 y 154/100.000 en varones y mujeres, respectivamente, desde 1995 a 1998). En general, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica es mayor en los países del centro y el este de Europa que en los del norte, el sur y el oeste (Nichols, et al. 2012; Townsend et al., 2012).

El consumo de tabaco, una dieta malsana y la inactividad física aumentan el riesgo de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. La realización de actividad física durante al menos 30 minutos todos los días de la semana ayuda a prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Comer al menos cinco raciones de frutas y hortalizas al día y limitar el consumo de sal a menos de una cucharilla al día también ayuda a prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares (OMS, 2017).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y dentro de estas, el infarto agudo de miocardio (IAM) han sido el mayor problema de salud y la principal causa de muerte en muchos países del mundo durante varias décadas. A inicio del siglo XX, estas provocaban menos del 10 % de todas las muertes en el mundo, y en el presente siglo, son las responsables de casi la mitad de los decesos en los países desarrollados, así como del 25 % en los países en vías de desarrollo (Townsend et al., 2012).

La OMS (2009) prevé que, en el 2020, la enfermedad isquémica del corazón (EIC) será responsable de 11,1 millones de muertes (Gaziano, 2006), por lo que su prevención constituye un reto para las autoridades sanitarias de todos los países del mundo (Murray y López, 1997). Motivo del aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares conllevan a una mayor incidencia de esta enfermedad.

Según Omran (2006) y Olshansky y Ault (2006) refiere que en la mayoría de los países del mundo están en la cuarta fase de la transición epidemiológica. Marrugat et al. (2008) y Medrano, et al. (2006) estimaron en el 2006, un total de 146 000 IAM por años en el Reino Unido, la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres y aumentaba con la edad. En Escocia e Irlanda, las tasas de incidencia son mayores que en el sur de Inglaterra. Davies y Smeeth. (2007) en España, la incidencia de IAM oscila entre 135-210 casos por cada 100 000 habitantes.

En Estados Unidos (EUA) se estima que ocurran 600 000 nuevos IAM cada año, de los cuales el 25 % serán silentes y 320 000 ataques recurrentes. El IAM constituye el 48 % de las EIC. (American Heart Association, 2010). Según Stamler y López, 1997), 3 millones de norteamericanos adultos presentaban anualmente los principales signos de la afección. Se planteó en el 2001 que el IAM aparece más tardíamente en mujeres, pero con formas de presentación clínicas más graves (Hursts, 2001).

El IAM es el principal rubro de la enfermedad isquémica cardiaca, constituyendo alrededor del 48 % en EUA y del 45 % el Ministerio de Salud de Cuba 2002 donde solo contamos con algunos estudios puntuales sobre la incidencia de IAM. Según Peñalver et al. (1999) en un estudio de seguimiento por 5 años, realizado en la refinería Níco López de 1 080 trabajadores, la incidencia fue de 2,3 por 1 000 habitantes en el periodo estudiado Uno de los proyectos realizados en Cuba, con el objetivo de reducir la incidencia por IAM, fue el proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles) (Orduñez- García y Espinoza-Brito, 2005) se implementó en la

provincia de Cienfuegos centra sus objetivos en la modificación de las formas de conductas individuales, y en la modificación de los patrones socioculturales de las comunidades que puedan aumentar la incidencia de esta enfermedad.

En Latinoamérica, esta entidad es responsable de 3 millones de años de discapacidad y de 9 millones de años de vida saludable, afectando a todos los estratos socioeconómicos. Por ello la necesidad de afrontar estrategias para reducir la prevalencia de la enfermedad coronaria, en EEUU al analizar la reducción de muertes por ECI en el período 1980 al 2000, el 47% es explicado por los avances en el tratamiento (tanto médico como de procedimientos intervencionistas), pero el 44% de esta reducción es producto de actuar en la prevención de los factores de riesgo cardiovascular (OMS/OPS, 2007; Orozco-Beltrán, 2012).

En Argentina, afirmaron los especialistas, que todavía queda mucho por hacer para reducir los tiempos de atención del paciente que está atravesando el infarto agudo de miocardio y así lograr una reducción en la mortalidad. Se estima que en el país se producen entre 40.000 y 50.000 infartos al año. Y de ese total, mueren unas 17.000 personas, según las últimas estadísticas vitales del Ministerio de Salud con los datos de 2015. Esto representa un fallecimiento cada tres episodios. Y al comparar los datos diez años para atrás, el panorama tampoco es alentador: en 2005 hubo 14.502 muertes, contra 17.130 en 2015, un 18% más en 10 años. Así la cifra de muertes viene creciendo a un ritmo mayor al de la tasa de población, que aumentó 11% en el mismo período, según datos del Banco Mundial (de 39,15 millones a 43,42 millones) (Ministerio de Salud Argentina, 2015).

En el Perú hay una transición demográfica y epidemiológica, producto del crecimiento económico de los últimos años y de la mejora en las condiciones generales de vida. Con ello, las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país también han ido cambiando, ubicando a la enfermedad coronaria isquémica como la principal causa de muerte de la población adulta, así como generadoras de la mayor carga de enfermedad (58.5%) (Ministerio de Salud MINSA, 2015).

En 1987 la primera causa de mortalidad eran las infecciones respiratorias y la cuarta causa de mortalidad era la enfermedad isquémica del corazón, pero para el año 2004, la enfermedad coronaria isquémica ya ocupaba el segundo lugar (25.7 por 100,000 habitantes), mayor en hombres (29.7) que en mujeres (21.7) (MINSA, 2010), y en el 2007 se mantenía en una segunda posición de mortalidad con una tasa de 44.8 por 100,000, después de las infecciones respiratorias agudas (MINSA, 2007). En el país la información sobre la enfermedad coronaria isquémica es escasa e incompleta, no se cuenta con cifras reales de la prevalencia a nivel nacional ni las características de dicha afección, por ello la Sociedad Peruana de Cardiología en el año 2006 realizó un primer registro a nivel nacional sobre infarto de miocardio agudo (RENIMA), con el cual se tuvo información para conocer nuestra realidad en infartos cardíacos (Reyes y Heredia, 2008).

La Sociedad Peruana de Cardiología (SPC) (2016). con la formación de este nuevo Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo II (RENIMA II) desea continuar contribuyendo al conocimiento de la realidad nacional de esta enfermedad y así poder generar recomendaciones para la toma de decisiones en salud pública. Por ello se estableció un registro sistemático y periódico de las

instituciones de salud, públicas y privadas, que atienden pacientes con infartos de miocardio agudos y conocer datos epidemiológicos, de manejo terapéutico, así como los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes que sufren un infarto de miocardio agudo en el Perú (Reyes y Ruiz, 2015).

La satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud (Zas, 1999) Actualmente hay poco consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta. Por tanto, las investigaciones en los últimos años han estado dirigidas a solventar dichos obstáculos. Hay autores como Wolf et al (1978). que abordó la satisfacción del usuario desde una perspectiva psicológica planteando dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la asistencia médica proporcionada. Por su parte, otros investigadores como Ware y Berwick, (1990) concebían que la evaluación que hace el paciente implica predominantemente dimensiones de carácter organizacional.

Los enfermeros que trabajan en unidades críticas, especialmente en los servicios de emergencia, basan su trabajo en competencias científicas y principios éticos, además de actitudes, aptitudes y habilidades; es en este personal donde el paciente al tenerlo frente a frente confía sus angustias, inquietudes, temores e inseguridades, por lo que el cuidado no se limita a ejercerse para y con el ser humano que cuida durante la jornada laboral o para los integrantes del equipo de salud con el que se planean programas de capacitación continua, tratamiento y rehabilitación; este cuidado se extiende mucho más allá de la rapidez y el óptimo cuidado con la que se realicen las funciones, dependiendo más de la calidad con la que se brinde el servicio (Gonzales, 2013).

En la actualidad el paciente que llega al servicio de emergencia requerir una atención más exigente, enfrentándose al personal, que en algunas oportunidades muestra indiferencia, actitudes negativas e incluso maltratos, aduciendo un sin número de razones, para que la atención que debe ser inmediata y de calidad. El paciente exige que se le preste servicios óptimos y oportunos, que no implique pérdida de tiempo y que respondan a sus necesidades, ello se traduce en satisfacción y por consiguiente el reconocimiento de la calidad del cuidado recibida porque “La calidad es la percepción que el cliente y/o su familia tienen de un producto o servicio que permiten determinar en qué grado un producto o servicio satisface las necesidades del consumidor” (MINSa, 2015).

El profesional de enfermería, como miembro de un equipo de salud, brinda un mejor cuidado enfermero acorde con los diversos cambios que se vienen dando, considerándose así que la calidad del servicio es parte fundamental del proceso de cuidado, con sus cuatro características preestablecidas: humana, oportuna, segura y continua; siendo por consiguiente la enfermera un profesional de presencia y compromiso social para potenciar la capacidad de gestionar el cuidado enfermero en las áreas de emergencia (Gonzales, 2013).

