



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
RETÉN GENERAL, SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO PRETÉRMINO
EN LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA
VALENCIA ESTADO CARABOBO, AÑO 2006**

Autoras: Moreno, Ana
Sánchez, Enelitza
Sánchez, Marither

Tutora: Dra. Nancy Montilla.

Valencia, Febrero 2007



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
RETÉN GENERAL, SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO PRETÉRMINO
EN LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA
VALENCIA ESTADO CARABOBO, AÑO 2006**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar
el Título de Licenciado en Enfermería)

Autoras: Moreno, Ana

C.I.: 7.086.365

Sánchez, Enelitza

C.I.: 5.441.545

Sánchez, Marither

C.I.: 7.063.115

Tutora: Dra. Nancy Montilla

Valencia, Febrero 2007

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por los Técnicos Superiores Universitarios, **Moreno, Ana**; C.I: **7.086.365**; **Sánchez, Enelitza**; C.I: **5.441.545**; y **Sánchez, Marither**; C.I: **7.063.115** para optar por el título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designa.

Dra Nancy Montilla

C.I:

DEDICATORIA

A quienes a quienes nos ayudaron a enriquecer, profundizar y construir el contenido, conceptualización y metodología de esta investigación, así como la sistematización del conocimiento en la elaboración de este Trabajo especial de Grado.

A nuestros esposos: quienes con su cariño, amor y comprensión nos dieron de manera incondicional apoyo, fortaleza y constancia para el logro de esta meta.

A nuestros hijos, e hijas, nuestros grandes amores, incentivo y estímulo para nuestra formación, apoyo en el transcurso de nuestros estudios, por aceptar con paciencia el tiempo que le restamos a su atención, anhelando que sigan nuestro ejemplo.

Las autoras.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, guía espiritual e intelectual de nuestro ser, por darnos ese don de superación para alcanzar nuestras metas, y permitirnos ver realizado nuestro esfuerzo.

A **nuestros padres**, porque sin su apoyo no habíamos podido culminar esta meta.

A la **Dra Nancy Montilla**, por aportar su conocimiento y Tutoría en este proyecto de investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Las Autoras.

INDICE

Pág.

APROBACIÓN DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
LISTA DE CUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO

I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Objetivo General.....	10
1.3 Objetivos Específicos.....	10
1.3 Justificación del Estudio.....	11

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	14
2.2 Bases Teóricas.....	17
2.3 Sistemas de Variables.....	42
2.4 Operacionalización de Variables.....	43
2.5 Definición de Términos Básicos.....	44

III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de estudio.....	46
3.2 Población.....	47
3.3 Muestra.....	49
3.4 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	50
3.5 Validez del Instrumento.....	51
3.6 Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	51
3.7. Procedimiento para la recolección de la información.....	53
3.8. Técnicas de Análisis y Presentación de Resultados.....	54
IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
4.1 Presentación de Resultados.....	54
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	75
5.2 Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	81

LISTA DE CUADROS

CUADRO	p.p
1 Distribución absoluta y porcentual de la edad del Personal de Enfermería del Servicio de Reten del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006.....	55
2 Distribución absoluta absoluta y porcentual del sexo del Personal de Enfermería del Servicio de Reten del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006.....	57
3 Distribución absoluta y porcentual del nivel académico del Personal de Enfermería del Servicio De Reten En El Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006.....	59
4 Distribución absoluta y porcentual de los años en el cargo del Personal de Enfermería del Servicio De Reten En El Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006.....	62
5 Distribución absoluta y porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General Del Hospital Dr. Jorge Lizarraga en relación al mantenimiento de la temperatura corporal del Neonato Pretérmino. Valencia 2006...	64
6 Distribución absoluta y porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General del Hospital Dr. Jorge Lizarraga En Relación A Prevención De Infección Del Neonato Pretérmino. Valencia 2006.....	67

7	Distribución absoluta y porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General del Hospital Dr. Jorge Lizarraga En Relación a vínculo afectivo del Neonato Pretérmino. Valencia 2006.....	70
8	Distribución absoluta y porcentual de las respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General Del Hospital Dr. Jorge Lizarraga en Relación a Nutrición del Neonato Pretérmino. Valencia 2006.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

- 1 Distribución porcentual de la edad del Personal de Enfermería del Servicio de Reten del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006..... 56
- 2 Distribución porcentual del sexo del Personal de Enfermería del Servicio de Reten del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006..... 58
- 3 Distribución porcentual del nivel académico del Personal de Enfermería del Servicio De Reten En El Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006..... 60
- 4 Distribución porcentual de los años en el cargo del Personal de Enfermería del Servicio De Reten En El Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga. Año 2006..... 62
- 5 Distribución porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General Del Hospital Dr. Jorge Lizarraga en relación al mantenimiento de la temperatura corporal del Neonato Pretérmino. Valencia 2006..... 66
- 6 Distribución porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General del Hospital Dr. Jorge Lizarraga En Relación A Prevención De Infección Del Neonato Pretérmino. Valencia 2006..... 69

7	Distribución porcentual de respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General del Hospital Dr. Jorge Lizarraga En Relación a vínculo afectivo del Neonato Pretérmino. Valencia 2006.....	71
8	Distribución porcentual de las respuestas dadas por el Profesional de Enfermería que labora en el Reten General Del Hospital Dr. Jorge Lizarraga en Relación a Nutrición del Neonato Pretérmino. Valencia 2006.....	73

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA**

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
RETÉN GENERAL, SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO PRETÉRMINO
EN LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA
VALENCIA ESTADO CARABOBO, AÑO 2006**

Autoras: Moreno Ana
Sánchez Enelitza
Sánchez Marither
Tutora: Dra. Nancy Montilla
Año: 2007

RESUMEN

Los cuidados del recién nacido pretérmino constituyen una de las prioridades más relevantes del personal de enfermería. Por tal motivo, la investigación tuvo como objetivo determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, sobre el cuidado del neonato pretérmino en sus factores: termorregulación, prevención de infecciones, estimulación del vínculo materno-filial y nutrición. La investigación correspondió al diseño no experimental, de campo a nivel descriptivo. La población y muestra estuvo constituida por 25 enfermeras que laboran en el Retén General. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado por 18 ítems con alternativas de selección simple, validado mediante criterios de juicios de expertos. La confiabilidad fue estimada mediante la fórmula Kuder Richardson 20, que arrojó un grado de confianza de 0,96. Los resultados reflejan que un 68% de las participantes respondió de manera incorrecta en cuanto al mantenimiento de la temperatura corporal del neonato pretérmino. Un 70% respondió correctamente en cuanto a Prevención de Infecciones. El 90% respondió alternativas correctas referidas a vínculo afectivo, y 86% respondió correctamente, en indicadores de la dimensión nutrición. Se recomienda motivar al personal que formó parte de la investigación a reforzar las debilidades detectadas en referencia a mantenimiento de temperatura y prevención de infecciones, logrando así maximizar la calidad de cuidados de enfermería

Palabras Claves: Información; Enfermeras; Retén General; Cuidado; Neonato Pretérmino.

INTRODUCCIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera es conocido como proceso de cuidado humano de enfermería; este permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. A tal modo, la enfermera (o) debe proporcionar los cuidados y atención al recién nacido pretérmino, los cuales se inician de manera inmediata y se centran en la valoración y la estabilidad de las condiciones generales del recién nacido, seguridad física, comodidad y bienestar emocional.

En el cuidado del neonato pretérmino, la enfermera ejecuta diferentes actividades dirigidas a la atención y restauración del niño entre los cuales se le realiza una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, (extracción sanguínea, administración de tratamiento, cateterismo umbilical, aspiración de gleras, flebotomías, mantenimiento de temperatura corporal, entre otros). Dichos cuidados son muy valiosos para su adaptación y puede ser factor importante en tan relevante etapa de transición. De tal manera, que el personal de enfermería debe asumir responsablemente el manejo, cuidado y protección del recién nacido en el Retén Patológico; para ello, se hace indispensable la actualización educativa que permita utilizar estrategias específicas para el cuidado que requiere el recién nacido

pretérmino durante el tiempo de hospitalización, dirigido al mantenimiento de la temperatura corporal, administración de oxígeno, alimentación por gotero o sonda nasogástrica y aplicación de técnicas de asepsia y antisepsia en el cuidado de estos neonatos como el uso de tapa boca, lavado de manos antes y después de atenderlos.

Lo citado permite elaborar el siguiente estudio, dirigido a determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General de la ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia, sobre el cuidado del neonato pretérmino en sus factores: termorregulación, prevención de infecciones, estimulación del vínculo materno-filial y alimentación. Por consiguiente, se reseñan los capítulos desarrollados; en el primer capítulo, se refiere el planteamiento del problema, objetivos de la investigación y justificación. El capítulo II, ubica los antecedentes, bases teóricas, sistema de variables y definición de términos. El capítulo III, presenta la metodología que se utilizó, diseño de investigación, población, muestra, técnicas de recolección de datos, validez, confiabilidad, procedimiento y análisis de resultados. El Capítulo IV contiene los hallazgos obtenidos con la aplicación del instrumento y el quinto, presenta las conclusiones y recomendaciones. Para finalizar, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El embarazo es el proceso de crecimiento de un individuo en el vientre materno, y este abarca desde el mismo momento de la concepción, hasta que se produce el nacimiento. Para Lowdermilk, D.; Perry, S y Bobak, I. (2.000, pág. 456). “El embarazo tiene una duración de nueve meses calendario ó diez meses lunares ó alrededor de 40 semanas”.

Estos autores también señalan que el embarazo se divide en tres períodos de tres meses, o tres trimestres, después de los cuales se produce la expulsión del feto, ya sea por vía vaginal o a través de una intervención quirúrgica, que busca preservar la vida tanto del hijo como de la madre; a partir de este momento el feto se convierte en neonato.

El neonato ó recién nacido, es definido de diferentes maneras. Moret, L y Brito, N (1999) sostienen que Neonato es “el niño proveniente de una gestación de 20 ó más semanas desde que ha concluido su separación del organismo materno, hasta que cumple los 28 días de nacido”.(Pág.30)

Por otra parte, Avery, (2001.), los clasifica de acuerdo al tiempo que transcurrió en el vientre materno hasta que se produce el nacimiento, “los neonatos nacidos antes de las 37 semanas se consideran pretérmino, los nacidos entre las 37 y 42 semanas son a término, y los nacidos después de las 42 semanas posttérmino”. (Pág. 299)

En relación a los recién nacidos pretérmino o prematuros como lo señalan algunos autores, estos tienen más desventajas que los recién nacidos a término debido a su inmadurez. A este respecto Godoy, R. (2002.) considera que “las desventajas del recién nacido prematuro derivan de su problema principal: la inmadurez de los diferentes aparatos y sistemas determinan el deterioro de funciones principales lo que conlleva la pérdida de la estabilidad fisiológica”. (Pág. 27). A menudo no pueden mantener una temperatura central normal ocasionándole hipotermia lo que produce complicaciones más graves tales como hipoglicemia e inclusive acidosis metabólica.

Durante los últimos 25 años, se ha producido un incremento de la población de Recién Nacidos de Pretérmino (RNPT), producto de los mayores índices de supervivencia, los cuales son consecuencia de los crecientes avances en la medicina, tecnología y en el manejo especializado

de estos niños. Los RNPT presentan una importante inmadurez anatómica y funcional de sus órganos y sistemas, en especial del Sistema Nervioso Central, por lo que sus capacidades de adaptación al medio se encuentran limitadas.

En este sentido, Rodríguez, W. (2003) refiere que

Los recién nacidos son muy sensibles a la pérdida de calor debido a la relación de la masa corporal con la superficie de la piel, a su epidermis muy delgada y a su tejido subcutáneo muy reducido y estas condiciones son más marcadas en el neonato prematuro. (Pág. 96)

Estos recién nacidos ingresan en áreas totalmente diferentes a las que pueda ingresar un recién nacido a término o maduro, ya que ameritan una serie de procedimientos especiales y específicos según la complicación que presenten ó para evitar que esta ocurra. Estas áreas se denominan Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) y Reten General o Reten patológico, dependiendo de complejidad que presente el Recién nacido Pretérmino.

En lo referente a la UCIN Mosby (2001.) señala que “es una Unidad Hospitalaria con sofisticados equipos tecnológicos para la vigilancia y asistencia de los recién nacidos con problemas de salud grave; y el personal que los atiende, Neonatólogos y Enfermeras posee una formación

especializada en neonatología “. (Pág. 1266), en la cita anterior la palabra sofisticado se refiere a equipos complejos. En relación al Reten General, este se describe como una unidad de cuidados de menor complejidad donde se ingresan a los neonatos que ameritan cuidados intermedios sin restarle importancia a las complicaciones que presentan los recién nacidos pretérminos.

Según Paz, M (2003)

El entorno de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales no les proporcionan una estimulación extrauterina apropiada, sometiéndolos a un ambiente estresante y difícil de sobrellevar. Los niños prematuros son particularmente vulnerables y sensibles a estímulos como la fuerza de gravedad, el ruido, el dolor, la luz y las manipulaciones. (Pág. 1)

Actualmente se sabe que el manejo habitual de estos pacientes es el responsable de numerosas morbilidades que se detectan cerca del alta y después de ella, especialmente en el área neurológica, por lo tanto, ya no sólo preocupa la sobrevivencia de estos niños, sino que también la calidad de vida posterior. De aquí la tendencia que ha surgido en los últimos tiempos de abordar el manejo de los RNPT, conociendo y comprendiendo los potenciales efectos dañinos del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal.

