



Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería



Universidad Nacional de Cuyo.

TESIS FINAL

Tema: “Grado de eficiencia de las enfermeras en la recepción del recién nacido”

Autoras:

Verónica Camacho
Gabriela Fernández

Mendoza, Octubre del 2012

“ El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo en parte, sin el previo consentimiento de la citada escuela o del autor o de las autoras”

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

TRABAJO APROBADO EL: ____/____/____

PRÓLOGO:

Nosotras como estudiantes del segundo año del Ciclo de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo quisimos indagar, sobre la eficiencia de las enfermeras en la atención del RN, en el Servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore en el año 2012.

Durante los últimos años se produjo un aumento de nacimientos, ya sea con alguna patología o no, los cuales requieren de cuidados especiales, para lograr una atención óptima. Sumado a esto el progreso de la tecnología y científica a aumentado la sobrevivencia de los recién nacidos.

Esto nos lleva a realizar un trabajo de investigación, el cual queremos averiguar la eficiencia de las enfermeras en la recepción del recién nacido, basándonos en las técnicas, y el rol de enfermería.

Los resultados que se presentan en este trabajo de investigación muestran, como abordan los enfermeros los cuidados en la atención al RN.

AGRACECIMIENTOS:

Con afecto a nuestras familias, amigos y amigas en especial las que nos aguantaron y siempre estuvieron alentándonos cuando el camino se nublaba; Flavia, Rosario, Elizabeth, Mariela, Teresita, Valeria y Edith.

A la Lic. María Rosa Reyes, Lic. Ana Magdalena Andrada y Lic. Jorge Michel. Quienes con dedicación tiempo, paciencia nos guiaron hasta la última etapa y siempre con el mismo cariño y convicción.

INDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Página de aprobación.....	III
Prólogo.....	VI
Agradecimiento.....	V
Índice General.....	VI
Índice de Tablas y Gráficos.....	VII
Introducción.....	1
MODULO I	
Tema.....	2
Planteamiento del Problema.....	2
Formulación del Problema.....	5
Objetivos.....	5
Justificación.....	5
MODULO II	
Marco Teórico.....	7
Capítulo 1: Antecedentes Históricos, surgimiento de Enfermería.....	7
Capítulo 2: Enfermería en Argentina, Ley de Enfermería.....	15
Capítulo 3: Características del Recién Nacido.....	20
Capítulo 4: Recursos físicos para el Recién Nacido Sano.....	32
Capítulo 5: Recurso Humano.....	37
Capítulo 6: Cuidados Específicos al Recién Nacido.....	42
MODULO III	
Conceptualización de las Variables.....	45
Operacionalización de las Variables.....	46

Diseño Metodológico.....	51
Análisis e Interpretación de Tablas y Gráficos.....	52
Conclusión.....	82
Recomendaciones.....	83
Bibliografía.....	85

MODULO IV

Anexos:

Anexo I: Instrumento de recolección de datos.....	86
Anexo II: Tabla Matriz.....	91
Anexo III: Autorización.....	99

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS:

Análisis Univariados

Nº 1 - Sexo de los Enfermeros.....	52
Nº 2 - Nivel de Formación de los Enfermeros.....	53
Nº 3 - Antigüedad de los Enfermeros.....	54
Nº 4 - Edad de los Enfermeros.....	55
Nº 5 - Horas de trabajo semanal.....	56
Nº 6 - ¿Realiza usted algún tipo de capacitación en el año?.....	57
Nº 7 - ¿Se interesa por aumentar sus conocimientos científicos?.....	58
Nº 8 - ¿Participa voluntariamente en actividades de prevención, en mejora del servicio?.....	59
Nº 9 - ¿Cuenta con los materiales necesarios, en la aplicación de técnica?....	60
Nº 10 - ¿Colabora con su compañero cuando lo requiere?.....	61
Nº 11 - ¿Te informas sobre los aspectos éticos – legales de tu profesión?.....	62
Nº 12 - Observación en la Aplicación de Técnicas.....	63
Nº 13 - Observación de Evaluación del RN.....	64
Nº 14 - Observación, Técnica de Medicación.....	65
Nº 15 - Observación, Técnica de peso y talla.....	66
Nº 16 - Observación, Técnica de Higiene.....	67
Nº 17 - Observación, Técnica de Atuendo.....	68
Nº 18 - Observación, Técnica de Profilaxis Umbilical.....	69
Nº 19 - Observación, Técnica de Profilaxis Ocular.....	70
Nº 20 – Observación, Técnica de Identificación.....	71
Nº 21 - Observación, Técnica de Bioseguridad.....	72
Nº 22 - Observación, Aplicación de Normas.....	73

Nº 23 - Observación, Pericia en la aplicación de técnicas.....	74
Nº 24 - Observación, Técnica de lavado de manos.....	75
Nº 25 – Observación, colaboración de los Enfermeros.....	76
Nº 26 - Observación, Uso de terminología.....	77

Análisis Bivariados

Nº 27 - Relación Nivel de formación, Técnica de Bioseguridad.....	78
Nº 28 - Relación Antigüedad, Aplicación de Técnicas.....	79
Nº 29 - Relación Antigüedad, Identificación.....	81
Nº 30 - Relación Nivel de Formación, Profilaxis Umbilical.....	82

MODULO I

INTRODUCCIÓN:

En el marco de la atención del recién nacido, una función importante del personal de enfermería es mantener un menor riesgo en todas las actividades que realiza. El conocimiento, manejo de los equipos complejos y de los accesorios mecánicos forman parte de la atención del recién nacido.

Algunas actividades o procedimiento resultan muy invasivos para los neonatos, los cuales pueden favorecer el gasto de energía y comprometer su oxigenación, glucosa, peso y signos vitales. Enfermería debe ser eficiente con sus actividades, de tal manera que sus intervenciones sean de mínima manipulación hacia los recién nacidos.

Otro aspecto que hace más compleja la atención al neonato son las necesidades de cuidados de salud, o sea el reconocimiento como persona y protagonista al recién nacido, porque conlleva la individualización de los procesos e intervenciones. Actualmente no solo sirve “hacer bien las cosas y repetir las tantas veces como se repita una misma situación”, hoy cada acción de cuidados requiere reflexión, identificar el problema, elegir la mejor intervención de entre las posibles, llevar a cabo las actividades más pertinentes, reflexionar sobre todo el proceso realizado y buscar mejoras para explicar e intervenir en las nuevas situaciones que puedan producirse.

Una de las preocupaciones principales, en el servicio de neonatología, es conocer el grado de eficiencia durante la intervención, que diariamente realizan las enfermeras con los neonatos. El propósito del presente trabajo fue conocer cómo afecta las intervenciones de enfermería en las respuestas fisiológicas y estados conductuales de los neonatos admitidos en el servicio de neonatología

TEMA: “Grado de eficiencia de las enfermeras en la recepción del RN y cuidados posteriores en sala intermedia”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Podríamos mencionar la eficiencia de atención en la recepción del recién nacido como la capacidad para brindar cuidados a través de un grupo interdisciplinario, que dispongan de conocimientos prácticos y equipo apropiado para cada intervención.

Hemos observado en el Sector Recepción y Sala Intermedia (cuidados posteriores), del Servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore que las enfermeras no aparentan un grado de eficiencia aceptable en la aplicación de las técnicas con el recién nacido, que garanticen una buena calidad de atención.

La recepción; es el lugar donde se aloja a todo ser humano al momento de su nacimiento.

Estableciendo una breve reseña, se categorizan en tres grandes grupos¹ los nacidos de más de 40 semanas de gestación, conocidos como los de post-término; los nacidos de 37 a 40 semanas de gestación, de término.

Los nacidos de 33 a 36 semanas de gestación conocidos como los de PRE-término, y dentro de esta clasificación podemos encontrar los nacidos de 24 a 32 semanas de gestación, prematuros de alto riesgo, los cuales requieren de cuidados más específicos y minuciosos.

En años recientes las enfermeras han cambiado las técnicas de recepción del recién nacido.

Antiguamente las enfermeras eran conocidas por su perfil eficiente, como por ejemplo en su atuendo; intervenciones al RN, criterio en la evaluación.

(1) Carlos Llama Figueroa, Ernesto A. Lupo, Nora López, Norma Rossato y José M. Ceriani Cernadas-Neonatología Práctica. 3 Edición, Editorial Panamericana .S.A. Año 1999

En cuanto a los elementos de bioseguridad al asistir al recién nacido contaba con gorro, barbijo y botas. Si el nacimiento se producía por cesárea se utiliza ropa estéril.

Como así también las técnicas a utilizar con el recién nacido: la técnica de colocación de vacuna de Hepatitis B, vitamina K (preparada con material estéril guantes, jeringa y agujas), la técnica de profilaxis de infección ocular, la técnica de lavado de manos y antebrazo correcto y la técnica de traslado a la sala de recepción. Cuando el RN es trasladado al sector de intermedio por una complicación pequeña, como una Dificultad Respiratoria Transitoria, Hipoglucemia. Las técnicas correctas a realizar por enfermería es de: control de signos vitales, colocación de venoclisis, colocación de sonda orogástrica, control de la temperatura corporal, educación a la familia, alimentación, profilaxis umbilical, entre otros.

Hoy por hoy las enfermeras de recepción utilizan, desde el punto de vista del aspecto personal, sandalias de taco alto, cabellos desajustados, con elementos de billuteri, uñas largas y pintadas.

Además se entiende que no se cumple con los elementos de bioseguridad en caso de cesárea (uso de ropa estéril) o parto normal (uso de gorro, barbijo y botas).

Otro de los aspectos observados es que no se logra adecuadamente la higiene corporal del recién nacido (lavado de cabeza, limpieza de los pies, etc.), como también las técnicas a utilizar; para la colocación de la vacuna sin previa preparación del mismo con material estéril, ni limpieza de la zona de punción con alcohol al 70%, técnica de lavado de manos incorrecta antes o después de tocar al recién nacido, colocación de las gotas oftálmicas con los ojos casi cerrados y el traslado de la sala de partos.

Sumado a esto, el personal de enfermería no recibe la capacitación suficiente en el tema de reanimación cardiopulmonar al momento (RCP) o temas relacionados con el cuidado del neonato.

Estos aspectos influirán negativamente en el recién nacido como en las enfermeras:

En el recién nacido posibles traumatismos (traslado inadecuado); lesiones en el cuerpo (por el uso de billuteri en exceso); contaminación (por la mala técnica de lavado de manos); hemorragias (por la administración inadecuada de las

vacunas vitamina k); infecciones oculares (administración inadecuada de las gotas oftálmicas).

Para el caso de las enfermeras, contaminación con fluidos corporales (no uso de ropa estéril, gorro, barbijo y botas).

Nace en nosotras los siguientes interrogantes: ¿Qué perfil espera la sociedad de los enfermeros?, ¿Qué tipo de atención se debe brindar al recién nacido?; ¿Qué procedimientos debe tener la enfermera en la recepción del recién nacido?

Tratar que las enfermeras mejoren las técnicas, en el cuidado del recién nacido “será el futuro de mañana”. En ese sentido, Alfredo Larguía: menciona lo siguiente “ *Se considero al recién nacido desde una perspectiva de desarrollo en el futuro, manteniendo en primer plano ese niño como perteneciente a una familia, insertada en una sociedad y en una determinada cultura. Esta ubicación en el marco ideológico marcó la importancia del ingreso de la familia a las unidades y el comportamiento de su hijo durante la internación.*”

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el grado de eficiencia de las enfermeras, en aplicación de técnicas de recepción del recién nacido y cuidados posteriores, en sala intermedia del Servicio de Neonatología, Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Agosto del 2012, Provincia de Mendoza?

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cuál es el grado de eficiencia de las enfermeras, en la aplicación de técnicas de recepción del recién nacido y cuidados posteriores en sala intermedia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las actividades que realizan las enfermeras, en la aplicación de técnicas al R N y cuidados posteriores.
- Evaluar el desarrollo de las técnicas acorde a normativas vigentes.
- Caracterizar al personal de enfermería.

JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación se realiza con la finalidad de conocer el grado de eficiencia en la aplicación de las técnicas que presenta enfermería en la recepción y sala de intermedio del recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore.

Es importante el trabajo que realiza el personal de enfermería en los cuidados y grado de eficiencia en la aplicación de las técnicas, ya que el mismo repercute sobre la salud del niño, y de esta manera evita complicaciones al recién nacido.

Debemos concientizar a la enfermera sobre la importancia de brindar cuidados y atención adecuada, para mejorar la adaptación de la vida extrauterina en el menor tiempo posible. Por ello, creemos que es necesario, la unificación de criterios para mejorar la visión, decisión y ejecución en los cuidados, con la implementación de protocolos en el servicio.

Creemos que la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos es fundamental para el enfermero neonatal; ya que en los últimos años se ha producido un gran número de nacimientos de recién nacidos sanos y patológicos. Con ello, el surgimiento de una necesidad de atención cada vez más complejos y centrados en la familia. La capacitación en el servicio y el aprendizaje diario, ayuda a aumentar la responsabilidad y la toma de decisiones cuando así lo requiere.

Todos los enfermeros que trabajan en servicios de neonatología como profesionales, deben poder realizar cada tarea asignada, sin emisión de error o duda de su capacidad y de su destreza; de lo contrario surgen un desequilibrio que no garantiza una atención de calidad, ni procedimientos e intervenciones adecuadas durante la recepción del recién nacido.

MODULO II

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: ANTECEDENTES HISTORICOS, SURGIMIENTO DE ENFERMERIA.

Al igual que en los pueblos primitivos, en la **antigüedad** se creía que una fuerza superior, era la responsable de todo lo que le ocurría a este “mundo”. Esto puede acarrear que los espíritus malignos eran los causantes de todas las desgracias y enfermedades posiblemente como castigo al desacato del mandato divino, lo que se cree que pudo llevar a la construcción de templos con el fin de pedir la curación de sus enfermos y espantar así las fuerzas malignas².

Además se puede comprender que desde Egipto y Fenicia a través de la Isla de Creta, llegó la civilización a los griegos. Pero los griegos eran observadores perspicaces más no experimentadores; eran filósofos, no científicos. De esta misma línea gracias a su sentido de la belleza y de la proporción florecieron edificaciones y templos de calidad artística dedicados a los dioses. Así mismo eran politeístas, es así como veneraban a Apolo, el dios del sol, también dios de la salud y de la medicina. No obstante uno de los más interesantes es Esculapio, hijo de Apolo y de madre humana, era el principal sanador de la mitología griega. Pero paralelamente los altares de Esculapio ofrecían la curación por medio de ofrendas, sacrificios y voluntad divina, los médicos laicos, conocidos como artesanos, acumulaban conocimientos objetivos sobre las enfermedades del pueblo griego junto al lecho del enfermo y practicaban tanto la cirugía como la medicina.

Por otra parte mientras que para Sócrates y Platón el término “hombre” incluía a todos los humanos, mujeres, esclavos y extranjeros, para Aristóteles “hombre” excluía a las mujeres, esclavos y extranjeros a quienes consideraba inferiores. Por ello la inferioridad de las mujeres y esclavos era innata por lo que no podría ser curada.

(2) Lelia MC Cormack. “catedra morfofisiología de enfermería” 2007.

Como todas las realidades en caso de la mujer estaba limitada a permanecer en el hogar (*oikos*), mientras que el hombre comprendía la ciudad y trabajaba (*polis*). Por ello la mujer-cuidadora, limitó su papel a cuidar a los enfermos, al menos que fuera sacerdotisa, esclava o prostituta no existe diferencia respecto a quién realizaba las funciones de enfermería, posiblemente fueron esclavos los primeros enfermeros. En lo relativo la práctica de la higiene era más que una especialidad médica, era una forma de vida, como también aquellas recomendaciones acerca de la alimentación, la vida sexual y el ejercicio se adoptaron como parte integral de su comportamiento. Por ello el verdadero médico debía dedicarse a su profesión y a sus pacientes y abstenerse de todo aquello que pudiera deshonorar o perjudicar a otros. “Lo que no puede ser curado por los medicamentos es curado por el cuchillo, lo que no puede ser curado por el cuchillo es curado por el hierro caliente, algo que no pueda ser curado debe ser considerado incurable”.

Igualmente a **Galeno**, quien nació en Pérgamo en el año 129 D.C. y empezó su carrera a muy temprana edad siendo el cirujano de los gladiadores, se lo considera como el gran fisiólogo experimental, se le acredita el invento de la ligadura, sin la cual muchas de las cirugías hubieran sido imposibles. En ese sentido se creía que la sangre no circulaba, sino que estaba sometida a un vaivén. Tampoco podríamos olvidar que las venas tenían sangre con sustancias nutritivas, mientras que las arterias, contenían sangre con espíritu vital, sangre y aire. Según la teoría de Galeno de “la circulación” fue plenamente aceptada en los próximos 1400 años y su voluminoso trabajo llegó a ser la “Biblia médica” que dominó el mundo occidental por los siguientes 1500 años, aun cuando sólo una tercera parte de ellos se salvó de la destrucción después de la caída del imperio romano.

A pesar de que los romanos estaban muy adelantados en el cuidado de sus soldados, desarrollaron una medicina militar organizada, con primeros auxilios en el campo de batalla y creando ambulancias de campaña. Posteriormente edificaron hospitales militares conocidos como valetudinaria, con capacidad para más de 200 enfermos o soldados heridos. Finalmente los esclavos hacían de enfermeros, en el cual arriesgaban su vida al entrar en contacto con los

enfermos, cuando la peste negra asoló toda la Italia mediterránea y cuando organizaron un hospital y recorrieron la ciudad atendiendo los enfermos. Se hace necesario creer que el principal papel de mujer-enfermera correspondía exclusivamente al cuidado de los niños y la atención de partos.