La necesidad de que los servicios de salud den prioridad al paciente es un reto para la organización por cuanto es ahí donde se identifican fortalezas y debilidades orientando la posibilidad de emprender medidas correctivas que redunden en su mejora. En este sentido la opinión del paciente respecto a la atención que recibe por parte del personal de enfermería es un aspecto a considerar

por los gestores para la mejora continua de los cuidados. La satisfacción es considerada como “una experiencia personal de cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que presentan los pacientes antes de ingresar a los servicios” (Mollon, et al., 2014).

En este sentido, oír lo que los pacientes tienden a relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que los gestores deben de tener en cuenta para la toma de decisiones y así propiciar la transformación e innovación del cuidado en el servicio, hecho que los pacientes y sus familiares exijan un compromiso renovado con la mejora del cuidado en organizaciones prestadoras de servicios de salud (Gonzales, 2013).

Los cuidados que brinda la enfermera son sumamente importantes por la opinión que el paciente tenga sobre ellas, las expectativas, percepciones sobre la credibilidad, el trato, así como la responsabilidad de darle seguridad al paciente, mostrada en la satisfacción de las necesidades fisiológicas, de seguridad, protección, de amor, pertenencia, respeto de lo que esperan del cuidado brindada por la enfermera. Sin dudas, la atención en situaciones de urgencias y emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema porque la oferta del servicio es permanente y continua y no siempre es posible satisfacer las demandas de todos.

Al ver el contexto de la realidad muchas veces escuchamos testimonios de pacientes que acuden al servicio de emergencia que refieren: “a veces la enfermera me grita..., no tiene paciencia..., demora en atenderme..., no me explica cuando

tengo algún procedimiento o el medicamento que me va aplicar..., no me saluda..., no responde a mis preguntas...”, entre otras expresiones. Por lo general, los pacientes llegan a las instituciones de salud en busca de ayuda, de comprensión y de atención, pero desafortunadamente muchos de ellos no sienten conformidad sobre esta experiencia. Consecuentemente a todo lo presentado y considerando que el profesional de enfermería debe contribuir con su atención a que el paciente logre que esta experiencia no se convierta en algo negativo que se suma a su enfermedad.

En tal sentido, esta investigación se justifica en la medida en que permitirá conocer la situación actual en la que el profesional enfermero brinda el cuidado al paciente. El presente trabajo de investigación será un aporte a la gestión del cuidado de enfermería, por cuanto se conocerá si la praxis diaria en el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia. Así mismo que la investigación sea como referente de consulta para los profesionales de enfermería y personal de salud en general.

Siendo enfermería una profesión cuyas funciones es cuidar las experiencias de vida y salud de los pacientes con la finalidad de satisfacer sus necesidades, recuperar su salud y reincorporarse a la vida útil es un reto y una expectativa de la enfermera donde su responsabilidad es imperativa.

Los servicios de emergencia se caracterizan por la gran demanda de atención, razón por la cual se genera una mayor exigencia hacia el profesional de enfermería, convirtiéndose en un reto de atender a los pacientes y en todos sus requerimientos

debido a la alta demanda que se presenta y al poco personal que se tiene, el cuidado brindado muchas veces no es el esperado ni para la enfermera como para el paciente. En la práctica clínica se ha podido observar que muchos de los pacientes se quejan de la atención recibida, otros tantos agradecen y reconocen la calidad del cuidado recibido, ante estas dos situaciones casi polarizadas, surge la necesidad de plantear la siguiente interrogante:

PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio y la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2018?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio y la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el Servicio de Emergencias del Hospital Belén de Trujillo 2018.

Identificar la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2018.

MARCO TEÓRICO

“La satisfacción del paciente por el servicio recibido ha adquirido notable importancia como indicador de la calidad de cuidado desde la década de 1980. Para que el cuidado que brinda la enfermera fuera de calidad, se requiere la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos, de relaciones interpersonales y de un ambiente físico agradable” (Paiva, et al., 2007 y Mollon, et al., 2014).

A partir de la inclusión de una concepción biopsicosocial del hombre dentro del trabajo interdisciplinario en los hospitales y del interés que se ha despertado en los clínicos por la calidad de los servicios sanitarios, actualmente se está abriendo paso a una nueva estrategia de organización y diseño de los procesos médico-asistenciales, en la cual se hace hincapié que la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera un indicador fundamental de la calidad de la asistencia proporcionada, “entendida como una medida de eficacia, confort, pertinencia y control del funcionamiento del sistema sanitario” (Donabedian, 1996; Monteagudo, et al., 2003).

Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida (Linder- Pelz, 1982) La importancia de su evaluación está dada por varias razones (Hardy y West, 1996): a) la medida de dicha variable permite conocer las percepciones del cliente acerca de los estilos de prácticas, de los aspectos administrativos y de las modalidades de tratamiento (Rubin et al., 1993); b) la satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento del tratamiento; c) los niveles de

satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad y, por tanto, conlleva una competitividad en el mercado, lo que tiene implicaciones en costes e imagen institucional (Monteagudo et al., 2003), y d) monitorizar la satisfacción es necesario considerando que el paciente depende de la eficacia del sistema. A esto se debe agregar que, debido a las condiciones sociodemográficas de los países en vías de desarrollo, como es el caso de Perú, en ocasiones el paciente no tiene alternativas de acudir a otros centros de salud (Crisis de la Salud Pública, 2004).

La satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud (Zas, 1999). Actualmente hay poco consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta. Por tanto, las investigaciones en los últimos años han estado dirigidas a solventar dichos obstáculos. Hay autores (Wolf, Putman, James y Stiles, 1978) que abordan la satisfacción del paciente desde una perspectiva psicológica planteando dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la asistencia proporcionada. Por su parte, otros investigadores (Ware y Berwick, 1990) conciben que la evaluación que hace el paciente implica predominantemente dimensiones de carácter organizacional.

Hardy et al. (1996) englobaron tanto factores psicológicos como gerenciales en un estudio realizado en Inglaterra, con la finalidad de construir un instrumento de medición y establecer qué aspectos de la experiencia hospitalaria predecían la satisfacción del paciente. A partir de un cuestionario de 100 reactivos encontraron que la satisfacción podría estar compuesta por dos grandes dimensiones:

organizacional y proximal-individual. La primera se refiere a componentes propios del funcionamiento de la institución sanitaria, y determina 3 aspectos: socialización (cuidado médico y de enfermería), participación (labor del personal secundario) y facilidades (características ambientales). La segunda dimensión se refiere a la satisfacción del paciente enfocado desde el ángulo subjetivo del usuario, y determinaba 3 subcomponentes: proceso general de cuidado (valoraciones generales de la atención recibida), salud física percibida (mejorías físicas) y bienestar psicológico (sentimientos generales).

El concepto de satisfacción varía en función del tipo de prestación de que se trate, va directamente relacionada con el componente afectivo, actitudinal para el cuidado de enfermería y que conceptualmente puede explicarse, por la diversidad de expectativas que tiene el paciente y donde la diferencia clave entre percepción y expectativa es el elemento fundamental (Donabedian, 2001).

La satisfacción es el deseo, que se expresa en comportamientos que desde la postura del paciente exige seguridad, confianza y desde la postura de la profesional enfermera requiere de tiempo, empatía y tecnología para brindar un cuidado de calidad (Larson, 1989) La enferme tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, su desempeño por un cuidado de calidad (Fritas, 2012).

Las actividades que enfermería realiza están encaminadas a evaluar si los resultados o logros alcanzados son los esperados por el paciente que recibe los

servicios. La meta final del proceso de cuidado de enfermería es la satisfacción del paciente, a través de una atención apropiada y oportuna. El cuidado que enfermería que brinda al paciente en respuesta a sus necesidades debe superar sus expectativas para que cada uno de los movimientos del profesional, desde el ingreso hasta el alta del paciente lo satisfagan. Toda queja, demanda o inconformidad de un paciente con respecto a la atención debe investigarse y estudiar las causas que la motivaron (Larson, 1993).

La satisfacción del paciente no es más que un proceso de evaluación continuo del cuidado flexible, basado en datos que se enfocan en los derechos de los pacientes, en los resultados de cuidado, en la percepción de satisfacción del paciente y de otros. Los componentes más importantes de este proceso incluyen: condiciones revisadas de participación, un instrumento de evaluación estándar y medidas de resultados centrados en el paciente que sean válidos, confiables y con expectativas de desempeño apoyados en los resultados que a su vez van a estimular la calidad del cuidado (Afanador, 2001).

Según Pascoe (1983) refiere que la satisfacción es una evaluación personal del servicio recibido, basado en patrones subjetivos de orden cognitivo y afectivo y están establecidos por la comparación entre la experiencia vivida y los criterios subjetivos del usuario. Esos criterios incluyen la combinación de los siguientes elementos: un ideal del servicio, una noción del servicio merecido y una medida de las experiencias basadas en situaciones de servicios.

El estado de satisfacción tiene una influencia positiva en el bienestar físico, mental y social en beneficio del paciente en la institución de salud. El servicio de salud tiene la obligación de atender la salud de los pacientes y fomentar la capacidad de vivir en un mundo en el que constantemente se deben coordinar los esfuerzos para evitar los riesgos de enfermar, prolongando la vida y estimulando el mejoramiento de estilos de vida saludables (Capetillo et al., 2000).

