

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**CALIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERÍA APLICADA EN
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
NEONATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO,
PERÍODO 2011**

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

TESISTA: CONSUELO MARIA ALVARADO ROJAS

ASESOR: DR. GUILLERMO AUGUSTO BOCANGEL WEYDERT

HUÁNUCO– PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos y mi familia que siempre me
apoya en forma incesante y me da fuerza de voluntad.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades y catedráticos de la escuela de post grado de la Universidad Hermilio Valdizán, por darme la oportunidad de seguir superándome profesionalmente.

RESUMEN

Título: “Calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el área de neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño, período 2011”. **Objetivo:** Conocer la calidad de atención de enfermería aplicadas en recién nacidos prematuros que fueron atendidos en el área de neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011. **Metodología:** La población muestral estuvo conformada por 22 enfermeras del Área de Neonatología del INSN. El Nivel de investigación fue Explicativo; de tipo Prospectivo, Observacional, Transversal, y Analítico. **Resultados:** Del total de los encuestados indican que las complicaciones en recién nacidos prematuros es frecuente en un 66.7% y un 33.3% indica que es irregular; dentro de los que responde por atención en enfermería, 75.0% indican que es bueno y un 25.0% refieren que es deficiente. **Conclusión:** Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, Por lo tanto, se infiere que existe suficiente evidencia estadística para decir si el personal de neonatología aplicara de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Palabras claves: Calidad de atención, servicio de enfermería, nacidos prematuros.

ABSTRACT

Title: "Quality of nursing care applied in premature newborns treated in the area of neonates of the National Institute of Child Health, period 2011". **Objective:** To know the quality of nursing care applied in preterm infants who were treated in the area of neonates of the National Institute of Child Health in 2011. **Methodology:** The sample population consisted of 22 nurses from the Area of Neonatology of the INSN. The level of investigation was Explanatory; of Prospective, Observational, Transversal, and Analytical type. **Results:** Of the total of the respondents indicate that complications in premature newborns are frequent in 66.7% and 33.3% indicate that it is irregular; Among those responding for nursing care, 75.0% indicate that it is good and 25.0% report that it is deficient. **Conclusion:** Given that the value of $p < 0.05$ the null hypothesis is rejected, therefore, it is inferred that there is enough statistical evidence to say whether the neonatal staff applied the process of nursing care to the newborns in a timely manner. premature babies would reduce complications in the National Institute of Child Health.

Key words: Quality of care, nursing service, premature born.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Fundamentación del problema de investigación	3
1.2. Justificación	5
1.3. Importancia o propósito.....	6
1.4. Limitaciones	6
1.5. Formulación del problema de investigación	7
1.5.1. Problema general.....	7
1.5.2. Problemas específicos	7
1.6. Formulación de los objetivos.....	8
1.6.1. Objetivo General	8
1.6.2. Objetivos específicos	8
1.7. Formulación de la hipótesis	9
1.8. Variables	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas	16
2.1. Bases conceptuales.....	78
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	80
3.1. Ámbito.....	80
3.2. Población Muestral	80
3.3. Nivel y tipo de estudio.....	80
3.4. Diseño de investigación	81
3.5. Técnicas e instrumentos	82
3.6. Validación y confiabilidad del instrumento	82
3.7. Procedimiento	83
3.8. Tabulación	84
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	85

4.1. Análisis descriptivo.....	85
4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis	106
4.3. Discusión de resultados	130
4.4. Aporte de la investigación	133
CONCLUSIONES	134
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	137
ANEXOS	141
Anexo N°01: Matriz de consistencia	141
Anexo N°02: Consentimiento Informado	143
Anexo N°03: Cuestionario dirigida al personal de salud que labora en el área de Neonatología del INSN.....	144
Anexo N°04: Validación del Instrumento por Jueces.....	147
Anexo N°05: Análisis de confiabilidad	150
Anexo N°06: Data View empleado en el estadístico SPSS	151
NOTA BIOGRÁFICA	152

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) tiene su razón de ser en la atención de salud de calidad a la población infantil que acude en busca de soluciones a sus problemas de salud.

La incidencia de casos de recién nacidos prematuros que se han presentado en el año 2011, se ha constituido en una problemática de salud en el INSN, por lo cual la presente investigación tratará de buscar alternativas de solución. La evaluación de las intervenciones frente a la calidad de atención por parte del personal de enfermería.

Han sido 387 casos de recién nacidos prematuros que se han presentado en neonatos durante el año 2011, la mayoría de recién nacidos prematuros tienen, según datos estadísticos que reposan en el INSN donde se realizó el estudio, causas múltiples, pero las más frecuentes son producidas por infecciones del tracto urinario.

Por otro lado, es necesario conocer el estado de gestación de la madre ya que éstas están asociadas directamente a la prevención o complicación de enfermedades al momento del nacimiento del neonato, aunque si éste se produce a las 32 semanas el riesgo es mayor debido a la inmadurez pulmonar.

En el Capítulo I El problema de investigación se presenta una descripción de la realidad problemática, se encuentra la formulación del problema, los objetivos, las hipótesis, la precisión de las variables, la justificación del estudio, el señalamiento de la viabilidad y sus limitaciones.

En el Capítulo II, Marco teórico, se presentan los antecedentes, es decir, los estudios realizados anteriormente y que están relacionados al estudio que se reporta. Luego, se presentan las bases teóricas de la investigación, vale decir los fundamentos de los diversos autores que han tratado las teorías. Después, se

presentan las definiciones conceptuales, que ayudan a comprender mejor el estudio realizado.

En el Capítulo III Marco Metodológico, se aborda el asunto del tipo de investigación, teniendo en cuenta el control de variables. Seguidamente, se trata del diseño utilizado para la ejecución del estudio. Se precisa la población estudiada, el instrumento utilizado para recoger datos y las técnicas empleadas para el recojo, el procesamiento y presentación de los datos.

El Capítulo IV Resultados, está orientado por los objetivos e hipótesis del estudio, se utilizan tablas y gráficos para mostrar los hallazgos del estudio. Se contrastan las hipótesis y la prueba estadística pertinente.

El Capítulo V se denomina Discusión de Resultados. Allí se encuentra la contrastación de la hipótesis general y el aporte del estudio realizado. Se contrastan los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos del estudio.

Finalmente se presentan las conclusiones del estudio, orientado por los objetivos e hipótesis; y también se presentan las sugerencias que se proponen como consecuencia de las conclusiones a las que se ha llegado.

Asimismo, se adjunta al final de la investigación las fuentes de información utilizadas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

La gestión y la práctica del cuidado constituyen una díada indisoluble que se retroalimenta continuamente. La enfermera que brinda cuidados a los neonatos, es la que más conoce sobre las necesidades del recién nacido y sus respuestas al tratamiento. Es la persona indicada que puede evaluar la calidad de atención, producir mejoras en el cuidado, introducir nuevos productos o equipamiento que produzcan cambios, basados en la mejor evidencia disponible. Para ello requiere motivación, conocimiento y orientación permanente.