Finalmente el cuidado de los enfermos y afligidos llegó a tener un significado espiritual, que permitía acumular méritos para ganar el cielo en este caso la doctrina de **Cristo** y la fraternidad lograron la transformación de la sociedad y el desarrollo de la “enfermería organizada”, toda vez que la posición de la mujer se elevó con el cristianismo (primera era cristiana 1-500 D.C.). En ese sentido el altruismo puro, predicado por los primeros cristianos comulgaba con el pensamiento y motivación de la enfermera cuidadora, que se traducían en cuidado caritativo, amoroso y desinteresado. Es así como el cuidado de los enfermos y desvalidos surge como una obra de misericordia, las cuales abarcaban las necesidades básicas humanas: dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos. En el cual la regla de oro de la práctica de la nueva fe “no era ser cuidado, sino cuidar”, por lo que el cuidado de los enfermos y afligidos se elevó a un plano superior, convirtiéndose en una vocación sagrada, en un deber declarado de todos los hombres y mujeres cristianos.

Así, mismo las primeras órdenes de mujeres trabajadoras (grupos de enfermería) crecieron rápidamente y se convirtieron en expresión de los deseos vocacionales, formando parte de ellas las diaconisas y las viudas y más tarde se incorporaron las vírgenes, las presbíteras, las canónigas y las monjas, aunque sólo las diaconisas y las monjas se dedicaban a la enfermería. En este sentido la diaconisa podía estar casada, ser viuda o virgen. Posteriormente la mujer Febe (60 D.C.) es reconocida como la primera diaconisa y la primera enfermera visitadora siendo la única diaconisa a quien menciona San Pablo en el Nuevo Testamento, las diaconisas trabajaban sobre una base de igualdad con el diácono, tenían múltiples funciones entre ellas colaborar en el sacramento del bautismo, cuidar y visitar a los enfermos, llevarles comida, dinero, vestido, atención física y espiritual, entre otras.

Una de las matronas romanas más conocida es Fabiola, divorciada la primera vez y viuda en la segunda oportunidad, se convirtió al cristianismo renunciando a los placeres terrenales, reconoció sus errores y se unió a los penitentes. Con su inmensa fortuna fundó, en su propio palacio, el primer hospital gratuito de Roma, el cual fue descrito por San Jerónimo como *nosocomium*, o lugar donde se cuidaba enfermos, diferenciando entre enfermos y pobres. Para asumir el papel de la enfermera era necesario poseer una profunda motivación religiosa, con una alta dosis de autosacrificio, obediencia, humildad y desprendimiento de las cosas materiales.

En lo relativo durante la edad media, probablemente como consecuencia de las clases sociales y culturales, dio cabida a grandes movimientos: el feudalismo, el monasticismo y el islamismo. Por ello el feudalismo, especie de gobierno patriarcal, proporcionaba a los hombres hogar para su familia, alimento y protección física, pero a cambio exigía lealtad, existía una gran discriminación social entre el señor y el siervo, desembocando la mayoría de las veces en abuso y descontento entre el pueblo. Por otra parte la mujer, obligada a casarse muy joven y generalmente contra su voluntad, recaía todo el trabajo relacionado con la administración del feudo; tenía, además a cargo el cuidado de los enfermos, desarrollaba actividades propias de los médicos y de enfermería, prestaba primeros auxilios gracias a que tenía un gran conocimiento de remedios caseros. A su vez existía un precepto al respecto: “si uno de tus sirvientes cae enfermo, tu misma dejarás de lado todos los quehaceres y con gran amor y caridad lo cuidarás”.

Por otra parte se hicieron avances médicos, especialmente en la escritura, con la invención de la imprenta por Gutenberg (la Biblia de Gutenberg [1594] fue el primer libro completo que se imprimió de esta forma) también en la arquitectura con el desarrollo de ciudades amuralladas, con castillos, fosos, portones, puentes levadizos, pero sin provisión de agua pura y alimentos, que al parecer, favorecieron las enfermedades contagiosas, delincuencia, violencia, hambre y muerte; aunque también la necesidad de enfermeras que atendieran a domicilio.

A pesar que las mujeres siguieron interesando por la enfermería, la partera y no el médico, eran las encargadas de atender a la mujer embarazada, el alumbramiento y el recién nacido; sólo en casos especiales se requería la participación del barbero/cirujano.

A pesar que la clase media –mercaderes, banqueros, tenderos, artesanos se fue fortaleciendo económicamente y adquiriendo un nivel cultural y universitario alto, independencia y sofisticación, pero también un sentimiento de inconformidad y desacuerdo con una Iglesia más interesada en los bienes materiales, en la riqueza, poder, laxitud y avaricia, que en los dones espirituales. Santo Tomás de Aquino (1225-1274), con su *Summa Teológica*, motivó, de alguna manera a la enfermería a adoptar el ideal militar y de orden teniendo como consecuencia la formación de órdenes militares de enfermería, órdenes mendicantes, los terciarios y las órdenes seculares de enfermería, entre otras. No obstante los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, fue una orden muy adinerada, por lo que pudo equipar los hospitales mejor que otras órdenes. Se distinguieron por su labor en el campo de la enfermería hasta la expulsión de los cristianos de Palestina. También mencionamos a los Caballeros Teutónicos, que adquirieron gran poder en Alemania y les cedieron la administración de muchos de sus hospitales. Por otra parte para los miembros de los Caballeros de San Lázaro, quienes además de ser guerreros habían padecido el azote de la lepra (sífilis y enfermedades crónicas de la piel), ésta se convirtió en su objetivo puesto que los leprosos habían sido excluidos de la sociedad en instituciones conocidas como *lazarettos* o leprosarios.

Una de estas organizaciones, que se ha mantenido hasta nuestros días, es la orden de las Hermanas de la Caridad fundada por San Vicente de Paúl en Francia, donde la miseria y la enfermedad producto de las guerras, habían creado el caos. Por lo tanto la importancia de esta comunidad radica en el trabajo en las provincias, en la atención en casa brindando no sólo cuidado de enfermería sino apoyo espiritual. Por ello se reclutó a jóvenes solteras, a las que se exigía inteligencia, refinamiento y un interés sincero por los enfermos pobres. San Vicente mismo se encargaba de la preparación espiritual de las jóvenes enfermeras a través de charlas semanales.

En este contexto a partir 1809 las hermanas de la Caridad llegaron a América, donde además del trabajo comunitario se dedicaron al cuidado de los niños abandonados. Finalmente el propósito de las órdenes mendicantes estaba orientado a promulgar la religión y la enfermería a la gente con enfermedades graves; se consagraron a vivir en la pobreza y de la caridad de la sociedad como lo hizo San Francisco de Asís y Santa Clara de Asís, dando origen a la Orden de los Franciscanos o la Orden de los Frailes Menores, autorizados por el Papa Inocencio III, y a la segunda orden de San Francisco más conocida como la Orden de las Claras Pobres o Clarisas, con Clara como abadesa; se dedicaron especialmente al cuidado de los leprosos, caracterizados por el ascetismo, el desprendimiento.

Por otra parte los movimientos sociales que caracterizaron a Europa durante varios siglos se replicaron también en América donde diferentes grupos europeos, católicos y protestantes, emigraron al nuevo continente llevando sus costumbres y el cuidado de los enfermos a un territorio donde los nativos tenían una forma particular de cuidar a sus enfermos a través de los “curanderos” quienes usaban una medicina popular y mágica, y de las mujeres que utilizaban hierbas y ejercían la función de enfermeras.

Igualmente con el tiempo las colonias de origen protestante, la profesión de enfermería la ejercieron personas contratadas a sueldos bajos o los internos de los correccionales. A su vez el crecimiento de los hospitales en la América colonial fue lento; eran más bien casas de caridad con enfermerías incorporadas, en las que los pacientes pobres eran atendidos por los otros internos.

Para Enrique VIII, en Inglaterra, suprimió las órdenes religiosas de enfermería y confiscó las propiedades de cerca de 600 fundaciones caritativas cuya finalidad sería para cubrir la necesidad urgente de enfermeras se reclutó a mujeres de todos los orígenes, se negociaron penas de cárcel a cambio de realizar la tarea de cuidar enfermos. Por otra parte todo esto, más la ambivalencia del protestante hacia sus enfermos y pobres produjo resultados funestos para la Enfermería, arrastrándola a sobrevivir en medio de las peores

vejaciones y condiciones jamás enfrentadas. ...*“En general, los asistentes o enfermeros laicos eran ignorantes, rudos y desconsiderados, por no decir inmorales y alcohólicos. Cuando una mujer ya no podía ganarse la vida con el juego o el vicio, le quedaba la alternativa de convertirse en enfermera. Las enfermeras eran reclutadas entre antiguas pacientes, presas y de los estratos más bajos de la sociedad. ...Este estado deplorable de las enfermeras y de la enfermería se prolongó durante todo este período. La enfermería apenas estaba organizada y, por supuesto, carecía de posición social. Nadie se dedicaba a la enfermería si tenía la posibilidad de ganarse la vida de cualquier otra forma. Como enfermeras, incluso las hermanas de las órdenes religiosas llegaron a estancarse por completo a nivel profesional como consecuencia de una interrumpida secuencia de restricciones desde mitades del siglo XVI”*. A esta etapa se ha denominado **Etapas o Período Oscuro de la Enfermería (1550-1860)**.

Como todas las realidades sin lugar a dudas es a Florence Nightingale a quien se la reconoce como la verdadera fundadora de la enfermería moderna, la más grande enfermera de guerra de la historia, la que introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, reduciendo la tasa de mortalidad del ejército británico de 42% a 2%; protestó contra el sistema de pasillos de los hospitales y luchó por la creación de pabellones; puso de manifiesto la relación entre la ciencia sanitaria y las instituciones médicas: escribió un texto de crucial importancia sobre la enfermería moderna; creó la Army Medical School en Fort Pitt, Chatham, y fundó la primera escuela de formación de enfermeras (St. Thomas's Hospital, en 1860). *“Florence fue un genio extraordinariamente versátil que se destacó en muchos papeles y los representó todos con distinción”*.

Por otra parte Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820, en uno de los viajes de sus padres al continente. *“Florence se crió en Inglaterra con su hermana mayor y recibió una esmerada educación. A la edad de 17 años ya dominaba varios idiomas antiguos y modernos, tenía una gran formación en literatura, filosofía, religión, historia, economía política y ciencias, y era maestra en matemáticas superiores. Es de suponer que tenía una*

educación más sólida que la mayoría de los hombres de su época. Por ello desde muy temprana edad expresó su deseo de dedicarse a la enfermería; sus padres se opusieron debido a las condiciones hospitalarias del momento.” Le costó 16 años vencer los obstáculos familiares para dedicarse a la enfermería; mientras tanto ocurrieron eventos de gran trascendencia en su empeño por convertirse en enfermera. En Roma, 1874, conoce a Sir Sydney Herbert, con quien iría posteriormente a Crimea y formaría con él la “pequeña oficina de guerra”, decidió desafiar la tradición y por primera vez en la historia británica, enviar un contingente de mujeres enfermeras a los hospitales militares liderado por la única persona que él creía capaz de poner orden en aquel caos; y es así como Florence Nightingale fue nombrada superintendente del Female Nursing Establishment of the English General Hospitals de Turquía. En lo relativo allí Miss Nightingale demostró sus dotes como administradora, transformó un lugar de horror en un refugio donde los pacientes podían recuperarse realmente. Podía verse, muy tarde en la noche, hacer sus rondas con la famosa lámpara, en solitario, y observar el estado de los pacientes más enfermos. Como hemos comentado de este hospital base pasa a Crimea donde contrajo la “fiebre de Crimea” que la llevó al borde de la muerte y la dejó semi inválida para el resto de su vida. Gracias a Florence, de esta guerra surgieron la enfermera y el soldado como símbolos de coraje, lealtad, orgullo y perseverancia. Nunca más la imagen de la enfermera sería motivo de vergüenza... había sellado la profesión de enfermería con su propia imagen, había traído la revolución.

CAPITULO 2: ENFERMERIA EN ARGENTINA, LEY DE ENFERMERIA

Describiremos ¿Cómo surge el servicio de Neonatología?, mejor definir ¿Qué significa Neonatología?

Podemos empezar diciendo que, Neonatología es una rama de la Pediatría dedicada a la atención de recién nacido sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina “natos” que significa nacer y “logos” que significa tratado o estudio, es decir el “estudio de recién nacido”³.

Los primeros pasos en la rama de la neonatología suscitan de 1892, con las observaciones de Pierre Budín, médico de origen francés, considerado el padre de la neonatología el cual escribió un libro para lactantes con problemas nacidos de un parto prematuro y diferenció los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional.

En 1914 el Dr. Julius Hess en Chicago, inicio unidades de cuidados para recién nacidos prematuros en el Hospital Michael Reese.

En 1924 Albrecht Peiper se interesó en la maduración neurofisiológica de los recién nacidos prematuros.

En la década de 1940 comenzó la unificación de criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros, aparecieron las primeras incubadoras para estabilización térmica. Son clásicas las observaciones de Budín sobre la influencia de la temperatura ambiente en la mortalidad de los prematuros, siendo el primero en usar botellas de vidrio con agua caliente para termorregulación durante el traslado neonatal.

En 1953 Virginia Apgar contribuyó con la escala para evaluación del grado de asfixia perinatal y de adaptación a la vida extrauterina.

(3) Comité científico Neonatal- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Profesor Dr. J.P. Garrahan. Cuidados en Enfermería Neonatal. 3Edición. Buenos Aires: Journal, 2009.

Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca.	Ausente	Lento, <100	>100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, hiperventilación	Llanto fuerte y bueno
Tono muscular	deprimido	Extremidades algo flexionadas	Buena flexión
Respuesta a estímulos	No hay respuesta	Algún movimiento	Llanto, estornudo
Color	Azul pálido	El cuerpo sonrosado, las extremidades azuladas	Totalmente sonrosado

En 1957 Ethel Dunham escribió el libro "El Prematuro".

Desde 1960 la cirugía neonatal ha sido cada día más agresiva, lográndose en la actualidad hacer cirugía intrauterina.

En 1967 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reconoció la necesidad de la estrecha relación entre el Obstetra y el Neonatología para disminuir la morbi mortalidad perinatal, iniciándose en 1973 el primer Servicio de Cuidados Perinatales en EEUU.

La década de los 70 hubo progreso importante en la nutrición, la alimentación por sondas, la alimentación parenteral.

En el periodo reciente Volpe ha contribuido con la fisiopatología y clasificación de la hemorragia intracraneana y las convulsiones neonatales; Sarnat con la fisiopatología de la encefalopatía hipóxico isquémica.

Desde la década de 1970 se insiste cada vez más en el cuidado especial de enfermería, en los cuidados de asepsia, antisepsia y lavado de manos para la prevención de infecciones intrahospitalarias.

Uno de los cambios más destacados en la neonatología ha sido la atención intensiva para el recién nacido prematuro y la vigilancia estrecha de los problemas respiratorios, junto al uso de ventilación mecánica. En 1887; Dwyer utilizó el primer ventilador rudimentario de presión positiva y Ego Braun y Alexander Graham Bell introdujeron la presión negativa en 1888. En 1953 Donald y Lord introdujeron el uso del ventilador ciclado. En 1971 Gregory, Kitterman y Phibbs introdujeron la presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP). Poco después Bird con la colaboración Kirby, desarrollaron el primer ventilador neonatal a presión positiva, el "Baby Bird"

Los servicios de neonatología están integrados por personal calificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos, fundamentalmente deberían estar compuestos de:

- Personal médico:
 - Neonatologas
 - Pediatras
 - Especialistas en Nutrición y Dietética
- Personal de Enfermería:
 - Enfermeras especialistas en Neonatología.
 - Enfermeras tituladas
 - Auxiliares de Enfermería
- Personal de apoyo:
 - Psicólogos
 - Farmacéuticos
 - Técnicos en electromedicina
 - Técnicos en Nutrición y Dietética

- Personal subalterno:
 - Celadores
 - mucamas
 - Personal de mantenimiento: Electricistas, mecánicos, fontaneros, albañiles, etc.

Luego de indagar sobre los orígenes de la neonatología, es preciso señalar. Los comienzos de Enfermería neonatal en Argentina fue muy rápido y contundente, manejando los principios de trabajo en equipo y seguridad de los pacientes como bases para la atención de los recién nacidos. Estos procesos fueron creciendo día a día incentivando a otras provincias los beneficios de la atención al recién nacido sano o patológico. Con la formación de enfermería en el área de Neonatología en las distintas universidades. Para disponer de la unificación de criterios para aumentar la calidad de cuidados, con conocimiento.

Su comienzo se produjo en 1988, en Hospitales estatales, Hospital Dr. Ramón Sarda y Hospital Dr. Juan P. Garrahan. Al instalarse como servicio modelo para la formación de Médicos y Enfermeros, con programas y cursos, especialidades y residencias en Neonatología y Pediatría. Es muy importante señalar que la formación profesional de los enfermeros es determinante para transformar los resultados en la atención de salud de los recién nacidos, al tiempo que posibilita el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños con mayor controles y mejores cuidados.

Se hace hincapié en la transmisión de conocimiento explícito a través de las estrategias de la capacitación. La capacitación del personal de una organización, debe apuntar a brindar información, desarrollo de habilidades y modificar actitudes, así como propiciar el progreso del personal, que permita a los individuos desempeñarse en sus puestos de trabajo y en otras funciones o cargos a los cuales puede acceder dentro de la institución. En estos aspectos surge la ley de enfermería.

LEY DE ENFERMERIA 24004

La promulgación de la ley 24004 referente al ejercicio de la enfermería, sus niveles de ejercicio, alcances y reglamentación, ha constituido el impulso definitivo para promover la profesionalización del enfermero. La ley determina aquellos campos a los que solo podrán acceder los enfermeros profesionales, la nueva ley determino que la enfermería paso de ser una profesión que se puede ejercer en forma autónoma, deja de ser considerada actividad de colaboración del médico u odontólogo, amplía el campo de ejercicio a la actividad docente , de investigación y a la administración de servicios de salud; la dirección de escuelas de enfermería es competencia exclusiva de graduados en enfermería; se amplían las prácticas profesionales, se incluye punción venosa; se declara profesión insalubre a un grupo de actividades; aparece la posibilidad de obtener título de especialista; se otorga un plazo de 6 años prorrogable para la profesionalización de auxiliares que estuvieran trabajando como enfermeros y se los autoriza a continuar haciéndolo durante ese plazo; se establece la imposibilidad de ejercer sin estar matriculado; los enfermeros no podrán ser imputados de mala praxis si la institución no provee los elementos adecuados o el personal es insuficiente.