Por lo expuesto, los cuidados y atención al recién nacido pretérmino constituyen una de las prioridades más relevantes y significativas del área de neonatología, en la cual están involucrados todos los integrantes del área de salud, correspondiendo al personal de enfermería brindar una serie de cuidados que se inician de manera inmediata, finalizado el parto y se centran en la valoración y la estabilidad de las condiciones generales del recién nacido, seguridad física, comodidad y bienestar emocional.

Dichos cuidados son muy valiosos para su adaptación y puede ser factor importante en tan relevante etapa de transición. De tal manera, que el personal de enfermería debe asumir responsablemente el manejo, cuidado y protección del recién nacido en el retén donde sea ingresado; para ello, se hace indispensable la actualización educativa que permita utilizar estrategias específicas para el cuidado que requiere el recién nacido pretérmino durante el tiempo de hospitalización.

En referencia al tema, es conveniente considerar, que los cuidados de un recién nacido pretérmino tiene relación directa con su desarrollo psicológico, debido a que el ambiente físico donde se encuentre tiene una importancia especial, que influye de manera directa en dicho proceso. De este modo, llama la atención el ambiente físico del retén, pues en él se

encuentran muchos equipos dentro y alrededor del recién nacido, muchas personas y máquinas que producen ruidos, se mantiene el alumbrado muy intenso y continuo, lo que no facilita el mantener a este nuevo ser en una situación relajada.

Por otra parte, a estos neonatos se le realiza una serie de procedimientos dolorosos (extracción sanguínea, administración de tratamiento, cateterismo umbilical, aspiración de gleras, flebotomías, entre otros), lo que origina inquietud en el sueño, alteración en su estado anímico y con ello, agitación que puede conllevarlo a trastornos físicos y psicológicos.

Lo señalado anteriormente, tiene gran importancia ya que el recién nacido pretérmino sufre una serie de cambios y su permanencia en el retén va a ser determinante en su potencial para la organización del comportamiento. En este sentido, Arango, R (2000) señala que:

Muchas madres experimentan una serie de emociones de adaptación para entender lo que está ocurriendo a su hijo y qué se debería esperar; algunos de ellos, asumen una actitud de rechazo por tener un recién nacido de alto riesgo; otros, se aíslan y expresan temor, miedo y ansiedad, lo cual imposibilita de manera temporal que puedan encargarse del recién nacido (Pág. 43).

De allí que mientras transcurre este período, el personal de enfermería es el encargado de estrechar la relación materno-filial ya que según señala Arcay, G (2001) “está comprobado científicamente que los primeros meses

de vida en un ser, son de adaptación y que según el ambiente donde permanezca retardan o aceleran su desarrollo”. (p. 16)

En lo referente al caso concreto del Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga de Valencia-Carabobo, donde se cuenta con la Unidad de Retén General, en la cual durante el segundo semestre del año 2006 ingresaron un total de 235 recién nacidos pretérmino provenientes de la maternidad de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Del total de neonatos ingresados un 40% se complicaron con patologías tales como sepsis 25%, con neumonías 20%, con diarreas 15%, con conjuntivitis 12%, con dermatitis 05%, con onfalitis 09%, y otras como anemia, otitis, meningitis y enterocolitis que abarcan un 14%. Estos hechos demuestran la importancia de contar con un personal que tenga un dominio teórico práctico y actualicen sus conocimientos en forma continua, a fin de brindar una atención de calidad que garantice una estadía hospitalaria corta, sin complicaciones y por ende una evolución satisfactoria a estos recién nacidos.

En este sentido el personal que labora en la unidad de Retén General está conformado por dos (2) Magíster en Administración de los Servicios de Enfermería, tres (3) Licenciados y 20 Técnico Superior ambos en enfermería distribuidas en los cuatro turnos de trabajo, por lo que se considera poseen la

preparación académica para proporcionar los cuidados al neonato pretérmino.

En relación a los cuidados que ofrece la Enfermera de la Unidad de Retén General a los recién nacidos pretérmino, estos comprenden: la valoración de signos vitales, el mantenimiento de la temperatura corporal, la alimentación, la administración de medicamentos, la extracción de muestra de sangre y la higiene corporal. No obstante, además de los cuidados antes mencionados se debe hacer énfasis en la comunicación con los padres y familiares del recién nacido ya que en muchas ocasiones las madres han manifestado su preocupación por no poder ver a sus hijos con mayor frecuencia, desconocer el motivo por el cual su hijo se encuentra hospitalizado así como también el tiempo que permanecerán allí. De igual manera, expresaron su necesidad de estar cerca de ellos, tocarlos y amamantarlos.

Todo lo antes expuesto influye directamente en la consolidación del vínculo materno filial, donde la enfermera juega un papel fundamental al implementar estrategias efectivas para el afianzamiento de esta unión filial. En relación con este último tema, Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I. (2000) establece que “la enfermera debe valorar la relación materno-filial, en la cual

la madre busca el contacto visual con el niño, se interesa por él y responde a su comportamiento y necesidades” (p. 93).

Por consiguiente, la Enfermera está en el deber de mantener informadas a las madres del estado general de su hijo, así mismo estimularlas a que participen en el cuidado de ellos, aprendan las técnicas de alimentación, de estimulación auditivas y táctiles, para que estrechen la unión materno-filial involucrándose amorosamente en el reestablecimiento de la salud del recién nacido, y por ende disminuyendo su estadía hospitalaria, ya que como lo expresa Watson, J citado en Marriner (2000), “ el cuidado no solo debe abarcar la parte orgánica sino extenderla aún más hacia la mente y el alma”. (Pág. 51) Los planteamientos expuestos, dan lugar a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la termorregulación?
2. ¿Cuál es la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la Prevención de Infecciones?

3. ¿Cómo realiza la enfermera que labora en el reten general el cuidado del neonato pretérmino en relación a la estimulación del vínculo materno-filial?

4. ¿Cuál será la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la alimentación?

Las respuestas a las interrogantes planteadas, constituyen el marco, para desarrollar la presente investigación dirigida a determinar la información que poseen las Enfermeras, sobre el Cuidado del Neonato Pretérmino.

1.2. Formulación del problema

Las enfermeras del Servicio de Retén General de la ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia, desconocen sobre el cuidado del neonato pretérmino en sus factores: termorregulación, prevención de infecciones, estimulación del vínculo materno-filial y alimentación.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General de la ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia, sobre el cuidado del neonato pretérmino en sus factores: termorregulación, prevención de infecciones, estimulación del vínculo materno-filial y alimentación.

Objetivos Específicos

1. Identificar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la termorregulación.
2. Determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la Prevención de Infecciones.

3. Determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la estimulación del vínculo materno-filial.
4. Determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la alimentación.

1.4. Justificación

El atributo principal que universalmente identifica a la enfermería dentro de las ciencias de la salud, es la prestación de cuidados de acuerdo a las necesidades humanas y orientado por una metodología científica, lo cual ha permitido un desarrollo importante en la consolidación filosófica, psicológica y conceptual del proceso de cuidados de enfermería, en el que se centra la promoción, conservación y restauración en un grado óptimo de bienestar funcional, considerando a los seres humanos bajo una concepción holística.

Por lo cual, es responsabilidad del personal de enfermería programar y planificar de acuerdo a las características de su servicio, todas aquellas estrategias que puedan conducir a la implementación adecuada de los

cuidados, obtención de datos, análisis de la información, identificación de diagnósticos de enfermería, planeación, realización y evaluación de acciones; de allí pues, la importancia que dependiendo del nivel de exigencia de las circunstancias y situaciones puedan ponerse en práctica medidas apropiadas, efectivas y eficaces a las alteraciones de la salud, como es el caso de los recién nacidos pretérmino que en ocasiones no son aceptados por sus padres, quienes tienen miedo de que mueran, por lo que muchas veces, se alejan o se inhiben de visitar a su niño en el retén, de allí que sea el personal de enfermería el que permanezca las 24 horas con el recién nacido y el que tiene que encargarse de todos sus cuidados y velar por su supervivencia.

En atención a lo antes señalado, se considera que el presente estudio tiene gran significado y relevancia, ya que el mismo pretende indagar sobre la información que posee el personal de enfermería que labora en el retén general sobre los cuidados del recién nacido pretérmino, lo cual propiciará la oportunidad de detectar debilidades y proponer estrategias fundamentales en el mejoramiento de la calidad de los cuidados y estimulación que requieren los recién nacidos pretérmino, ya que la estimulación organizada, planificada y fundamentada sobre bases científicas, a este tipo de niño, representa un instrumento de gran importancia para beneficiar sus niveles de desarrollo, adaptación y de organización del comportamiento y los estímulos que

promueven el aprendizaje del recién nacido pretérmino en la vida extrauterina.

Desde el punto de vista, del conocimiento teórico, la presente investigación permitirá incrementar los mismos en el personal de enfermería que se ocupa de la atención del recién nacido pretérmino, lo cual contribuirá a realzar la eficacia y prestigio de dicha unidad; de igual manera, se espera que para el grupo familiar de los recién nacidos pretérmino, el estudio facilitará su incorporación y participación activa en los cuidados y estimulación, lo cual favorecerá a estrechar los lazos afectivos de la familia en relación al recién nacido.

Por otra parte, la presente investigación servirá de referencia para futuros trabajos de investigación e implementación de estrategias educativas que tengan como fin capacitar y mejorar el nivel de conocimiento y la calidad de los cuidados de enfermería en esta línea de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El objetivo principal del presente estudio es determinar la información que posee la enfermera que labora en el Servicio de Retén General sobre el cuidado del neonato Pretérmino referido a la termorregulación, la prevención de infecciones la estimulación del vínculo materno-filial y alimentación

En el presente capítulo se hará referencia a los antecedentes y las bases teóricas que tienen que ver con la variable del estudio. Así como también contempla el sistema de variable y su operacionalización.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de la investigación se refieren a estudios previos relacionados con el problema a investigar. Así mismo, en toda investigación, la síntesis conceptual se basa en trabajos realizados sobre la problemática existente con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación, donde, Tamayo y Tamayo (2001), señala que: “El antecedente puede indicar conclusiones existentes en torno al problema planteado. En la presentación de los antecedentes se busca aprovechar las teorías evidentes sobre el problema con el fin de estructurar el marco metodológico.” (Pág.78). En consecuencia, debe estar en función del problema y ser un medio seguro

para lograr los objetivos del mismo. Como antecedentes de la investigación, se reseñó una serie de trabajos que guardan relación con el tema tales como:

Espinoza, D. y López, M. (2003) realizaron un estudio que tuvo como propósito: Determinar los conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados del recién nacido en la sala de partos, antes y después de participar en el programa de capacitación. El diseño de la investigación fue experimental y el tipo de estudio cuasiexperimental, la población seleccionada estuvo representada por 33 personas, que laboran en los turnos de 7am a 1pm, de 1pm a 7pm y 7pm a 7am. La muestra quedó conformada por 20 personas utilizando un muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de la información, se elaboró un instrumento tipo cuestionario compuesto de I parte datos demográficos y II parte de 32 ítems cuya confiabilidad alcanzó un valor de 0.83 puntos según el índice alfa de Crombach.

Los resultados analizados mediante la estadística diferencial, desviación Estándar y t de Student, evidenció, que el programa de capacitación fue efectivo para reforzar en los Profesionales de enfermería los conocimientos en cuanto a los Cuidados Inmediatos y Mediatos del recién

nacido. De igual manera fue efectivo para el personal Auxiliar de enfermería, quienes reforzaron y actualizaron dichos conocimientos.

Álvarez, Nubia (1999) en la Unidad de Reten de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera de Valencia”, realizó un estudio titulado Actitud de la Enfermera hacia la utilización de las Técnicas de Asepsia y Antisepsia en el cuidado del Recién Nacido Pretérmino. El universo y muestra estuvo constituido por 10 enfermeras de cuidado directo a quienes se les aplicó un cuestionario de 55 preguntas. Los resultados revelan que un 90 % de las entrevistadas están de acuerdo en utilizar las técnicas de asepsia y antisepsia durante el cuidado, dato que no se evidencia en el referente empírico.

Borrego, V. y Plaza, N. (1998) realizaron en Maracay, estado Aragua un estudio titulado: Factores que influyen en los Cuidados de Enfermería para prevenir la Hipotermia en el Recién Nacido en el área de Sala de Partos y Quirófano. Se plantearon como objetivo general: Determinar los factores que influyen en los Cuidados de Enfermería para prevenir la Hipotermia en el Recién Nacido en el área de Sala de Partos y quirófano. Fue un estudio tipo descriptivo, prospectivo y transversal, donde la población estuvo conformada por 16 enfermeras.

Para la recolección de la información realizaron un cuestionario cuya confiabilidad alcanzó un valor de 0.92, según la prueba estadística de correlación de Pearson, de igual forma las investigadoras elaboraron una lista de chequeo de los materiales, equipos y una guía de observación para recolectar datos de las condiciones ambientales. En los resultados se evidenció déficit de información en un alto porcentaje del personal de enfermería sobre fisiopatología, técnicas y procedimientos para prevenir la hipotermia, y déficit de equipo para brindar los cuidados inmediatos al Recién nacido.

2.2. Bases Teóricas

Para Hurtado, I y Toro, J (2001), las bases teóricas constituyen un conjunto de ideas generalmente ya conocidas en una disciplina, que permiten organizar los datos, para lograr que de ellas puedan desprenderse nuevos conocimientos. A fin de establecer una consolidación teórica que sirva como fundamento a la investigación que es llevada a cabo.

Como bases teóricas que sustentan la investigación, se recopiló una serie de aspectos relacionados con los indicadores de la variable en estudio.