La enfermera tiene una visión amplia de los procesos, conoce y analiza los resultados de la atención de enfermería; identifica las causas de los desvíos y propone acciones de mejora continua sustentados en lineamientos estratégicos. Es capaz de escuchar, transmitir, motivar y guiar al personal a su cargo en busca de mejores resultados.

En el caso específico del Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), se presentan entre otros los siguientes problemas: existen algunas deficiencias relacionadas con el nivel de conocimientos que tienen la enfermera que trabaja en este servicio respecto del proceso de atención al recién nacido; esto se debe entre otros factores a la falta de una evaluación especializada al contratar personal y evaluar los requerimientos y necesidades del puesto a ocupar, otro factor es que como existen diversas modalidades de contratación de personal no es posible controlar las

capacidades y habilidades de las enfermeras que vienen a trabajar al servicio por parte de los jefes a cargo, entre otros factores.

Asimismo, la realidad en cuanto a cantidad de personal asignado a esta Área de Neonatología y de todo el INSN en general, nos permite afirmar que hay insuficiente cantidad de personal médico para la demanda que hay de atención en el servicio. Del mismo modo, el personal médico, administrativo y enfermeras trabajan según las condiciones del INSN en cuanto a infraestructura y equipamiento. Sobre este particular debemos indicar que las instalaciones y el espacio físico con que cuenta el Área de Neonatología son, desde hace varios años, insuficientes debido a la necesidad de atención de niños nacidos prematuramente y que se incrementa en forma constante.

Del mismo modo, otro aspecto importante que consideramos debe tratarse en esta investigación es el relacionado con la bioseguridad, en el INSN existen normas establecidas para este tema, pero muchas veces el personal (médico y enfermeras principalmente) no cumplen estrictamente con dichas normas y podemos ver casos en los que las enfermeras se contagian de enfermedades que tienen los niños por falta de prevención, o los niños que están hospitalizados adquieren enfermedades por el contacto con otros niños o porque el ambiente está contaminado y no se adoptan las medidas de bioseguridad establecidas en protocolos que son de conocimiento del personal.

La atención que se les brinda a los recién nacidos prematuros debe ser mediante protocolos de neonatología para actuar de manera segura y así evitar complicaciones.

Es ineludible, hablar de cuidados en cualquier entorno científico de enfermería y no hacer mención de la planificación de los cuidados de estos. Cabe resaltar que en el Instituto Nacional de Salud del Niño se han venido aplicando protocolos establecidos por el Ministerio de Salud determinados para el cuidado de los neonatos, pero en ciertos casos los resultados no han sido satisfactorios en el cuidado de los Recién Nacidos Prematuros, debido a la falta de equipos médicos y el incumplimiento de las normas de Bioseguridad, entre otros factores.

Aunque poca es la difusión de estos protocolos se trata de realizar capacitaciones a fin de favorecer el conocimiento de cuál es el verdadero rol de la enfermería en el cuidado del Recién Nacido Prematuro, y esto nos ha motivado para la realización de esta investigación, para identificar los procedimientos y protocolos aplicables en la institución.

1.2. Justificación

El presente trabajo de investigación se justificó por los resultados obtenidos en el estudio sirvieron como referencias para que las autoridades y el personal de enfermería tomen decisiones oportunas cuando se presenten estos casos en la unidad.

Los principales beneficiados de los resultados obtenidos de la investigación fueron los recién nacidos prematuros que sean atendidos en el INSN, así como también las autoridades y el personal que labora en la institución debido a que cuentan con los elementos de juicios para evitar problemas en la atención de los recién nacidos prematuros.

Con esta información reafirmamos que el ISNS no cuenta con el equipo médico necesario para brindar la atención de calidad a los recién nacidos prematuros

Todo lo mencionado anteriormente son razones suficientes que justifican el desarrollo de la presente investigación, porque se ha observado que tiene utilidad práctica, metodológica y teórica que garantiza un mejor servicio y por ende la solución del problema planteado.

1.3. Importancia o propósito

Los resultados de esta investigación fueron de gran importancia para que las autoridades y el personal de enfermería del INSN, tomen conciencia sobre la importancia que tiene el disponer de conocimientos científicos y de los materiales necesarios, ya que esto influye en la calidad de atención de los recién nacidos prematuros, del igual manera este estudio ofreció toda la información sobre los procedimientos y protocolos que se están utilizando en el cuidado de los recién nacidos prematuros en el INSN

Del mismo modo esta investigación sirvió en un futuro próximo como un antecedente para la investigación en salud.

también para motivar otras investigaciones similares en las que se tengan en cuenta otras variables que no se han considerado en este estudio, igualmente como material de apoyo donde brinda mayor información sobre calidad de atención de los recién nacidos prematuros.

1.4. Limitaciones

Existieron algunas limitaciones referidas a acceso a la información, disponibilidad de tiempo de las enfermeras, permisos necesarios para

acceder a las áreas materia de estudio, entre otros. Pero la tesista tiene toda la disponibilidad y facilidades proporcionadas por el INSN para poder aplicar sus instrumentos y realizar las observaciones necesarias para culminar la investigación.

1.5. Formulación del problema de investigación

1.5.1. Problema general

- ✚ ¿Cuáles es el nivel de calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011?

1.5.2. Problemas específicos

- ✚ ¿Qué nivel de conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería tiene el personal de neonatología para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño?
- ✚ ¿Es suficiente la cantidad de personal médico con que cuenta el Área de Neonatología para brindar una apropiada atención de calidad a los recién nacidos prematuros del Instituto Nacional de Salud del Niño?
- ✚ ¿Es apropiado el espacio físico que tiene el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros?
- ✚ ¿El personal de enfermería cumple con las normas de bioseguridad establecidas para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuro del Instituto Nacional de Salud del Niño?

1.6. Formulación de los objetivos

1.6.1. Objetivo General

- ✚ Conocer el nivel de la calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011.

1.6.2. Objetivos específicos

- ✚ Identificar el nivel de conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería que tiene el personal de neonatología para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ Establecer si es suficiente la cantidad de personal médico con que cuenta el Área de Neonatología para brindar una apropiada atención de calidad a los recién nacidos prematuros del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ Analizar si es apropiado el espacio físico que tiene el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros.
- ✚ Conocer si el personal de enfermería cumple con las normas de bioseguridad establecidas para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuro del Instituto Nacional de Salud del Niño.

1.7. Formulación de la hipótesis

1.7.1. Hipótesis General:

✚ **Hi:** Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.

✚ **Ho:** Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería no pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.