CAPÍTULO 3: CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

Según los autores describen las características más visibles del RN:

Podemos comenzar por definir que entendemos por recién nacido sano: es aquel feto o embrión que llega a cumplir todas las etapas de gestación o maduración intrauterina. El RN de riesgo, aquellos neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición de la vida extra uterina y que son susceptibles de padecer enfermedades e incluso morir a causa de trastornos físicos o complicaciones de parto⁴.

Los mismos se clasifican en tres grandes grupos los nacidos de más de 40 semanas de gestación, conocidos como los de post- término; los nacidos de 37 a 40 semanas de gestación, de término.

Finalmente los nacidos de 33 a 36 semanas de gestación conocidos como los de PRE-termino, y dentro de esta clasificación podemos encontrar los nacidos de 24 a 32 semanas de gestación, prematuros de alto riesgo, los cuales requieren de cuidados más específicos y minuciosos.

Por ello es preciso que el personal de Enfermería, tenga conocimientos correctos sobre las características que presentan los recién nacidos, al momento del nacimiento y el mes de vida. Comenzamos por describir las siguientes características:

Postura de descanso:

Podemos decir, que al momento del nacimiento el RN presenta las extremidades flexionadas y algo hipertónicas, debido a parte a la posición intrauterina en donde predomina el tono flexor. Como así también las asimetrías del cráneo, la cara, la mandíbula o de las extremidades pueden deberse a posición intrauterina.

(4) Carlos Llama Figueroa, Ernesto A. Lupo, Nora López, Norma Rossato y José M. Ceriani Cernadas-Neonatología Práctica. 3 Edición, Editorial Panamericana .S.A. Año 1999

Piel:

Según el Autor dice, que la piel al nacimiento es generalmente es rozada o rubicunda y a veces, moteada. La cianosis localizada en las manos y pies (acrocianosis) es normal y persiste durante los primeros días el tejido subcutáneo puede sentirse lleno o ligeramente edematizado. La piel seca, con grietas y descamadas se observa en el recién nacido a pos-terminó o con insuficiencia placentaria. La temperatura de la piel es de 36 a 37° C. podemos encontrar distintas formas de presentación:

- Lanugo: crecimiento de cabello fino y lanoso que puede presentarse en los hombros y en la espalda.
- Vernix caseosa: sustancia blanquecina o del color de la arcilla, grasosa como el queso, que puede cubrir todo el cuerpo, pero que por lo general se localiza en la espalda, cuero cabelludo y los pliegues.
- Milia de la cara: glándulas sebáceas distendidas que producen pápulas blanquecinas diminutas. Es muy prominente sobre la nariz, la barbilla y los carrillos.
- Manchas mongólicas: manchas de pigmentación azul localizadas en la parte dorsal baja, región glútea o las superficies extensoras, en especial en los niños de piel oscuras.
- Hemangiomas capilares: (nevus en flama) frecuentes en los párpados, la frente y el cuello.
- Petequias: las petequias en la cabeza, el cuello y la cara, así como las cianosis localizadas en esta última, que respeta las mucosas y es llamada máscara equimótica. Están asociadas con circular del cordón ajustado o con presentaciones anómalas y ceden en pocos días.

Cabeza:

Podemos mencionar, que al nacimiento la cabeza del RN es grande en relación con el cuerpo. La circunferencia craneana es aproximadamente 34cm (32,5 y 36,5cm)

Cara:

Podemos encontrar, los órganos de los cinco sentidos, que ayudan a la supervivencia del RN en el mundo extrauterino. Describimos en qué consiste cada uno y como se encuentran al momento del nacimiento:

- Ojos: el color es apizzato y pueden tener lágrimas o no. La mayoría de los niños de término no miran hacia una fuente de luz y transitoriamente fijan la mirada en una cara humana. Una fuente luminosa importante les hace cerrar los ojos
- Boca: los pequeños quistes de retención, a perlados y situados en los márgenes de las encías y en las línea media del velo del paladar, son frecuentes y carecen de importancia. Se examina el paladar duro y el blando utilizando el dedo y una luz con buena visualización directa para descartar el paladar hendido.
- Nariz: el recién nacido respira preferentemente por la nariz. Ambas fosas nasales deben estar permeables.
- Oídos: las malformaciones severas de los pabellones auriculares se pueden asociar con anomalías genitourinarias. Los recién nacidos normales responden a los sonidos con un sobresalto pestañeando, moviendo la cabeza o con llanto.

Cuello:

Se inspecciona, al RN en cuanto a los pliegues cutáneos del cuello en busca de membrana o aberturas fistulosas asociadas con quistes branquiales o del conducto trigloso. Asimismo, se examinarán ambos músculos esternocleidomastoideos para descartar lesiones. Se debe palpar la glándula tiroidea para descartar bocio u otro tipo de tumores y ambas clavículas para descartar probables fracturas.

Tórax:

Por otra parte se examinara al RN, en cuanto a la musculatura, su estructura ósea y la localización de los pezones. Para detectar anomalías y un conocimiento correcto de cada órgano.

- Aparato respiratorio: la respiración es abdominal y puede ser superficial e irregular. La frecuencia respiratoria generalmente oscila entre 30 y 60 por minuto. La auscultación verifica la entrada de aire simétrica en ambos hemitorax. Los ruidos respiratorios son bronquiales y ásperos.
- Aparato cardiovascular: se deben registrar la frecuencia cardíaca y la calidad de los ruidos cardíacos. La FC promedio es 130 por minuto. Pueden auscultar soplos leves en el mesocardio en las primeras 12 a 36 hs de vida, los cuales forman parte del periodo de adaptación de RN y no tiene significancia patológica. Se deben palpar y comparar los pulsos radiales, braquiales y femorales. Si los pulsos son diferentes, se debe registrar la presión sanguínea, obtenido por el método de Doppler, en las extremidades superiores o inferiores.

ABDOMEN:

Podemos decir, que al nacimiento, el abdomen en general es plano pero pronto se hace prominente. Un abdomen marcadamente escafoides (o excavado) hace pensar en hernia diafragmática (pasaje de vísceras hacia el tórax a través del diafragma). En el cordón umbilical se encuentran dos arterias y una vena. El hígado es palpable y el bazo lo es en un 10% de los recién nacido. Ambos riñones pueden y deben ser palpables. Los ruidos intestinales se logran auscultar poco después del nacimiento. Se pueden aspirar entre 5 y 25 ml de jugo gástrico blanco turbio del estomago. Los primeros días después del nacimiento son los más propicios para la palpación abdominal (por la flacidez de los músculos de la pared) y para detectar tumoraciones intraabdominales. Es posible que haya una ligera diastasis supra umbilical de los músculos rectos anteriores de abdomen.

El cordón Umbilical

El condón umbilical es un tejido único, que contiene dos arterias y una vena, cubierta por tejido conectivo llamado GELATINA DE WHARTON y una fina membrana mucosa. Su función es primordial intrauterino, ya que es esencial para el transporte de O₂ y nutrientes al feto, para la remoción de los productos de desechos.

Desde el nacimiento el cordón umbilical no es necesario para la supervivencia del bebé, pero hasta la separación de las placentas y cuando el cordón todavía late, una pequeña cantidad de sangre se puede transfundir desde la placenta del bebé.

Los vasos dentro del cordón se contraen, aunque no están completamente obliterados y por tanto es muy importante que se atee o se clamppee el cordón, para que los vasos umbilicales queden ocluidos y prevenir el desangrado.

También la GELATINA DE WHARTON comienza a desecarse, cuando se corta el cordón el tejido que lo forma es privado de irrigación sanguínea, el muñón comienza a secarse y se vuelve negro y más duro (gangrena seca). El secado y la caída o separación del cordón se facilita cuando se expone al mismo aire.

La separación del cordón es mediada por una inflamación de la unión del cordón con la piel del abdomen, con infiltración leucocitaria del área cuando ocurre trombonecrosis, necrosis y colonización.

Algunos investigadores han cumplido que la caída prolongada del cordón (más de 10 a 14 días) en algunos bebés, es causada por un defecto en la movilidad y función de los neutrófilos que son atraídos hacia el cordón.

Bases Fisiológicas para el cuidado del cordón

Según la OMS, en los países desarrollados todavía ocurren casos aislados y epidemias de infección del cordón, aun en las nurseries que se ponen asépticas para los RN.

El tétano neonatal, las infecciones de cordón continúan siendo causas importantes de morbilidad neonatal y mortalidad en los países en desarrollo, en muchos casos, porque la mayoría de los partos en domicilio, en condiciones de poca higiene y con prácticas de cuidado de cordón que pueden ser peligrosas.

Por esta razón es que el cuidado del cordón es una práctica que necesita ser destacada. El cordón umbilical ha sido identificado como la mayor fuente de colonización de muchas bacterias, especialmente *Estafilococo Áureas* y *Streptococo*.

Colonización que se define como: “el desarrollo de una colección o grupo de microorganismo de sitio específico del cuerpo, sin producción de enfermedades”. En los casos de los partos hospitalizados, los RN se colonizan rápidamente de infecciones nosocomiales.

La mayoría de las investigaciones con respecto al cuidado del cordón, estuvieron focalizadas en tiempo de campeo del cordón o uso de productos antimicrobianos, en algunos casos sin considerar o basarse en lo “natural” o en los procesos y psicológicos.

Dentro de las prácticas seguras, la infección no es la única preocupación, el sangrado si bien es más raro puede ser rápidamente fatal.

Es sangrado puede provenirse efectivamente con el campeo seguro (con el método que sea) y control de la infección.

Genitales:

Podemos considerar, el aspecto en ambos sexos depende de la edad gestacional. El edema después del parto en presentación pelviana es frecuente. Se describen dos maneras:

Femenino: los labios menores y el clítoris están cubiertos por los labios mayores en las nacidas de término. La mayoría de las niñas presentan un flujo vaginal mucoso durante la primera semana de vida, que en ocasiones se torna sanguinolento y se debe a deprivación hormonal.

Masculino: en los nacidos de término, los testículos están en el escroto. El prepucio está adherido al glande del pene y en su extremo se pueden observar perlas epiteliales blancas de 1 a 2 mm de diámetro. Es importante observar las características del chorro miccional y comprobar que el meato uretral esté localizado en el extremo distal del pene. La primera micción se emite, en el 90% de los recién nacidos, dentro de las primeras 24 horas de vida.

Ano:

Mencionamos la verificación de la permeabilidad se realiza por inspección. Donde podemos encontrar, el desplazamiento anterior o posterior del orificio anal puede estar acompañado de estenosis y ser causa de constipación en

edades posteriores. La primera deposición meconial suele ocurrir en las primeras 24 horas de vida. Se deberá dejar constancia de la presencia de líquido amniótico meconial y de la eliminación de meconio en la sala de partos.

Cadera:

Podemos indagar sobre la luxación de cadera si su abducción está limitada (unilateral o bilateralmente) o si es inestable. Se comprueba de la siguiente manera:

1. El recién nacido tiene que estar tranquilo sin llorar.
2. Se colocan los dedos medios sobre los trocánteres mayores y los pulgares sobre los trocánteres menores y se ejecuta la abducción de la cadera haciendo presión sobre los trocánteres mayores. Si se percibe un chasquido durante la abducción (momento en que la cabeza del fémur penetra en el acetábulo), signo de Ortoloni no es infrecuente la presencia de un leve "clic" durante las primeras 24 horas de vida, y un después en las presentaciones pelvianas.
3. Se fija la pelvis con una mano, con la cadera en abducción, y se aplica presión con el pulgar en la parte interna del muslo. Se trata de percibir un chasquido en el momento en el que la cabeza del fémur se desliza sobre el rodete acetabular.
4. Se intenta traccionar el fémur hacia delante (fémur en acetábulo y empujar hacia atrás (fémur se desliza fuera del acetábulo). Si se produce deslizamiento, la cadera es inestable.

Manos y Pies:

En la observación al recién nacido se debe descartar la presencia de dermatoglifos anormales pueden estar asociados con enfermedades genéticas. También el tamaño y la forma de los dedos de la mano, pueden ser cortos: braquidactilia; largos: aracnodactilia; contractura en flexión que afecta las articulaciones interfalángicas proximales: campodactilia; el encurvamiento de un dedo, con más frecuencia el 5º: sindactilia, función de los dígitos. Muchas

anormalidades de los pies pueden ser solo el resultado transitorio de la posición intrauterina.

Sistema Nervioso:

Finalmente, el punto más importante ya que nos informa el desarrollo neurológico, y este depende de la edad gestacional. En las primeras horas de vida el examen tiene como objetivo evaluar la calidad de tono muscular y la actividad del recién nacido, observar la presencia y simetría de los reflejos arcaicos de Moro, tónico cervical asimétrico, presión plantar y palmar, etc. Y descartar distintos grados de paresias y parálisis. Como parte de la evaluación del sistema nervioso se incluyen la evaluación de la integridad de la columna vertebral y la observación de la parte inferior, para descartar anomalías menores como lesiones pigmentarias inusuales o mechón de cabello, hoyuelos y senos sacros y pilonidales.

CAMBIOS CLINICOS DESPUES DEL NACIMIENTO

En el marco de este contexto se producen cambios durante los primeros 30 a 90 minutos, el niño esta activo y despierto (periodo de alerta) y puede tener frecuencia cardiaca y respiratoria ligeramente elevadas, estertores, ronquidos leves y movimientos respiratorios irregulares. Los ruidos intestinales están ausentes. La temperatura corporal disminuye ligeramente. Durante las horas siguientes, el niño duerme, disminuye su frecuencia cardiaca y respiratoria, y aparecen los ruidos intestinales⁵.

Deposiciones: El 95% de los niños tiene su primera deposición meconial en las primeras 48 horas de vida. Esta primera deposición puede ser denominada el tapón meconial, que tiene una apariencia blanco grisáceo o amarillento. A continuación, en los 2 o 3 primeros días, expulsa las típicas asas de meconio que son verdes oscuros y pegajosas, consistentes y casi inodoras. Después de 2 o 3 días, se observa un cambio de color a verde menos intenso, siendo a continuación verde-marrón y de aspecto grasiento. Posteriormente, hay una transición gradual al color anaranjado amarillento de las heces normales y a la consistencia blanda (en especial en el niño alimentado naturalmente).

(5) Whaley y Wong. Enfermería Pediátrica. 4 Edición. Editorial. Iberoamericana. Año1995

Esta etapa de transición lleva unas tres semanas y durante ellas las heces contiene moco, a menudo son de carácter explosivo y pueden ser bastante frecuentes (hasta doce deposiciones diarias). Pueden adoptar un color verde brillante y contener placas sólidas jabonosas amarillentas. Un niño normal alimentado exclusivamente a pecho puede tener durante las primeras seis semanas de vida deposiciones a color verde.

Micción: Podemos decir que la micción ocurre inmediatamente después del nacimiento, pero puede retardarse hasta el segundo día en alrededor del 8% de los RN. Alrededor del 1 de cada diez RN no emiten orina durante las 24 horas de vida. Los uratos pueden producir manchas de color rosado en el pañal y una reacción fatal positiva para las proteínas.

Peso: Encontramos que los RN de término como el prematuro pierde peso inicialmente. Los niños de término pierden del 5 al 10% de peso al nacer, entre el tercero y el quinto día de vida (+del 10% es excesiva) y recobran su peso normal en el transcurso de la segunda semana.

Piel: Está varia de color sonrojado al rosa pálido. Se observa descamación del tronco y de las extremidades, en general leve pero a veces intensa, especialmente en los niños post maduros que pueden tener fisuras en las muñecas y en los tobillos. Luego de unos días, el lanugo empieza a caer. Las erupciones durante los primeros días son frecuentes, en particular el mal llamado eritema toxico neonatal o preferentemente eritema neonatal. Esta es una erupción benigna que cura en forma espontánea, se presenta en los dos primeros días de vida (pueden persistir hasta el decimoquinto día) y afecta a los RN de término y de peso normal. Las lesiones son pápulas y pústulas firmes, punteadas de 1 a 3 mm, de color amarillo pálido o blanco, sobre una base de eritema irregular. Desde el punto de vista histológico, las pústulas son perifoliculares, subcorneas y con un contenido repleto de eosinófilos. Esta eosinofilia permite su diferenciación de las lesiones infecciosas, no requiere tratamiento alguno.

Aproximadamente el 40% de los RN tiene múltiples quisten blanco-amarillentos de 1 mm de diámetro: milium. Están diseminados sobre las mejillas, la frente, la

nariz y los pliegues nasolabiales y pueden ser escasos o numerosos, pero con frecuencia se distribuyen en grupos.

Cabeza y cara: Podemos encontrar moldeamiento o caput, o ambos, que desaparecen en los primeros días. Los ojos suelen presentar desequilibrio muscular. Se observara la mucosa bucal para el diagnostico de alguna anomalía y la presencia de candidiasis (Huguet). En la deficiencia congénita unilateral del músculo depresor del ángulo de la boca, durante el llanto se produce asimetría facial. El caput succedaneum es una lesión de observación frecuente y se caracteriza por un área mal delimitada de edema sobre la porción del cuero cabelludo que correspondió a la presentación, durante un parto en vértice. El céfalo hematoma es una acumulación subperiostica de sangre durante el parto o el trabajo de parto, por ruptura de los vasos sanguíneos que transcurre desde el cráneo hasta el periostio. La hemorragia esta limitada a la superficie de hueso craneano y no atraviesa las sutura.

Tórax: Es muy frecuente que las mamas de los recién nacidos de ambos sexos aumenten de tamaño a los dos o tres días del nacimiento. Este fenómeno no suele aparecer en loa niños prematuros. No es un estado inflamatorio y estaría relacionado con la secreción de sustancias estrogenica por el ovario y de la prolactina por el lóbulo anterior de la hipófisis.