La percepción de comportamientos de cuidados se ha dirigido a aspectos puntuales de conocer la percepción del comportamiento del cuidado en la interacción enfermera-paciente. La percepción de los comportamientos del cuidado Larson, (1993), refiere que “la expresión y la percepción o comportamientos son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre la enfermera y el paciente”. Es importante considerar que la percepción de la experiencia vivida cuando se recibe o da cuidado tiene influencia de múltiples factores sociales, personales, históricos y culturales.

Los pacientes perciben de los servicios de salud evidencia que le genera insatisfacción e inseguridad como el tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el paciente, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los médicos entre otros (Pascoe, 1983; Caminal, 2001).

Para satisfacer al paciente el profesional de enfermería identifica al paciente como ser único y holístico evidenciándose en todo el proceso de cuidado tendientes a mejorar las condiciones de salud específicas del paciente que se está interviniendo, así como de ejecutarlos de manera oportuna e informando de estas situaciones asertivamente al sujeto de cuidado, ya que de una intervención oportuna depende el éxito en la modificación de una situación esperada (Capetillo et al., 2000).

El cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería Patigozo (2000) no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservar la humanización en nuestra práctica, en la formación, investigación y gestión de los cuidados (Abades y Porcel 2007) La enfermería posee un saber científico, habilidad técnica y comportamientos y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente (Medina, 2016). Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

Watson (1979) En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual, y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal. Los elementos filosóficos más importantes de su teoría son el alma, el dualismo, la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual y la auto trascendencia.

La práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores caritativos relacionados con la ciencia del cuidar (Watson, 2002).

“La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol (Watson, 2001).

“El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. Watson, (2002) considera que el cuidar debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás. Un sistema de valores humanista-altruista se integra cuando uno es joven, y continúa creciendo y madurando.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también

a la enfermera como transmisora de él. La satisfacción del cuidado está directamente relacionada con la percepción que tiene el paciente frente a los cuidados que le brinda el personal de enfermería.

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humanos y sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos que alimenten un cuidado de calidad y sensibilidad humana que le reporte crecimiento como persona y profesional generando un impacto transformador en el sistema de salud (Abades y Porcel, 2007).

Según Donabedian (1989) calidad es el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención, y se proponen tres elementos: aspectos científico-técnicos, relaciones interpersonales y del entorno o ambiente en el que se desarrolla el proceso de atención. Cada uno de estos tres elementos si bien se relacionan entre sí, puede ser analizado de manera individual y tienen sus características propias.

La calidad del manejo técnico científico depende del balance de los riesgos y beneficios esperados. Aquí entran en juego los actores que participan en el proceso de atención del servicio, en primera instancia los profesionales que prestan el servicio directamente, en este caso los profesionales de enfermería que brindan el cuidado y profesionales de medicina quienes diagnostican y prescriben el tratamiento o la conducta a seguir. Además, otros profesionales de la salud quienes

interviene en los diferentes procesos: nutricionistas, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio (Donabedian, 1990).

Por otro lado, el proceso interpersonal consiste en la conformidad con las legítimas expectativas del paciente y las normas sociales y profesionales. El entorno (Donabedian, 1993) también en el que se desarrolla la presentación de los servicios es importante ya que su accesibilidad, la comodidad y todo lo relacionado con características locativas son condiciones necesarias, tanto para los que reciben el servicio como para los que lo brindan.

El infarto de miocardio agudo (IMA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y también de discapacidad en los sobrevivientes. En general los síndromes coronarios agudos son la causa más prevalente de muerte en pacientes hospitalizados por otras condiciones médicas.

Para la tercera definición universal de Infarto de miocardio (Thygesen et al., 2012) este es definido en la patología como la muerte celular miocárdica debido a isquemia prolongada. Después de la aparición de la isquemia miocárdica, la muerte celular histológica no es inmediata, sino que tiene un período finito de tiempo para desarrollar tan poco como 20 min, o menos en algunos modelos animales. Se tarda varias horas antes de la necrosis miocárdica para que pueda ser identificada macroscópica o microscópicamente en el examen post-mortem. La completa necrosis de las células del miocardio en riesgo requiere al menos dos a cuatro horas, o más, dependiendo de la presencia de la circulación en la zona isquémica.

El proceso entero dando lugar a un infarto curado suele tardar al menos 5-6 semanas.

MARCO EMPIRICO

Feldman et al. (2017) Reportó en su investigación sobre La Satisfacción del paciente hospitalario Venezuela: una propuesta de evaluación, reportaron que la evaluación de la labor y actitud del personal de enfermería y del personal médico, las condiciones ambientales de la hospitalización, la mejoría física percibida, información médica proporcionada y valoración del rendimiento del servicio, como una herramienta promisorio para la medición válida y confiable de la satisfacción del paciente, plantearon un conjunto de recomendaciones con la finalidad de fortalecer el instrumento en investigaciones futuras.

Urbina et al. (2016) En la investigación sobre la Satisfacción del Cuidado Enfermero en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros Tamaulipas, México concluyeron que, la implementación del cuidado de Enfermería en las áreas de diálisis peritoneal y hemodiálisis resultaba satisfactoria para el derecho habiente, contándose con amplias áreas de oportunidad para mejora.

Camero, Ramírez, Restrepo y Sánchez, (2016) En su investigación sobre Cuidados de la enfermera según la percepción de los pacientes y las enfermeras Colombia, reportaron que los pacientes otorgaron mayor puntuación a las dimensiones de calidad técnica del cuidado, resultado del cuidado y disponibilidad del cuidado, a quienes le dieron menos puntuación a la continuidad del cuidado y

arte del cuidado, afirmaron que los pacientes percibieron de manera positiva el cuidado de enfermería en lo relacionada con la técnica y el resultado de los procedimientos. El grupo de enfermeras otorgaron mayor puntuación a las dimensiones técnica del cuidado, arte del cuidado, y disponibilidad del cuidado, seguido de los resultados del cuidado, dándole menos puntuación a la continuidad del cuidado. Concluyendo que les fue posible afirmar que los pacientes y las enfermeras percibieron de manera positiva el cuidado de enfermería en lo relacionado con la técnica y el resultado de los procedimientos.

Tenemaza (2015) en su estudio sobre el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el periodo octubre 2013-2014 en el Hospital San Juan de la ciudad de Riobamba Ambato Ecuador, reportaron los siguientes resultados que el 20 % nunca estuvieron satisfechos, 26 % pocas veces satisfechos, 40% regularmente satisfechos con la atención del personal de enfermería recibida, 7% muchas veces satisfecho, y el 7% siempre satisfecho.

Ahmed y Cols. (2014) realizaron un estudio sobre niveles de satisfacción de pacientes adultos con cuidados de enfermería en los hospitales públicos seleccionados en Etiopía reportando que, el 52.75% estuvieron satisfechos con el cuidado de enfermería y el 47.25% insatisfechos, el 62.71% satisfechos para las características del anciano y satisfechos en 55.67% para las actividades del cuidado, satisfechos en 44.85% para la cantidad de información dada y satisfechos en 55.15% para todo el ambiente de cuidado.

Santana de Freitas y cols. (2013) realizaron un estudio sobre Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil, encontraron que los pacientes mostraron estar satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educación. A pesar del déficit de calidad, encontraron un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos.

Estrada y Ordoñez (2013) En su investigación sobre la Calidad en la atención de paciente con enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial) en la IPS Pública Pasto Mariño, Colombia, reportaron que los pacientes encuestados tenían una edad promedio de 68 años en su mayoría mujeres. con oportunidad de citas médicas de 2 días según los indicadores y según la percepción de los pacientes crónicos con Hipertensión Arterial fue de un rango de 4 a 6 días. Generalmente estuvieron conformes con la atención brindada y con lo ordenado en cada consulta; la mayoría de ellos pensaban que con la asistencia a cada cita médica se mantenían controlados su enfermedad e incrementaban su calidad de vida, existió un grado de insatisfacción medio en cuanto al trato brindado por el personal de salud que atendía en la Institución.

NACIONAL

Oblitas Pérez y Gonzales (2015) en su investigación referente a Actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en uno de los servicios de Medicina de Mujeres y Ginecología Hospital de Chiclayo reportó que la “Disposición para el cuidado del paciente oncológico hasta sus últimos días de

vida” y “Reconociendo limitaciones: en escasez de personal”. Los sentimientos revelados por la enfermera en el cuidado del paciente oncológico en fase terminal fueron: tristeza, impotencia y frustración ante el proceso degenerativo del paciente y el dolor del familiar; pese a ello, la enfermera brindó cuidados en todas las dimensiones del ser humano, tratando de que alcance una muerte digna, a pesar de las limitaciones por el poco personal que dificulta el cuidado tranquilo al final de la vida.

Yupanqui (2014) en un estudio sobre el Nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia en el hospital de Barranca, Cajatambo, llegaron a los siguientes resultados que el 52% estuvieron medianamente satisfecho, 26% insatisfecho y el 22% satisfecho; en la dimensión interpersonal, el 56% estuvieron medianamente satisfecho, 23 % satisfecho y el 21% insatisfecho; en la dimensión técnica el 58% medianamente 21 satisfecho, 22% insatisfecho y el 20% satisfecho; en la dimensión infraestructura y/o entorno el 54% medianamente satisfecho, 26% satisfecho y el 20 %insatisfecho.