1.7.2. Hipótesis Específicos:

✚ **Hi₁:** Si el personal de neonatología aplicara de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño

Ho₁: Si el personal de neonatología NO aplicara de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

✚ **Hi₂:** Si el área de neonatología contara con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros disminuiría los riesgos de complicaciones que se presentan en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Ho₂: Si el área de neonatología contara con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros NO

disminuiría los riesgos de complicaciones que se presentan en el Instituto Nacional de Salud del Niño

✚ **Hi3:** Si el Instituto Nacional de Salud del Niño contara con un espacio físico adecuado se brindaría una mejor atención de los recién nacidos prematuros

Ho3: Si el Instituto Nacional de Salud del Niño contara con un espacio físico adecuado NO se brindaría una mejor atención de los recién nacidos prematuros.

✚ **Hi4:** Si el personal de enfermería cumpliera con las normas de bioseguridad se brindaría una atención de mejor calidad en los recién nacidos prematuros en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

✚ **Ho4:** Si el personal de enfermería cumpliera con las normas de bioseguridad NO se brindaría una atención de mejor calidad en los recién nacidos prematuros en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

1.8. Variables

✚ **Variable Independiente:**

❖ Calidad en Atención en Enfermería

✚ **Variable dependiente:**

❖ Complicaciones en la atención a los recién nacidos prematuros.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Planche, Y. (2008), en su investigación “Influencia del déficit del personal de enfermería en cuanto a la calidad de atención brindada al paciente en la unidad de medicina “a” del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Cumana, Estado Sucre”, para la Universidad de Oriente, Ecuador, indica que, desde la actualidad hasta nuestros días, enfermería ha dado un cambio evolutivo que ha permitido mostrar el verdadero valor que posee. En la época de Nithingale quien fue la primera persona reconocida como enfermera; la enfermería se basaba solamente al cuidado de los pacientes a través del conocimiento de la ciencia médica, pero hoy por hoy esta profesión no depende de la medicina sino que tiene sus bases propias y no se ha quedado solo en área asistencial sino que también ha expandido su campo hacia el área de la docencia, la administración, la investigación y la parte gremial, logrando de esta forma adquirir y demostrar su importancia dentro de las ciencias de la salud. El estudio fue descriptivo y tuvo los siguientes objetivos:

General:

- ❖ Determinar la influencia del déficit de personal de enfermería en cuanto a la calidad de atención brindada al paciente en la unidad de

medicina "A" del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá Cumaná estado Sucre.

Específicos:

- ❖ Identificar el número de enfermeras (os) que laboran en el servicio de medicina "A".
- ❖ Describir las condiciones de trabajo de las (os) enfermeras (os).
- ❖ Analizar la calidad de atención que se brinda a los usuarios en el servicio.
- ❖ Analizar la influencia del déficit de enfermería en la atención de los pacientes.

Puerta y otros (2001), en su investigación "Factores Motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de Sala de Parto del Hospital Central V Universitario "Dr. Antonio María Pineda" de Barquisimeto (Venezuela). El estudio es descriptivo, de campo y prospectivo, el objetivo es determinar los factores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería. Concluyen que el factor motivador es el amor a la labor que realizan, aspecto que concluye positivamente en el desempeño, sin embargo; este último queda limitado por el ambiente en que se desenvuelven carente de las necesidades básicas, espacios inadecuados, con pocos reconocimientos, remuneración injusta y sin ninguna recompensa pública, entre otros; en este sentido se deben implementar estrategias que incrementen los factores motivadores que permitan desempeñarse en el ambiente adecuado, que influya en la actitud motivacional del personal de enfermería y resalte en una presentación del servicio de alta calidad al individuo, familia y comunidad. La realización, el conocimiento,

reconocimiento contribuyen a aumentar la propia autoconfianza y autoestima, así como una seguridad ambiental, bienestar físico y un ambiente de confort son algunas de las motivaciones para el mejor desempeño del personal.

Trincado, M. (2011) en *Calidad en Enfermería* para la Revista Cubana de Enfermería refirió que la necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención médica. La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de estandarización, donde aparecían las características mínimas que debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes.

Nacional

Urure, I. (2007), en su tesis "Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica"; en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud; considera que la satisfacción es un indicador importante de la calidad de atención y base fundamental para replantear aspectos a la mayor satisfacción del paciente postoperado. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de satisfacción de los pacientes

con la atención de enfermería postoperatoria en el servicio de cirugía del hospital “Santa María del socorro” de Ica. El estudio fue descriptivo transversal. La muestra constituida por 145 pacientes postoperado de 2 a 4 días. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo escala Likert con 30 reactivos y otra escala para determinar la atención de enfermería postoperatoria. Los resultados fueron: los pacientes postoperados en su mayoría fueron mujeres y casadas, con un nivel educativo aceptable. La permanencia postoperatoria mayoritariamente fue de 4 días (60.6%). El nivel de satisfacción en relación a necesidades y expectativas fue parcialmente satisfecho con un promedio de 3.60 y 3.70 y en relación a percepciones resultó satisfecho con 4.12 de promedio. La atención de enfermería postoperatoria fue buena con 47.5%. Se concluye que el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria resultó parcialmente satisfecho con un promedio general de 3.72.

Muñoz, A. (2003), en su trabajo de investigación realizado en Arequipa, realizado y cuyo título es: “Evaluación de la Calidad de Atención expresada por el Cliente en el Servicio de Emergencia en el Hospital Regional “Honorio Delgado”, donde concluye que la calidad de atención expresada por el cliente en el servicio es variable, siendo el tiempo de espera para ser atendido muy prolongado; el 45.6% refiere esperar más de 15 minutos y en su mayoría no se le explicó el motivo de la demora, el 33.1% de 11 a 15 minutos; considerando la particularidad del servicio, la cual determinará una mala calidad de atención. La orientación en su mayoría es información verbal en un 50.9%, el 33.7%, menciona alguna dificultad en la orientación, siendo la queja más

frecuente la indiferencia del personal para responder y el 15.4% se orienta a través de carteles o letreros. Todas estas dificultades representan un prolongamiento en el proceso de atención, considerado como un indicador de mala calidad de atención

Nivel local

Remuzgo (2003), en su investigación “Nivel de Satisfacción del paciente Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” para la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El estudio se realizó con el objeto de determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto de los cuidados que recibe de la enfermera en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. De los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ El nivel de satisfacción del paciente adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo más bajo la dimensión calidez respecto a la dimensión calidad.
- ❖ La calidad de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera en el servicio de geriatría se caracterizó por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia hacia un nivel de satisfacción bajo.
- ❖ La calidez de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia a un nivel de satisfacción bajo reflejado en la alteración del

fortalecimiento de la autoestima y escaso interés por sus necesidades afectivas.

- ❖ En la dimensión de calidad respecto al indicador cuidados oportunos, se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la información sobre las normas hospitalarias cuando ingresó el paciente al servicio y satisfacción media respecto a la atención inmediata cuando el paciente lo solicita y la ayuda para expresar sus problemas psicosociales.
- ❖ En la dimensión calidad respecto al indicador cuidados continuos se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la educación sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias, y siendo aún más baja la satisfacción relacionado a la orientación sobre el tiempo de trabajo de las enfermeras(os) en el servicio.
- ❖ En la dimensión calidad respecto al indicador cuidado libre de riesgo se caracteriza como satisfacción baja sobre la información de los beneficios e importancia de su tratamiento del paciente siendo más baja la satisfacción sobre la explicación previa al alta del paciente adulto mayor para el autocuidado en el hogar y como satisfacción media en cuanto a la motivación para la participación en sus cuidados durante su hospitalización.