Dentro del área Gineco-Obstétrica, la atención del recién nacido reviste gran importancia e interés, especialmente para el personal de enfermería, en quien recae la mayor responsabilidad en todo lo relacionado a los cuidados

de estos niños; en tal sentido, la atención está dirigida a brindar cuidados de calidad que faciliten el proceso de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y estimulen la relación inicial madre-hijo, favoreciendo el establecimiento de una interacción positiva.

En lo que respecta al recién nacido, Rudolph, C. (2004) lo define como el producto de la concepción humana independientemente de la duración de la gestación hasta los primeros 28 días de vida. (Pág. 49) Para facilitar el estudio o entender lo que compete al recién nacido, se estableció una clasificación que ayuda a planificar mejor los cuidados de estos bebés, dicha clasificación según el mismo autor la reseña como recién nacidos a término, aquellos nacidos entre las 38 y 42 semanas, pretérmino los nacidos antes de las 37 semanas y postérmino los nacidos después de las 42 semanas de gestación

Como se menciona anteriormente cuando el producto de la concepción es expulsado antes de la fecha prevista, se habla de un neonato pretérmino lo cual se traduce en un niño que amerita una serie de cuidados especiales. Cuidado, para Collière, M. (1997) “es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida” (Pág. 233).

El cuidado es lo que permite a la enfermera ofrecer el amor, la ternura, comprensión y respeto que todo ser humano necesita, es el máximo representante de la salud. En este sentido los cuidados de enfermería en el recién nacido pretérmino incluyen objetivos a corto y mediano plazo dirigidos a fomentar y mantener el equilibrio corporal, entre los cuales se ubican, la regulación de la temperatura corporal, la prevención de la infección, la estimulación del vínculo afectivo madre hijo y la alimentación. En el presente estudio se hará referencia en relación a cuidados descritos anteriormente.

Cuidados para el mantenimiento de la Temperatura Corporal

Entre los cuidados mediatos del recién nacido pretermino está la estabilización de la temperatura corporal, por ser ésta una de las necesidades más críticas en estos neonatos. El recién nacido debe realizar una serie de adaptaciones a su nueva condición en la vida extrauterina, entre las cuales se destaca el mantenimiento de la temperatura corporal, su regulación en el recién nacido, se logra a través de la degradación de la grasa parda ubicada en diferentes regiones del cuerpo.

Según González, I (2004),

La termorregulación es controlada por el hipotálamo. Los estímulos térmicos que proporcionan información al hipotálamo provienen de la piel, de receptores térmicos profundos y también de receptores térmicos en el área preóptica del hipotálamo. En el hipotálamo, la información que describe el estado térmico corporal se procesa y se compara con el punto de set del sistema de control térmico. (Pág.34)

Lo expuesto, permite inferir que a través de la piel, el neonato percibe estímulos térmicos que son reconocidos por el hipotálamo, y que inciden en su capacidad de adaptación al ambiente extrauterino. El mismo autor, (o.b.cit) destaca:

La temperatura corporal se modifica, ya sea para producir o perder calor, por alteraciones del metabolismo, actividad y tono motor, actividad vasomotora y sudoración. Bajo circunstancias normales, la temperatura uterina de 37.9°C fluctúa muy poco. Al nacer, la transición del ambiente intrauterino al extrauterino crea un cambio térmico significativo que desafía la habilidad de termorregulación del niño. Debido a las diferencias en la función fisiológica y al pequeño tamaño corporal, estos niños son vulnerables tanto al enfriamiento como al sobrecalentamiento. (Pág. 34)

En consecuencia, los neonatos pretérmino, tienen una tasa metabólica mayor que los niños mayores o adultos, la que se debe no sólo a las demandas de energía relacionadas con el crecimiento, sino también a los requerimientos de mantenimiento relacionados con la gran área de superficie corporal y el aumento de la relación superficie - masa. En este sentido, Niño, C (2004) refiere que “El calor corporal, generado por la masa corporal, se

pierde por el área de superficie. Por lo tanto, mientras más pequeño es el recién nacido, mayor es la diferencia entre la habilidad de producir calor (masa) y la pérdida de calor (área de superficie)” (Pág. 12). Esto indica, que el área de superficie mayor con relación a la masa, requiere un aporte calórico mayor para mantener el balance de temperatura.

Debido a la inmadurez de las habilidades motoras y cognitivas, el neonato, tiene una respuesta de termorregulación limitada. Para proporcionarle un ambiente térmico conducente a estabilidad y crecimiento, es necesario mantener un rango de temperatura del ambiente en la cual la tasa metabólica (consumo oxígeno) es mínima y la termorregulación se logra sin control vasomotor. Dentro de este rango el niño está en equilibrio con el ambiente. En este orden de ideas, Marshall, A (1997) indica:

Las investigaciones que definen la temperatura corporal normal del niño, implican el registro de la temperatura cuando se logra el estado de termoneutralidad. Aún cuando las definiciones de temperatura normal varían, los rangos son relativamente consistentes. Las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología son 36.5°C- 37.5°C para temperatura axilar / rectal y 36°C - 36.5°C para temperatura de piel abdominal (Pág. 198)

De lo expuesto, se infiere que corresponde al personal de enfermería, vigilar este rango de temperatura en los neonatos pretérminos, a fin de mantener el estado de termoneutralidad apropiado según su peso corporal.

En el mismo sentido, Niño, C (2004) señala que “Debido a esto, los recién nacidos se ven expuestos a sufrir de inestabilidad térmica, pudiendo producir tanto hipertermia como hipotermia, desencadenando unas reacciones que pudieran poner en peligro la vida del neonato, y más aún la del recién nacido pretérmino” (Pág. 23). En relación a la hipotermia, Borrego, V y Plaza, N (1998) señalan que:

La hipotermia provoca vasoconstricción periférica que lleva a actividad metabólica anaeróbica y acidosis. El enfriamiento se produce en caso extremo, cuando el ambiente térmico ha superado la capacidad de termorregulación del recién nacido y baja su temperatura corporal. Clínicamente esto puede producir en el recién nacido quejido y dificultad respiratoria, apnea, disminución de la actividad, dificultad para alimentarse, hipoglucemia y acidosis. (Pág. 30)

Debido a circunstancia, el recién nacido amerita el uso de diversas técnicas y procedimientos destinados a proporcionar al prematuro un ambiente adecuado que lo aislará y protegerá de las variaciones de la temperatura ambiental favoreciendo un ambiente térmico neutro.

El ambiente térmico neutro, es definido por Arango, M (2000) como “el rango de temperatura ambiental en el cual el gasto metabólico se mantiene al mínimo, y la regulación de la temperatura se efectúa por

mecanismos físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales” (Pág. 32).

Al respecto, Herid, W y Kashyap, S (2000) definen el ambiente término neutro como:

El conjunto de condiciones térmicas que produce un índice metabólico mínimo en un sujeto en reposo; por lo tanto, hay que considerar que la pérdida potencial de calor por conducción, convección, radiación y evaporación. En consecuencia, para lograra un ambiente térmico neutro se basan en un conjunto de condiciones específicas: la temperatura de la pared de la incubadora tiene que ser 1º mayor que la del aire y los niños deben estar desnudos. (Pág. 119)

Es por ello, que el niño que permanece en incubadora no debe ser abrigado. El mantener vestido al niño influye en la regulación de los controles de la incubadora a los efectos de obtener un ambiente térmico neutro. En consecuencia, el buen manejo de un ambiente térmico es un aspecto fundamental en el cuidado del recién nacido, especialmente del prematuro. Para comprender las medidas que se deben tomar es necesario conocer las cuatro formas a través de las cuales se pierde calor. Al respecto, Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I (1999) señala que los mecanismos para la producción y pérdida de calor son:

Conducción: es la pérdida de calor a través de dos cuerpos en contacto con diferente temperatura. En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las superficies que están en contacto directo con su piel (ropa, colchón, sábanas, etc.). La radiación se da entre cuerpos a distancia por ondas (el sol, radiadores, el vidrio, etc.). El recién nacido perderá calor hacia cualquier objeto más frío que lo rodee: paredes de la incubadora, ventanas. (Pág. 137)

Lo expuesto evidencia, que el recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira. La evaporación es la pérdida de calor por el gasto energético del paso del agua a vapor de agua. Cuando un niño nace en una sala de parto fría, sufre enormes pérdidas de calor por evaporación que puede producir consecuencias variables. Dickason, E.; Silverman, B. Olsen M. (1995) señalan que “Si no se mantiene la temperatura central del lactante, la transición a la vida extrauterina puede ponerse en peligro”, por consiguiente recomiendan el uso de la incubadora, las cuales funcionan de la siguiente forma:

Calientan el aire (convección) disminuyendo la gradiente de temperatura entre el ambiente y el niño. Siempre que sea posible, debe haber una incubadora precalentada a 34°C-36°C, disponible para un niño prematuro o enfermo que nace inesperadamente. La temperatura prefijada se alcanzará en 30-45 min. Los niños que han estado severamente estresados por frío deben ser calentados lentamente para evitar hipotensión y acidosis. Debido a que el consumo de oxígeno es mínimo cuando la gradiente de temperatura es menor que 1.5°C, la temperatura de la incubadora debe programarse 1.5°C más alta que la temperatura corporal del RN y ajustarla cada 30-60 minutos. El recién nacido debe estar desnudo para permitir que el calor de la incubadora sea efectivo. Vestirlo o cubrirlo puede frustrar los esfuerzos por calentarlo. (Pág. 418).

Esto indica, que el personal de enfermería debe conocer exactamente la temperatura adecuada en que se debe mantener la incubadora, para proporcionar un ambiente térmico neutro a un recién nacido que amerite de cuidados en cuanto a termorregulación, ya que si el niño es calentado a la velocidad contraindicada, se producirá igualmente problemas metabólicos.

En el mismo sentido, González, L (2004) acota:

Poner al neonato en una incubadora, no garantiza que se mantenga en un ATN. Si la incubadora se localiza próxima a una ventana, será prácticamente imposible mantener al niño en ATN. Esto se debe tener en cuenta cuando se utilizan las tablas de ATN como guía para prefijar la temperatura de las incubadoras de acuerdo al peso y edad del niño, dado que para realizar esta tabla, las paredes de la incubadora se mantuvieron 1°C- 2°C más alta que la temperatura del aire ambiental. Las incubadoras modernas permiten un ajuste automático de la temperatura del aire o la temperatura de piel del niño (servo control), según la decisión del operador.

En las primeras horas de vida, es donde hay mas riesgo de enfriamiento para el recién nacido. En consecuencia, los cuidados de enfermería constituyen las acciones dirigidas a mantener la temperatura corporal, ya sea mediante el uso de incubadoras o mediante cuna radiante.

Sobre este tópico, González, L (2004) refiere que “ la Cuna de Calor Radiante es útil en sala de parto y unidades de terapia intensiva. Los

calentadores radiantes son fuentes de alta energía, por lo que requieren el uso de servo control de piel para asegurar que el niño no es sobre calentado” (Pág. 35).

Es por ello, que se deben utilizar por un tiempo breve en el período de recién nacido inmediato y con asistencia permanente. Agrega además González, L (2004) que:

La superficie del colchón de la cuna de calor radiante se demorará en calentarse completamente, por lo que el equipo debe encenderse anticipadamente. Con la tecnología actual, gracias al modo de pre-calentamiento incorporado a los equipos, es posible lograrlo sin ruido molesto de alarmas. Diversos autores han descrito aumento de la pérdidas insensibles de agua^{1,4,7} en niños que se mantienen en calentadores radiante. Las pérdidas de agua deben considerarse en el manejo total de un neonato que se mantiene en un calefactor radiante por un período más prolongado. (Pág. 37)

Lo expuesto, permite afirmar que los primeros cuidados del neonato deben estar dirigidos a mantener la temperatura corporal del mismo, ya que es una de las variables de mayor importancia para la conservación de la vida, debido a que su sistema de regulación del calor es aún inmaduro, dando lugar a descensos bruscos ante estímulos externos.

Otro punto importante en cuanto a la termorregulación, es el sobrecalentamiento. Herid, W y Kashyap, S (2000) indican que “debe documentarse tomando la temperatura corporal profunda, pero se observará que el niño está rubicundo y jadeante, con hiperventilación e irritabilidad al principio. La hipertermia prolongada provoca estupor, coma, convulsiones, y una lesión cerebral que puede ser irreversible. (Pág. 119)

De lo expuesto se infiere que ambos extremos son adversos a la salud del neonato. La pérdida de calor intensifica el gasto metabólico. El sobrecalentamiento acarrea efectos clínicos que pueden ser irreversibles. En consecuencia, es importante el control de un ambiente térmico neutro para garantizar la supervivencia del neonato pretermino.

Cuidados para la Prevención de infección

La enfermera en la unidad de neonatología es un agente multiplicador en el sentido de prevención y control de infección, por tal motivo, debe cumplir ampliamente y con exactitud las normas de asepsia y antisepsia para prevenir infecciones. Debido a que las infecciones bacterianas y virales pueden ser devastadoras para los neonatos, la prevención y la detección precoz son los elementos principales del cuidado general.

Los microorganismos pueden transmitirse a los recién nacidos a través del contacto directo con personas colonizadas o infectadas (madre, personal), por contacto indirecto con objetos contaminados (equipos de reanimación, incubadoras, mascarillas de oxígeno), por gotas de saliva de sus cuidadores, y por productos contaminados (leche, sangre, emulsiones grasa).

Al respecto, Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I (1999) señala que:

Las infecciones en los neonatos tienen efectos impredecibles y se acompañan de un alto índice de mortalidad, situación que se exagera en los recién nacidos prematuros, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico. De igual manera el hacinamiento y alto índice niño: enfermera deben ser evitados, pues aumenta el riesgo de infección nosocomial. (Pág. 98)

Es por ello, que la unidad de cuidados Neonatales es un servicio donde las medidas de asepsia y antisepsia deben ser muy rigurosas, con el objeto de mantener los niveles mínimos de contaminación y prevenir los diferentes focos de infección hospitalaria, manteniendo la limpieza y desinfección del ambiente y a través del lavado de manos.