Atencio (2014) reportó en su investigación sobre el Nivel de satisfacción del paciente adulto acerca del cuidado enfermero en el centro quirúrgico del HRDCQDAC-Huancayo que el 48% estuvieron medianamente satisfecho, 30% insatisfecho y el 22% satisfecho. En la dimensión humana el 57% medianamente satisfecho, 25% insatisfecho y el 18% satisfecho; en la dimensión oportuna el 57% medianamente satisfecho, 25% insatisfecho y el 18% satisfecho; en la dimensión continua, el 68% medianamente satisfecho, 20% insatisfecho y el 12% satisfecho;

y en la dimensión segura, el 60% medianamente satisfecho, 20% insatisfecho y el 20% satisfecho.

Oliva (2013) estudió sobre Nivel de Satisfacción del paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque reportando que los pacientes consideraron como mayor prioridad en el cuidado de enfermería postoperatoria la seguridad y protección con un 54% y un 26% en necesidades fisiológicas contra un 20% pacientes que prefieren protección y amor. También obtuvieron los resultados según las expectativas de los pacientes en el servicio el 88% fueron satisfechos y un 12% insatisfechos.

González (2013) en su investigación sobre el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía de adultos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao reportaron que el 100% de los pacientes tuvieron un nivel de satisfacción media. En cuanto a la dimensión humana 51% presentaron nivel de satisfacción alta, 46% media y 3% bajo, acerca de la dimensión oportuna, 67.8 % tuvieron nivel de satisfacción media, 18.6 % baja y 13.6 % alta; sobre la dimensión segura 72.9 % presentaron nivel de satisfacción media, 23.7 % baja y 3.4 % alta; referente a la Dimensión continua 83 % tuvieron un nivel de satisfacción baja y 17 % media.

Fritas del Águila y Meza Paima (2012) realizaron un estudio sobre Satisfacción con los cuidados de enfermería de pacientes del servicio de cirugía del Hospital II-

2 MINSA en Tarapoto, encontraron que el 48,3% se encontraba regularmente satisfechos, el 15,5% satisfecho y el restante 36,2% muy satisfecho.

LOCAL

Quispe y Sandoval (2017) reportaron en su investigación sobre Calidad de Cuidado del profesional de enfermería y Satisfacción del paciente adulto hospitalizado en el Hospital Leoncio Prado – Huamachuco, que el 4.2% de pacientes adultos hospitalizados percibieron un nivel bajo de calidad de cuidado del profesional de enfermería, el 84.5% nivel medio, mientras que el 11.3% percibieron un nivel óptimo. El 1.4% de pacientes adultos hospitalizados estaban con un nivel bajo de satisfacción, un 85.9% nivel medio, y el 12.7% nivel alto; el 77.5% de los pacientes percibieron un nivel medio de calidad de cuidado de enfermería y nivel medio de satisfacción. Es decir que la calidad de cuidado del profesional de enfermería está directamente relacionada con la satisfacción del paciente adulto hospitalizado, ello demostró la relación altamente significativa entre las variables de estudio

Alva y Tirado (2016) en su investigación sobre Satisfacción del paciente pos operado inmediato sobre el cuidado de Enfermería del servicio de Cirugía del hospital Regional Docente de Trujillo, que el 67.5% mostraron estar satisfecho con el cuidado recibido, mientras que el 32.5% restante insatisfechos y según las diferentes características divididas en dimensiones encontraron que en la dimensión accesibilidad el 62.5% se mostraron satisfecho y el 37.5% insatisfecho; en explica y facilita el 47.5% satisfecho y el 52.5% insatisfecho; en conforta el 37.5% satisfecho y el 62.5% insatisfecho, en se anticipa el 37.5% satisfecho y el 62.5%

insatisfecho, en mantiene relación de confianza el 40% satisfecho y el 60% insatisfecho y para la dimensión monitorea y hace seguimiento el 67.5% satisfecho y el 32.5% insatisfecho. Concluyendo que los pacientes del servicio de cirugía se sentían satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatoria recibida.

Sifuentes (2016) en su investigación sobre Satisfacción del usuario y Calidad del Cuidado de enfermería en el servicio de cirugía Hospital Regional Docente de Trujillo llegaron a las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje (51 %) de los usuarios hospitalarios presentaron nivel poco satisfactorio de la calidad del cuidado de enfermería, el 27.8 % un nivel satisfactorio del cuidado, solo el 5.2 % tenían un nivel muy satisfactorio y un significativo 16% presentaban insatisfacción del cuidado de enfermería. La mayoría de los usuarios hospitalizados (72.2%) refirieron haber recibido regular calidad de cuidado de enfermería, el 17.0% buena calidad y el 10.8% mala calidad de cuidado, concluyeron que sí existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de satisfacción del usuario y la calidad de cuidado de enfermería.

Quispe (2016) en su investigación sobre Satisfacción del usuario en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo en una muestra conformada por un total de 152 pacientes, de los cuales 92(60.5%) son mujeres y 60 (39.5%) son hombres, reportaron un nivel de satisfacción alto en 82.9%, medio 17.1%; no presentaron bajo nivel de satisfacción, concluyendo que la mayoría de los pacientes atendidos en la clínica de la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo presentaron un alto nivel de satisfacción con la atención.

Becerra y Tacilla (2015) en su investigación sobre Percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés del paciente hospitalizado en los servicios de Medicina Hospital Regional Docente de Trujillo, llegaron a las siguientes conclusiones: El 65% de los pacientes hospitalizados percibieron un cuidado humanizado de enfermería regular, el 22% malo, y el 13% bueno; El 72% de los pacientes hospitalizados presentaron un nivel de estrés alto, el 15% presentaron un nivel de estrés medio, y el 13% bajo; Según la prueba estadística chi cuadrado (X^2) evidenciaron que no existió relación entre variables ($p=0.148$).

Fabián (2015) en su investigación sobre el Nivel de Satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada. Hospital Jerusalén – La Esperanza, concluyeron que el nivel de satisfacción percibida del cuidado enfermero en la persona hospitalizada fue medio, con el 42%, relación al nivel de la calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada fue alto, con un 44%, los resultados demostraron que si existió relación significativa entre ambas variables.

Meléndez (2015) en su investigación sobre Calidad del Servicio del personal administrativo y Satisfacción del paciente en el dpto. de hospitalización del hospital Belén de Trujillo, señalaron que el 82% del personal administrativo del departamento de hospitalización poseía una alta calidad de servicio, por tanto, el nivel predominante de calidad de servicio fue alto. El 57% de los pacientes estudiados poseían un nivel regular de satisfacción, por tanto, el nivel predominante de satisfacción del paciente fue regular, concluyó que la calidad del servicio del

personal administrativo se relacionaba positivamente con la satisfacción del paciente.

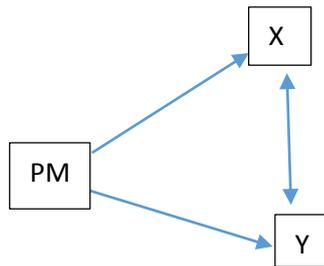
Campos y col (2014) en su investigación sobre Calidad del Cuidado de Enfermería en la Seguridad Integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio centro quirúrgico y de la unidad de recuperación postanestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo concluyeron que en la fase preoperatoria fue bueno el nivel de calidad del cuidado de enfermería en lo referente a la seguridad integral del paciente fue solo 37%, en la fase transoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente fue solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente fue solo 70%, concluyeron que el promedio de la fase Perioperatoria fue del 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico.

García -Alvarado y García- Vera (2013) en su investigación sobre Calidad de Cuidado en Enfermería y grado de Satisfacción del paciente hospitalizado del servicio de Medicina Hospital Regional Docente de Trujillo llegando a los siguientes resultados: el 69.2 por ciento de pacientes recibieron calidad de cuidado de enfermería de nivel medio, el 26.9 por ciento de nivel óptimo y el 3.8 por ciento de nivel bajo. Del total de los pacientes hospitalizados el 63.5 por ciento de pacientes estaban insatisfechos mientras que el 36.5 por ciento satisfechos.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, correlacional se realizó con los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo entre los meses de marzo a julio 2018.



PM =pacientes con IAM

X= Grado de Satisfacción

Y= Calidad de Cuidado de Enfermería

r= relación

2.2 UNIVERSO MUESTRAL

Estuvo constituida por 60 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio de ambos sexos atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo, entre los meses de marzo a julio 2018 que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, fue una muestra por conveniencia por cuando los reportes de la Oficina de Estadística del Hospital indicó que la afluencia de pacientes fue de 3 pacientes por semana por 5 meses que cumplieron con los criterios de selección establecidos .

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes:

Con diagnóstico de Infarto agudo de Miocardio

Atendidos en el consultorio de Medicina y recuperación del consultorio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo

Mayores de 18 años

Con permanencia en el servicio más de 48 horas

Lucidos orientados en tiempo espacio y persona

Que aceptaron participar voluntariamente en la investigación

2.4 UNIDAD DE ANALISIS

Estuvo constituido por cada uno de los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo.