2.2. Bases teóricas

Alternativas teóricas asumidas

Dentro de la alternativa teórica asumida, se ha escogido el Modelo Socio crítico, que es un paradigma que surge como el planteamiento del pro desde una visión global, y este es el cómo del estudio de la intervención de enfermería en Recién Nacidos Prematuros, a fin de

determinar sus componentes y factores sociales, considerando las condiciones ideológicas, políticas institucionales e históricas que configuran la práctica profesional.

Dentro la teoría asumida, y el modelo socio crítico, nos permite articular la realidad con los componentes esenciales del conocimiento a fin de buscar alternativas de solución valederas para la sociedad.

Por otro lado, se verá comprometida con la comprensión de la realidad inteligible de los sujetos que forman parte del proceso de investigación, por lo tanto, consideramos que está asumida desde la perspectiva crítica de la sociedad y la posición de la misma frente al problema.

Con esto se utiliza la búsqueda de la información y el análisis de la misma, se realizará con lo sugerido en los elementos del modelo socio crítico.

Pero se considera que este modelo facilita el desarrollo de la investigación de acuerdo a este punto de vista nos sustentaremos en el modelo cualitativo, por ser una metodología que apunta hacia el uso del método hipotético deductivo que va en orden secuencia y desarrollo.

Categorías de análisis teórico conceptual

2.2.1. Particularidades del bebé prematuro

El estado del recién nacido prematuro va a depender de su estadio de desarrollo, presentando unas particularidades que se deben al grado de inmadurez de sus órganos vitales. Cuanto más prematuro es el nacimiento, menor es el tamaño y el peso del bebé. (Jorgensen, 2000).

En general, la cabeza tiene un gran tamaño con respecto al cuerpo y las extremidades están poco desarrolladas, los brazos y las piernas son muy delgados, con la piel fina, arrugada y rosada. Las uñas son extremadamente blandas y habitualmente no llegan al extremo de los dedos.

Los huesos del cráneo aún no están osificados, sobre todo el occipital y los parietales que son muy blandos. La cara es pequeña y en muchos casos parece arrugada, el pelo es muy escaso y posiblemente le faltarán las cejas. La piel deja entrever los vasos sanguíneos porque existe muy poca grasa subcutánea. Las palmas de las manos, los talones y los pies pueden estar enrojecidos o bien azulados.

La ictericia es más frecuente entre los bebés prematuros que en los nacidos a término. Al ser más intensa y duradera, suele ser preciso fototerapia colocando al bebé bajo la luz azul de las lámparas ultravioletas. (Jorgensen, 2000).

3. **Características físicas del prematuro**

- Peso: Menos de 2,5kg. (Mayor pérdida fisiológica).
- Talla: Menos de 47cm.
- Perímetro torácico: Menos de 29cm.
- Perímetro craneal: Menos de 34cm.
- Actividad postural extremidades: Hipotonía y extremidades en extensión.
- Cabeza: Grande
- Craneotabes (huesos craneales blandos).

- Ojos prominentes: El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no.
- Pabellón auricular blando y mal desarrollado.
- Tórax: Estrecho
- Mamilas o nódulos mamarios poco desarrollados.
- Abdomen: Prominente
- Piel: Delgada
- Resalte de relieves óseos.
- Color rojizo intenso.
- Ictericia precoz y persistente.
- Cianosis distal.
- Edemas
- Lanugo
- Genitales: Testículos no descendidos.
- Escroto con pocas arrugas.
- Labios mayores poco desarrollados.
- Extremidades: Cortas
- Delgadas (poco desarrollo muscular).
- Uñas blandas y cortas.
- Pliegue único transversal en plantas de los pies.

El test de Usher es el que se utiliza para valorar el desarrollo de un prematuro, viendo los parámetros anteriormente mencionados (palpebral de la cabeza, pliegues de los pabellones auriculares etc.). (Jorgensen, 2000).

Para tratar la membrana hialina, se les introduce el surfactante alveolar mediante la intubación para que así realice la respiración correctamente, para ello hay que limpiar el árbol respiratorio de posibles secreciones, meconio etc.

Sus funciones vitales

Los órganos vitales del bebé prematuro no han tenido tiempo suficiente para completar su desarrollo dentro del útero, por eso suelen presentar dificultades para realizar las funciones imprescindibles para la supervivencia en el medio aéreo. (Jorgensen, 2000).

El sistema respiratorio

Los músculos que intervienen en la respiración son débiles, el centro del cerebro que rige la respiración es inmaduro y los alvéolos pulmonares no han completado su desarrollo. Todos estos factores provocan que la respiración sea rápida, superficial e irregular, con apneas (pausas en la respiración) que pueden provocar una oxigenación cerebral incorrecta (hipoxia). Debido a la inmadurez de su sistema inmunológico, los problemas respiratorios se pueden agravar si el bebé sufre una neumonía, una afección en la membrana hialina u otras complicaciones. (Jorgensen, 2000).

El sistema digestivo

El sistema digestivo del prematuro no está totalmente preparado para asumir sus funciones. Los reflejos de succión y deglución, o bien son débiles o no han aparecido, el estómago tiene un tamaño muy reducido y las secreciones que facilitan la digestión son muy escasas. Sin embargo, la necesidad de alimentación del bebé es muy grande para poder disponer de las sustancias nutritivas imprescindibles para

completar, en el menor tiempo posible, el proceso de crecimiento y maduración hasta un grado similar a los nacidos a término. (Jorgensen, 2000).

El sistema nervioso

Tampoco ha alcanzado la madurez imprescindible. Gesticula poco, los movimientos son lentos, los reflejos arcaicos no existen o son débiles, igual que el tono muscular. Los prematuros suelen tener largos períodos de somnolencia y no pasan por las mismas fases de sueño y vigilia de los nacidos a término debido a la falta de madurez del centro que regula estos procesos. (Jorgensen, 2000).

La incubadora

La incubadora es un habitáculo de cristal que dispone de medios para crear condiciones similares a las que el bebé tiene en el útero materno. Se utiliza para el cuidado de recién nacidos prematuros de bajo peso o con problemas de salud. (Montes, 2005)

Todas las incubadoras funcionan de forma similar y ofrecen los mismos cuidados al bebé. Para compensar las deficiencias del sistema respiratorio, regulan la humedad y la concentración de oxígeno, garantizando la oxigenación de los tejidos y del cerebro.

La incubadora también regula la temperatura porque el organismo del prematuro no dispone de capacidad de adaptación a los cambios de temperatura y se enfría con facilidad.