Abdomen: Puede observarse flatulencia debida al aire deglutido previamente en primer mes de vida, el RN es incapaz de adherir sus labios íntimamente a la areola de la mama; la leche se vierte por la comisura de los labios y, cuando succiona, deglute aire. Hay otra situación en las cuales puede haber un aumento de aire deglutido:

- a) El niño come rápidamente.
- b) Cuando el flujo de leche es demasiado rápida.
- c) Cuando el niño es colocado al pecho en posición incorrecta.
- d) Cuando el lactante de una mama muy distendida.
- e) Cuando el aporte de leche no es el adecuado.
- f) Llanto durante mucho tiempo.

Regurgitación y vomito: Todos los niños expulsan algo de leche, pero unos se hacen más que otros. Se presenta especialmente en los niños muy activos, delgados y alertas, que muestran movimientos de brazo y piernas constantes y rápidas.

Genitales: Visualizamos el aumento del tamaño de los genitales externos es frecuente en el RN. En las niñas, con los labios y el clítoris se hacen a veces tan prominentes que incluso se puede llegar a pensar que es a normal; sin embargo, el aumento de tamaño desaparece antes del mes de vida. La presencia de pequeñas excrecencias sobre la superficie interna de los labios a veces prominentes, es común y desaparece espontáneamente. La vulva se humedece y se pone congestiva y se produce una ligera secreción en la vagina, que pasado 2 o 3 días se torna mas espesa, de aspecto blanco lechoso y desaparece luego de unos días, aunque a veces permite todo el primer mes. Hacia el séptimo día, aproximadamente, puede haber un poco de sangre en la secreción vaginal de una niña de término, sangre que proviene del endometrio. En los varones, el pene y la bolsa testicular pueden presentar una coloración oscura.

Sistema nervioso: El estado funcional del sistema nervioso neonatal está influido por factores exógenos y endógenos no relacionados con enfermedad, éstos deben ser considerados si se desea una evaluación neurológica exacta. El examen neurológico se debe efectuar preferentemente a las 48 horas de vida, 1 a 2 horas después de que el niño haya sido alimentado, en un ambiente térmico neutro y un estado de alerta tranquilo. Es importante clasificar el estado funcional del sistema nervioso del RN en relación con la edad gestacional y no con la edad cronológica:

- Evaluación del tono muscular: incluye el estudio de la postura cuando el niño esta en decúbito dorsal. A medida que aumenta la edad gestacional, las extremidades del niño comienzan a asumir una posición mas flexionada. Evaluación del tono muscular activo y pasivo.
- Evaluación de los movimientos: los movimientos observados en un recién nacido normal durante la actividad espontánea son simétricos, al

azar no estereotipadas y afectan a todas las extremidades. En un recién nacido susceptible, los temblores son característicamente sensibles a los estímulos externos como el reflejo de moro, el ruido o la manipulación. Los temblores gruesos pueden ser un signo anormal en diversas situaciones: hipocalcemia, encefalopatía hipóxico de grado leve, abstinencia de drogas en hijos de madres adictas.

- Evaluación de los reflejos: los reflejos de mayor utilidad son el reflejo de Moro, el tónico cervical, la respuesta de marcha automática, succión-deglución, presión plantar y palmar y los reflejos osteotendinosos clásicos.
- Evaluación sensorial y de los pares craneales.
- Evaluación del estado de sueño y vigilia: los estados de sueño y vigilia influyen sobre cada función fisiológica y neurosensorial y deben ser considerados al valorar y asistir a un recién nacido. Wolff introdujo el concepto de “estado de vigilia” y designó la primera escala descriptiva para el RN de término. Se define un estado como el conjunto de variables fisiológicas y de conductas reconocibles que se repiten a sí misma. Wolff observó que el recién nacido tiene seis patrones organizados de comportamiento: dos estados de sueño (sueño activo y tranquilo), somnolencia y tres estados de vigilia (vigilia tranquila, activa y llanto).

Durante el *sueño tranquilo*, el recién nacido se encuentra en reposo total, la respiración es muy regular y los movimientos corporales están ausentes, excepto algunos sobresaltos ocasionales o movimientos finos de la boca. Los parpados están cerrados y no se observan movimientos oculares debajo de ellos.

CAPÍTULO 4: RECURSOS FÍSICOS PARA RECEPCION DEL RECIEN NACIDO SANO

Podemos mencionar, que es el lugar donde se realiza el examen físico a los recién nacidos, es el sector recepción. Se entiende el mismo por conjunto de normas, acciones, procedimientos y técnicas aplicables eficazmente, con el objeto de valorar, atender y evaluar al recién nacido (RN), siguiendo un ordenamiento acorde con sus necesidades vitales y en un tiempo determinado⁶.

Ubicados en el sector evaluamos la planta física. El cual debe estar dentro de la sala de partos, entendiendo esta área, como un complejo que incluye Boxes de partos, quirófano, sector de recepción y demás dependencias de la sala de partos. Es conveniente que esté ubicado en un lugar cercano a los Boxes de partos y quirófano como así también a la sala de internación neonatal, para que el trámite de traslado sea mínimo.

PLANTA FISICA, DEBE REUNIR CIERTAS CONDICIONES:

- Fácil acceso a través de una puerta vaivén(para empujarla con el cuerpo cuando se traslada al recién nacido)
- Mesa de trabajo de acero inoxidable cubierta con colchoneta lavable y con fuente de calor situada a unos 70 centímetros por encima de la mesada.
- Pisos de granito o similar con rejillas.
- Paredes azulejadas hasta el techo o de característica similar adecuadas para la limpieza por arrastre.
- Pileta con agua fría y caliente, con canillas accionadas al codo.

Mesada de iguales características que la mesa de trabajo para la colocación de la balanza y el pediómetro con fuente de calor radiante cubriendo todo el espacio también situada a 70cm de la misma.

(6) M. MARTELL; P. ESTOL. ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. El clap Montevideo 1991.

- Estantes empotrados en la pared, sin puertas.
- Calefacción central (T° dentro de la sala 30°)
- Fuente central de oxígeno y aire comprimido como así también aspiración.

CONDICIONES AMBIENTALES:

Por otra parte, deben lograrse teniendo en cuenta aspectos como: fácil acceso y circulación, fuera y dentro del sector, y suficiente superficie para asegurar la recepción simultánea de más de un recién nacido. La temperatura debe mantenerse siempre por encima de los 30°. Sobre la mesada de trabajo es necesario una temperatura de 35 a 36° (esto se logra con la fuente de calor a 70 cm.) debe haber un sistema de calor sobre la balanza y el pediómetro donde se realizan las medidas y peso del recién nacido para evitar la pérdida de calor. Para crear un ambiente higiénico es necesario crear el concepto de que en este sector se deben emplear las mismas pautas que para un quirófano, evitando el ingreso innecesario de personas que no cumplan una tarea específica.

SECTOR DE REANIMACIÓN

Mencionáremos todo lo que se debe disponer para tal situación:

Mesa

En este sector, deberá existir una mesa de reanimación bien equipada. Estará dispuesta de forma que permita colocar una persona de cada lado, a fin de realizar las maniobras de reanimación. Su superficie será de material lavable.

Fuente de calor radiante

Puede ser confeccionada con calefactores electrónicos de cuarzo ubicados a una distancia de 70 cm por encima de la masa de examen. No es conveniente utilizar lámparas de color rojo, pues no permite apreciar en forma correcta la colocación del recién nacido⁷.

(7) José Luis Tapia- Patricio Ventura-Junca. "Manual de Neonatología" 2ª Edición. Editorial Mediterráneo. 2000

Frascos para recolección de muestras:

- Estos serán utilizados para estudios de laboratorio: hemograma, VDRL, grupo sanguíneo, factor Rh, test de coombs y bilirruinemia

Medicación

- Solución glucosada al 5%, Solución glucosada al 10%, Solución salina fisiológica al 0.9%, Agua destilada estéril, Bicarbonato de sodio molar, Adrenalina, 0.1-0.5ml/kg peso (dilución 1/10000), Fenobarbital, 10 mg/ml, Gluconato de calcio al 10%, Heparina sódica, 1000 U/ml, Naloxano 0.02 mg/ml, Nitrato de plata al 1%, Vitamina K1.

Equipo de transporte.

- Incubadora de transporte provista de fuente térmica (a batería o mediante radiador de agua caliente, etc.) y oxígeno, que permitan su funcionamiento autónomo por un mínimo de dos horas.

Esta incubadora no necesitará hallarse dentro del sector de reanimación, pero si tener fácil acceso. En ella, se realizaran los traslados de recién nacidos de mayor riesgo, dentro o fuera de la institución. Además se requerirá una bandeja con equipo completo de reanimación, siempre listo para ser utilizado. Este deberá comprender un equipo de espiración completo, una bandeja de reanimación respiratoria, una bandeja de cateterismo umbilical y material para ligar el cordón.

HISTORIA DEL HOSPITAL

Hoy podemos decir, que el **Hospital Luis C. Lagomaggiore**, se inicio en la época de la fundación de Mendoza, en un edificio sumamente pobre. Posteriormente se lo designo con el nombre de Hospital General Lazareto (en referencia a lazareto el leproso).

En el año 1913 el Profesor de Literatura Don Luis Carlos Lagomaggiore, de origen peruano, organizo la Dirección de Salubridad y el antiguo Lazareto. Estaba ubicado en calle Videla de Castillo, en un barrio urbano y luego se lo llamo Hospital "Julio Lemos". Posteriormente se ubico en un lugar apartado del radio de la ciudad y tiene su ubicación actual desde Octubre de 1952 y a partir

de 1955 se lo denomina “Luis Carlos Lagomaggiore”, en homenaje del estudioso peruano que tanto hizo por la asistencia medica.

Desde 1955 hasta 1980 funciona como Hospital Infecto- Contagioso. Se reinauguro en 1982, con una ampliación edilicia del 60%. A partir de ese momento funciona como Hospital Materno Infantil de referencia en el oeste del país, en cirugía plástica y quemados. Sobre un terreno aproximadamente a los 9.000 metros cuadrados, con frente a la calle Timoteo Gordillo, Capital de Mendoza, se emplaza el edificio de aproximadamente de 33.000 metros cuadrados que jerarquiza la Provincia. La Legislación determino que es de Nivel III de Alta complejidad, descentralizado y de autogestión.

El servicio de Neonatología se encuentra ubicado al ala Oeste del Hospital. En estos momentos se encuentra con una capacidad para 35 incubadoras, con sala de intermedios y terapia intensiva. Actualmente cuenta con un médico Jefe de Servicio, un Jefe de Unidad Lic. en Enfermería, 90 enfermeros distribuidos en turno mañana, tarde y noche. Con equipamiento acorde para cada situación y profesionales con compromiso de trabajo.

Es de elemental importancia que el personal a cargo del cuidado de los recién nacidos mantenga, todos los conocimientos necesarios. Trabajando en conjunto con el equipo interdisciplinario y otras ciencias. Debiendo proporcionar un ambiente de tranquilidad, responsabilidad, seguridad y realizando toda actividad relacionado con el neonato de manera eficiencia.

Por ello trataremos de indagar que significa ser eficiente en enfermería, más en el cuidado del Recién Nacido. Cabe en el enfermero la pregunta ¿Qué es la eficiencia? Eficiencia tiene su origen, en el termino latino **efficientia** y se refiere a la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado. El concepto también suele ser equiparado con el de fortaleza o el de acción. Principalmente el termino hace referencia a aquellos recursos que se tienen (humanos, tecnológicos, financieros, físicos, etc.) para conseguir algo, la forma en cómo son utilizados y los resultados a los que se han arribado, cuanto mejor hayan sido aprovechados esos recursos mayor será la eficiencia en la forma de buscar dicha meta.

El enfermero que se desenvuelve en el servicio de Neonatología debe conocer, las características del lugar como está preparado, equipado y las condiciones fitosanitarias que debe poseer la misma. Como así también las características del recién nacido sano o con una leve alteración. Para brindar los cuidados adecuados de la mejor manera posible, en el menor tiempo.

CAPÍTULO 5: RECURSO HUMANO

Según Oaki.De Angelis (1993) menciona que debe haber un médico como encargado de sector y una enfermera, ambos del servicio de neonatología, que cumplan tareas exclusivas. (Habrá médico residente o becarios en aquellos hospitales con capacidad docente adecuada. El personal asignado a recepción deberá asistir al 100% de los nacimientos. Es de destacar las tareas a cumplir surgen de normas específicas de trabajo, que incluyen todas las acciones principales (recepción, limpieza, forma de traslado del recién nacido, etc.)⁸

ROL DEL ENFERMERO EN RECEPCION DEL RECIÉN NACIDO SANO

En esta etapa transcurren tres momentos importantes:

ETAPA INICIAL DE LA RECEPCIÓN

En sala de dilatantes:

- ✓ Brindar apoyo emocional a la madre.
- ✓ Detectar tempranamente cualquier signo de alarma.
- ✓ Recabar información correcta sobre la salud del feto, o sobre alguna malformación congénita.
- ✓ Establecer adecuada información con el servicio de obstetricia.
- ✓ Tener en cuenta las determinantes sanguíneas, informando resultado en tiempo y forma.
- ✓ Sala de Recepción:
- ✓ Permite la interacción afectiva temprana.
- ✓ Colaborar en la realización de examen clínico.
- ✓ Asegurar el cumplimiento de las medidas para el control de infecciones.
- ✓ Confirmar y completar datos de la historia clínica.
- ✓ Identificar correctamente y en forma completa al recién nacido.

(8)Oaki.De Angelis- Felguin Warshaw. Pediatría principios y practica. Tomo 1. Editorial.Panamericana 1993

Recolección de información:

1. Datos maternos. (edad, gestas, antecedentes medicó quirúrgico, grupo sanguíneo, serología, peso y talla)
2. Datos gestacionales. (fecha de última menstruación, fecha probable de parto, CPN, enfermedades, medicación, tabaquismo, alcoholismo, etc.)
3. Datos de trabajo de parto. (iniciación, presentación, ruptura prematura de membrana, presencia de sufrimiento fetal, características del líquido amniótico, anestesia.)

ATENCIÓN EN SALA DE RECEPCIÓN:

- ✓ Realizar lavado de manos y antebrazos. (según técnica)
- ✓ Utilizar vestimenta adecuada para ingresar a una aérea quirúrgica. Ambo limpio, botas, barbijo y gorro. (descartables)
- ✓ Completar la vestimenta con la utilización de camisolín y guantes. (según técnica)
- ✓ Integrar el grupo perinatalogico mediante su incorporación del grupo obstétrico que este atendiendo el parto.
- ✓ Colocar la medalla de identificación a la madre en el momento mismo de la coronación.
- ✓ Colocar la medalla al recién y evaluar el puntaje de apgar al minuto (desde el momento que queda expuesto todo el cuerpo del recién nacido)
- ✓ Secar al recién nacido con la compresa estéril para prevenir pérdida de calor por evaporación cubriéndole la cabeza, preceder a tomar la huellas digitales de la madre en la hoja de identificación determinada para tal acción por la Institución.
- ✓ Permitir la interacción temprana madre e hijo mientras espera que se corte el cordón, el que se debe seccionar después que deje de latir (prevención de la anemia del recién nacido) y todo el tiempo que sea necesario mientras el estado del RN lo permita.

- ✓ Posteriormente transportar al RN a la sala de recepción tomándolo firmemente con una mano en la nuca y con la otra de los miembros inferiores a través de la compresa, colocándolo de costado brindándole sensación de protección. (según técnica)
- ✓ En la sala de recepción se completara el secado previo cambio de la compresa, se comprueba la existencia de dos arterias y una vena en el cordón umbilical y se colabora con el médico en el examen clínico (puntaje de apgar a los ´5, Capurro y Ortalani)
- ✓ Se efectúa el control de peso, se mide al recién nacido (talla y perímetro cefálico, según técnica), se identifica imprimiendo la huella plantar de ambos pies con rodillo y tinta especial en la hoja en la que se imprimió el dedo pulgar de la madre, se colorea el cordón con solución de pervinox (prevenir colonización por Estafilococo áureas) se coloca en ampolla de vitamina K (1 mg) IM para evitar la hemorragia del recién nacido , administrar 1 gota de nitrato de plata al 1% (método de credé) en el ángulo externo de cada ojo (previniendo la oftalmia gonocócica) es conveniente mantener el nitrato de plata en frascos oscuros y de tamaño pequeño para evitar su reducción y se debe cambiar casa 24hs para evitar la conjuntivitis química.(según técnica)
- ✓ Registrar datos del RN en el libro foliado y en la historia clínica de la madre.

DESPUES DEL NACIMIENTO:

- ✓ Control y evaluación por nacimiento positivamente
- ✓ Vestir al RN , llevarlo con la madre y identificar la medalla del RN
- ✓ Estimular la lactancia.
- ✓ Dejar el sector en condiciones.
- ✓ Es convenientes que al terminar con la atención de un RN, el área quede preparada para la siguiente recepción.
- ✓ Limpiar la mesada con hipoclorito de sodio al 1%

PERFIL DEL ENFERMERO

Podemos decir, que actualmente poco se ha hablado hasta el momento de Enfermería en Neonatología. Quizás sea dentro del equipo de trabajo multidisciplinar en estas unidades los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, para que esta premisa de implicación llegue a penetrar dentro del espíritu del cuidado, se deben de dar los siguientes requisitos:

Conocer su función: La función de la enfermera en los servicios de neonatología está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. La piedra angular de esta definición viene definida por el concepto de cuidados y definimos estos como "todas aquellas intervenciones de salud y promoción de esta, específicas de los niños recién nacidos". Estas intervenciones deben de ser normalizadas y estructuradas adecuadamente, actualmente la NIC (Nursing Intervenciones Clasificación) que traducido al español CIE (Clasificación de intervenciones de Enfermería) es el organismo que se encarga de esta tarea.