Una de las medidas de prevención y control de infección es el lavado de las manos. Constituye el proceso de eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y brazos por medio de un lavado

mecánico desinfección con productos químicos antes de manipular al neonato pretérmino.

Malagón, G y Hernández, (1998) mencionan que “el profesional de enfermería tiene el deber de realizar el lavado de las manos como lo indican las normas de Precaución Universal, debido a que el tratamiento quirúrgico de tejidos, cavidades u órganos y la reparación de heridas traumáticas mayores, son procedimientos que exigen la protección del personal de salud. (Pág. 78)

Con respecto a lo antes mencionado, el Centro de Control de Enfermedades (CCE) de Atlanta (2000) recomienda entre las normas a seguir para el lavado de las manos:” a) Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento. b) Después de la atención de cada paciente” (Pág. 12).

Para realizar un adecuado lavado de manos según Malagón y Hernández (1998), se debe realizar la siguiente técnica:

Mojar las manos con agua tibia, si se utiliza jabón líquido, si el jabón es de barra, tomarlo con las manos secas. Aplicar el jabón y distribuirlo por toda la superficie de las manos y dedos. Friccionar entre 15 y 10 segundos fuera del agua tibia. Enjuagar profundamente. (Pág. 78)

En consecuencia, el profesional de enfermería debe seguir el procedimiento recomendado, dedicando el tiempo necesario al lavado de manos para lograr que la técnica sea realizada de manera efectiva, y prevenir la propagación de infecciones al recién nacido pretérmino.

En cuanto a las normas para el uso de productos para el lavado de las Manos, Atkinsons, L (1998) recomienda las siguientes:

Si el jabón es barra cortarlo en pedacitos pequeños y descartarlo después de cada uso. Si el jabón esta en dispensadores, estos deben ser desechables perfectamente. Si el envase no es descartable, debe ser vaciado cada 24 horas, lavado, enjuagado y secado antes e volver a llenarlo. Las toallas deben ser descartables y estar colocadas en dispensadores adecuados que permitan la extracción o el corte sin la necesidad de manipularlas. (pág. 179)

El personal debe lavar y secar sus manos antes y después de manipular a cada bebe y después de tocar cualquier objeto que tenga probabilidad de estar contaminado. Por otra parte, Arango, M (2000) señala “si existe la posibilidad de entrar en contacto con líquidos corporales, el personal debe protegerse a sí mismo y debe proteger a otros pacientes siguiendo las precauciones universales” (Pág. 23)

En el mismo sentido, el comité de Bioseguridad de Santa Fe (1999) señala que señala que las precauciones universales consisten en: La utilización de barreras protectoras por parte del personal de enfermería y del resto del personal sanitario en los casos en que es probable que se produzca una exposición a la sangre o líquidos orgánicos del paciente. Estas barreras son: guantes, batas, mascarillas y gafas” (Pág.148)

Es por ello, que la enfermera debe cubrir parcial o totalmente el cuerpo, que responde a un diseño determinado y cuyas propiedades protectoras e higiénicas impidan el paso de bacterias de su organismo hacia el recién nacido pretérmino.

En este orden de ideas, Omaña, E. (1998) señala que “tradicionalmente se han utilizado las batas en las unidades de neonatología y de posparto, pero su uso no disminuye la colonización bacteriana de la nariz o del ombligo del recién nacido ni la incidencia de sepsis” (Pág. 93). Las batas son valiosas para proteger la ropa del personal que presta cuidados y siempre que se apliquen las precauciones universales.

Otra de las medidas de evitar infección, señaladas por Atkinsons, L (1.998) es el aislamiento o separación de los recién nacidos en cohortes según su condición y diagnóstico” (Pág. 1632). Esto, permite prevenir la

diseminación de agentes patógenos, así mismo se debe proporcionar a cada recién nacido su propia ropa, pañales, y material medico quirúrgico para limitar la contaminación cruzada y en esencia se aísla a cada recién nacido con su propio equipamiento. Es responsabilidad de las enfermeras imponer las normas para prevenir las infecciones hospitalarias y vigilará que el resto del equipo de salud sigan con meticulosidad los procedimientos y precauciones para la infección.

Continuando con los cuidados para la prevención de infecciones es la cura de la cicatriz umbilical, en relación a esto, Lowdermilk, D.; Perry, S. y Bobak, I. (2002) exponen que:

El cuidado del cordón umbilical es el mismo que el de cualquier herida quirúrgica. Sus objetivos son la prevención y la detección precoz de la hemorragia o la infección. Si observa hemorragia por los vasos del cordón, la enfermera debe revisar la pinza y aplicar una segunda pinza cerca de la primera. (Pág. 599)

Agrega además el autor citado,

Para la cura del cordón umbilical, debe realizarse una limpieza con alcohol absoluto en la base del cordón y después de cambiar el pañal. El alcohol debe colocarse de manera que solo moje la cicatriz, sin que toque el resto de la piel del abdomen para evitar quemaduras en la delicada piel del bebe. La humedad que éste produce puede originar un crecimiento bacteriano y una prolongación en el tiempo de secado de éste, produciendo así infecciones en esta región que puede poner en peligro la vida del recién nacido. (Pág. 561)

La enfermera debe extremar los cuidados al realizar la cura del cordón umbilical, ya que constituye una puerta de entrada de bacterias al organismo del recién nacido pretérmino. Durante la realización de la cura, la enfermera debe aprovechar para explicarle a la madre el modo adecuado de realizarla, de tal forma que una vez que egrese el niño, pueda ella hacerla en casa sin ningún inconveniente.

Estimulación del vínculo afectivo madre-hijo

Otro aspecto importante dentro de los cuidados mediatos del recién nacido, es iniciar el vínculo afectivo en la sala de partos, colocándolo en el abdomen de la madre para que lo acaricie, lo abrace, proporcionándole así calor y protección. Al respecto, Medellín G y Tascón, E citados en Espinoza, D y Cousier, M (2002) señalan: “es conveniente iniciar lo más pronto temprano este vínculo” (Pág. 199).

De tal manera, que el personal de enfermería debe conocer este aspecto importante en la vida del niño y dar inicio a este vínculo al momento del nacimiento del mismo, con un manejo cuidadoso y contacto directo de piel a piel, para familiarizar al bebe con su madre.

Wyly, M (1995) señala que “La temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño.

Estas interacciones le dan al niño confianza y seguridad y además le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego” (Pág. 29)

En los últimos años, los investigadores y clínicos han expresado la creciente necesidad de fortalecer un medio ambiente emocional positivo para los padres y sus hijos internados en la UCI Neonatal. Esto refleja el conocimiento de la necesidad de la familia y su importante rol en promover el bienestar de sus hijos. Las intervenciones han sido desarrolladas para asistir a las familias mientras el recién nacido se encuentra hospitalizado en Unidades de Cuidados Intensivos y durante su transición al hogar.

Parker D., Zahn L., Cole J.(1995) acotan que “Investigaciones sobre la interacción padre-recién nacido en las Unidades de Cuidados Intensivos han mostrado que frecuentemente los padres experimentan sentimientos de culpabilidad o depresión, que producen distanciamiento y dificultad inicial para establecer apego con sus hijos. (Pág.31).

Así mismo, refieren que algunas intervenciones que facilitan las interacciones positivas entre el prematuro y sus padres en las Unidades de Cuidados Intensivos son las siguientes:

a- Enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su

hijo. b- Estimular a los padres a interactuar con su hijo cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permiten. c- Ayudar a los padres a reconocer las señales de estrés en los niños, a fin de modificar la estimulación e interacción. d- Asistir a los padres en relación a las expectativas del desarrollo futuro de su hijo. e- Enseñar maniobras de consuelo para el niño. f- Enseñar a los padres técnicas de posicionamiento. g- Mantener a los padres informados del estado de su hijo. (Pág. 32)

Es evidente que se debe permitir a la madre el aprendizaje de cómo cuidar a su hijo mientras este permanece en el hospital, de forma que luego del alta la madre se sienta competente y relajada. Instar a los padres a discutir sus ansiedades con el personal neonatal. En este contexto, la enfermera es quizás la persona que tiene mayor contacto con los padres. La franqueza en la información no debe ser sinónimo de frialdad y falta de compasión, ya que puede generar un duelo anticipado y un rechazo materno a apegarse al niño.

El bebe prematuro también cuenta, al igual que el recién nacido a término con capacidades sensoriales y conductuales que se van haciendo más eficaces con la maduración, el desarrollo y la interacción con su madre. Estas conductas neonatales (gritos, mímica, actitud tónica, prehensión palmar y movimientos cefálicos) influyen sobre las conductas maternas (voz, caricia, mirada, postura, sostén y expresiones faciales) y viceversa por lo tanto también pasan a ser primordiales en la constitución del vínculo.

Pero como se ha mencionado anteriormente dicha interacción en un primer momento resulta difícil. Hasta puede ser estresante para ambos si no hay alguien que ayude a contener las ansiedades y expectativas que se presentan por las condiciones limitadas del bebe.

Por esta razón en los hospitales, debe existir personal capacitado dentro de estas unidades neonatales que le explique a la madre el porque de cada situación que le acontece a su bebe mientras este permanece en la incubadora y de igual manera oriente a la madre sobre como entrar en contacto con su hijo. En este sentido los progresos que manifieste el prematuro no van a depender exclusivamente del desarrollo biológico, sino también de todos aquellos intercambios que pueda hacer primero con su madre y en segunda instancia con el mundo externo.

Lo que va a determinar, que a pesar de la prematurez la interacción se establezca y el vínculo de apego se desarrolle. Debe hacerse todo lo posible para lograr que los padres toquen, sostengan, abracen, hablen o arrullen a su hijo y lo alimenten o den otros cuidados cuando sea posible para conservar esta relación filial.

Cuidados de Enfermería en la Alimentación del Recién Nacido prematuro

Cuando no es posible la nutrición adecuada durante lapsos duraderos por vía bucal es necesario para mantener la vida del recién nacido por Nutrición alimentación nasogástrica y parenteral total o hiperalimentación. La alimentación nasogástrica, se realiza a través sondas orales o nasales.

Whyly, M (1995) señala que:

Cuando se considera la infusión nasogástrica continua, versus la alimentación orogástrica intermitente, se debe considerar la preferencia y experiencia del personal de enfermería para efectuar este tipo de alimentación. Antes de dar el alimento, se debe aspirar el estomago y medir el residuo. Se debe reponer el líquido aspirado en la cantidad necesaria para obtener el volumen deseado. (Pág. .37)

Es claro que la alimentación mediante sonda oral o nasogástrica, es un procedimiento que debe ser monitorizado constantemente, adecuando cada dosis según la tolerancia del neonato pretermino. Por consiguiente, Whyly, M (1995) refiere:

La primera alimentación debe ser 1 ml de glucosa 5% en agua. Si el niño lo tolera, se le repite una hora después hasta haber dado 3 ml y el niño lo haya tolerado. Luego se comienza con 3 ml de fórmula Láctea por hora hasta un máximo de 6 ml por hora. Esta cantidad se mantiene invariable hasta los seis días de vida. Cuando el niño aumenta de peso y tolera la alimentación horaria se puede aumentar 8 ml por hora y después se pasa a un plan de una

vez cada dos horas: 1era hora 9 ml; 2da hora 7 ml; 3era hora 10 ml; 4ta hora 6 ml; y así sucesivamente, cambiando poco a poco hasta un volumen mayor. (Pág. 140)

Es importante seguir dichas indicaciones, a fin de comprobar la tolerancia a la vía oral, y lograr la adaptación del neonato al proceso de ingesta de líquidos.

Con respecto a la alimentación parenteral total, tiene como objetivo suministrar las calorías necesarias a aquellos niños que tienen altos requerimientos de proteínas, hidratos de carbono y grasas. En este orden de ideas, Niño, C (2004) define la nutrición parenteral como:

Un método para proporcionar una nutrición total completa por venoclisis de una solución nutritiva hipertónica (30%) directamente en una vena central, por lo regular la vena cava superior, a través de la vena subclavia o yugular. La mezcla puede administrarse en una vena periférica; sin embargo, si la concentración de glucosa es mayor de 14%, la irritación de venas de pequeño calibre es tanta que es deseable el método de la vena central. La solución es una mezcla hipertónica de glucosa con vitaminas, agua, electrolitos, una fuente de nitrógeno y minerales. (Pág. 35)

En consecuencia, se debe proporcionar al recién nacido una mezcla de glucosa, vitaminas, agua y electrolitos, que permite recibir los nutrientes que no puede aportarle la lactancia materna. Dicha mezcla debe ser administrada de forma cuidadosa, a fin de evitar la irritación de las pequeñas venas del neonato. Niño, C (2004) señala que es responsabilidad de la

enfermera las siguientes actividades, para la alimentación parenteral del neonato:

Preparar el equipo para venoclisis de hiperalimentación bajo condiciones asépticas estrictas. Ayudar al médico en la inserción del catéter de hiperalimentación. Administrar con buenos resultados la solución de hiperalimentación a la velocidad ordenada, usando una bomba de venoclisis u otros métodos de control de líquidos para impedir el goteo excesivo. Si la venoclisis es demasiado lenta puede producir hipoglucemia. (Pág. 36)

La solución de hiperalimentación no debe dejarse a la temperatura ambiente durante más de 24 horas por la probabilidad de crecimiento de microorganismos patógenos. En el mismo orden de ideas, Niño (2004) acota: “A causa de la naturaleza concentrada y componentes de la solución de hiperalimentación, es un medio excelente para el crecimiento de microorganismos”. (Pág. 36)

A causa de la naturaleza del líquido de hiperalimentación, el organismo del lactante debe compensar su comienzo y suspensión. A veces se necesitan algunos medicamentos, como la insulina para la utilización apropiada de los nutrientes en la solución empleada para la alimentación parenteral del neonato.