La incubadora dispone de unos orificios con protección para manipular al bebé y ofrecerle los cuidados que necesita sin abrir el habitáculo, de esta forma se garantizan las mejores condiciones higiénicas

y se protege al recién nacido porque dispone de pocas defensas y es susceptible a las infecciones.

Si el bebé no tolera la alimentación, el personal del hospital le alimenta a través de sonda o perfusión.

El tiempo de permanencia en el hospital oscila entre unos días y varias semanas, en función de las complicaciones que se presenten y lo que tarde en superarlas. Cuando la calidad de la respiración sea satisfactoria, la evolución del peso llegue a unos niveles aceptables, la tolerancia a la alimentación sea adecuada, no aparezcan episodios infecciosos y el nivel de desarrollo de sus órganos vitales sea favorable, el bebé saldrá de la incubadora y pasará un período en la cuna del hospital hasta alcanzar la autonomía funcional y el peso suficiente que permitan autorizar su traslado a casa. (Montes, 2005)

Cuidados de enfermería al recién nacido prematuro

4. Procedimientos

Procura acceder al prematuro de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible.

Las manipulaciones se harán siempre entre dos profesionales (1 enfermera y a auxiliar ó 2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo.

El material que se vaya a utilizar estará preparado previamente para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.

Entre manipulaciones se anotará en gráfica la temperatura de piel y las constantes del monitor, saturación de O₂ y parámetros del respirador.

Con el fin de facilitar la relación de los padres con el prematuro se les informará sobre el horario preestablecido y, si fuera necesario, se adecuará un horario para ellos.

- ✓ Alimentación: introducción precoz, la alimentación oral coincidirá con horario de manipulaciones.
- ✓ Evitar el dolor con medidas de consuelo y de ser necesario medidas farmacológicas.
- ✓ Permitir que las manos del niño estén cerca de la cara.
- ✓ Comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al niño.
- ✓ Durante procedimientos o intervenciones: contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecer la posibilidad de coger a algún elemento: dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.
- ✓ Los signos vitales a través de manipulación deben ser tomados cada 4 horas. Pueden hacerse excepciones en casos individuales.
- ✓ Control de temperatura, prevención de la hipotermia y el estrés por frío. Conseguir un ambiente térmico neutro
- ✓ En los prematuros extremos, el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy disminuidos. Es esencial realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua. Estos RN deben ser colocados en incubadoras tan pronto como ellos estén estables. Si esto no es posible el niño debe transferirse desde la cuna de calor radiante a una incubadora dentro de 2 horas desde el ingreso.

- ✓ El paciente debe ser manejado en una incubadora con servo-control y que el calentamiento del prematuro sea lento y progresivo. Mantener la temperatura cutánea abdominal entre 36,5- 37,0 °C para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía, y disminuir los requerimientos de líquidos.
- ✓ El gradiente de temperatura entre el prematuro y el ambiente, no debe ser superior a 1,5 °C.
- ✓ Deben usarse cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura y disminuir las pérdidas insensibles de agua.
- ✓ Cubrir las paredes de la incubadora con mantas para conservar el calor y disminuir la exposición a la luz.
- ✓ Mantener manguitos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren.
- ✓ Debe intentarse hacer todos los procedimientos a través de las entradas de la incubadora excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes.
- ✓ Colocación de sensor: alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. La ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizará preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda.
- ✓ Programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C. Vigilar el nivel de agua.
- ✓ Mantener a estos niños arropados o cubiertos y con gorros para prevenir pérdidas excesivas de calor. También pueden usarse calcetines si el

prematureo no tiene un catéter arterial umbilical, en cuyo caso hay que dejar los pies descubiertos para evaluar la perfusión.

- ✓ Utilizar siempre material precalentado dentro de la incubadora.
- ✓ Colocar al prematuro en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.
- ✓ Manejo de la temperatura de la incubadora: durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1 °C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos Finalizada la manipulación, volver a servo-control.
- ✓ Todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el RN dentro de la incubadora.
- ✓ Control de humedad: En el prematuro de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis; las consecuencias iatrogénicas y fisiológicas de las altas pérdidas de agua son: deshidratación, desbalance de líquidos y electrolitos, lesión del estrato córneo superficial y posible absorción percutánea de tóxicos. (Ministerio de Salud: 2006)

5. Sepsis

Si se sospecha sepsis, está indicado un Hemocultivo a través del catéter arterial.

Si se requiere una P. Lumbar (solo ante la fuerte sospecha de meningitis o sepsis) la espalda del neonato debe ser flexionada solo levemente. Solo 2 intentos deben hacerse para obtener LCR antes de que sea llamado otro médico. (Ministerio de Salud: 2006)

6. Hipotensión

- ✓ Tratar la hipotensión después que sea establecida la ventilación y se hayan obtenido los gases sanguíneos. Una presión baja o límite puede no indicar hipovolemia.
- ✓ Si el paciente está bien perfundido y sin historia de pérdida sanguínea puede ser más beneficioso una conducta expectante registrando presión arterial en forma continua o por lo menos cada media hora.
- ✓ Una línea de Presión Venosa Central (PVC) puede también ser útil para guiar esta terapia.
- ✓ Previo al tratamiento, el monitor de presión arterial debe calibrarse con un manómetro de mercurio.
- ✓ Los expandidores plasmáticos o sangre no deben nunca colocarse a menos que haya buena evidencia de pérdida sanguínea aguda.
- ✓ La utilización de albúmina como expansor de volumen en estos niños no se prefiere ya que ésta pasa del espacio intravascular al intersticial muy rápidamente y por lo tanto la respuesta de la presión sanguínea a la expansión de volumen puede ser sólo transitoria, por lo que se prefiere la utilización de plasma o Ringer Lactato. (Ministerio de Salud: 2006).

7. Administración de medicamentos

- ✓ Deben ser administrados lentamente, preferentemente con BIC.
- ✓ No deben darse bolos de bicarbonato de sodio. En la mayoría de los casos, una infusión en 1-2 horas puede ser suficiente.
- ✓ Si son necesarias infusiones más rápidas, deberían hacerse en minutos usando una bomba de infusión.

- ✓ Durante un paro cardíaco se puede infundir bicarbonato a 1 mEq/kg/min.
- ✓ Prácticamente no deben utilizarse relajantes musculares en este grupo de niños, debido a evidencias de que su uso podría aumentar la incidencia de HIV.
- ✓ Además, estos niños diminutos rara vez pelean con el ventilador como para requerir relajación muscular. (Ministerio de Salud: 2006)

8. Ictericia

- ✓ Se recomienda usar fototerapia sobre 5 mg/dl en prematuros con peso de nacimiento menor a 1.000 grs o cuando el nivel de bilirrubinemia alcance el 50% de aquel al cual un neonato puede potencialmente requerir exsanguíneotransfusión para prevenir kernicterus. (Ministerio de Salud: 2006)

Intervenciones

- ✓ Mantener humidades altas durante una semana; los tres primeros días de vida el grado de humedad debe estar por encima del 75%.
- ✓ Programar humedad al máximo sin que se produzca condensación. Ir bajando lentamente.
- ✓ Instalar carpa o iglú de polietileno.
- ✓ Comprobar niveles de agua y temperatura del calentador de gases. (Ministerio de Salud: 2006)

9. Posturas

- ✓ Las intervenciones en la postura pueden provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Utilizaremos posturas en flexión, cambios posturales y nidos

acolchados (como piel de cordero) que les proporcionaran límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables.