Conocer sus límites: Los límites del profesional de Enfermería en los servicios de neonatología deben de ir definidos por el nivel de preparación y pericia del profesional. Comienzan desde que el neonato toma contacto con el mundo exterior, hasta que cumple un mes de edad. Conlleva cuidados desde los más básicos de protección e higiene de la salud hasta los más específicos de mantenimiento de la vida en condiciones óptimas⁹.

Tener conocimientos de aplicabilidad de los cuidados: Los conocimientos de los profesionales de Enfermería en un porcentaje muy elevado vienen dados por su experiencia, pero sin duda alguna, con el desarrollo de estos profesionales debe de venir dado por el nivel de adquisición de conocimientos científicos que redunden en las intervenciones que se aplican a los neonatos.

(9)Oaki. De Angelis- Felguin Warshaw. Pediatría principios y practica. Tomo 2. Editorial. Panamericana.1993.

Estos conocimientos se adquieren por medio de:

- Lectura de bibliografía adecuada a los cuidados neonatales
- Lectura crítica de revistas científicas referentes a los cuidados neonatales
- Revisiones sistemáticas de problemas específicos de los cuidados neonatales

Tener experiencia en la aplicabilidad de los cuidados: La experiencia en muchas ocasiones viene ligada a los años de experiencia, pero esta circunstancia puede ser errónea, la experiencia viene dada por el grado de conocimiento y aplicabilidad sobre un cuidado específico neonatal, a mi me pueden haber enseñado mal a hacer una técnica de cuidado y desde luego yo creer que esa técnica es la idónea, para comprobar es tipo de experiencias desde luego hay que tener espíritu de mejora.

Tener capacidad para mejorar: Esta capacidad viene dada por el grado de implicación que el profesional tiene con su paciente, no viene dada como muchos autores dicen enfocando todo a incentivos, los incentivos profesionales no deben de ser económicos, se supone que los profesionales cualificados deben de percibir un salario digno y equiparado a su nivel de conocimiento y responsabilidad. Para mejorar en los cuidados es importante que se cumplan las premisas anteriores y después de cumplidas, el grado de implicación con tus pacientes es el que nos va a dar los vectores de mejora de los cuidados, desde luego estos vectores son las fuentes más adecuadas a la investigación en el campo de los cuidados en general.

CAPITULO 6: CUIDADOS ESPECIFICOS AL RECIEN NACIDO

Según John P. Cloherty (2000) menciona, cuando el recién nacido de término sufre algunas complicaciones en el momento de nacimiento, debe ser trasladado a una sala donde recibirá cuidados específicos. Las complicaciones más frecuentes son: hipoglucemia, dificultad respiratoria transitoria, aspiración de líquido amniótico meconial vigoroso, bajo peso para la edad gestacional y polimalformaciones. A continuación detallaremos cada uno de ellos en pequeñas palabras¹⁰.

HIPOGLUCEMIA: El término hipoglucemia significa concentraciones bajas de glucosa en la sangre. La hipoglucemia neonatal no es una afección médica en sí, sino una característica de la enfermedad de la incapacidad para adaptarse al pasar del estado fetal, con un consumo continuo de glucosa por vía transplacentaria, a la vida extrauterina, donde el suministro de nutrientes es intermitente. Tiene mayor ocurrencia cuando los lactantes se enfrían o cuando se retrasa la alimentación.

DIFICULTAD RESPIRATORIA TRANSITORIA: La taquipnea transitoria del recién nacido o pulmón húmedo es la persistencia del edema pulmonar del feto después del nacimiento, por lo que se lo denomina también retención de líquido pulmonar fetal y es una de las causas del síndrome de distrés respiratorio, taquipnea de 60- 160 respiraciones por minuto. En la mayoría de los casos se resuelve dentro de los 3 a 4 días.

ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO ANMIOTICO MECONIAL: el síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial es causado por inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. Ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos postmaduros y en los pequeños para la edad gestacional, una de las principales causas de muerte neonatal.

RECIÉN NACIDO BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL: El recién nacido pequeño para la edad gestacional, es aquel que se encuentra bajo el percentil número 10.

(10)John P. Cloherty – Ann r. Strak "Manual de cuidados Neonatales" 3º Edición. Editorial Masson S.A. 2000

El resultado de una restricción de crecimiento intrauterino, por causas maternas (síndrome hipertensivo intraembarazo, hipertensión arterial crónica, tabaquismo, desnutrición y drogadicción); fetales (cromosómicas, enfermedades metabólicas) y ovulares (embarazo múltiple, difusión placentaria):

Describiremos las técnicas que se llevan a cabo en la atención del recién nacido, para lograr un adecuado cuidado.

1. **Técnica de medición del perímetro cefálico:** Esta técnica se lleva a cabo para detectar patologías tales como, microcefalia, hidrocefalia. Consta de utilizar una cinta métrica, y medir la circunferencia de la cabeza.
2. **Técnica de lavado de manos:** Este procedimiento es uno de los más importantes en la atención del RN, ya que mediante su puesta en práctica se descontaminan manos y antebrazos, eliminando el máximo posible los microorganismos patógenos de la piel y reduciendo la posibilidad de infecciones cruzadas.
3. **Técnica de medición de talla:** Este procedimiento se realiza, para medir la longitud del RN, acorde a la edad gestacional y su peso. Se utiliza un pediómetro para la valoración del mismo.
4. **Técnica de vacunación:** Se vacuna al RN para prevenir contagio de enfermedades dentro de las primeras horas de vida.
5. **Técnica de colocación de gotas oftálmicas:** Este procedimiento se realiza para prevenir infecciones oculares, que pueden producirse a través del canal del parto.
6. **Técnica de colocación de sonda orogástrica:** La necesidad de su empleo está dada fundamentalmente por una succión y deglución ausente, defectuosa, incoordinada o contraindicada.
7. **Técnica de oxigenoterapia:** La oxigenoterapia consiste fundamentalmente en aumentar la concentración de oxígeno inspirado,

para mantener una presión parcial de oxígeno en sangre arterial dentro de los rangos normales.

8. **Técnica de colocación de vía endovenosa:** Para la hidratación del RN, en las primeras horas de vida cuando este, requiera cuidados especiales en la unidad.
9. **Higiene:** Este procedimiento se realiza para limpiar las secreciones excesivas que pudiera presentar el RN al momento del nacimiento. Pro siempre tener presente que el estado del neonato no desmejore, principalmente se debe evitar la hipotermia.
10. **Control de signos vitales:** Es un procedimiento de rutina y es de crucial importancia para el RN, y valorar alteraciones futuras.
11. **Alimentación:** La necesidad de nutrientes del feto se cubren a través de la placenta, con el nacimiento esta vía se interrumpe, y el RN debe pasar a recibir alimentación por vía enteral, por el pecho materno o el biberón.
12. **Bioseguridad:** Son medidas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el trabajo del equipo de salud. Estas precauciones deben ser agregadas a las técnicas de barrera apropiadas para precauciones universales. Disminuir la probabilidad de exposición a sangre, otros líquidos corporales o tejidos que pueden contener microorganismos patógenos transmisibles por la sangre.

MODULO III

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición de Términos:

Eficiencia: Tiene su origen en el termino latino *afficientia* y refiere a la habilidad de contar con o alguien para obtener resultado. Principalmente el término hace referencia. A aquellos recursos que se tiene (humano, tecnológicos, financieros, físicos, etc.) para conseguir algo, la forma en la que son utilizados y los resultados a los que se ha arribado, cuanto mejor hayan sido aprovechado esos recursos mayor será la eficiencia en la forma de buscar dicha meta.

Enfermería como Profesión: El termino enfermería permite hacer referencia a distintos conceptos relacionados con la salud y los sistemas sanitarios .La enfermería es la ciencia que se dedica al cuidado de la salud del ser humano .Forma parte por lo tanto del grupo de las ciencias de la salud.

Técnicas: La técnicas es unos conjuntos de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado. Una técnica puede ser aplicada en cualquier ámbito humano: ciencias, artes, educación, etc. Aunque no es privativa del hombre, sus técnicas suelen ser mas complejas que la de los animales que solo responden a su necesidad de supervivencia.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Grado de Eficiencia enfermera

Variable dependiente: Aplicación de técnicas al RN

Variable Teórica (generales)	Variable Intermedia (Dimensiones)	Variable Empíricas (indicadores)
Caracterización de Enfermería	Capacidad profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: <ul style="list-style-type: none"> Femenino Masculino • Nivel de formación: <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar Profesional Licenciado • Antigüedad: <ul style="list-style-type: none"> 0 - 5 años 6 -10 años 11 -15 años 16 - 20 años + de 20 años • Edad: <ul style="list-style-type: none"> 20 -24 años 25 - 29 años 30 - 34 años 35 - 39 años 40 - 44 años

		<p>+ de 46 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de trabajo semanal: <ul style="list-style-type: none"> + de 20 horas + de 40 horas + de 60 horas + de 80 horas
Grado de eficiencia en la aplicación de técnicas	Grado de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación: Siempre A veces Nunca • Uso de terminología. Siempre A veces Nunca • Prevención: Siempre A veces Nunca • Insumos: Siempre A veces Nunca • Educación a terceros. Siempre A veces Nunca • Ético – Legales: Siempre

		<p style="text-align: right;">A veces</p> <p style="text-align: right;">Nunca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de cada técnica: <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente Poco adecuado • Control de signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Evaluación al RN: <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Administración de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Control de Peso y Talla: <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Higiene:
--	--	--

		<p>Muy adecuada</p> <p>Medianamente adecuado</p> <p>Poco adecuado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atuendo: <p>Muy adecuada</p> <p>Medianamente adecuado</p> <p>Poco adecuado</p> • Profilaxis Ocular: <p>Muy adecuada</p> <p>Medianamente adecuado</p> <p>Poco adecuado</p> • Profilaxis Umbilical: <p>Muy adecuada</p> <p>Medianamente adecuado</p> <p>Poco adecuado</p> • Identificación: <p>Muy adecuada</p> <p>Medianamente adecuado</p> <p>Poco adecuado</p>
--	--	--

<p>Aplicación de Técnicas.</p>	<p>Fundamentación científica; aspectos ético y legales y habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar normas de bioseguridad. <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Respetar normas del servicio. <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Pericia con la aplicación de técnicas. <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Respetar 5 momentos de lavado de manos. <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado • Colabora con sus semejantes. <ul style="list-style-type: none"> Muy adecuada Medianamente adecuado Poco adecuado
--------------------------------	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de estudio:

El presente proyecto de investigación se llevara a cabo en el servicio de Neonatología. Es de nivel descriptivo- transversal- cuantitativa. Muestra el nivel de conocimiento de las enfermeras en la aplicación de técnicas y la habilidad del mismo.

Área de estudio:

El estudio se realizara en el servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, que se ubica en la calle Timoteo Gordillo S/Nº de la ciudad de Mendoza, Argentina.

Universo y muestra:

El universo seleccionado para realizar el proyecto de investigación, las 22 enfermeras de recepción y sala de intermedio del servicio de neonatología. No se trabajara con muestra ya que la población es muy pequeña

Unidad de análisis:

Cada una de las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore.

Método de recolección de datos:

Se realizara a través de medidas, transversal entrevista semi-estructurado y utilizaremos también la observación para evaluar los conocimientos.

Método de tabulación y de análisis:

Se volcaran en una tabla matriz, y luego se construirán tablas de entrada simple y dobles, gráficos de barra y circulares, procediendo luego al análisis estadístico de los resultados.

Análisis e Interpretación de Tablas y Gráficos

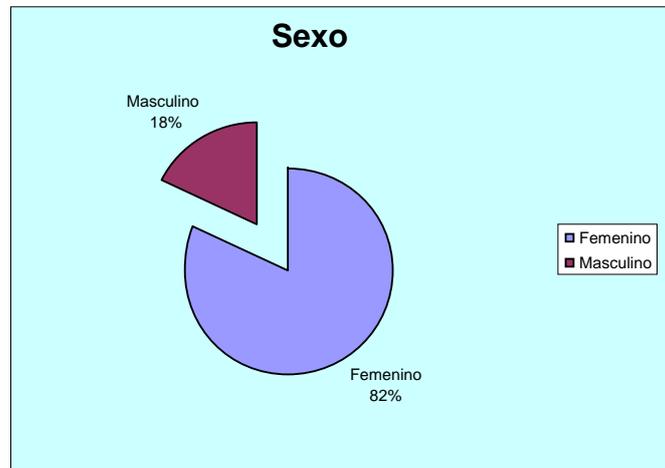
TABLAS UNIVARIADAS:

TABLA Nº 1: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según sexo, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

SEXO	FA	FR%
Femenino	18	82
Masculino	4	18
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 1:



COMENTARIO: El siguiente gráfico muestra que el 82% de las Enfermeras del Servicio de Neonatología, son de sexo femenino, y el 18% restante corresponde al sexo masculino. Hace referencia a la devoción, el cuidado y la comprensión, que esta dado en gran parte por el sexo femenino. Ese cuidado se desprende de la antigüedad, de las precursora de enfermería hacia el ser humano, por ejemplo; Virginia Henderson.

TABLA Nº 2: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Lagomaggiore, según nivel de formación, en Mendoza, durante el mes Agosto 2012.

NIVEL DE FORMACIÓN	FA	FA%
Auxiliar	2	14%
Profesional	17	77%
Licenciado	3	9%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 2:



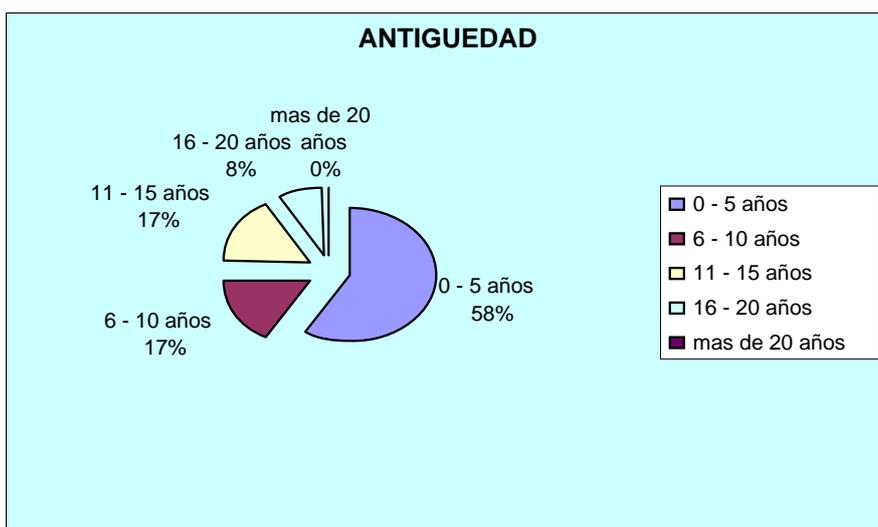
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 77% corresponde a los Enfermeros profesionales, el 14% corresponde a los Licenciados y el 9% restante corresponde a los Auxiliares. Dadas las edades de los profesionales en dos puntos extremos, los mas jóvenes de 24 años, los adultos de 40 años y la antigüedad que no supera en su mayoría más de cinco años. Donde la iniciativa de título de grado esta latente.

TABLA Nº 3: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Antigüedad, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

ANTIGÜEDAD	FA	FR%
0 - 5 años	14	55%
6 - 10 años	4	18%
11 - 15 años	4	18%
16 - 20 años	2	9%
mas de 20 años	0	0
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 3:



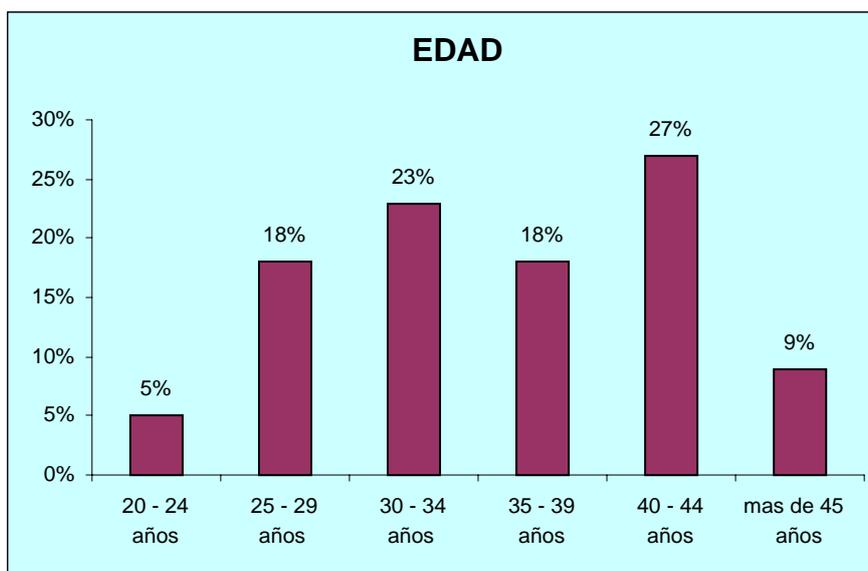
COMENTARIO: El gráfico muestra la antigüedad del profesional enfermero. Podemos mencionar que el 58% corresponde a los de 0 – 5 años, el 18% corresponde a los de 6 – 10 años en igual similitud que los de 11 – 15 años, y un 8% para los de 16 – 20 años, finalmente encontramos 0% para mas de 20 años de antigüedad. Hace referencia a personal con conocimientos nuevos, con escasa experiencia laboral en neonatología.