2.5 INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron fueron

A. Grado Satisfacción del Paciente cuyo autor fue Hardy y West, (1996) modificado por la autora consta de 15 preguntas con alternativas de Totalmente en Desacuerdo 1 punto, Parcialmente en Desacuerdo 2 puntos, Indiferente 3 puntos, Parcialmente de Acuerdo 4 puntos, y Totalmente de Acuerdo 5 puntos. Categorizando la variable

Bajo Grado de Satisfacción: menos de 30 puntos

Medio Grado de Satisfacción: de 30 a 44 puntos

Alto Grado de Satisfacción: 45 a 75 puntos

B. Calidad de Cuidado de Enfermería al paciente, instrumento elaborado por Watson (2001) modificado por la autora consta de 14 preguntas con alternativas de respuesta de SI (Se Realiza): 2 puntos, NO (Se Realiza): 1 punto categorizando la variable:

Mala calidad de Cuidado: menos de 14 puntos.

Buena Calidad de Cuidado: 14 a 28 puntos.

2.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

PRUEBA PILOTO

Para realizar la validez de los instrumentos se realizó una prueba piloto a 10 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio que ingresaron al servicio de emergencia, pero que no fueron parte de la población muestral con el propósito de evaluar el instrumento de medición en lo correspondiente a la redacción de los instrumentos y verificar la relación de ítems ítems, usando la prueba estadística de Correlación de Pearson para la Validez.

VALIDEZ

Test	Número de casos	Valor de Correlación de Pearson	Probabilidad (p)	Test Escala
Satisfacción del paciente	10	0.66		15
Calidad de Cuidado	10	0.78		14

CONFIABILIDAD

Se determinó a través de la prueba estadística del coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados:

Test	Valor de Alpha de Cronbach	Número de casos	Número de ítems
Satisfacción del paciente	0.70	10	15
Calidad de Cuidado	0.71	10	14

2.7 PROCEDIMIENTO

Para realizar la presente investigación se coordinó con el director del Hospital Belén de Trujillo para obtener la autorización de la ejecución del presente trabajo de investigación. Así mismo se coordinó con la enfermera jefe del departamento de enfermería sobre el apoyo correspondiente y la enfermera jefe del servicio de emergencia para la ejecución del mismo, y poder seleccionar la población muestral de acuerdo a los criterios de selección establecidos, a quienes se les aplicó los dos cuestionarios sobre Grado de Satisfacción del paciente y Calidad de Cuidado de Enfermería a través de la técnica de la entrevista en un tiempo de 20 a 25 minutos para cada uno de ellos, considerando en todo momento los principios éticos de libre participación y confidencialidad (anexo 05). Finalizada la recolección de datos se procedió a realizar el procesamiento de la información para su informe final.

2.8 TABULACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS (The Statistical Package For The Social Sciences) versión 20 y posteriormente se presentan los resultados en tablas estadísticas de una y doble entrada de acuerdo a los objetivos planteados. Para el análisis de los resultados se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson $p < 0.05$.

2.9 PRINCIPIOS ETICOS

Durante el desarrollo de la presente investigación se cumplieron con los principios éticos siguientes:

Anonimato: se aplicó los instrumentos indicándoles que la investigación es anónima y que la información obtenida solo para fines de la investigación.

Privacidad: toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesta y siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad: se informó a los pacientes los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento informado: solo se trabajó con los pacientes que aceptaron voluntariamente participar en la presente investigación (Anexo 05).

2.10 DEFINICION CONCPETUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE 1

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Define como la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención recibida (Hardy y West,1996).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Bajo Grado de Satisfacción: menos de 30 puntos

Medio Grado de Satisfacción: de 30 a 44 puntos

Alto Grado de Satisfacción: 45 a 75 puntos

VARIABLE 2

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: CALIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

El Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, el cuidado implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. La satisfacción del cuidado está directamente relacionada con la percepción que tiene el paciente frente a los cuidados que le brinda el personal de enfermería (Watson, 2001).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Mala calidad de Cuidado: menos de 14 puntos

Buena Calidad de Cuidado: 14 a 28 puntos

III. RESULTADOS

Tabla 01

GRADO DE SATISFACCIÓN DE 60 PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2018.

GRADO DE SATISFACCIÓN	Nº	%
Bajo	16	27.0
Medio	26	43.0
Alto	18	30.0
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario grado de satisfacción HBT 2018

TABLA 02

CALIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018

NIVEL DE CALIDAD DE CUIDADO	N°	%
Mala	22	37.0
Buena	38	63.0
Total	60	100.0

Fuente: Calidad de cuidado de enfermería HBT 2018

TABLA 03

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE 60 PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2018

GRADO DE SATISFACCION	CALIDAD DE CUIDADO					
	MALA		BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	12	21.0	4.0	6.0	16	27.0
MEDIO	5	8.0	21	35.0	26	43.0
ALTO	5	8.0	13	22.0	18	30.0
TOTAL	22	37.0	38	63.0	60	100.0

Fuente: Grado de satisfacción y calidad de cuidado de enfermería HBT 2018

Pearson= 34.0902 pr = 0.000

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

TABLA 01

Muestra la distribución de 60 pacientes con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo según grado de satisfacción encontrando que el 43 por ciento de los pacientes refieren un grado de satisfacción medio, el 30 por ciento alto y el 27 por ciento bajo.

Resultados que coinciden con los reportados por Urbina et al. (2016) en la investigación sobre la Satisfacción del Cuidado Enfermero en pacientes con enfermedad renal crónica de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros Tamaulipas, México concluyeron que, la implementación del cuidado de Enfermería en las áreas de diálisis peritoneal y hemodiálisis resultaba satisfactoria para el derecho habiente, contándose con amplias áreas de oportunidad para mejora.

En la investigación reportada por Feldman et al. (2017) sobre satisfacción del paciente hospitalario en Venezuela concluyeron que una propuesta sobre la evaluación de la labor y actitud del personal de enfermería, las condiciones ambientales de la hospitalización, la mejoría física percibida fue una herramienta promisorio para la medición válida y confiable de la satisfacción del paciente.

Los resultados reportados por Tenemaza (2015) en su estudio sobre el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el periodo octubre 2013-2014 en el Hospital San Juan de la ciudad de Riobamba Ambato Ecuador, el 20 % nunca estuvieron satisfechos, 26 % pocas veces

satisfechos, 40% regularmente satisfechos con la atención del personal de enfermería recibida, 7% muchas veces satisfecho, y el 7% siempre satisfecho, coinciden con los reportados en la presente investigación.

Si bien no es un reporte sobre pacientes con infarto agudo de miocardio es un resultado que Ahmed, y sus Cols. (2014) realizaron sobre niveles de satisfacción de pacientes adultos con cuidados de enfermería en los hospitales públicos seleccionados en Etiopía reportando que, el 52.75% estuvieron satisfechos con el cuidado de enfermería y el 47.25% insatisfechos, el 62.71% satisfechos para las características del anciano y satisfechos en 55.67% para las actividades del cuidado, satisfechos en 44.85% para la cantidad de información dada y satisfechos en 55.15% para todo el ambiente de cuidado, articulando la satisfacción del paciente con el cuidado recibido.

Así mismo Yupanqui (2014) en un estudio sobre el Nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia en el hospital de Barranca, Cajatambo, llegaron a los siguientes resultados que el 52% estuvieron medianamente satisfecho, 26% insatisfecho, resultados que coinciden con los reportados en la presente investigación.

Santana de Freitas y sus cols. (2013) realizaron un estudio sobre Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil, encontraron que los pacientes mostraron estar satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados:

técnico-profesional, confianza y educación. A pesar del déficit de calidad, encontraron un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos.

TABLA 02

Muestra la distribución de 60 pacientes referente a la calidad de cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia Hospital Belén de Trujillo, encontrando que el 63 por ciento de los pacientes refieren una calidad de cuidado buena, y el 37 por ciento mala

Oblitas; Pérez y Gonzales (2015) en su investigación referente a Actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en uno de los servicios de Medicina de Mujeres y Ginecología Hospital de Chiclayo reportaron que, los informantes: 10 enfermeras, 11 pacientes y 7 familiares cuidadores, “Manifestaron sentimientos frente a la proximidad de la muerte de la persona cuidada”, “Disposición para el cuidado del paciente oncológico hasta sus últimos días de vida” y “Reconociendo limitaciones: en escasez de personal”, la enfermera brindó cuidados en todas las dimensiones del ser humano, tratando de que alcance una muerte digna, a pesar de las limitaciones por el poco personal que dificulta el cuidado tranquilo al final de la vida resultados que coinciden con los reportados en la presente investigación.

Atencio (2014) reportó en su investigación sobre el Nivel de satisfacción del paciente adulto acerca del cuidado enfermero en el centro quirúrgico del HRDCQDAC-Huancayo que el 70% estuvieron satisfecho con el cuidado de

enfermería recibido, 30% insatisfecho, resultados que coinciden con los reportados en la presente investigación.