- ✓ Nidos y barreras: serán proporcionales al tamaño del prematuro, así mantendremos al niño en posturas adecuadas sin impedirle el movimiento.
- ✓ Almohadilla escapular: aumenta la capacidad torácica favoreciendo la ventilación, evita la retracción de los hombros y ayuda a estar más cómodo en prono. Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro. (Redding, 2003)

10. Posición de la cabeza:

- ✓ Mantener la cabeza del niño en la línea media o lo más cerca posible de la línea media. Esto disminuirá la presión intracraneal del niño al disminuir la estasia cerebral venosa.
- ✓ Esto también mantendrá la posición de la cabeza durante la Radiografía de tórax bastante uniforme para disminuir las reposiciones innecesarias del TET que pueden estar relacionadas con la posición de la cabeza.
- ✓ Nunca debe flexionarse la cabeza del niño, ni siquiera para una punción lumbar. (Redding, 2003)

11. Dispositivos para acomodar y manejar al recién nacido

- ✓ Rollos: Dispositivo moldeable para acomodar el recién nacido y que mantiene su forma hasta que se moldea de nuevo. Los hay de varios tamaños y materiales su principal función es la contención postural en flexión.

- ✓ También podemos utilizar una sábana o una toalla como rollito

Figura 11 y 12 – Posible colocación del rollo



Nidos: Favorecen la estabilidad fisiológica.

- ✓ El tejido es muy suave, el rollo del pie es almohadillado y las bandas de sujeción son blandas y ajustables lo que permiten el movimiento conservando la posición y flexión apropiadas. (Redding, 2003)
- ✓ Estos nidos reducen el estrés y mantienen al bebé caliente durante el ingreso hospitalario, los procedimientos y el transporte.
- ✓ Cuando no se dispone de nidos confeccionados, se pueden hacer con toallas o mantas pequeñas, éstos deben ser proporcionales al tamaño del niño, pues mantiene al recién nacido en posturas adecuadas sin inmovilizarlo.



Figura 13 y 14 – Nido y su utilización

Colchones y almohadas: Los rellenos de gel atóxico pueden moldearse y acomodarse para crear un nido y lograr una flexión

apropiada, una posición correcta y el alivio de los puntos de presión. Manipulando el gel es posible cambiar de posición al niño y desplazar los puntos de presión, sin manipular al bebé.

Puede utilizarse con ventiladores de alta frecuencia y durante la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Las investigaciones han mostrado que el colchón reduce con particular eficacia las vibraciones durante el transporte, la incidencia de apneas, las deformidades de la cabeza y estimulan el sistema vestibular y propioceptivo. (Millanao, 2003)

Existen colchones de agua y otros de esferas de poliestireno (colchón ondulado), más accesibles y de bajo precio, que contribuyen a la organización y posicionamiento adecuados, favoreciendo la estimulación táctil a través del contacto con una superficie suave y cómoda, proporcionando confort y seguridad.

Los cojines con forma de cuña también rellenos de gel fueron pensados para proporcionar un soporte flexible, además de estable, que puede utilizarse en unidades individuales o múltiples para todas las necesidades de colocación del recién nacido.

También pueden utilizarse como soporte del circuito del ventilador, para reducir la presión sobre la boca y la piel. Si se coloca debajo de la mejilla del niño y se cambia de posición periódicamente, puede usarse para desplazar los puntos de presión y mejorar la comodidad del niño.

La almohadilla escapular aumenta la capacidad torácica y la ventilación, evita la retracción de los hombros y promueve comodidad en posición prono.

Atención: algunos colchones de gel están desaconsejados durante la realización del RX, pues las burbujas de aire pueden conducir a falsos diagnósticos. (Millanao, 2003)



Fig. 15, 16, 17 y 18 – Colchones y almohadas de gel



Fig.19 – Utilización de cuñas de gel

- ✓ La piel de borreguito puede ajustarse a las incubadoras o cunas.
- ✓ La piel de borreguito ayuda a distribuir la presión de manera uniforme y permite la circulación del aire.



A



B



C

A: Fig. 20 – Piel de borreguito sintética.

B: Fig. 21 - colchón de espuma ondulada con protección lavable.

C: Fig. 22 – Niño en piel de borreguito.

- ✓ La posición de supino es la más utilizada en cuidados críticos, ya que facilita los procedimientos, la visualización del niño y la acomodación de catéteres. (Millanao, 2003).
- ✓ Promueve la simetría, evita el achatamiento del cuerpo contra la superficie, pero lo desorganiza, porque se dificulta la flexión y se facilita la extensión, además aumenta la incidencia de apneas.
- ✓ También puede ocurrir hiperextensión del cuello y retracción escapular anormal que reduce la habilidad de rotar los hombros hacia delante.



Fig. 23: posición supino desorganizada Fig. 24: Posición supino moderadamente organizada

- ✓ La posición prono es la posición más cómoda, favoreciendo la utilización de los músculos extensores del cuello y tronco, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación, favorece el agotamiento gástrico disminuyendo el efecto del reflujo gastroesofágico y el riesgo de aspiración. El inconveniente es que el bebé no tiene una visualización adecuada y si permanece en esta posición durante largo tiempo puede aumentar el trabajo respiratorio. (Millanao, 2003).



Fig. 25 – Posición prono

- ✓ El decúbito lateral permite mantener los miembros superiores en la línea media, llevar las manos a la boca, y facilita la flexión activa del tronco y pelvis. Posibilita la autoorganización y la simetría y favorece el desvaciamiento gástrico. (Millanao, 2003).



Fig. 26 y 27 – Decúbito lateral

✚ Principios del cuidado postural del niño

- 11.1.1. Asegurar los miembros del niño para ayudar el mantenimiento de la estabilidad y el control.
 - ✓ Evitar mantener los niños en decúbito supino, especialmente cuando se encuentran con oxigenoterapia.
 - ✓ Durante la alimentación por sonda, el decúbito lateral derecho es el más recomendado.
 - ✓ Posicionar de forma que el niño desarrolle la mirada, en el sentido ascendente, permitiendo que visualice las manos y desarrolle sus capacidades motoras. Facilitar el contacto mano-cara-boca.