Debido a la incoordinación en succión, deglución y respiración, presente en los pretérminos, la alimentación enteral tiende a realizarse

después del 10mo día de vida. La administración de leche se realiza utilizando sondas orales o nasogástricas. Al respecto, Llanos, A; Mena, P y Awuy, R (2004) señalan:

Aunque las sondas nasogástricas son más fáciles de fijar que las orales, estas últimas tienen el inconveniente de incrementar la resistencia a la vía aérea, aumentando el riesgo de apneas, como ha sido reportado en estudios clínicos realizados. El aporte nutricional de la leche obtenida de la propia madre del prematuro, es suficiente para suplir la mayor parte pero no todos los nutrientes requeridos. (Pág. 23)

El determinar el mejor momento para iniciar la alimentación oral, no está claramente definido. Se considera que se debe iniciar alimentación por succión una vez que el prematuro alcance la madurez necesaria que le permita coordinar el proceso de deglución, lo cual ocurre entre las 32 y 34 semanas de edad post concepcional.

Sin embargo, estudios recientes como el realizado por los autores antes citados, sugieren el inicio de la alimentación oral después de obtener un aporte enteral de 120 ml/kg/día, para evitar que la tasa de crecimiento de estos pacientes se ve afectada por padecimientos como la hipoxia y sepsis. La tendencia actual es iniciar la alimentación en forma rápida con leche materna. La leche materna se considera la mejor elección para la alimentación enteral y se ha sugerido que tiene efecto protector para el

recién nacido. Es necesario fortificarla con calcio y fósforo para garantizar un crecimiento óseo adecuado.

En este mismo orden, Niño, M (2004) señala:

Cuando se inicia la alimentación con leches maternizadas existe mayor riesgo de presentar complicaciones. En el prematuro extremo, es difícil alcanzar los aportes calóricos requeridos, por lo que se inicia soporte parenteral después de las 24 horas de vida. El uso prolongado lleva a complicaciones secundarias a la colocación de catéteres centrales: metabólicas, infecciosas y en forma tardía predispone a hepatopatía colestática (Pág. 14)

Por otra parte, durante el tiempo que el niño pretérmino en incubadora, ha desarrollado el reflejo de succión o deglución, se debe procurar que la madre reciba orientación, apoyo y capacitación para amamantar y promover la lactancia a libre demanda, por cuanto la lactancia materna es fundamental en el desarrollo de la personalidad, por cuanto refuerza el desarrollo del Binomio Madre Hijo.

Es por ello, que no se deben imponer horarios rígidos al bebé y se le debe permitir estar con la madre durante todo el período de internación, para que reciba lactancia materna exclusiva. Al respecto, Osorno, J (2000) refiere: “En los primeros meses de vida del recién nacido, como instrumento para lograr el desarrollo de un niño con una personalidad equilibrada, integrada, que el niño se siente aceptado y querido” (Pág. 48).

Es aceptado por los estudiosos de estas teorías el hecho de que la mejor forma de lograr el fortalecimiento de ese binomio madre hijo, es a través de la lactancia materna, que por otra parte, se considera como el único alimento indispensable para la evolución Biopsicosocial del neonato.

2.3. Sistema de Variables

Variable. Información que posee la enfermera en relación con el cuidado del neonato pretérmino.

Definición Conceptual: Comunicación o adquisición de conocimientos o nociones que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada. (López, R. 2002, Pág. 24)

Definición Operacional: Son los aspectos cognitivos que posee el personal de enfermería en la especialidad de neonatología, que son básicos para la atención del neonato.

2.4. Operacionalización de la Variable

Variable. Información que posee la enfermera en relación con el cuidado del neonato pretérmino.

Definición Operacional: Son los aspectos cognitivos que posee el personal de enfermería en la especialidad de neonatología, que son básicos para la atención del neonato.

Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems
Atención del Neonato Pretérmino: Referido a las actividades que cumple el profesional de enfermería para el cuidado del neonato pretérmino en relación a las técnicas de termorregulación, prevención de infección, estimulación del vínculo afectivo madre-hijo y alimentación.	-Técnicas de Termorregulación: Son las actividades que realiza la enfermera para mantener la temperatura corporal del neonato pretérmino referidas a generalidades, uso de equipos y aparatos y precauciones.	Generalidades	1
		- Ambiente Térmico Neutro.	
		Uso de Equipos y Aparatos	2
		- Uso de Incubadoras.	
		- Cunas térmicas	3
		Precauciones de pérdida de calor por:	4
		- Irradiación	5
		- Conducción	6
		- Control de temperatura	7
		- Convección	8
- Evaporación	9		
	- Prevención de infección: Es la aplicación de técnicas de asepsia que permiten manipular al recién nacido pretérmino previniendo infecciones.	Aplicación de Técnicas de Asepsia y Antisepsia	
		-Lavado de Manos.	10
		- Precauciones universales	11-12
		- Aislamiento	13
		-Cura de la Cicatriz Umbilical.	14
	-Estimulación del vínculo afectivo: Son las acciones que realiza la enfermera para estimular el vinculo materno filial con el recién nacido pretérmino.	Vínculo Afectivo	
		- Contacto Inmediato.	15
		- Lactancia materna.	16
	Alimentación: Acciones que realiza la enfermera para la nutrición del neonato pretérmino en cuanto a técnicas y procedimientos.	Técnicas y procedimientos	
		- Gavaje	17
		- Nutrición Parenteral	18

2.5. Operacionalización de términos Básicos

Acidosis: Estado anormal producido por exceso de ácidos en los tejidos y en la sangre. Se observa principalmente en la fase final de la diabetes y de otras perturbaciones de la nutrición. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Alojamiento Conjunto. Es el alojamiento de la puérpera junto a su bebé desde el parto hasta el alta. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Amamantamiento a Demanda. Se considera tal, cuando se ofrece el pecho por el tiempo que el niño quiere mamar. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Anaeróbico: Organismos que pueden vivir sin oxígeno. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Apego: Afición o inclinación hacia algo o alguien. Estrechamiento de vínculos. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Calefactor: Aparato eléctrico que sirve para calentar una habitación. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Extrauterino: Relacionado con la vida fuera del útero. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Hipoglucemia: Niveles de azúcar bajos en la sangre. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Infección: Contaminación por agentes infecciosos. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Metabólico: Relacionado al conjunto de reacciones químicas que efectúan constantemente las células de los seres vivos con el fin de sintetizar sustancias complejas a partir de otras más simples, o degradar aquellas para obtener estas. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Pretérmino: Nacido antes del tiempo estipulado. Sinónimo de prematuro. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

Vínculo: Sujeción de sentimientos o bienes, que sucedan entre parientes. (Enciclopedia de Medicina Lexis 22. 1998)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describe el tipo de estudio, población y muestra, método e instrumento para la recolección de información confiabilidad, procedimiento para la recolección de los datos y técnicas de análisis que orientan la ejecución del estudio.

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño corresponde a una investigación no experimental; a nivel descriptivo. Los estudios no experimentales, son definidos por Polit, D y Hungler, B (2000) como “Aquellos en los que el investigador observa los fenómenos ocurridos sin intervenir en su desarrollo” (Pág. 153).

En relación a lo citado se adapta perfectamente a la investigación descriptiva porque entre las características que lo identifican describe la situación tal como se presenta la realidad.

Por otra parte, corresponde a un estudio descriptivo según lo referido por Pardo, G., y Cedeño, M., (1999) “la investigación descriptiva refiere e interpreta minuciosamente lo observado, esto se

relaciona con las condiciones existentes, prácticas que prevalecen, opiniones, puntos de vista o actitudes en marcha, efectos experimentales o tendencias que se desarrollan". (p. 39)

En consecuencia, la investigación corresponde a dicho nivel, debido a que en la misma, solo se analizó las condiciones existentes en el área de Reten general del Hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga, en cuanto a información de las enfermeras sobre el cuidado del neonato pretérmino.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

La investigación enmarcó en un enfoque de campo, de corte transversal. En tal sentido en Manual para la Elaboración de Tesis de Grado de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2002), define los estudios de campo como:

El análisis sistemático del problema en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores contribuyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de los métodos y características de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. (p. 05)

Con respecto a los estudios transversales, Polit, D y Hungler, B (2000) los definen como aquellos en los que se estudian grupos en un solo momento, para inferir tendencias en el tiempo" (Pág. 668).

La presente investigación se enfocó en el tipo mencionado por cuanto los datos serán recogidos directamente de la fuente a través de los instrumentos diseñados y aplicados por las investigadoras, en un solo momento.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Según Morles, V (1994) “la población está compuesta por individuos u objetos que pertenecen a una misma clase, por poseer características similares”. (p. 63). Para efectos de la investigación la población estuvo constituida por veinticinco (25) enfermeras que laboran en el Retén General del hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga, en los cuatro turnos de trabajo.

Muestra

De acuerdo a Morles, V, (1994), la muestra es un subconjunto total de elementos que constituyen un área de interés analítico para el estudio. Para la selección de la muestra se aplicó el muestreo censal. Hurtado, J y Toro, I (2000), refiere que: “para que un muestreo sea censal, se requiere que todos y cada uno de los elementos de la población constituyan la muestra” (p. 85).

Para efectos del estudio la muestra seleccionada correspondió con el 100% de la población, es decir veinticinco enfermeras.

3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Como parte del diseño metodológico se integran los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el instrumento que se utilizará de acuerdo a Pineda E., Alvarado, E. Y Canales, F. (1994), “el método es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos se cita la observación y la encuesta” (p. 125).

Para la búsqueda de datos e información de la variable en estudio se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario. Dicho instrumento se estructuró en dos partes: La primera, con los datos demográficos de los participantes. La segunda, por 18 ítem con alternativas de selección simple dirigidos a establecer las acciones de enfermería en el cuidado del neonato pretérmino, en cuanto a termorregulación, prevención de infección, vínculo afectivo y nutrición

3.5. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validez, se realizó a través de la opinión de expertos, con lo que se certificó en términos de redacción e interpretación el instrumento de recolección de datos. Para ello, se obtuvo el criterio de juicio de expertos en enfermería materno infantil. Según Hernández, R; Fernández, P y Baptista, C (1996) “la validez es un concepto del cual puede tenerse diferentes tipos de evidencia, 1. evidencia relacionado con el contenido, 2. evidencia relacionado con el criterio, 3. evidencia relacionado con el constructor.” (p.435)

3.6. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Con relación a la confiabilidad, se dice que un instrumento es confiable si se obtienen medidas o datos que representan al valor real de la variable, que sé esta midiendo y si estos datos o medidas son iguales, al ser aplicados a los mismos sujetos u objetos en ocasiones diferentes, en el mismo momento pero, aplicando diferentes instrumentos o al ser aplicados por diferentes personas. Para Pineda E., Alvarado, E. Y Canales, F. (1994), “La confiabilidad es la medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (p. 139).

Para medir la confiabilidad según Hernández, R; Fernández, P y Batista, C (1996), “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 262). Para obtener la confiabilidad, se aplicó una prueba piloto a un grupo de cinco enfermeras con características similares a las seleccionadas para la investigación, y luego se calculó a través del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson, el cual se ajusta perfectamente, debido a la naturaleza de parte de los ítems del instrumento (opción correcta e incorrecta), lo cual constituye una dicotomía. Esta fórmula viene dado por:

$$K = K_{ur} = \frac{n}{n-1} \cdot \frac{\sum P \cdot Q}{V_T}$$

Kuder – Richardson

N = Número de Items

V_T = Varianza Total de la Prueba

$\sum P \cdot Q$ = Sumatoria del Producto de P por Q.

Una vez aplicada dicha fórmula, se obtuvo un grado de confiabilidad de 0,96, es decir altamente confiable.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este aspecto según Pardo, G., y Cedeño, M., (1999) son la serie de actividades que utiliza el investigador para realizar el estudio, (p. 55). A tal modo para el logro de la investigación se realizaron los siguientes procedimientos cada uno de forma consecutiva : a) Solicitud de Autorización a través de correspondencia, a las autoridades del Retén General de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. b) Se realizó la validez mediante juicio de expertos en Neonatología. c) Se aplicó una prueba piloto a un grupo de cinco enfermeras ajenas a la muestra. d) Se realizó el cálculo estadístico de la confiabilidad. e) Se realizó la aplicación del instrumento.

3.8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Una vez recolectada la información, se procedió a vaciar los datos de forma manual en una matriz de doble entrada. Posteriormente, dichos datos serán categorizados por medio de frecuencias y porcentajes mediante la utilización de la versión del programa Office 2000 para Windows 2000 y se aplicó el análisis descriptivo.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A fin de presentar la información recolectada, se introducirán en este capítulo técnicas gráficas para la presentación de los datos. El análisis estadístico, es el descriptivo, a objeto de resumir y comparar las comparaciones que se han evidenciado en relación a las variables estudiadas, desde las perspectivas de las interrogantes planteadas en este estudio.

En la investigación, una vez recopilada, organizada, tabulada la información, se presentan mediante cuadros y gráficos en los cuales se reflejan las frecuencias absolutas y relativas de cada variable, luego se interpreta el comportamiento de cada categoría en cada una de las variables en estudio.

A continuación se dan a conocer los resultados de la presente investigación se emplearon gráficos de tipo barra en los cuales se verifican, visualizan los resultados obtenidos mediante el cuestionario.