Los resultados de la presente investigación coinciden con los reportados por Oliva (2013) en él estudió sobre Nivel de Satisfacción del paciente adulto pos-operado respecto al cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque reportando que los pacientes consideraron como mayor prioridad en el cuidado de enfermería postoperatoria la seguridad y protección con un 54% y un 26% en necesidades fisiológicas contra un 20% pacientes que prefieren protección y amor.

Así mismo, González (2013) en su investigación sobre el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía de adultos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao reportaron que el 100% de los pacientes tuvieron un nivel de satisfacción media sobre los cuidados recibidos, resultados similares con los de la presente investigación.

Fritas del Águila y Meza Paima (2012) realizaron un estudio sobre Satisfacción con los cuidados de enfermería de pacientes del servicio de cirugía del Hospital II-2 MINSA en Tarapoto, encontraron que el 48,3% se encontraba regularmente satisfechos, el 15,5% satisfecho y el restante 36,2% muy satisfecho con los cuidados recibidos, resultados que no coinciden con los reportados en la presente investigación.

Por lo que se puede inferir que el cuidado constituye un modo de ser, el cuidar, significa solicitud, preocupación por el estar con los demás. El cuidar es un proceso que abarca el desarrollo; cuidar es ayudar a crecer, a realizarse y, para eso, existe un patrón común; al cuidar se experimenta al otro ser, considerando sus capacidades y necesidades de crecimiento. En el proceso de ayudar al otro a crecer, permanece la idea de que ese ser llegue a cuidar también de algo o de alguien, así como de sí mismo (Watson, 2001).

TABLA 03

Muestra relación entre el grado de satisfacción de 60 paciente con infarto agudo de miocardio y la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo, encontrando que el 35 por ciento de los pacientes que tiene un grado de satisfacción medio refieren recibir una calidad de cuidado buena, el 22 por ciento con grado de satisfacción alto reciben también calidad de cuidado buena; el 21 por ciento de los pacientes que tiene un grado de satisfacción bajo reciben una calidad de cuidado mala, al aplicar la prueba estadística de Pearson $p=0.000$ muy significativa la relación.

Resultados que coinciden con los reportados por Quispe y Sandoval (2017) en su investigación sobre Calidad de Cuidado del profesional de enfermería y Satisfacción del paciente adulto hospitalizado en el Hospital Leoncio Prado – Huamachuco, que la calidad de cuidado del profesional de enfermería está directamente relacionada con la satisfacción del paciente adulto hospitalizado, cuya relación fue altamente significativa entre las variables de estudio.

Alva y Tirado (2016) en su investigación sobre Satisfacción del paciente pos operado inmediato sobre el cuidado de Enfermería del servicio de Cirugía del hospital Regional Docente de Trujillo, concluyeron que existe relación significativa entre ambas variables, es decir que los pacientes del servicio de cirugía se sentían satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatorio recibido.

Los resultados de la investigación reportados por Sifuentes, (2016). en su investigación sobre Satisfacción del usuario y Calidad del Cuidado de enfermería en el servicio de cirugía Hospital Regional Docente de Trujillo donde concluyeron que sí existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de satisfacción del usuario y la calidad de cuidado de enfermería, coinciden con los de la presente investigación.

Fabián (2015) en su investigación sobre el Nivel de Satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada del Hospital Jerusalén – La Esperanza, concluyeron que si existió relación significativa entre el nivel de satisfacción percibida del cuidado enfermero en la persona hospitalizada.

Todo cuidado ofrecido en los diferentes escenarios de servicio debe ser dirigido a satisfacer las necesidades de las personas ya sea que estén en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando a la persona como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual, un ser holístico (Verástegui, 2012).

Watson (1979) concibe a la enfermería como la disciplina que brinda cuidado tanto en el mantenimiento o recuperación de la salud como en el de finalización de la vida, apoya la idea que los pacientes requieren de cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida y ve en el cuidado es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

En la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería Watson (2001) considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias sostiene que se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal.

La relación entre el grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio y la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo que significa que, si hay una buena calidad del cuidado por parte de la enfermera, el paciente se siente satisfecho.

V. CONCLUSIONES

1. El 43 por ciento de los pacientes con infarto agudo de miocardio que acude al servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo refieren un grado de satisfacción medio, el 30 por ciento alto y el 27 por ciento bajo.
2. El 63 por ciento de los pacientes con infarto agudo de miocardio que acude al servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo refieren una calidad de cuidado buena, y el 37 por ciento mala.
3. Existe relación significativa entre el grado de satisfacción y la calidad de cuidado de enfermería del paciente con infarto agudo de miocardio cuya prueba estadística de correlación de Pearson $p=0.000$ es muy significativa.

VI. RECOMENDACIONES

1. Presentar los resultados de la presente investigación a la Dirección del Hospital Belén de Trujillo con la finalidad de proporcionarle los elementos necesarios para la toma de decisiones.
2. Presentar los resultados de la presente investigación a la Jefatura del Dpto. de Enfermería y del servicio de Emergencia con la finalidad de dar a conocer e implementar acciones de mejora para el cuidado de enfermería
3. A las entidades formadoras de recursos humanos en salud a motivar a continuar realizando investigaciones sobre esta problemática con la finalidad de implementar protocolos a pacientes con estos problemas de salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades-Porcel, M. (2007). *Los Cuidados enfermeros geriátricos según el modelo de Watson*. Gerokomos, 18(4), 176-180.
- Afanador, N. (2001). *Indicadores de cuidado*. Rev. Actual Enferm.; 4 (1). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>.
- Ahmed, T., Assefa N., Demisie A. & Kenay A. (2014). *Levels of Adult Patients' Satisfaction with Nursing Care in Selected Public Hospitals in Ethiopia*. Rev, International Journal of Health Sciences.
- American Heart Association. (2010). *Heart Disease and Stroke Statistics 2010. Update: A Report From the American Heart Association*. Dallas. Circulation: 121:46-215. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/121/7/e46>
- Atencio, N. (2013). *Nivel de satisfacción del paciente adulto acerca del cuidado enfermero en el Centro Quirúrgico del HRDCQDAC-Huancayo*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela De Post-Grado. Lima - Perú.
- Becerra-Castrejón, FR. & Zamora, T. (2015). *Percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés del paciente hospitalizado en los servicios de Medicina Hospital Regional Docente de Trujillo* Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/809>
- Camero, Y., Ramírez, A., Restrepo, L. & Sánchez, M. (2016). *Cuidados de la enfermera según la percepción de los pacientes y las enfermeras*. La revista de Enfermería y Ciencias de la Salud. Salud, Arte y Cuidado Colombia Vol. 9 (1) 5-20 enero – junio 2016 ISSN N°: 1856-9528. Depósito legal: PP200802LA 3047.
- Caminal, J. (2001). *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios*. Revista Calidad Asistencial. Barcelona. (16): 276–9.
- Campos-Rubio y col. (2014). *Calidad del Cuidado de Enfermería en la Seguridad Integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio centro quirúrgico y de la unidad de recuperación postanestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo*. Perú.
- Capetillo, R., Hernández, P., Delgado, P. & García, M. (2000). *Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado*. Rev de ciencias médicas la habana. 6; (1): 56–61.
- Cara, C. (2003). *The pragmatic view of Jean Watson's caring theory*. Int J Hum Caring 7(3): 51-51.

- Cara, C. (2003). *The pragmatic View of Jean Watsons caring Theory International*. Journal for Human Caring, 7(3), 51-61
- Davies, RA., Smeeth, L. & Marjatta, D.E., (2007). *Contribution of changes in incidence and mortality to trends in the prevalence of coronary heart disease in the UK: 1996-2005*. European Heart Journal; 28:2142-7.
- Donabedian, A. (1989). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, pp. 166-202.
- Donabedian, A. (1990). *International dimensión of quality evaluation and assurance*. Salud Publica de Mexico, 32(2), 113-117.
- Donabedian, A. (1993). *Continuity and change in the search for quality* Salud Publica de Mexico, 35(3), 238-247.
- Donabedian, A. (2001). *Towards an integrated approach of research and education in public health*. Salud Pública de México, 31(4), 569-573.
- Ergin A., Muntner, P., Sherwin, R. & He, J., (2004). *Secular trends in cardiovascular disease mortality, incidence, and case fatality rates in adults in the United States*. Am J Med. 2004; 117:219-27.
- Fabián- Rodríguez, D. (2015). *Nivel de Satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada. Hospital Jerusalén – La Esperanza*. Perú.
- Feldman, E., Lugli - Zoraide, L. Alviarez, V., Pérez, M. & Bustamante, S. (2017). *La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación*. Universidad Central de Venezuela, Universidad Simón Bolívar Caracas Venezuela. Revista de calidad asistencial Vol. 22. Núm. 3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256>.
- Ford, ES., Ajani, UA., Croft, JB., Critchley, JA., Labarthe, DR. & Kottke, TE., et al. (2007). *Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000*. N Engl J Med.; 356:2388-98.
- Ford. E., Ajani, U., Croft, J., Critchley, J., Labarthe, D. & Kottke, T. et al. (2007). *Explaining the decrease in U.S. Deaths from coronary disease, 1980-2000*. N Engl J Med; 356:2388-98.
- Fox, CS., Evans, JC., Larson, MG. & Kannel, WB., Levy, D. (1999). *Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to: The Framingham Heart Study*. Circulation. 2004; 110:522-7.
- Fritas, J. & Meza, C. (2012). *Satisfacción con los cuidados de enfermería de pacientes del servicio de cirugía. Hospital II-2 MINSA, Tarapoto*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Enfermería.
- Fritas, J. & Meza, C. (2012). *Satisfacción con los cuidados de enfermería de pacientes del servicio de cirugía. Hospital II-2 MINSA, Tarapoto*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Martín.