- ✓ Promover siempre el alineamiento cabeza-cuerpo.
- ✓ Evitar el estiramiento de los músculos en fase de desarrollo.
- ✓ Utilizar almohadilla para mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- ✓ Cambiar la posición, siempre que la situación lo permita, de dos en dos horas con la finalidad de evitar: úlceras de presión, estaje de secreciones, deformidades en la cabeza.
- ✓ Presentar un estímulo de cada vez ya que el recién nacido prematuro no es capaz de procesar múltiples interacciones pudiendo llegar al límite del estrés.
- ✓ Utilizar los nidos y barreras desde el primer día de vida, éstos deben ser proporcionales al peso del recién nacido.
- ✓ La contención del cuerpo es una medida que proporciona la sensación de seguridad, quietud y autocontrol. Mejora la tolerancia al estrés.
- ✓ Pueden hacerse maniobras de contención mientras son manipulados, durante las intervenciones y después de los procedimientos que ayudan a la autorregulación.
- ✓ Envolverlos (contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas)
- ✓ Sujetarles los dedos o las manos u ofrecer la posibilidad de agarrar a algún elemento como dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana; cruzarles las manos en la línea media.

- ✓ No levantar al niño en posición supina, dejándolo desamparado pues puede producirle sobresalto, apnea o hiperextensión de la cabeza. (González, 1995).



Fig. 28 – Maniobra de contención con las manos

- ✓ El posicionamiento no busca sólo la postura funcional sino también el confort del niño. La postura ideal es la que permita.
- ✓ El mejor sueño cuando él lo desee; comunicar sus necesidades; interactuar con sus cuidadores cuando esté dispuesto; ser más competente en la regulación de sus funciones fisiológicas para conseguir estabilidad y conservación de energía. (González, 1995)

Fig. 29 – Niño desamparado



Fig. 30 – Niño más organizado



Las finalidades de la concentración de los cuidados son los siguientes:

- ✓ Incrementar los periodos de descanso.
- ✓ Mayor tiempo de sueño profundo.
- ✓ Mantener al RN lo más relajado posible.
- ✓ Mínimo estrés.
- ✓ Evitar fluctuaciones de presión arterial e intracraneal.
- ✓ Menor gasto calórico.
- ✓ Reducir el estrés térmico y la sobre estimulación.
- ✓ Menor consumo de O₂.
- ✓ Mínimas fluctuaciones en la situación ventilatoria
- ✓ Disminuir el riesgo de hemorragia intraventricular, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar y sepsis.

Duración de los procedimientos

- ✓ Debe limitarse a un máximo de 10-15 minutos el tiempo de realización de un procedimiento o tratamiento.
- ✓ Si éste no puede completarse en dicho lapso de tiempo dejar que el niño descanse y luego otra persona debe intentar completarlo.
(González, 1995)

Oxigenoterapia

- ✓ En cuanto ingrese el RN debe instalarse el monitor de saturación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.
(González, 1995).

Ventilación asistida

- ✓ Si el paciente está intubado colocarlo con parámetros mínimos (orientándose por la ausencia de cianosis y la presencia de buen

murmullo vesicular), y obtener gases sanguíneos y una radiografía de tórax para confirmar la posición del TET y evaluar la enfermedad pulmonar.

- ✓ En caso de uso de surfactante recordar disminuir los parámetros ventilatorios, disminuyendo inicialmente la presión de inspiración máxima y luego la FiO₂.
- ✓ Evite la ventilación manual, excepto en situaciones de emergencia pues su uso produce fluctuaciones muy amplias y disparejas del tiempo inspiratorio, presión inspiratoria máxima y presión positiva al final de la espiración. (González, 1995).

2.2.2. Calidad de Atención en Enfermería

La profesión de Enfermería exige constantemente mantener relaciones interpersonales; es en este contacto que a veces se dejan de lado factores tan importantes para la profesión como lo es la percepción que pueda tener el usuario (Cliente o paciente), acerca del desempeño o de la imagen que el profesional proyecte.

Enfermería realiza muchas funciones dentro del campo de la salud, pocas son conocidas por la población usuaria; incluso a veces confundidas con actividades que desempeñan otros miembros del área de la salud. Toda esta observación empírica, avalada en la experiencia hospitalaria adquirida durante estos años de estudio.

La población usuaria, a través de la percepción que tiene de un profesional, ejerce un rol fundamental en el desarrollo y reconocimiento de éste, por ser el que demanda la atención en

salud, y el que puede presionar para solicitar la atención debida. Este factor es muchas veces ignorado, o no se le ha dado la importancia debida, ya que la profesión se ha preocupado de entregar una imagen, y no se ha constatado que el usuario la perciba como debiera. (Minsa, 2006).

Medición de la calidad del servicio

Actualmente, la importancia de ofrecer bienes y servicios de calidad es cada vez más esencial en el mercado. Los consumidores son más exigentes y tienen una gran noción de lo que implica la calidad.

Para cumplir con estas expectativas, se han desarrollado numerosas técnicas y herramientas para medir y asegurar la calidad de los productos ofrecidos por la industria. Sin embargo, en el caso de los servicios, esto es aún más complejo, dada la naturaleza subjetiva que los caracteriza. Un servicio no es un elemento físico en su totalidad, sino que es el resultado de las actividades generadas por el proveedor para satisfacer al cliente. Esto significa que los servicios poseen tres características típicas que explican la complejidad de su estudio:

a) Intangibilidad: Un servicio es intangible; es decir no tiene una estructura física que se pueda ver y tocar. El gran desafío del hombre de marketing es volver tangibles esos aspectos intangibles de un servicio, al destacar los beneficios con claridad.

b) Relación con los clientes: Muchos servicios no pueden producirse sin la presencia y cooperación del cliente, ya que no es

posible almacenarlos y se producen en el mismo momento que se consumen.

c) Perecederos: Cuando un servicio exige la presencia del cliente, para recibir y consumirlo, la empresa de servicio debe de estar atenta al tiempo del cliente porque los servicios son perecederos; en otras palabras, no se pueden almacenar para consumirlos después.

d) Inseparabilidad: El servicio depende del desempeño, especialmente de los empleados quienes son la parte esencial del mismo. Por consiguiente, el sector servicio se caracteriza casi siempre por la mano de obra intensiva.

La satisfacción del cliente es uno de los principales indicadores de la calidad de un servicio, y surge de la diferencia entre lo que el cliente percibe del mismo, una vez que la experiencia ha tenido lugar, y las expectativas que se genera antes de contratarlo. Dada las características propias de un servicio, la relación entre percepciones y expectativas es relativa a cada cliente en particular, y es importante reconocer que es él mismo quien la determina, no el prestador del servicio. (Parasuraman, 1992).

Algunos modelos para medir la calidad del servicio

❖ Modelo SERVQUAL

El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio fue elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry cuyo propósito es **mejorar la calidad de servicio** ofrecida por una organización. Utiliza un cuestionario tipo que evalúa la calidad de servicio a lo largo de cinco dimensiones: **fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad,**

empatía y elementos tangibles. Está constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas de los clientes respecto a un servicio. Permite evaluar, pero también es un **instrumento de mejora** y de comparación con otras organizaciones.