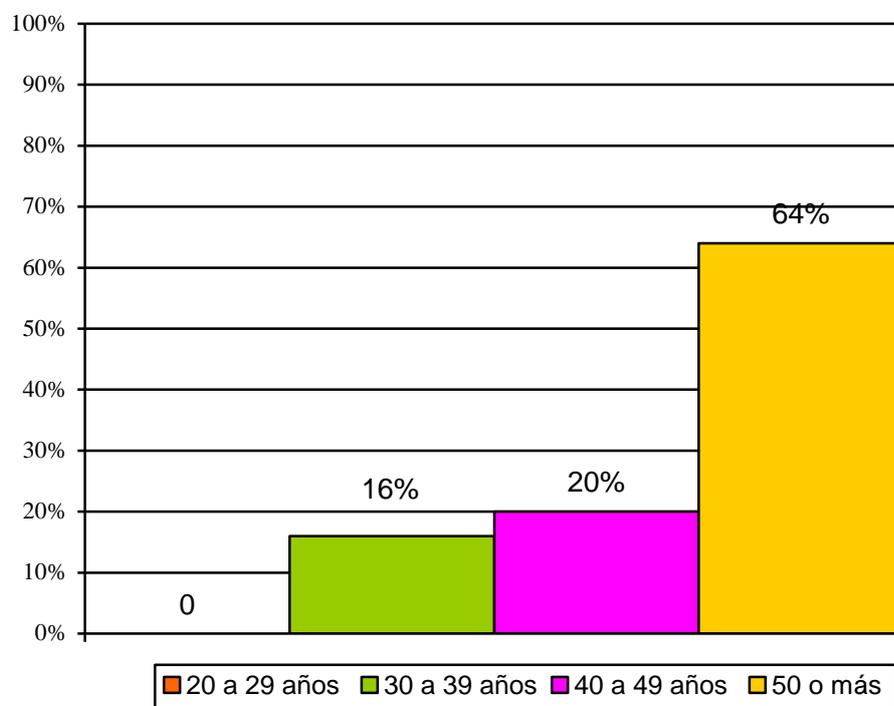
CUADRO N° 1

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA EDAD DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE RETEN DEL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA. AÑO 2006.**

Edad	Frecuencia Absoluta	%
20 a 29 años	0	0
30 a 39 años	4	16
40 a 49 años	5	20
50 o más	16	64
Total	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro N° 1, se observa que el 64% de los participantes tiene una edad comprendida entre 50 años o más. El 20% tienen una edad entre 40 y 49 años y el 16%, tiene entre 30 y 39 años.

GRÁFICO 1**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE RETEN DEL HOSPITAL
PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA.
AÑO 2006.**

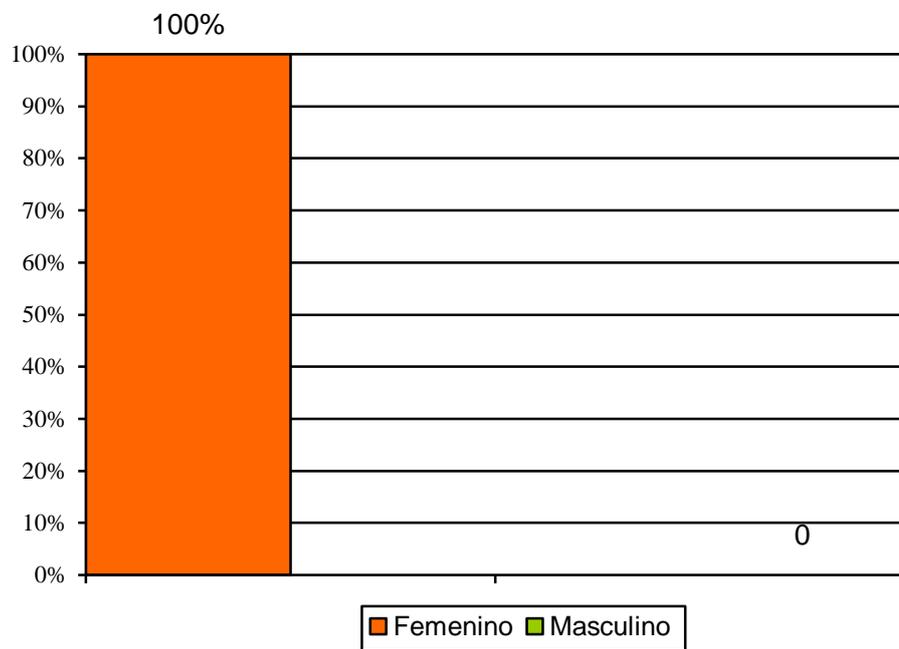
Fuente: Cuadro 1

CUADRO N° 2**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE RETEN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA. AÑO 2006.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	25	100
Masculino	0	0
Total	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro N° 2, se evidencia que el 100% de la muestra encuestada es del sexo femenino.

GRÁFICO N° 2**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL SEXO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE RETEN DEL HOSPITAL
PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA. AÑO 2006.**

Fuente: Cuadro 2

CUADRO N° 3**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS AÑOS EN EL
CARGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
RETEN EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA.
AÑO 2006.**

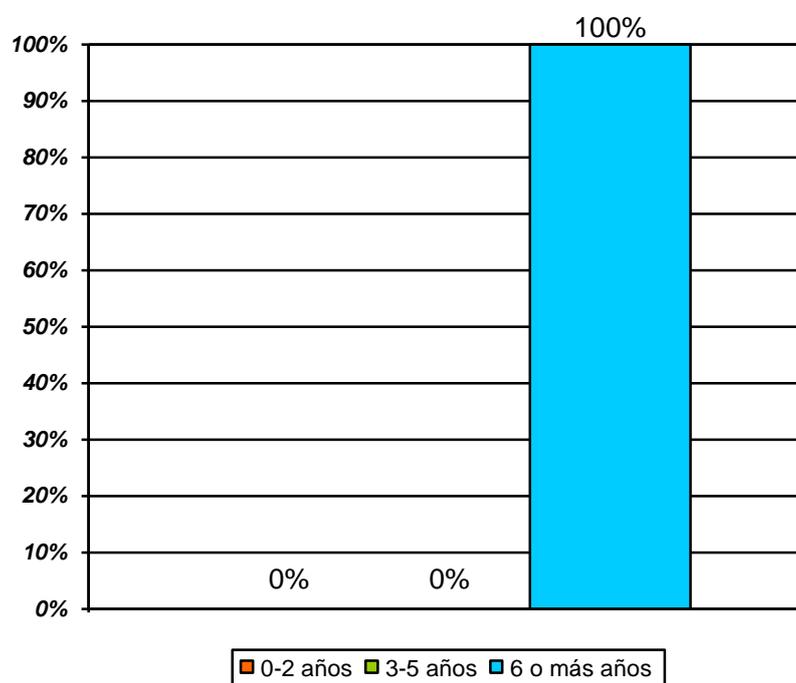
Alternativa	Fa	%
0 a 2 años	0	0
3 a 5 años	0	0
6 años o más	25	100
TOTAL	25	100 %

Fuente: Instrumento aplicado. (2006)

En el cuadro N° 3, se observa que el 100% de la población encuestada tiene más de seis años trabajando en el servicio de retén.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS AÑOS EN EL CARGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE RETEN EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA. AÑO 2006.



Fuente: Cuadro 3

CUADRO Nº 4

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN
EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN
RELACIÓN AL MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL
DEL NEONATO PRETERMINO. VALENCIA 2006**

Ítems	Correctas		Incorrectas	
	Fa	%	Fa.	%
El ambiente térmico es el rango de temperatura en el cual el metabolismo se mantiene mínimo.	12	48	13	52
El uso de incubadora se justifica porque calienta el aire (convención) y disminuye el gradiente de temperatura ambiente/ niño.	5	20	20	80
Las cunas de calor radiante son fuentes de calor de alta energía.	7	28	18	72
La pérdida de temperatura corporal por irradiación se previene, manteniendo la incubadora lejos de la pared.	15	60	10	40
La pérdida de temperatura corporal por conducción se evita, precalentando las manos antes de manipular al recién nacido.	8	32	17	68
La pérdida de temperatura corporal por evaporación se produce por aplicación de lociones y cremas	10	40	15	60
La pérdida de temperatura corporal por convección se produce por corrientes de aires provenientes de puertas y ventanas.	5	20	20	80
Antes de realizar el baño al recién nacido se debe medir la temperatura corporal.	5	20	20	80
La temperatura corporal en el recién nacido pretérmino debe medirse cada tres horas.	5	20	20	80

Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados obtenidos en el Cuadro N° 4, se observa que el 52% respondió incorrectamente a ítems relacionado con la definición de ambiente térmico neutro, mientras que el 48% lo hizo correctamente. El 80% respondió incorrectamente en cuanto al uso de la incubadora, y el 20% lo hizo correctamente.

Concerniente al ítem sobre las cunas de calor radiante el 72% respondió de forma incorrecta y el 28% lo hizo correctamente. En lo que respecta a conocimiento sobre la pérdida de temperatura corporal por irradiación se obtuvo que el 60% respondió de manera correcta, mientras que el 40% restante lo hizo incorrectamente. En cuanto a la pérdida de temperatura corporal por conducción el 32% respondió correctamente y un 68% incorrectamente.

Relacionado a la pérdida de temperatura corporal por evaporación el 60% respondió de manera incorrecta, mientras que el 40% lo hizo de forma correcta.

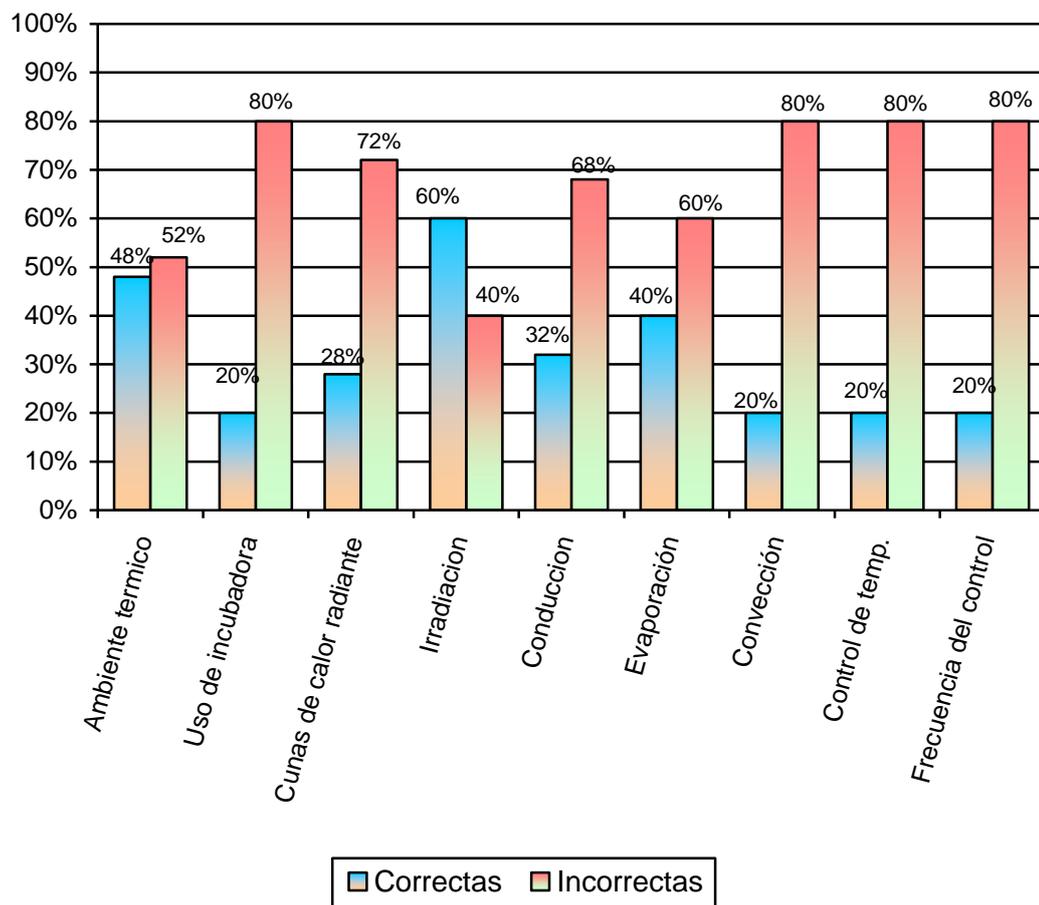
Con respecto a la pérdida de temperatura corporal por convección el 80% de las encuestadas son incorrectas mientras que el 20% respondió de forma correcta.

Por otra parte, en el ítems referido a si antes de realizar el baño al recién nacido pretermo se debe medir la temperatura corporal el 80%

respondió incorrectamente y el a 20% de forma correcto. En el ítem referido a la frecuencia en que se debe medir la temperatura corporal, el 80% de los encuestados respondió de forma incorrecta mientras que el 20% respondió correctamente.

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA EN RELACIÓN AL MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEL NEONATO PRETERMINO. 2006



Fuente: Cuadro 4

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL NEONATO PRETERMINO. VALENCIA 2006

Indicador Definición Ítems	Correctas		<i>Incorrectas</i>	
	Fa	%	Fa.	%
Una de las principales medidas de prevención y control de infecciones donde elimina mayor número de microorganismo patógeno es el lavado de manos.	10	40	15	60
Las precauciones universales se refieren a la utilización de barreras protectoras.	18	72	7	28
Entre las precauciones universales se encuentra, el uso de guantes, lentes, bata y mascarillas.	25	100	0	0
El colocar a los recién nacidos en grupos según su condición y diagnósticos para evitar infecciones se conoce como aislamiento	10	40	15	60
<i>La cura de la cicatriz umbilical para prevenir infecciones en el recién nacido se debe realizar con gasas y alcohol absoluto.</i>	25	100	0	0

Fuente: Instrumento Aplicado. 2006.