- García, M. (2008). *Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco*. Rev. net Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_sepdic/03%20Ma%20DOLORES%20GARCIA%20HDEZ.pdf.
- García, P., & García, M. (2013). Calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción del paciente hospitalizado del servicio de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería UNT.
- García-Alvarado, P. & García-Vera, M. (2013). *Calidad de Cuidado en Enfermería y grado de Satisfacción del paciente hospitalizado del servicio de Medicina Hospital Regional Docente de Trujillo*. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8607>
- Gaziano, JM. (2006). *Repercusión global de las enfermedades cardiovasculares*. En: Rodríguez PL, ed. Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular Medicine. 7ma ed. Madrid: ELSEVIER, 2006; p. 11-29.
- Go AS., Mozaffarian, D., Roger, VL., Benjamin, EJ., Berry, JD. & Borden, WB., et al. (2013). *Executive summary: heart disease and stroke statistic update: a report from the American Heart Association*. Circulation. 127:143-52.
- Gonzales, J. (2013). Nivel de Satisfacción de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina respecto a la atención de enfermería. Huánuco.: 1st ed. Ediciones San Marcos
- González, A. (2013). *Nivel de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el Servicio de Cirugía Adultos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Hardy, G., West, M. & Hill, F. (1996). *Components and predictors of patient satisfaction*. Br J Health Psychol, 1 pp. 65-85.
- Hardy, G., West, M. & Hill, F. (1996). *Components and predictors of patient satisfaction*. Br J Health Psychol, 1. pp. 65-85
- Heart Association Statistics, (2009). Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation;119: e1-e161.
- Hurst's. (2001). *The Heart. Arteries and Veins*. (10th ed). New York: Mc Graw-Hill; p.3-7.
- Icaza, G., Núñez, L., Marrugat, J., Mujica, V., Escobar, C. & Jiménez, A., et al. (2009). *Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función del Framingham adaptada para la población chilena*. Rev Méd Chile; 137:1273-1282.
- Larson, P. (1989). *Comparación de Percepciones de Comportamientos importantes de Cuidado de Enfermería desde el punto de vista de pacientes de Cáncer y Enfermeras Profesionales*. Heart and Lung.; 16 (2): 187-192.

- Larson, P. (1993). *Cuestionario Corto de Evaluación de la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería (CARE-Q)*.
- Larson, P. (1993). *Satisfacción del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización*. *Western Journal of Nursing Research*.pág.:21-28.
- Linder-Pelz, S. (1982). *Toward a theory of patient satisfaction*. *Soc Sci Med*, pp. 577-86 Medline
- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, B. & Flegal, K. et al. (2009). *Heart Disease and stroke statistics*. Update. A report from the American.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R.J., Brown, T.M., Carnethon, M., Dai, S. & De Simone, G. et al. (2010). *Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association*. *Circulation*.; 121:948-54.
- Lloyd-Jones, D.M., Larson, M.G., Beiser, A. & Levy, D. (1999). Lifetime risk of developing coronary heart disease. *Lancet*; 353:89-92.
- Marrugat, J., Elosua, R., Covas, M.I., Fitó, M., Schröder, H. & Masià, R. et al. (2008). *Registre Gironí del cor. Estudi REGICOR a les comarques de Girona*. Barcelona: Departament de Salut. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/regicorcat.pdf>
- Medina, G. (2016). *Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau*. *Hospital Dos de Mayo-Lima*. Lima – Perú.
- Medina, R. (2017). *Infarto Agudo de Miocardio*. En El Clarín Sociedad Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/10-anos-crecieron-18-muertes-infartos-apuntan-demoras-atencion_0_rkN5SyTU-.html
- Meléndez & Saldaña, J. (2015). *Calidad del Servicio del personal administrativo y Satisfacción del paciente en el dpto. de hospitalización del hospital Belén de Trujillo*. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1956>
- Ministerio de Salud. (2007). *Indicadores Básicos de Salud 2007*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2010). Dirección General de Epidemiología (DGE -MINSa) *Análisis de la situación de salud del Perú*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2010). Dirección General de Epidemiología. MINSa 2010. *Análisis de la situación de salud del Perú*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2015). Dirección General de Epidemiología (DGE -MINSa) *Análisis de la situación de salud del Perú*. Lima
- Mollon, D. (2014). *Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis*. *J Adv Nurs*. Doi: 10.1111/jan.12348

- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L. & Gracia, J., et al. (2003). *Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción*. Rev Calidad Asistencial, 18 pp. 263-71.
- Murray, C.J. & López, A. (1997). *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020: global burden of disease study*. Lancet; 347:1498-1504.
- Nichols, M., Townsend, N., Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A. & Scarborough, P. et al. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics*, European Heart Network, Brussels and European Society of Cardiology. Sophia Antipolis.
- Oblitas, C., Pérez, S. & Gonzales, D. (2015). *Actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en uno de los servicios de Medicina Mujeres y Ginecología Hospital de Chiclayo*. En Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2015
- Oliva, J. (2013). *Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Postoperado Respecto al Cuidado de Enfermería en Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Lambayeque Chiclayo 2013*. (Tesis de Licenciatura). Chiclayo, Perú. Rev. Salud & Vida Sipanense. Vol. 1/Nº1. ISSN 2313-0369/.
- Olshansky, S.J. & Ault, A.B. (2006). *The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases*. En: Rodríguez PL, ed. Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular Medicine. 7ma Ed. Madrid: ELSEVIER. p. 31-40.
- Omran, A.R. (2006). *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. En: Rodríguez PL, ed. Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular Medicine. 7ma ed. Madrid: ELSEVIER, 2006. p. 7-10.
- Ordúñez-García, P., Espinosa-Brito, A. & Cooper, R. (2005). *Community-Based Hypertension Prevention and Control: Lessons learned from CARMEN initiative in Cienfuegos, Cuba*. ProCor. World Hypertension
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Life tables for Member States*. Geneva, World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm
- Organización Mundial de la Salud. (2009). WHO. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Nota informativa. Centro de Prensa. Ginebra. Setiembre.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Las 10 principales causas de muerte a nivel mundial según la OMS*. Disponible en <http://precoinprevencion.com/las-10-principales-causas-muerte-nivel-mundial-segun-la-oms/>

- Organización. Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2007). *Capítulo Perú. Salud en las Américas 2007*. 2:630-650.
- Orozco-Beltran, D., Cooper, R., Gil-Guillen, V., Bertomeu-Martinez, V., Pita, S. & Durazo, R. et al. (2012). *Tendencias en mortalidad por infarto de miocardio. Estudio comparativo entre España y Estados Unidos: 1990-2006*. Rev Esp Cardiol; 65(12):1079-1085.
- Osorio, Y. (2011). *Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- 2010*. (Tesis de Licenciatura). Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/992>
- Paiva, SMA. & Gomes, ELR. (2007). *Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay*. Rev. Latino-Am. Enfermagem;15(5):973-9.
- Pascoe, G. (1983). *Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis*. Eval Program Plann.; 6: 185–210.
- Patigozo, M. (2000). *Percibiendo el cuidado de enfermería: Un estudio fenomenológico*. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Pramparo P, Boissonnet C. & Schargrotsky H. (2011). *Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios*. Rev Argent Cardiol; 79:377-382.
- Quispe, D. (2016). *Satisfacción del usuario en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo* URI: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7529>
- Quispe, V. & Sandoval, Y. (2017). *Calidad de Cuidado del profesional de enfermería y Satisfacción del paciente adulto hospitalizado en el Hospital Leoncio Prado – Huamachuco*. La Libertad b- Perú. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7690>
- Reyes, M., Heredia, J., Campodónico, S., Drago, J. & Alvarado, O. (2008). *Registro nacional de infarto miocárdico agudo (RENIMA)*. Rev Per Cardiol. 2008;34(2):84-98.
- Reyes-Rocha, M., Heredia-Landeo, J., Campodónico- Hoyos, S., Drago Silva, J. & Alvarado-Conteras, O. (2008). *Registro Nacional de Infarto Miocárdico Agudo (RENIMA)*. Rev. Peru Cardio., 34(2), 84-98. Rerieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cardiología/v34_n2/pdf/a02v34n2.pdf
- Rubin, H., Gandek, B., Roger, W., Kosinski, M., McHorney, C. & Ware J., (1993). *Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings*. JAMA, 270, pp. 835-40.
- Sifuentes-León, O. (2016). *Satisfacción del usuario y Calidad del Cuidado de enfermería en el servicio de cirugía Hospital Regional Docente de Trujillo*. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3180>