TABLA Nº 4: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Edad, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

EDAD	FA	FR%
20 - 24 años	1	5%
25 - 29 años	4	18%
30 - 34 años	5	23%
35 - 39 años	4	18%
40 - 44 años	6	27%
mas de 45 años	2	9%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 4:



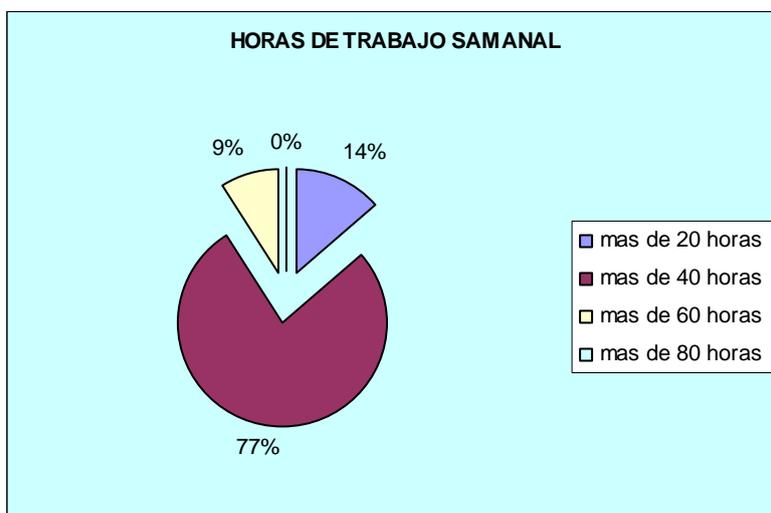
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 27% corresponde a los de 40 – 44 años, el 23% corresponde a los de 30 – 34 años, el 18% corresponde a los de 35 – 39 años y 25 – 29 años, el 9% corresponde a los mas de 45 años y los de 5% corresponde a los de 20 – 24 años. Se muestra la diversidad de edades y de que todos tienen derechos y oportunidades a estudiar en cualquier momento de su ciclo vital.

TABLA Nº 5: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Horas de trabajo semanal, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

HORAS DE TRABAJO SEMANAL	FA	FR%
mas de 20 horas	3	14%
mas de 40 horas	17	77%
mas de 60 horas	2	9%
mas de 80 horas	0	0%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 5:



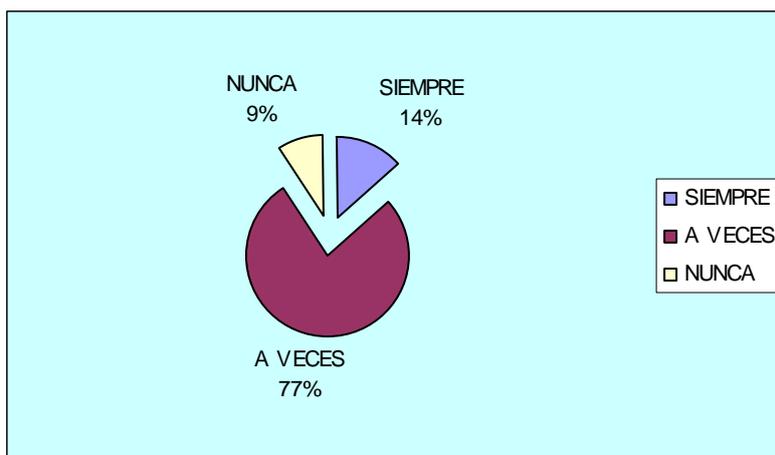
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 77% de los enfermeros del servicio de Neonatología trabaja más de 40 horas semanales, el 14% corresponde a más de 20 horas y el 9% corresponde a más de 60 horas semanales y en ningún caso de conoce más de 80 horas semanales. Hace referencia a las horas de trabajo que debe desarrollar un enfermero, en una entidad estatal; desconociendo la entidad privada.

TABLA Nº 6: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Realiza usted algún tipo de capacitación en el año?, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

A	FA	FR%
SIEMPRE	3	14%
A VECES	17	77%
NUNCA	2	9%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 6:



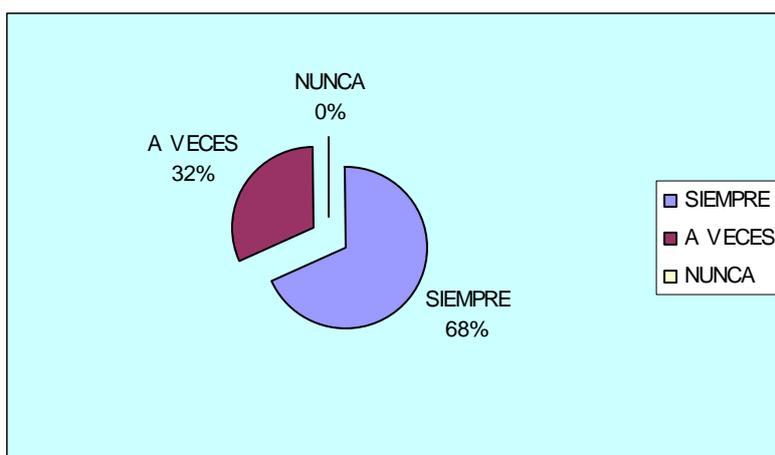
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 77% de los Enfermeros del servicio de Neonatología realiza a veces algún tipo de capacitación en el año, el 14% siempre realiza algún tipo de capacitación en el año, y el 9% nunca realiza algún tipo de capacitación en el año. Consideramos que la capacitación algunas veces en el año para cada enfermero se ve influido por el factor tiempo, económico, interés y disponibilidad de horas por parte del servicio para el mismo.

TABLA Nº 7: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Se interesa por aumentar sus conocimientos científicos?, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

B	FA	FR%
SIEMPRE	15	68%
A VECES	7	32%
NUNCA	0	0%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 7:



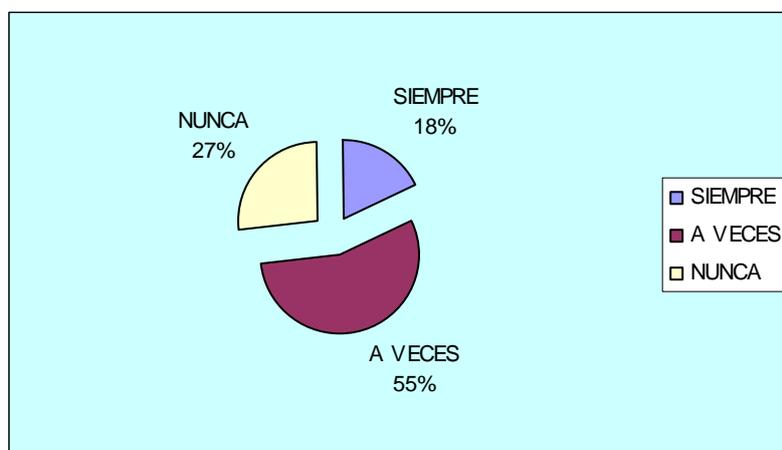
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 68% de los enfermeros se interesa por aumentar sus conocimientos científicos, no obstante el 32% que a veces se interesa por aumentar sus conocimientos. Hace referencia a que internamente cada enfermero se interesa en mejorar sus conocimientos, presentando factores internos o externos que lo desvirtúan.

TABLA Nº 8: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Participa voluntariamente en actividades de prevención, en mejora del servicio? , en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

C	FA	FR%
SIEMPRE	4	18%
A VECES	12	55%
NUNCA	6	27%
Total	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 8:



COMENTARIO: El gráfico muestra que el 55% de los enfermeros participa voluntariamente en actividades de prevención, el 27% nunca y el 18% siempre participa. Consideramos que los enfermeros tienen iniciativa de ayuda en relación al servicio, en mejorar el cuidado al RN.

TABLA Nº 9: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Cuenta con los insumos necesarios, en la aplicación de la técnica? , en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

D	FA	FR%
SIEMPRE	7	32%
A VECES	15	68%
NUNCA	0	0%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 9:



COMENTARIO: El gráfico muestra que el 68% a de los enfermeros a veces cuenta con los materiales necesarios en la aplicación de una técnica, contra el 32% restante que siempre cuenta con los materiales necesarios. Hace referencia a los procedimientos diagnósticos que se realizan al RN, para su tratamiento. Dentro de lo posible se disponen para cada caso.

TABLA Nº 10: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Colabora con su compañero cuando lo requiere?, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

E	FA	FR%
SIEMPRE	19	86%
A VECES	3	14%
NUNCA	0	0%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 10:



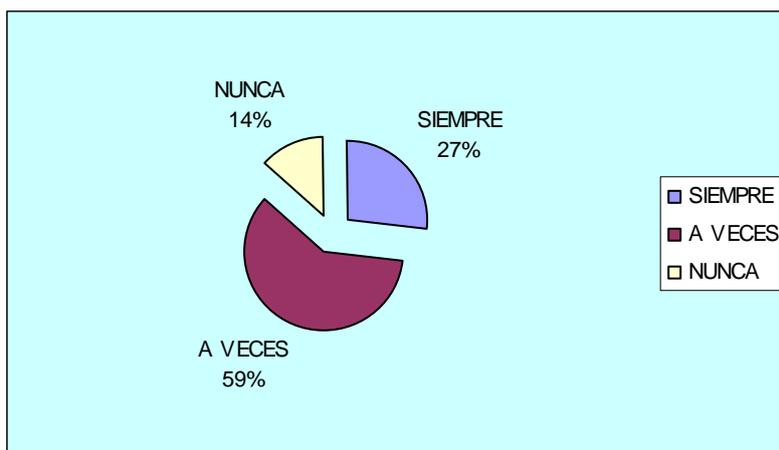
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 86% de los enfermeros colabora con su compañero cuando lo requiere, y el 14% a veces colabora con su compañero. Hace referencia a que el enfermero está dispuesto a ayudar al otro sin distinción de raza, ideología, cultura, entre otros.

TABLA Nº 11: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según ¿Te informas sobre los aspectos éticos – legales de tu profesión?, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

F	FA	FR%
SIEMPRE	6	27%
A VECES	13	59%
NUNCA	3	14%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 11:



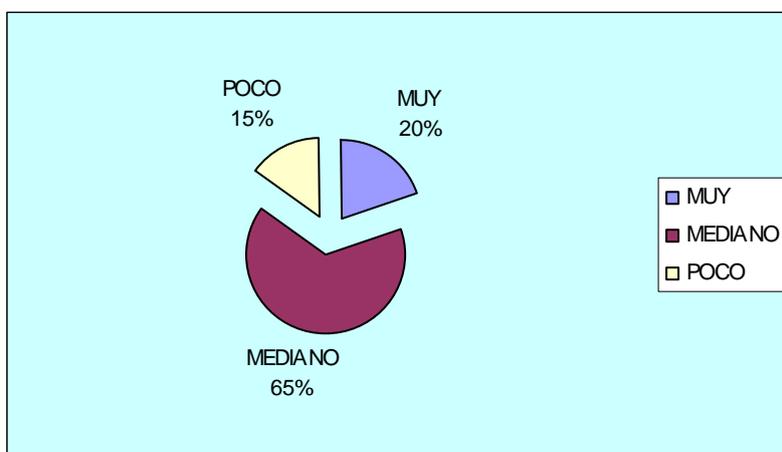
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 59% a veces se informa sobre los aspectos éticos – legales de su profesión, el 27% siempre y el 14% restante nunca se informa sobre los aspectos éticos – legales. Podríamos decir que el conocimiento de lo ético y legal, es saber hasta donde compete la tarea a desarrollar por enfermería, en una situación crítica o no.

TABLA Nº 12: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación en la Aplicación de Técnicas, en Mendoza durante el mes de Agosto 2012.

G	FA	FR%
MUY	4	18%
MEDIANO	13	50%
POCO	3	32%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 12:



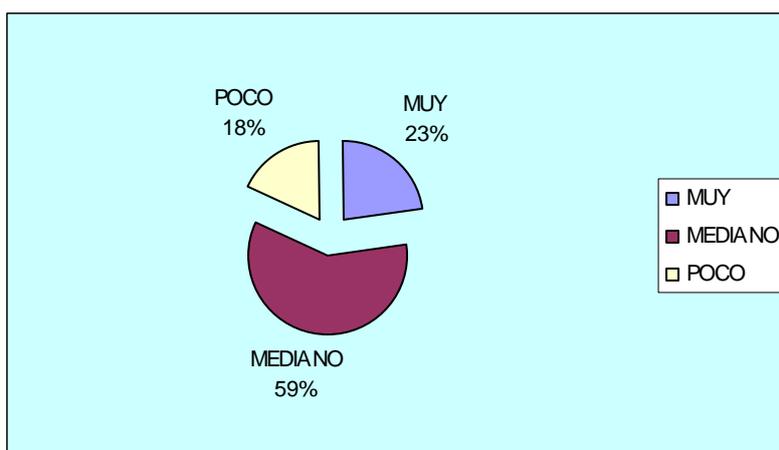
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 65% de los enfermeros a la observación realizan medianamente una adecuada aplicación de técnicas al RN, el 20% muy adecuado, y el 15% poco adecuada la aplicación de técnicas. Podríamos considerar factores tales como: experiencia laboral, conocimientos, destreza, confianza y habilidades, que repercuten en el desarrollo de una técnica.

TABLA Nº 13: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación de Evaluación del RN, en Mendoza durante el mes de Agosto 2012.

H	FA	FR%
MUY	5	23%
MEDIANO	13	59%
POCO	4	18%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 13:



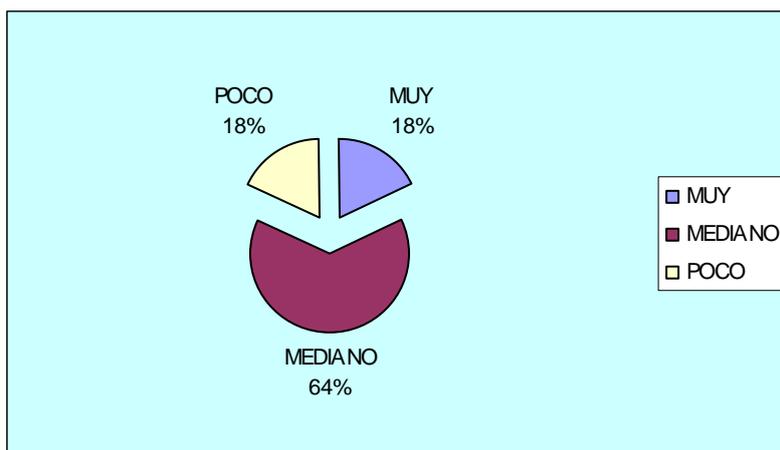
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 59% de los enfermeros a la observación tiene una mediana evaluación del RN, el 23% muy adecuada evaluación y el 18% restante poca adecuada evaluación del RN. Podemos decir, que el tiempo de atención al RN, esta limitado con la cantidad de pacientes, la hora de la alimentación donde se invade al paciente para una valoración minucioso.

TABLA Nº 14: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Medicación, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

I	FA	FR%
MUY	4	18%
MEDIANO	14	64%
POCO	4	18%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 14:



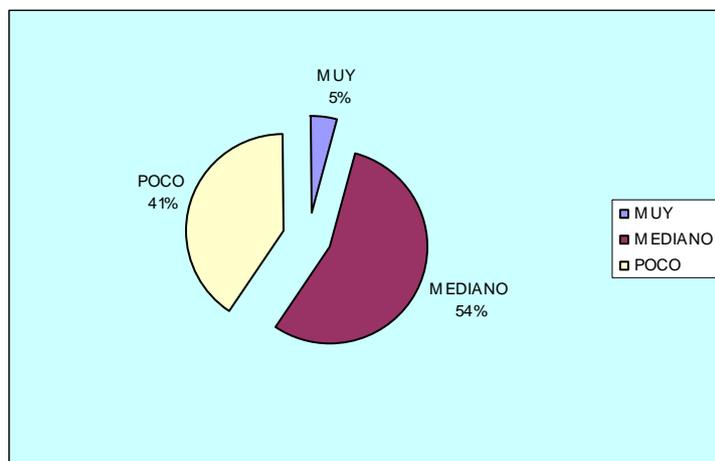
COMENTARIO: En este gráfico se puede observar que el 64% de las enfermeras a la observación realiza la medicación medianamente adecuada, 18% muy y poco adecuada. La realización de la medicación a horario, repercute en el tratamiento efectivo y mejoría del paciente, dentro de todos los procedimientos es lo más prioritario.

TABLA Nº 15: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de peso y talla, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

J	FA	FR%
MUY	1	4%
MEDIANO	12	55%
POCO	9	41%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 15:



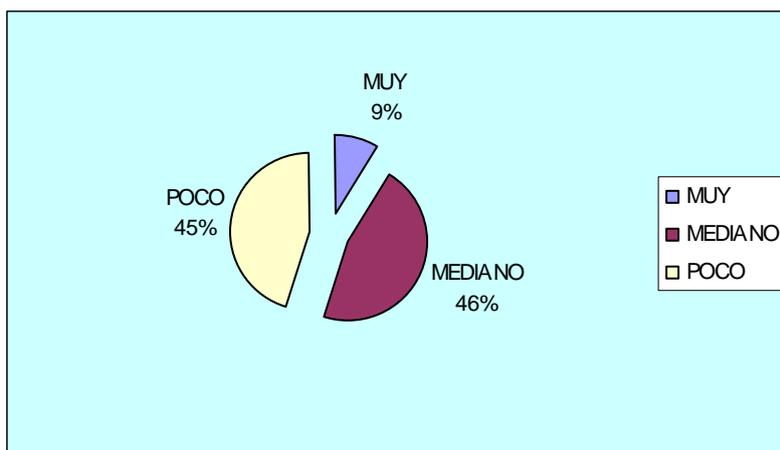
COMENTARIO: En este gráfico podemos observar que el 54% de los enfermeros a la observación realiza la técnica de peso y talla medianamente adecuada, el 41% poco adecuada y el 5% restante realiza la técnica de peso y talla muy adecuadamente. Podemos decir, que esta tarea se realiza para detectar anomalías del crecimiento y desarrollo del RN, un crecimiento acorde a la edad gestacional. Pero cabe destacar que muchas veces el tiempo no es lo suficiente para dedicarse a una minuciosa atención.