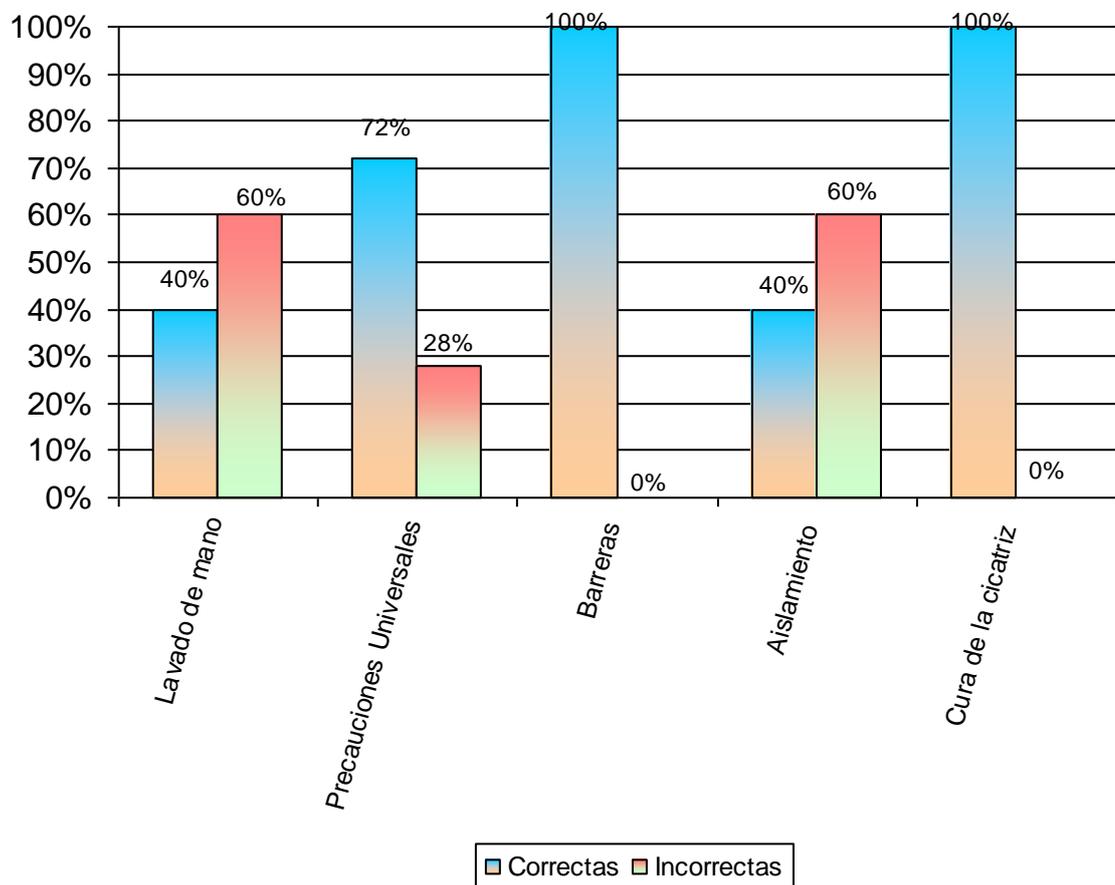
Como se observa en el cuadro Nº 5, concerniente a información que posee el profesional de enfermería que labora en el Reten General del Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga en relación a prevención de

infección del neonato pretérmino, un 60% de las participantes respondió de forma incorrecta en cuanto al lavado de manos y el 40% lo hizo de manera correcta. El 72% de las encuestadas respondió de manera correcta en cuanto a las precauciones universales mientras que el 28% lo hizo incorrectamente. Referido a las medidas de barrera, el 100% respondió de forma correcta.

En referencia al aislamiento, el 60% contestó de manera incorrecta, mientras el 40% lo hizo correctamente. En cuanto a las cura de la cicatriz umbilical, un 100% de las encuestadas respondió de manera correcta.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN RELACIÓN A PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL NEONATO PRETERMINO. VALENCIA 2006



Fuente: Cuadro 5

CUADRO Nº 6

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN
EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN
RELACIÓN A VINCULO AFECTIVO DEL NEONATO PRETERMINO.
VALENCIA 2006**

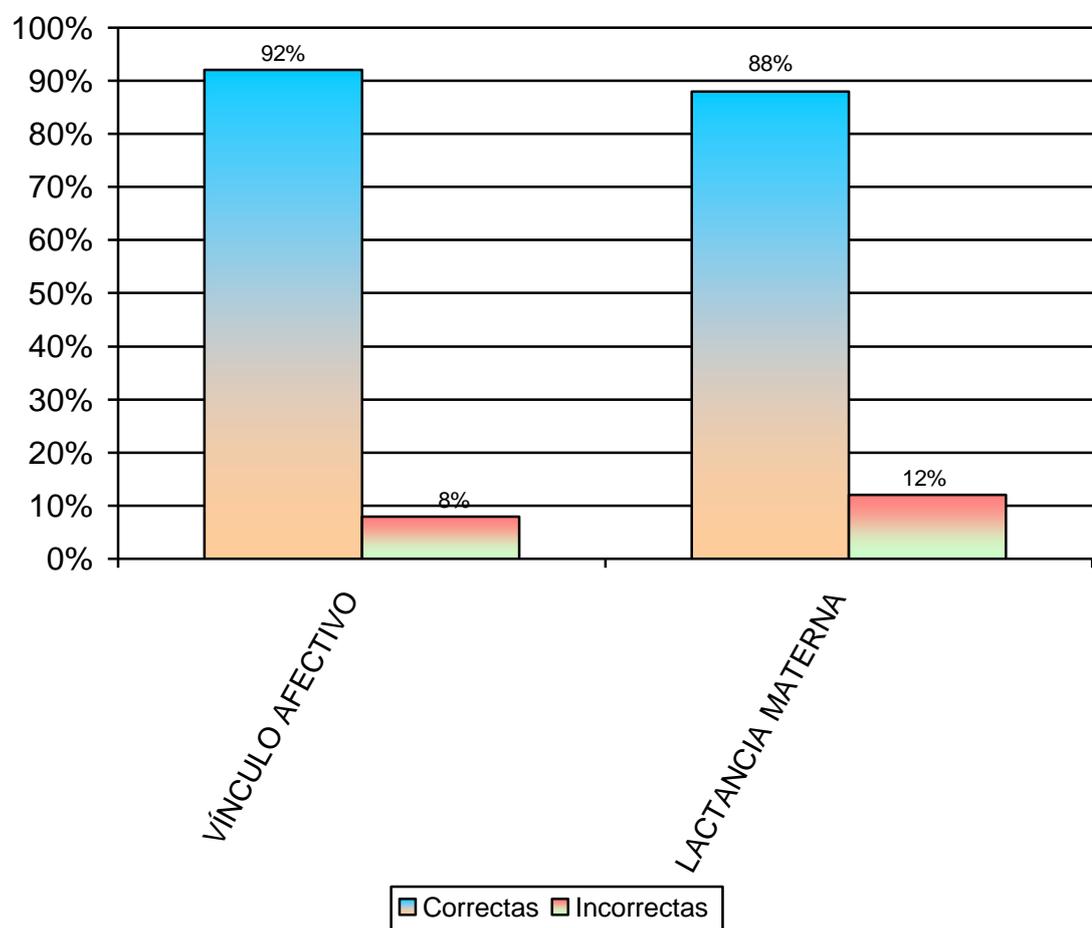
Indicador Vínculo afectivo	Correctas		Incorrectas	
	Fa	%	Fa.	%
El contacto inmediato del recién nacido con su madre disminuye los sentimientos de depresión.	23	92	2	8
<i>La lactancia materna favorece la relación madre e hijo.</i>	22	88	3	12

Fuente: Instrumento Aplicado.

Se observa en el cuadro N° 6, sobre la información que posee el profesional de enfermería en relación a vínculo afectivo el 92% contestó de manera correcta, mientras el 8% lo hizo incorrectamente. Referido a la lactancia materna favorece la relación madre e hijo el 88% contestó de manera correcta, y el 12% lo hizo incorrectamente.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA EN RELACIÓN A VINCULO AFECTIVO DEL NEONATO PRETERMINO. VALENCIA 2006



Fuente: Cuadro 6

CUADRO Nº 7

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
DADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN
EL RETEN GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN
RELACIÓN A NUTRICIÓN DEL NEONATO PRETERMINO.
VALENCIA 2006.**

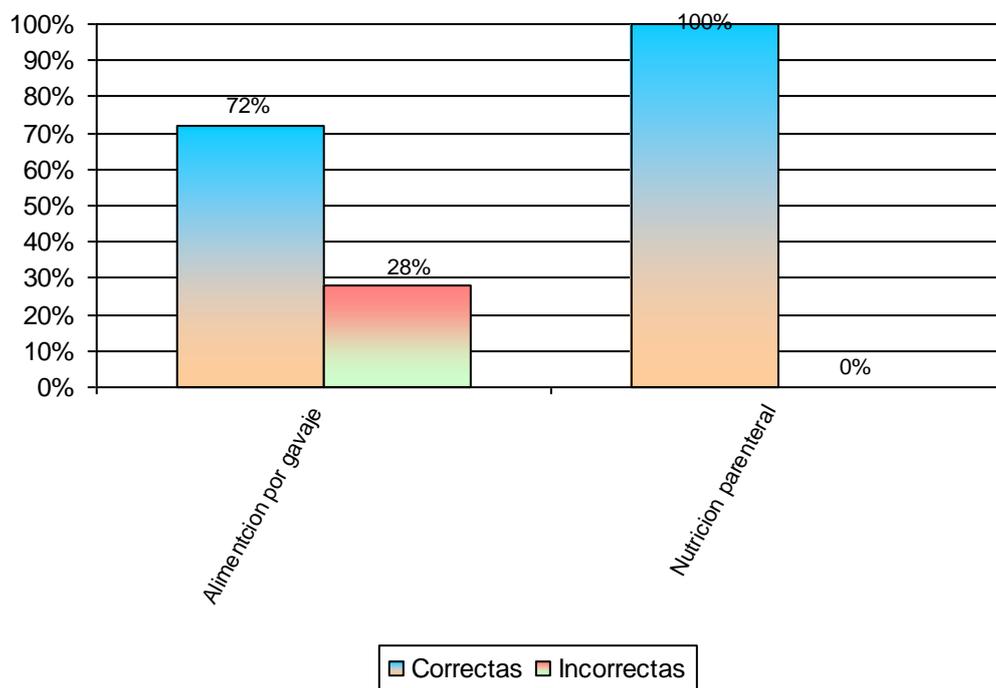
Indicador de nutrición	Correctas		Incorrectas	
	Fa	%	Fa.	%
La alimentación por gavaje se utiliza para evitar la pérdida de peso y aumentar la absorción intestinal.	18	72	7	28
<i>Cuando el recién nacido recibe nutrición parenteral se debe pesar diariamente, evaluar líquidos y glicemia.</i>	25	100	0	0

Fuente: Instrumento Aplicado.

Al analizar los resultados del cuadro N° 7, se obtuvo que el 72% de las participantes respondió de forma correcta en cuanto a la alimentación por gavaje. Referido a la nutrición parenteral el 100% respondió correctamente.

GRÁFICO N° 7

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS DADAS POR
EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL RETEN
GENERAL DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA EN RELACIÓN A
NUTRICIÓN DEL NEONATO PRETERMINO.
VALENCIA 2006.**



Fuente: Cuadro 7

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En función a los resultados obtenidos a través de la recolección de datos mediante el instrumento se llegan a las siguientes conclusiones:

Con relación al primer objetivo de la investigación, identificar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino referido a la termorregulación se obtuvo que un promedio general del 68% de las participantes respondió de manera incorrecta en cuanto al mantenimiento de la temperatura corporal del neonato pretérmino, mientras que solo el 32% de las respuestas fueron correctas. Cabe destacar que el buen manejo de un ambiente térmico es un aspecto fundamental en el cuidado del recién nacido, especialmente del prematuro. Para comprender las medidas que se deben tomar es necesario conocer las cuatro formas a través de las cuales se pierde calor.

Relacionado al segundo objetivo específico del estudio, determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la Prevención de Infecciones, un promedio general del 70% respondió correctamente, mientras que el 30% lo hizo de forma incorrecta. Al

contrastar estos resultados con los teorizantes, se tiene que Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I (1999) resalta la importancia de la prevención de infecciones, ya que según señala: Las infecciones en los neonatos tienen efectos impredecibles y se acompañan de un alto índice de mortalidad, situación que se exagera en los recién nacidos prematuros, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico. De igual manera el hacinamiento y alto índice niño/ enfermera deben ser evitados, pues aumenta el riesgo de infección nosocomial.

Referido al tercer objetivo específico de la investigación, determinar la información que posee la Enfermera que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la estimulación del vínculo materno-filial. Se observa un promedio del 90% de las respuestas fueron correctas en cuanto a la lactancia materna como medio de estimular el vínculo afectivo, mientras que solo el 10% fueron incorrectas. Parker D., Zahn L., Cole J.(1995) refieren que algunas intervenciones que facilitan las interacciones positivas entre el prematuro y sus padres en las Unidades de Cuidados Intensivos son las siguientes: a- Enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su hijo. b- Estimular a los padres a interactuar con su hijo cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permiten. c- Ayudar a los padres a reconocer las señales de estrés en los niños, a fin de modificar la estimulación e interacción. d- Asistir a los padres en relación a las

expectativas del desarrollo futuro de su hijo. e- Enseñar maniobras de consuelo para el niño. f- Enseñar a los padres técnicos de posicionamiento. g- Mantener a los padres informados del estado de su hijo.