- Thygesen, K., Alpert, JS., Jaffe, AS., Simoons, ML., Chaitman, BR., White, HD. & Wagner, DR. (2012). *Third universal definition of myocardial infarction*. Journal of the American College of Cardiology 60(16), 1581-98. <http://doi.org/10.116/j.jacc.2012.08.001>
- Towfighi, A., Zheng, L. & Ovbiagele, B. (2009). *Sex-specific trends in midlife coronary heart disease risk and prevalence*. Arch Intern Med.; 169:1762-6.
- Urbina, MA., Ávila, H., Gutiérrez, G., Vázquez, L., Martínez, ML. & Hernández, MA. (2016). *Centro/institución Satisfacción del Cuidado Enfermero en pacientes con Enfermedad Renal Crónica*. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros Tamaulipas, México. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322339366_Satisfaccion_del_Cuidado_Enfermero_en_pacientes_con_Enfermedad_Renal_Cronica.
- Verastegui, M. (2012). *Significado del Cuidado de enfermería otorgada por las enfermeras de un servicio de cirugía de un Hospital de Chiclayo*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3620/1/verastegui_Im.pdf
- Ware, J. & Berwick, D., (1990). *Conclusions and recommendations*. Medical Care, 28, pp. 39-44.
- Watson, J. & Smith, M., C. (2002). *Caring Science and the Science of unitary human being: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*. Journal of Advanced Nursing, 37(5), 452-461. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x>
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of caring*. (1st ed.). Boston: Little Brown and Company.
- Willerson, J., Cohn, J., Wellens, H. & Holmes, D. (2007). *Cardiovascular Medicine*. (3th ed.). Springer-Verlas.
- Wolf, M., Putman, S., James, S. & Stiles, W. (1978). *The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour*. J Behav Med, 1, pp. 391-401. Medline.
- Yupanqui, I. (2014). *Nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Barranca, Cajatambo*. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.
- Zas, S. (1999). *La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud*. Rev. Cubana Med Gen Integr, 15 (1999), pp. 541-8

VIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

ANEXO 01

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y marque con un aspa (X) la opción que mejor representa su opinión: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= Parcialmente en desacuerdo, 3= Indiferente 4= Parcialmente de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo

Hardy y West, (1996) modificado por Robles, (2018).

Nº	ESTÁ SATISFECHO CON:	TD 1	PD 2	I 3	PA 4	TA 5
1	El trato por parte del personal de enfermería					
2	El cuidado como característica personal humana del personal de enfermería					
3	La buena higiene y apariencia personal del personal de enfermería					
4	La administración diaria de sus alimentos por parte del personal de enfermería					
5	La destreza que muestra durante la colocación de la venoclisis por parte del personal de enfermería					
6	La administración de los medicamentos por del personal de enfermería					
7	La responsabilidad, respeto y honestidad del personal de enfermería					
8	La relación de confianza que le brinda el personal de enfermería					
9	El cariño y/o ternura durante el acto de cuidar del personal de enfermería					
10	El real interés que le brinda el personal de enfermería					
11	El de las normas institucionales del personal de enfermería.					
12	El grado de comunicación hacia su persona por parte del personal de enfermería.					
13	La relación de empatía que tiene con el personal de enfermería					
14	El grado de conocimiento de los deberes y derechos de su persona por parte del personal de enfermería					
15	Los valores que muestra el personal de enfermería					

ANEXO 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y marque con un aspa (X) lo que mejor representa su opinión: SI (1 PUNTO) NO (2 PUNTOS)

Watson, (2001) modificado por Robles, (2018).

Nº	El personal de Enfermería:	Si (1)	NO (2)
1	Informa al paciente como llamarlas		
2	Orienta al paciente al ubicarlo en su cuarto		
3	Manifiesta cortesía en el trato al paciente		
4	Llama al paciente por su nombre		
5	Se presenta con el paciente		
6	Se asegura la autorización por escrito antes de procedimientos especiales y/o estudios		
7	Informa al paciente acerca del plan de atención diario		
8	Explica al paciente los procedimientos y estudios especiales		
9	Genera un ambiente de privacidad para realizar exámenes, tratamientos		
10	Explica al paciente el uso de equipo especial (maquinas, bombas)		
11	Informa a los pacientes de las actividades antes de llevarlas a cabo		
12	Escucha al paciente		
13	Notifica a la familia cuando hay cambios serios en la condición del paciente		
14	La familia es incluida en el proceso de cuidado de enfermería		

ANEXO 03

Tabla de Distribución de valores absolutos y porcentuales para medir el grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo

	1: Totalmente en desacuerdo		2: Parcialmente en desacuerdo		3: Indiferente		4: Parcialmente de acuerdo		5: Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El trato por parte del personal de enfermería	2	3.33	11	18.33	10	16.67	26	43.33	11	18.33
El cuidado como característica personal humana del personal de enfermería	1	1.67	10	16.67	15	25.00	14	23.33	20	33.33
La buena higiene y apariencia personal del personal de enfermería	2	3.33	11	18.33	10	16.67	18	30.00	19	31.67
La administración diaria de sus alimentos por parte del personal de enfermería	3	5.00	10	16.67	6	10.00	19	31.67	22	36.67
La destreza que muestra durante la colocación de la venoclisis por parte del personal de enfermería	2	3.33	9	15.00	8	13.33	28	46.67	13	21.67
La administración de los medicamentos por del personal de enfermería	4	6.67	8	13.33	6	10.00	29	48.33	13	21.67
La responsabilidad, respeto y honestidad del personal de enfermería	5	8.33	7	11.67	14	23.33	14	23.33	20	33.33
La relación de confianza que le brinda el personal de enfermería	3	5.00	7	11.67	7	11.67	16	26.67	27	45.00
El cariño y/o ternura durante el acto de cuidar del personal de enfermería	1	1.67	4	6.67	19	31.67	18	30.00	18	30.00
El real interés que le brinda el personal de enfermería	4	6.67	6	10.00	25	41.67	18	30.00	7	11.67
El de las normas institucionales del personal de enfermería.	2	3.33	6	10.00	24	40.00	19	31.67	9	15.00
El grado de comunicación hacia su persona por parte del personal de enfermería.	3	5.00	7	11.67	10	16.67	20	33.33	20	33.33
La relación de empatía que tiene con el personal de enfermería	4	6.67	6	10.00	19	31.67	20	33.33	11	18.33
El grado de conocimiento de los deberes y derechos de su persona por parte del personal de enfermería.	2	3.33	9	15.00	18	30.00	18	30.00	13	21.67
Los valores que muestra el personal de enfermería	5	8.33	9	15.00	19	31.67	18	30.00	9	15.00

ANEXO 04

Distribución de valores absolutos y porcentuales para medir la Calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo

Item	1 = Sí se realizó		2 = No se realizó	
	n	%	n	%
Informa al paciente como llamarlas	20	33.33	40	66.67
Orienta al paciente al ubicarlo en su cuarto	15	25.00	45	75.00
Manifiesta cortesía en el trato al paciente	19	31.67	41	68.33
Llama al paciente por su nombre	10	16.67	50	83.33
Se presenta con el paciente	6	10.00	54	90.00
Se asegura la autorización por escrito antes de procedimientos especiales y/o estudios	25	41.67	35	58.33
Informa al paciente acerca del plan de atención diario	30	50.00	30	50.00
Explica al paciente los procedimientos y estudios especiales	24	40.00	36	60.00
Genera un ambiente de privacidad para realizar exámenes, tratamientos	5	8.33	55	91.67
Explica al paciente el uso de equipo especial (maquinas, bombas)	28	46.67	32	53.33
Informa a los pacientes de las actividades antes de llevarlas a cabo	2	3.33	58	96.67
Escucha al paciente	6	10.00	54	90.00
Notifica a la familia cuando hay cambios serios en la condición del paciente	10	16.67	50	83.33
La familia es incluida en el proceso de cuidado de enfermería	20	33.33	40	66.67

ANEXO 05



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

El Hospital Belén de Trujillo ha autorizado la ejecución de la presente investigación titulada Satisfacción del paciente con Infarto Agudo de Miocardio y la Calidad del Cuidado de Enfermería Hospital Belén de Trujillo

Por ese motivo, lo (la) estamos invitando a participar del estudio, el cual consiste en dar respuesta a dos instrumentos elaborado para tal fin,

La participación es totalmente voluntaria, y su aceptación o negativa de participar en este estudio no tendrá relación alguna con los procesos habituales de atención que recibe usted en el hospital. Su participación será anónima, y los datos recabados serán usados únicamente con fines de la investigación; terminada ésta solo se conservará la base de datos en formato virtual donde no se consigna de manera alguna forma de identificación de los pacientes.

Si tiene alguna pregunta, por favor hágala en este momento.

Muchas gracias por su atención

PARA EL PARTICIPANTE

Yo declaro que:

- He leído la información proporcionada me ha sido leída.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.
- Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte ser parte del mismo.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo. Dra. AMELIA MORILLAS BULNES Docente de la Facultad de Enfermería, certifica el asesoramiento de la Investigación titulado: **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO** cuya autora es la tesista **Lic. Enf. Robles Ruiz Alina Angélica**

Se expide la presente constancia para los fines que convenga.

Trujillo, 7 de febrero del 2019

Dra. Amelia Marina Morillas Bulnes
ASESORA