TABLA Nº 16: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Higiene, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

K	FA	FR%
MUY	2	9%
MEDIANO	10	46%
POCO	10	45%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 16:



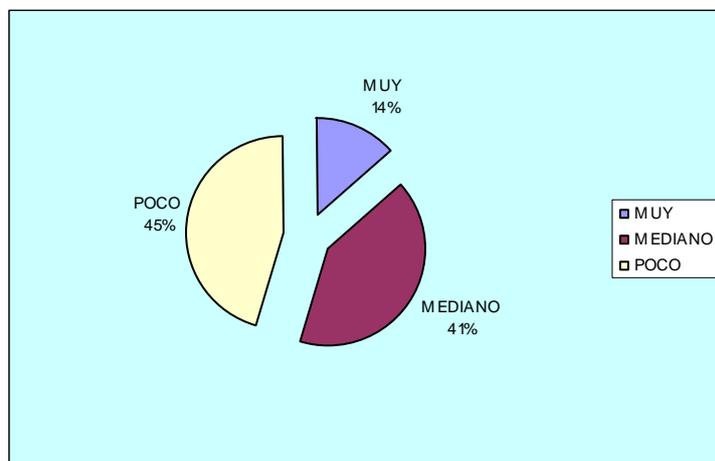
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 46% de los enfermeros a la observación, realiza la técnica de higiene corporal al RN medianamente adecuada; el 45% poco adecuada; y finalmente el 9% realiza la higiene corporal muy adecuadamente. Esto hace referencia que de acuerdo a la edad gestacional, y al aspecto visiblemente que tenga el RN al momento de la inspección, ya que en el baño podemos eliminar todas sustancias contaminantes para el RN.

TABLA Nº 17: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Atuendo, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

L	FA	FR%
MUY	3	14%
MEDIANO	9	41%
POCO	10	45%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 17:



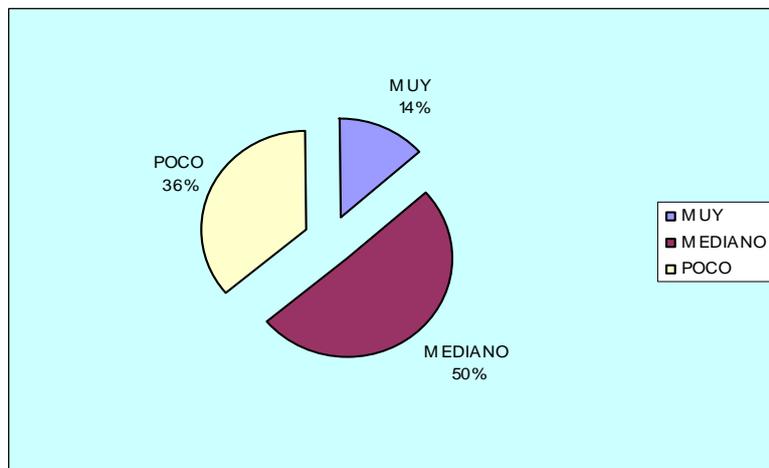
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 45% de los enfermeros a la observación realiza la técnica del atuendo al RN poco adecuado; el 41% medianamente adecuado; y por último el 14% muy adecuadamente. Podemos decir, que la vestimenta es una tarea a realizar al RN, para impedir patologías tales como injuria por frío. Como así también la presentación impecable a la familia, aumentando el vínculo madre e hijo, brindando seguridad a la familia de que su bebé se encuentra en buenos profesionales

TABLA Nº 18: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Profilaxis Umbilical, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

M	FA	FR%
MUY	3	14%
MEDIANO	11	50%
POCO	8	36%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 18:



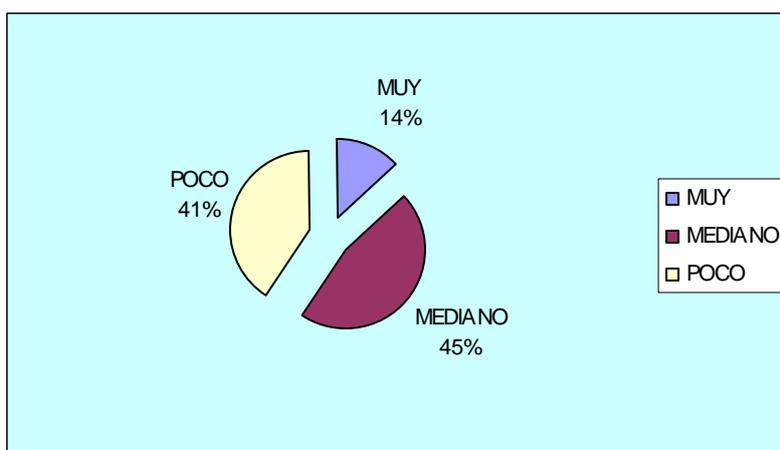
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 50% de los enfermeros a la observación realiza la técnica de profilaxis umbilical medianamente adecuada. Para evitar infecciones, del cordón recordemos que el mismo cae dentro de los siete días, sufriendo una grangena. El 36% lo realiza poco adecuadamente; y solo el 14% lo realiza muy adecuadamente.

TABLA Nº 1 9: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Profilaxis Ocular, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

N	FA	FR%
MUY	3	14%
MEDIANO	10	45%
POCO	9	41%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 19:



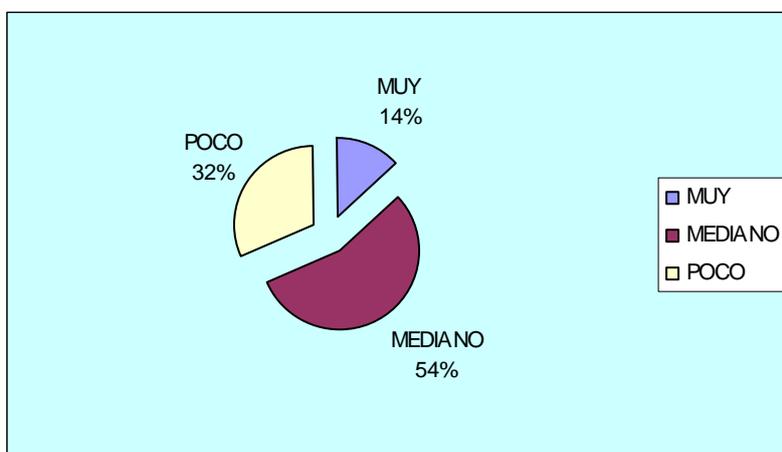
COMENTARIO: Del 100% de los encuestados solo el 45% de los enfermeros a la observación, realiza, la técnica de profilaxis ocular medianamente adecuado; el 41% lo realiza poco adecuadamente; y el 14% muy adecuadamente. Podemos decir, que la colocación de gotas oftálmicas, se realiza para la prevención de infecciones. Manteniendo una adecuada limpieza en la administración de la misma.

TABLA Nº 20: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación Técnica de identificación, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

O	FA	FR%
MUY	3	14%
MEDIANO	12	54%
POCO	7	32%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 20:



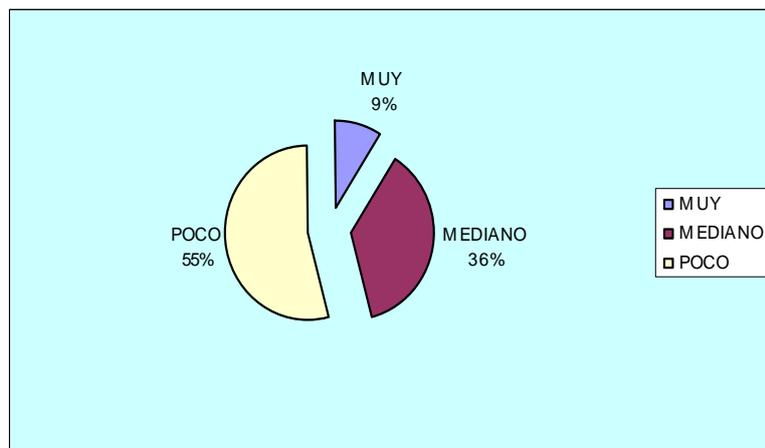
COMENTARIO: Del 100% de los encuestados solo el 54% realiza una mediana identificación del RN, para preservar la personalidad y de que el ser humano no solo es un número, al cual se lo deba memorizar o nombrarlo de tal forma. El 32% realiza una escasa identificación y finalmente solo el 14% es muy adecuado.

TABLA Nº 21: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de bioseguridad, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

P	FA	FR%
MUY	2	9%
MEDIANO	8	36%
POCO	12	55%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 21:



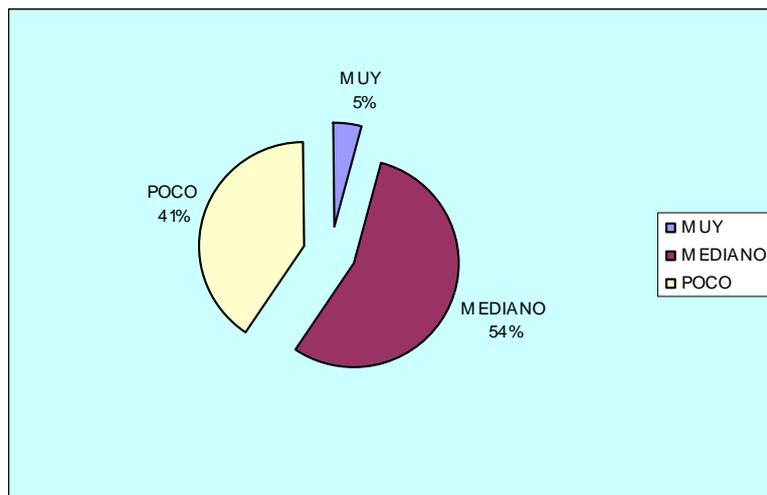
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 55% de los encuestados, realiza poco adecuadamente la técnica de bioseguridad, el 36% medianamente y solo el 14% muy adecuadamente. Hace referencia a que debemos mantener la integridad del RN, protegiéndolo de los factores internos y externos que lo perjudique su salud, evitando infecciones cruzadas.

TABLA Nº 22: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación aplicación de Normas, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

Q	FA	FR%
MUY	1	5%
MEDIANO	12	54%
POCO	9	41%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 22:



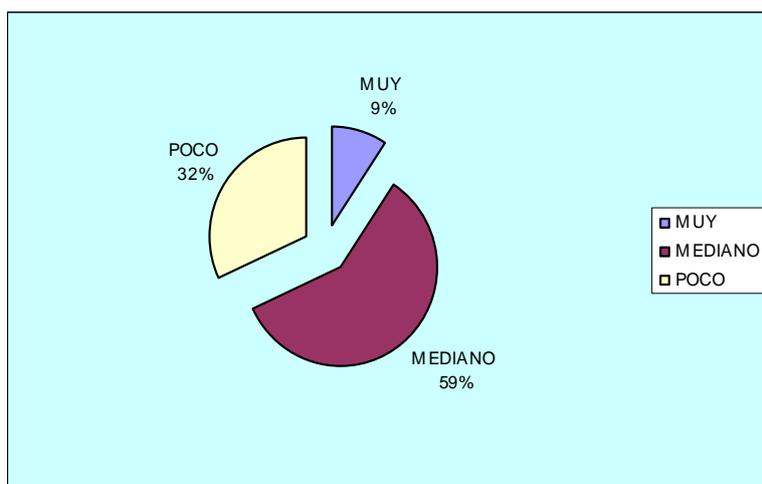
COMENTARIO: Podemos observar en este gráfico que el 54% aplica las normas del servicio, el 41% lo realiza poco adecuadamente y finalmente el 5% lo realiza muy adecuadamente, considerando que hasta el momento no se cuenta con normas implícitas.

TABLA Nº 23: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Pericia en la aplicación de Técnicas, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

R	FA	FR%
MUY	2	9%
MEDIANO	13	59%
POCO	7	32%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRAFICO Nº 23:



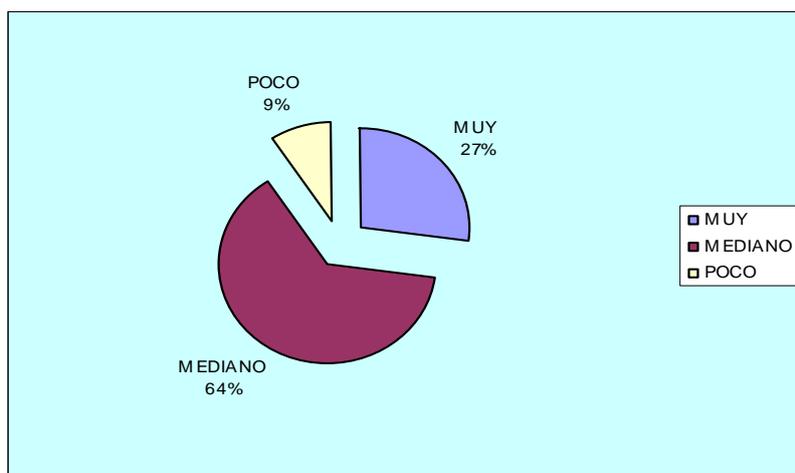
COMENTARIO: Del 100% de los encuestados solo el 59%, a la observación, presenta pericia en la aplicación de técnicas, el 32% poco adecuadamente, y el 9% restante muy adecuadamente. Hace referencia a la capacidad de criterio del enfermero en el trabajo y la importancia del trabajo en equipo.

TABLA Nº 24: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Técnica de Lavado de Manos, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

S	FA	FR%
MUY	6	27%
MEDIANO	14	64%
POCO	2	9%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRAFICO Nº 24:



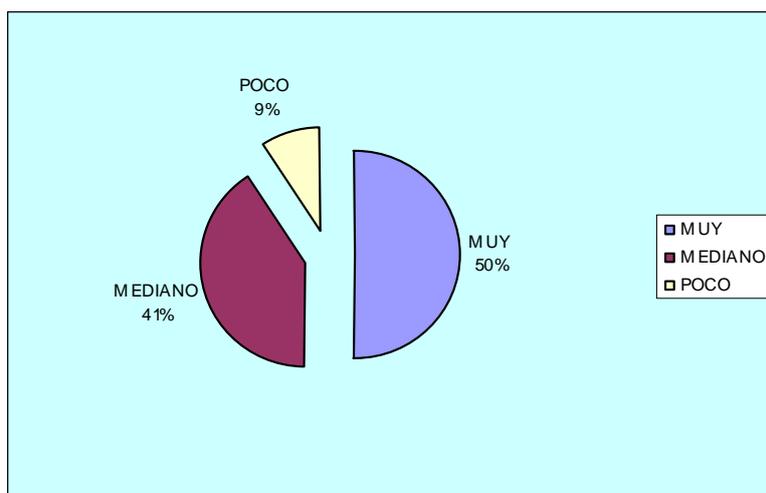
COMENTARIO: El gráfico muestra que el 64% de los enfermeros, a la observación realiza medianamente adecuado la técnica de lavado de manos, el 27% muy adecuadamente, y el 9% poco adecuado. Podemos decir, que el lavado de manos es una fase muy esencial en la recuperación de RN, brindando seguridad ante todos los agentes capaces de producir un daño.

TABLA Nº 25: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Colaboración de los Enfermeros, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012.

T	FA	FR%
MUY	11	50%
MEDIANO	9	41%
POCO	2	9%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRAFICO Nº 25:



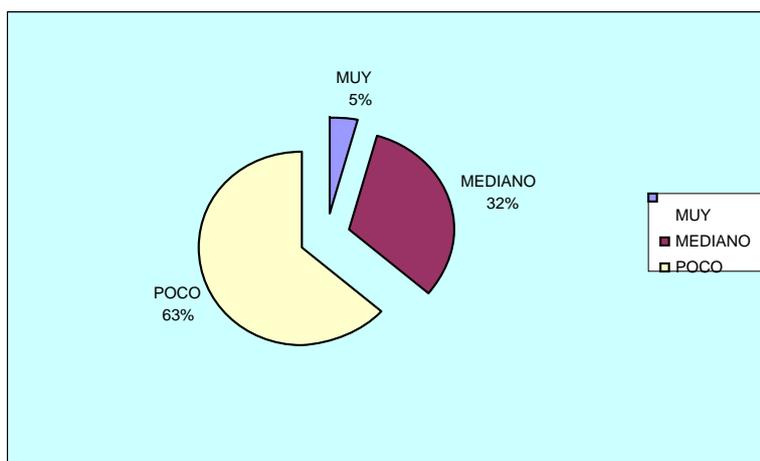
COMENTARIO: Este gráfico muestra que el 50% de los enfermeros, a la observación, presenta una muy adecuada colaboración, con el equipo de salud, los colegas, el 41% medianamente adecuado, y el 9% restante poco adecuada. Hace referencia a los procedimientos que se lleva a cabo con el RN donde se requieren de un colaborador, para realizar una técnica de calidad.

TABLA Nº 26: Enfermeros del “Servicio de Neonatología”, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, según Observación, Uso de Terminología, en Mendoza, durante el mes de Agosto 2012

V	FA	FR%
MUY	1	4%
MEDIANO	7	32%
POCO	14	64%
TOTAL	22	100%

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRAFICO Nº 26:



COMENTARIO: El gráfico muestra que el 63% de los enfermeros, a la observación, utiliza terminología poco adecuada, hacia sus colegas, equipo de salud y autoridades. El 32% medianamente adecuado, y el 5% restante muy adecuadamente. Hace referencia, a que todos los enfermeros deben hablar, con cautela ante una determinada situación, donde una persona externa desconozca del tema y gravedad del mismo; no como si estuviera en la calle. Son dos puntos muy diferentes, que el profesional debe separar.