Relacionado al cuarto objetivo de la investigación, establecer la información que posee el personal de enfermería que labora en el Servicio de Retén General, sobre el cuidado del neonato pretérmino en relación a la nutrición, se concluye que un promedio del 86% de las encuestadas respondió correctamente, en los indicadores que miden esta dimensión. En este orden de ideas, Niño, C (2004) señala que “La nutrición del RNP constituye un desafío continuo. El RNP tiene altos requerimientos energéticos por su mayor tasa de crecimiento. La pérdida de calor por la piel también incrementa las necesidades calóricas. El recién nacido pretérmino gasta entre 60-75 kcal/kg/día y requiere al menos 120 kcal/kg/día para lograr el crecimiento mínimo deseado de 15 gr/kg/día.”

De estos resultados, se puede deducir que los participantes en el estudio se encuentran informados sobre los cuidados del neonato pretérmino en cuanto a vínculo afectivo y nutrición. No obstante, llama la atención que en los aspectos termorregulación y prevención de infección hubo un índice importante de respuestas incorrectas, lo cual pudiera

sugerir una revisión del personal sobre estos aspectos, que denota un déficit importante de información, que no concuerda con el nivel académico de los participantes.

5.2. RECOMENDACIONES

Presentar los resultados de la investigación al Departamento de Enfermería del hospital Pediátrico Dr. Jorge Lizarraga, a fin de que sean tomados en cuenta para corregir las debilidades detectadas.

Hacer llegar los resultados de la investigación a los compañeros del servicio donde se aplicó la investigación, para que refuercen las debilidades detectadas en cuanto al cuidado del neonato pretérmino, en referencia al mantenimiento de temperatura y prevención de infecciones, logrando así maximizar la calidad de los cuidados de enfermería.

Diseñar protocolos de actuación, dirigidos a mantener el área de Reten General información referida la cuidado del neonato pretérmino.

Fomentar en el profesional de enfermería la motivación hacia la realización de talleres de actualización de información referida a los cuidados del neonato pretérmino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, N (1999). **Actitud de la enfermera hacia la utilización de las Técnicas de Asepsia y Antisepsia en el cuidado del Recién Nacido Pretérmino**. Trabajo de Grado no publicado. Universidad de Carabobo. Valencia.

ARANGO, R (2000). **Enciclopedia de Estimulación al Recién Nacido Pretérmino**. Tomo I. Gamma. Colombia

ARCAY, Gustavo. (2001). Estimulación Fetal y Armonización Intrauterina. **Clemente Editores. Valencia.**

ATKINSONS, L. Kohn, M. (1998). **Técnicas de Quirófano**. Mc Graw Hill. México.

AVERY, L (2001) **Manual de Neonatología**. Ediciones trilla. México.

BORREGO, V y Plaza, N (1998). **Factores que influyen en los cuidados de enfermería para prevenir la hipotermia en el recién nacido pretérmino en la sala de partos del Hospital Central de Maracay**. Trabajo de Grado no Publicado. Universidad Rómulo Gallegos. Guarico.

CENTRO DE CONTROL DE INFECCIONES DE ATLANTA (2000). Informe sobre Bioseguridad. Disponible: www.salud.org.com. Consulta: Mayo 2005.

COLLIERE, M (1997). **Cuidado Humano**. Editorial Diana. Colombia.

COMITÉ DE BIOSEGURIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Santa Fe De Bogotá. (1999) <http://www.Infecto.edu./español/n/bioseguridad>. Consulta: 27/05/2005.

DICCIONARIO DE MEDICINA LEXIS 22. Ediciones Harcourt Brace. España.

DICKASON, E.; Silverman, B. Olsen M. (1995) **Intervención de la madre en los Cuidados Neonatales del Recién Nacido pretermino**. Revista Pediatría; 120: 780-785

ESPIÑOZA, D Y López, M (2003) **Conocimientos del personal de enfermería sobre el cuidado del recién nacido pretérmino antes y después de un programa de capacitación**. Trabajo de grado no Publicado. Universidad central de Venezuela. Caracas.

GODOY, R (2002) **Atención al Recién Nacido Pretérmino**. Mc Graw Hill. México.

GONZÁLEZ, I (2004) **Termorregulación en el recién Nacido**. Mc Graw Hill Interamericana. México

HERID, W y Kashyap, S (2000) **Manual de Procedimientos de Enfermería Neonatal**. Editorial Mediterráneo. España.

HERNÁNDEZ, R; Fernández, P y Baptista, C (1996) Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Interamericana. México

HURTADO, I y Toro, J (2001), **Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio**. Editorial Episteme. Valencia-Venezuela.

LLANOS, A; Mena, P y Awuy, R (2004) **Texto Práctico de Neonatología**. Publicaciones de la Gobernación del Estado Aragua. Venezuela.

LOADERMILK D; PERRY, S Y BOBAK, I; Perry, S y Bobak, I (2002). **Tratado de Enfermería Materno Infantil**. Harcourt Brace. Sexta Edición. Tomo I y II. Barcelona España

LÓPEZ, R. (2002). **Sistema De Información De Salud Del Modelo De Atención Integral, (Simai)**. Ponencia, 15/02/01. Prosalud – Yaracuy.

- MALAGÓN, G. Hernández, E. (1998). **Infecciones Hospitalarias**. Mc Graw Hill Interamericana. Colombia.
- MARRINER, ANN (2000) **Modelos y Teorías de Enfermería**. 4ta Edición. Ediciones Harcourt Brace. España.
- MARSHALL, A (1997). **Termorregulación**. Mc Graw Hill. México.
- MORETT, L y Brito, E (1999). **Neonatología**. Diana. Colombia
- MORLES, J. (1994). **El Proyecto de Investigación**. Caracas: Episteme.
- MOSBY DICCIONARIO VIRTUAL DE MEDICINA. (2006) C.D. ROMM. Ediciones Harcourt Brace. España.
- NIÑO, C (2004) **Manejo Integral del recién Nacido Pretérmino y de muy bajo peso al nacer**. Información en línea. Disponible: www.monografias.com. Consulta: Noviembre 2005.
- OMAÑA, E. (1998)**. Enfermería en la salud Ocupacional. **Bogotá: Norma**.
- OSORNO, Jairo. (2000) **Hacia una feliz lactancia Materna**. UNICEF, Bogotá. D. F
- PARDO, G., y Cedeño, M., (1999) **Todo Sobre Técnicas de Investigación**. 2ª ed. Caracas: Ofimax de Venezuela.
- PAZ, M (2003) **Evaluación y Cuidados del Neonato Pretermino**. Revista médica de Chile. Disponible: www.esciel.com.
- PARQUER, D; Zahn, C (1999) **Neonatología Médica**. Harcourt brace. Espana.
- PINEDA E., ALVARADO, E. Y CANALES, F. (1994). **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud**. 2º Edición. O.P.S. E.U.A.

POLIT, B y Hungler, D (2000). **Investigación científica en Ciencias de la Salud**. México. Mc Graw Hill.

RODRÍGUEZ, W (2003) **Neonatología Clínica**. Mc Graw Hill. México.

RUDOLPH, C (2004) **Pediatría de Rudolph**. Mc Graw Hill. México.

TAMAYO y Tamayo (2001). **Metodología de la Investigación**. Mc Graw Hill Interamericana. México.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR. (UPEL) (1998). **Manual para la Elaboración de Trabajos de Grado, Maestría y Tesis Doctorales**. FEDUPEL. Caracas.

WYLY M. (1995) **Bebe Prematuro en la Familia**. 1ª Ed. San Diego, California. Cap 7: 145-164.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE
INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE RETÉN GENERAL, EN RELACIÓN
AL CUIDADO DEL NEONATO PRETÉRMINO**

Autoras: Moreno, Ana

Sánchez, Enelitza

Sánchez, Marither

Tutora: MSc. Nancy Montilla.

Valencia, Julio 2006

Estimado Colega.

El cuestionario que a continuación se le presenta, se encuentra dirigido a obtener información relacionada al Conocimiento que posee el Profesional que labora en el Retén General del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en relación al cuidado del neonato pretérmino.

Los datos por Usted suministrados, serán utilizados como fuente de información para la realización de un trabajo de investigación, como requisito parcial para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, por lo tanto, se agradece su mayor colaboración al respecto.

El cuestionario, está estructurado en dos partes: La primera, con los datos demográficos y la segunda, contiene 18 preguntas con alternativas de respuesta cerradas, en las cuales debe contestar seleccionando con un círculo la opción correcta.

No deje preguntas sin contestar.

Gracias por su colaboración.

PRIMERA PARTE: DATOS DEMOGRÁFICOS.**Marque con una X según corresponda**

1. Edad /años:

20 - 25 _____

26 - 30 _____

31 - 35 _____

36 - 40 _____

40 y más _____

2. Sexo:

Masculino: _____

Femenino: _____

PARTE II. CUESTIONARIO**Marque con un círculo la alternativa que usted considere correcta:**

1) El ambiente térmico es definido como:

- a) Rango de temperatura e el cual el gasto metabólico se mantiene mínimo.
- b) Rango de temperatura e el cual el gasto metabólico se mantiene al máximo.
- c) Regulación de la temperatura que se efectúa por mecanismos físicos evaporativos.
- d) Ninguna de las anteriores.

2) El uso de la incubadora se justifica para regular la temperatura en el recién nacido pretermino ya que:

- a) Calienta el aire (convección) y disminuye el gradiente de temperatura entre el ambiente y el niño.
- b) Calienta el aire (convección) y aumenta el gradiente de temperatura.
- c) Calienta el aire (conducción) y disminuye el gradiente de temperatura entre el ambiente y el niño.
- d) Calienta el aire (conducción) y disminuye el gradiente de temperatura entre el ambiente y el niño.

3) El uso de cunas de calor radiante son útiles en sala de parto y unidades de terapia intensiva debido a que:

- a) Proporcionan un ambiente abierto par mejorar la temperatura corporal del recién nacido pretermino
- b) Son fuentes de calor de alta energía
- c) Son fuentes de calor de baja energía
- d) Proporcionan un ambiente cerrado par mejorar la temperatura corporal del recién nacido pretermino.

4) La pérdida de temperatura corporal por irradiación se previene en el recién nacido pretermino:

- a) Manteniendo al incubadora lejos de la pared.
- b) Abrigando al recién nacido
- c) Colocado gorros y manoplas al recién nacido
- d) Colocando fomentaras.

5) La pérdida de temperatura corporal por conducción se evita:

- a) Pre calentando las manos antes de manipular al recién nacido.
- b) Colocando mantas al recién nacido
- c) Con el uso de la incubadora
- d) A y c son correctas

6) Antes de realizar el baño al recién nacido pretermino se debe:

- a) Medir la temperatura corporal
- b) Despertar al recién nacido previamente
- c) Preparar el equipo a utilizar
- d) Todas son correctas

7) La temperatura corporal en el recién nacido pretermino debe medirse:

- a) Cada dos horas
- b) Cada tres horas
- c) Antes y después de cada procedimiento
- d) Una vez por turno de trabajo

8) La pérdida de temperatura corporal por convección se produce por:

- a) Corrientes de aires proveniente de puertas y ventanas
- b) Manos frías en contacto con el bebe
- c) Ropas y frazadas frías
- d) A y b son correctas

9) La pérdida de temperatura corporal por evaporación se produce por :

- a) Paredes frías de la incubadora
- b) Aplicación de lociones
- c) Aplicación de compresas húmedas
- d) b y c son correctas

10) Una de las principales medidas de prevención y control de infecciones donde se elimina el mayor número de microorganismos patógenos.

- a) Precauciones universales
- b) Las medidas de barreras
- c) El lavado de manos
- d) Ninguna de las anteriores.

11) Las Precauciones universales consisten en:

- a) La utilización de barreras protectoras.
- b) La asepsia y la antisepsia
- c) La esterilización y desinfección
- d) El aislamiento

12) Entre las precauciones universales se encuentran:

- a) Uso de Guantes y gafas
- b) Uso de bata y mascarilla
- c) Uso de desinfectante
- d) A y B son correctas

13) El colocar a los recién nacidos en cohortes según su condición y diagnóstico para evitar infecciones se conoce como:

- a) Clasificación de alto riesgo.
- b) Clasificación de bajo riesgo.
- c) Aislamiento
- d) Ninguna de las anteriores.

14) La cura de la cicatriz umbilical para prevenir infecciones en el recién nacido se debe realizar con:

- a) Alcohol yodado.
- b) Agua y jabón.
- c) Alcohol absoluto.
- d) Betadine.

15) El contacto inmediato del recién nacido y su madre disminuye:

- a) Los sentimientos de culpabilidad
- b) El vínculo materno filial
- c) Los sentimientos de depresión
- d) A y c son correctas

16) La lactancia materna favorece

- a) La relación madre hijo
- b) El estado de nutrición e el niño
- c) Estado inmunológico en el niño
- d) Todas son correctas

17) La alimentación por gavage se utiliza en el recién nacido pretermino con el objetivo de:

- a) Evitar la pérdida de peso
- b) Evitar el gasto de energía
- c) Aumentar la absorción intestinal
- d) A y b son correctas

18) Cuando el recién nacido recibe nutrición parenteral se debe:

- a) Pesar diariamente
- b) Evaluar líquidos ingeridos y eliminados
- c) Medición de glicemia en cada turno
- d) Todas las anteriores