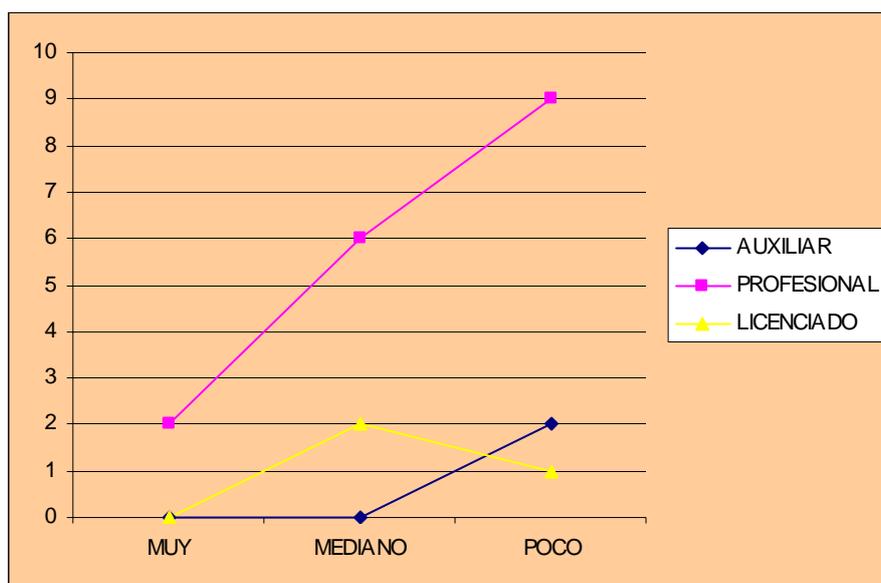
TABLA BIVARIADAS:

TABLA Nº 27: Relación entre Nivel de Formación del personal en estudio y aplicación de Técnicas de Bioseguridad, en Mendoza durante, el mes de Agosto 2012.

N. DE FORMACIÓN / P	MUY	MEDIANO	POCO	TOTAL
AUXILIAR	0	0	2	2
PROFESIONAL	2	6	9	17
LICENCIADO	0	2	1	3
TOTAL	2	8	12	22

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 27:



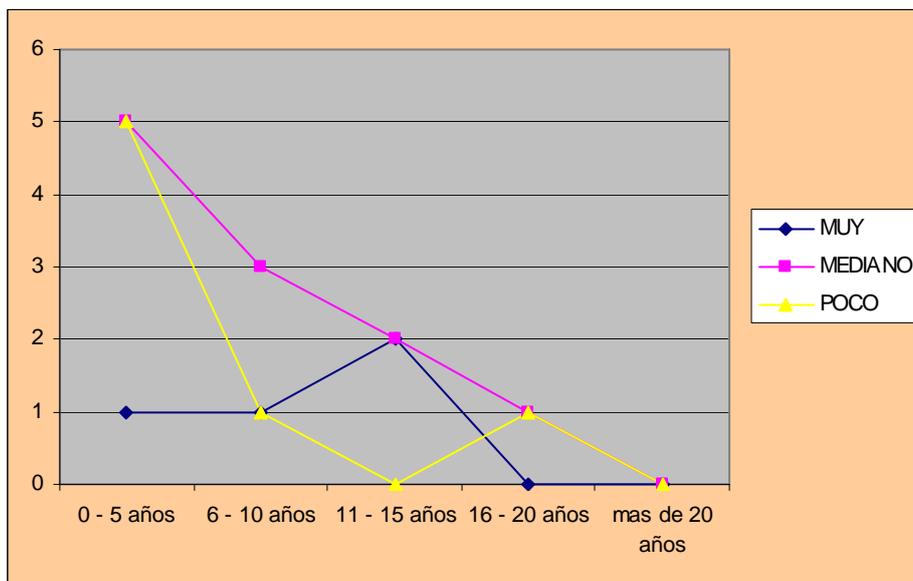
COMENTARIO: Podemos observar en el gráfico, que los 22 encuestados, solo 2 enfermeros profesionales tienen muy buena aplicación de la técnica de bioseguridad. Los 6 enfermeros y 2 licenciados medianamente adecuados, y el resto 12 profesionales entre licenciado, auxiliares y profesionales poco adecuada. Hace referencia a que los enfermeros deben tener presente la bioseguridad ante el RN, protegiéndolo de factores externos, es una etapa esencial en el cuidado y mejoría del neonato.

TABLA Nº 28: Relación entre, Antigüedad y Técnicas de Recepción del RN, en Mendoza, durante el mes de Agosto de 2012.

ANTIGÜEDAD / G	MUY	MEDIANO	POCO	TOTAL
0 - 5 años	1	5	5	11
6 - 10 años	1	3	1	5
11 - 15 años	2	2	0	4
16 - 20 años	0	1	1	2
mas de 20 años	0	0	0	0
TOTAL	4	11	7	22

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 28:



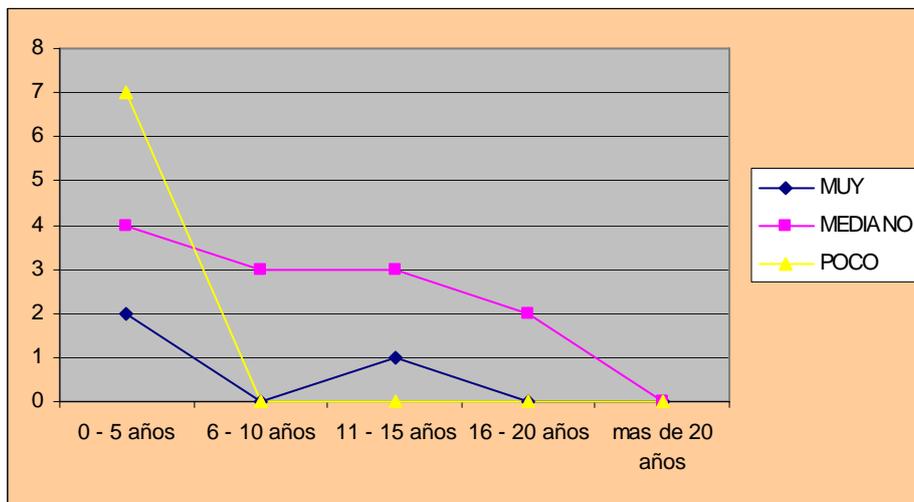
COMENTARIO: En este gráfico podemos observar que se produce un descenso importante en relación a mayor antigüedad, en la aplicación de técnica poco adecuado. Hace referencia a la permanencia de un enfermero en el mismo servicio, donde las técnicas se vuelven rutinarias.

TABLA Nº 29: Relación entre Antigüedad e Identificación del RN, en Mendoza durante el mes de Agosto de 2012.

ANTIGÜEDAD / 0	MUY	MEDIANO	POCO	TOTAL
0 - 5 años	2	4	7	13
6 - 10 años	0	3	0	3
11 - 15 años	1	3	0	4
16 - 20 años	0	2	0	2
mas de 20 años	0	0	0	0
TOTAL	3	12	7	22

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 29:



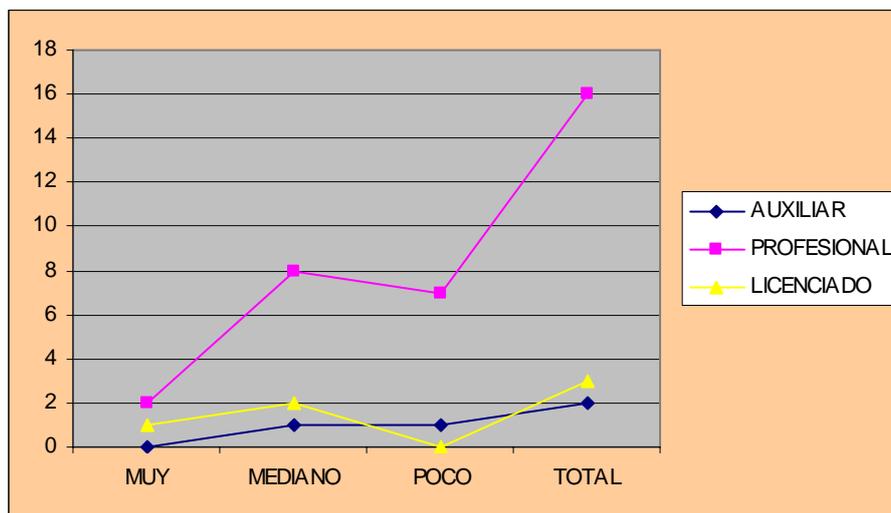
COMENTARIO: El gráfico muestra que a menos antigüedad los enfermeros, presenta una disminución en la identificación del RN, cuando este es requerido en la presentación a una autoridad, familia o en procedimiento diagnóstico. Pero se mantiene en los años 6 – 20 una mediana identificación.

TABLA Nº 30: Relación entre Nivel de Formación del personal en estudio y Profilaxis umbilical, en Mendoza, durante el mes de Agosto de 2012.

NIVEL DE FORMACIÓN / M	MUY	MEDIANO	POCO	TOTAL
AUXILIAR	0	1	1	2
PROFESIONAL	2	8	7	16
LICENCIADO	1	2	0	3
TOTAL	3	11	8	22

FUENTE: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizados en esta investigación, en el servicio de Neonatología, del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, durante el mes Agosto 2012.

GRÁFICO Nº 30:



COMENTARIO: En el gráfico podemos observar que los enfermeros en su categoría de profesionales solo 8 realizan la profilaxis umbilical medianamente adecuada ha diferencia de 7 enfermeros poco adecuado, en relación a los auxiliares y licenciados solo 1 muy adecuadamente, 2 medianamente adecuado. Hace referencia a que irregularmente se tiene presente la profilaxis umbilical.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos aportan lo siguiente:

Podríamos decir, que del total de los 22 enfermeros encuestados, el 82% corresponde al sexo femenino, de los cuales el 77% a Enfermeros Profesionales con una antigüedad no mas de cinco años, trabajando en el servicio con mas de 40hs semanales.

En relación con el perfeccionamiento de los enfermeros podemos decir, que a veces realizan capacitación en el año, pero se interesan por aumentar sus conocimientos científicos y a veces participa voluntariamente en aspectos en mejora del servicio. El servicio cuenta moderadamente con los materiales para la atención del RN. Un aspecto positivo a destacar es que los enfermeros tienen muy presente la colaboración con el colega. Otro menos positivo es que a veces se interesa por informarse sobre los aspectos éticos – legales.

Los contenidos que se evaluaron a través de la observación aportaron que aplicación de técnica se realiza medianamente como por ej: colocación de sonda nasogastrica, vía venosa. Como así también la evaluación del RN, medicación.

En cuanto a las mediciones antropométricas del neonato en recepción podemos decir, la técnica de peso y talla, la higiene, la vestimenta, la profilaxis ocular y la identificación los enfermeros lo realizan moderadamente adecuadas.

Otro aspecto muy importante a tener presente en el cuidado del RN, que influye notablemente en la recuperación, es que los enfermeros aplican la técnica de profilaxis umbilical, bioseguridad, lavado de manos y pericia en el cuidado medianamente adecuadas. Con una notable disminución en el uso de la terminología para, un profesional de salud.

Estos resultados nos muestran que los enfermeros tanto, Profesionales, Licenciados y Auxiliares necesitan incrementar sus conocimientos, de capacitación. Para poder desarrollar cada técnica con la mayor eficiencia posible y brindar un optimo cuidado al RN. Protegiéndolo de todos los agentes externos que se pudieran evitarse desde el punto de vista de la salud

RECOMENDACIONES:

Se considera necesario establecer una Política de Calidad con estándares mínimos que otorguen una adecuada atención al recién nacido y su familia con el objetivo de asegurar la mejor atención posible en cada unidad de acuerdo a su propia categoría y lograr una reducción de la morbimortalidad perinatal.

El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del RN.

Uno de los aspectos que podría proporcionar el servicio, es contar con normas implícitas, para que cada enfermero se informe sobre las tareas a realizar a un neonato. Ya que ningún enfermero está preparado para tal tarea desde su graduación. Esto podría lograrse reuniendo a todo el grupo interdisciplinario (jefe de servicio, enfermeros e infectología) para evaluar y poner en práctica lo explícito de las distintas técnicas que se llevan a cabo con el neonato, desde el conocimiento científico y la práctica propiamente dicha. Para asegurar una óptima atención del recién nacido.

Estimular a los enfermeros la importancia de la capacitación, ya que es la base para lograr una calidad de cuidados. Proporcionando, información desde el servicio sobre cursos, charlas educativas, dentro o fuera de la institución. Brindar días de estudio dentro de lo posible para que el personal que este interesado en el mismo, pueda realizarlo sin ningún tipo de complicaciones. Como así también brindar dentro de lo posible una ayuda económica. Donde el enfermero adquirirá distintos niveles de estándar sobre conocimiento neonatal abarcando todas las áreas implicadas: niveles de atención, recursos humanos, equipamiento y estructura arquitectónica, entre otras en la cual el enfermero debe conocer.

Tratar de pretender, conseguir, que la enfermera conozca y brinde: una adecuada privacidad e intimidad y espacio para lactancia materna, espacio para casos y situaciones especiales, como fallecimiento del neonato, recién

nacidos malformados, etc., área privada para que el personal discuta casos clínicos, asignar espacio en las inmediaciones de incubadoras y cunas para incrementar la privacidad y facilitar la implicación de la familia, etc.

Es importante recordar que la enfermera debe conocer estos acontecimientos que tienen lugar en el seno de la familia y, por lo tanto, es necesario favorecer un ambiente de cordialidad, respeto y dignidad a la familia. Por ello se propone lo siguiente para que se respete y aplique en los RN sanos: Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos; Respetar las preferencias de los padres; Mínima interferencia en la adaptación a la vida extrauterina; Facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo; No separar al RN de su madre; Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna; Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma; Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.

Por ello las funciones de enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Pero, sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera pediátrica debe ser siempre el bienestar del niño y de su familia. El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades, y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Lelia MC Cormack. Cátedra Morfofisiología de Enfermería. 2007.
2. Comité científico Neonatal- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Profesor Dr. J.P. Garrahan. Cuidados en Enfermería Neonatal. 3ª Edición. Buenos Aires: Journal, 2009.
3. José Maria Ceriani, Cernadas. Neonatología Práctica. 3 Edición, Editorial Panamericana. S.A. Año. 1999
4. José Maria Ceriani, Cernadas. Neonatología Práctica. 3 Edición, Editorial Panamericana. S.A. Año. 1999
5. Whaley y Wong. Enfermería Pediátrica. 4 Edición. Editorial. Iberoamericana. Año 1995
6. M. Martell.P.Estol. Atención inmediata del Recién Nacido. Centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. El clap. Montevideo-1991
7. José Luis Tapia- Patricio Ventura-Junca. "Manual de Neonatología" 2ª Edición. Editorial Mediterráneo. 2000
8. Oaki. De Angelis- Felguin Warshaw. Pediatría principios y practica. Tomo 1. Editorial. Panamericana 1993
9. Oaki. De Angelis- Felguin Warshaw. Pediatría principios y practica. Tomo 2. Editorial. Panamerican. 1993.
10. John P. Cloherty – Ann r. Strak "Manual de cuidados Neonatales" 3ª Edición. Editorial Masson S.A. 2000

MODULO IV

ANEXO



Facultad de Ciencias Médicas



Universidad Nacional de Cuyo.

Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

ENCUESTA

El presente trabajo es realizado por las alumnas del segundo año del ciclo de Licenciatura en Enfermería, para la graduación.

Esta encuesta tiene a tomar datos en forma anónima para su estudio posterior. Por favor señale con una cruz la o las opciones con la que usted concuerda y/o responda en caso de ser necesario.

Encuesta Nº _____

Fecha: __/__/__

Datos del encuestado

1) –Sexo:

1.1)- Femenino

1.2)- Masculino

2)--Nivel de formación:

2.1)- Auxiliar

2.2) -Profesional

2.3)- Licenciado

3)-Antigüedad:

3.1)- 0 - 5 años

3.2)- 6 -10 años

3.3)- 11 -15 años

3.4)- 16 – 20 años

3.5)- + de 20 años

4)- Edad:

4.1)- 20 -24 años

4.2)- 25 – 29 años

4.3)- 30 - 34 años

4.4)- 35 - 39 años

4.5)- 40 – 44 años

4.6)- + de 45 años

5)- Horas de trabajo semanal:

6.1)- + de 20 horas

6.2)- + de 40 horas

6.3)- + de 60 horas

6.4)- + de 80 horas

PREGUNTAS:

ENUNCIADO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
A)- ¿Realiza usted algún tipo de capacitación en el año?			
B)- ¿Se interesa por aumentar sus conocimientos científicos?			
C)- ¿Participa voluntariamente en actividades de prevención, en mejora del servicio?			
D)- ¿Cuenta con los insumos necesarios, en la aplicación de la técnica?			
E)- ¿colabora con su compañero cuando lo requiere?			
F)- ¿Te informas sobre los aspectos éticos – legales de la profesión?			

Para recolectar información sobre la aplicación de técnicas, se utilizara la guía observación, en un periodo de dos semanas.

GUIA DE OBSERVACIÓN

ENUNCIADO	MUY ADECUADO	MEDIANAMENTE ADECUADO	POCO ADECUADO
G) -Técnicas			
H) - Evaluación del RN			
I) - Medicamento			
J) - Peso y Talla			
K) - Higiene			
L) - Atuendo			
M) - Profilaxis Umbilical			
N) - Profilaxis ocular			
O) - Identificación			
P) - Bioseguridad			
Q) - Normas			
R) - Pericia			
S) - Lavado			

de manos			
T)- Colaboración			
U)- Terminología			

Nº de Encu	1- SEXO		2- NIVEL DE FORMACION			3- ANTIGÜEDAD					4- EDAD						5- HORAS DE TRABAJO SEMANAL			
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	5.1	5.2	5.3	5.4
1	1			1				1							1					1
2	1			1				1								1				1
3	1			1			1						1							1
4	1			1				1							1					1
5	1		1						1							1				1
6	1			1			1						1							1
7		1		1					1					1						1
8	1				1				1					1						1
9	1		1							1					1					1
10	1			1			1							1						1
11	1			1			1							1			1			
12	1				1		1							1			1			
13	1			1			1													1
14	1			1			1								1					1
15		1		1			1				1									1
16	1			1				1							1					1
17		1		1			1						1				1			
18	1			1					1						1					1
19	1			1			1						1							1
20	1			1			1							1						1
21		1		1			1						1							1
22	1				1			1						1						1
TOTAL	18	4	2	17	3	12	4	4	2	0	1	4	5	4	6	2	3	17	2	0