El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio **mide lo que el cliente espera de la organización** que presta el servicio en las cinco dimensiones citadas, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones.

Determinando el *gap* o brecha entre las dos mediciones (la discrepancia entre lo que el cliente espera del servicio y lo que percibe del mismo) se pretende facilitar la puesta en marcha de acciones correctoras adecuadas que mejoren la calidad. (Parasuraman, 1992)

El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio está basado en un enfoque de evaluación del cliente sobre la calidad de servicio en el que:

- ✓ Define un servicio de calidad como la **diferencia entre las expectativas y percepciones** de los clientes. De este modo, un balance ventajoso para las percepciones, de manera que éstas superaran a las expectativas, implicaría una elevada calidad percibida del servicio, y alta satisfacción con el mismo.
- ✓ Señala ciertos **factores clave que condicionan las expectativas** de los usuarios:
 - Comunicación “boca a boca”, u opiniones y recomendaciones de amigos y familiares sobre el servicio.
 - Necesidades personales.

- Experiencias con el servicio que el usuario haya tenido previamente.
 - Comunicaciones externas, que la propia institución realice sobre las prestaciones de su servicio y que incidan en las expectativas que el ciudadano tiene sobre las mismas.
- ✓ Identifica las **cinco dimensiones** relativas a los criterios de evaluación que utilizan los clientes para valorar la calidad en un servicio. (Parasuraman, 1992)

Las **dimensiones** del Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio pueden ser definidas del siguiente modo:

Fiabilidad	Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.
Capacidad de Respuesta	Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
Seguridad	Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para concitar credibilidad y confianza.
Empatía	Atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes.
Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Modelo de la Servucción

Los defensores de este modelo son Eiglier y Langeard (1989), por medio del cual la calidad del servicio dependerá de la calidad que tengan aquellos elementos que intervienen en el proceso de prestación de los servicios y de la coherencia existente entre ellos. Estos elementos son:

- ✓ **El soporte físico:** donde la calidad de los elementos físicos utilizados en la prestación de los servicios está condicionada por la calidad intrínseca, por las tecnologías que han intervenido en el proceso y por las facilidades de mantenimiento y uso. Entre algunos de los elementos físicos de una entidad financiera está la ubicación y forma del local de las agencias y sucursales, su decorado, los equipos informáticos que facilitan la comunicación.
- ✓ **El personal:** la calidad del personal en las empresas de servicios viene dada por la cualificación del mismo, la actitud de servicio y su compromiso, además de su presencia física.
- ✓ **Los clientes:** donde la calidad del servicio está vinculada a la homogeneidad o similitud entre los mismos, ya que se facilita el servicio a muchos usuarios, cuando es el mismo el cliente quien participa en todo el proceso de producción y consumo.

El servicio se conforma como el objetivo del modelo de la Servucción y se define como el efecto de la interacción de los recursos humanos, el soporte físico y los clientes. (Heskett, 2008).

El proceso de Enfermería

El proceso de enfermería proporciona atención directa a los usuarios afectados física y emocionalmente de acuerdo al diagnóstico de enfermería para satisfacer sus necesidades reales y potenciales y así proporcionar una buena atención en el tratamiento y rehabilitación del usuario; sin embargo es conveniente emitir una definición del proceso de atención de enfermería para tener un concepto más formal del mismo, para ello se define como: “Un conjunto de pautas organizadas de

actuación, dirigido a cumplir el objetivo de la enfermera, mantener el bienestar del usuario a nivel óptimo”.

En el país, se define enfermería como “profesión dinámica y social abierta al cambio, que tiene como objetivo primordial contribuir a la satisfacción de necesidades y solución de problemas de salud del individuo, familia y comunidad; mediante las intervenciones de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, realizadas independientemente y/o en equipo con otras disciplinas, sectores y con la participación activa de los miembros de la comunidad. Ejecuta sus acciones básicas y especializadas en las áreas funcionales de: asistencia, docencia, administración e investigación, ejercidas por enfermeras y auxiliares de enfermería de acuerdo a su grado de complejidad” (Minsa, 2006).

Cabe mencionar que el recurso de enfermería es indispensable para el funcionamiento de una institución. Este debe estar capacitado para resolver situaciones cotidianas que se presentan en su campo, además debe de cumplir con ciertas actividades que le son delegadas a diario, la recuperación del usuario depende en cierto grado de los cuidados que el profesional de enfermería le proporcione, razón por la cual, es vital su participación e inserción del usuario a la sociedad por medio del proceso de enfermería.

Según Werther y Davis considera que el recurso humano es: “En último término, la riqueza y el bienestar de cada sociedad dependen de sus recursos humanos que en todo caso operan dentro de organizaciones, las organizaciones poseen a su vez, un elemento en común: todas están integradas por personas, las personas llevan a cabo

los avances, los logros y los errores de sus organizaciones” (Werther, 1999).

Por esta razón se puede afirmar que enfermería constituye el recurso máspreciado para la agilización del Proceso de Atención de Enfermería. Dicho proceso es el que facilitará poner de manifiesto las etapas que van interrelacionadas, guiando a la atención de objetivos que han fijado a través de: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Millanao, 2003).

Utilidad del Proceso de Enfermería

Independientemente del rol y campo en el que se aplica el proceso de atención de enfermería tiene numerosas ventajas. Entre éstas se pueden reconocer beneficios con relación a:

- ✓ La calidad del cuidado que se ofrece a los usuarios(as); razón primaria para el uso de este método; uno de los indicadores de la calidad del cuidado para enfermería será la percepción que el usuario tenga sobre sus logros y de los métodos utilizados por enfermería para garantizarlo.
- ✓ La acreditación mediante el registro de sus diferentes etapas, el profesional puede mostrar competencias para discernir, tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o de grupos de la comunidad que necesitan de acciones de salud.
- ✓ La administración: Esta puede entenderse de dos maneras:
 - La administración del cuidado directo que permite a la enfermera proporcionar atención individualizada o planes estandarizados, puede ejecutar ella misma el cuidado, dirigir su ejecución y hacerse responsable del registro del proceso del usuario.

- La administración del servicio para el cuidado por medio de los diagnósticos, planes y de los registros sucesivos, es posible conocer la evaluación del estado del usuario, reconocer la complejidad de su cuidado y así determinar; el personal, recursos materiales, tiempo, espacios, comunicaciones y estrategias para garantizar el servicio concreto que el usuario requiera. Es necesario aclarar que la responsabilidad en el cumplimiento del proceso de atención de enfermería le corresponde a cada nivel.
- ✓ La investigación: El proceso de atención de enfermería no sólo se limita a un nivel inicial dirigida básicamente a cumplir con normas y procedimientos; por el contrario, puede ir más allá cuando se aplica a teorías, el campo de los fenómenos que maneja se expande para incluir factores familiares, comunitarios, sociales y ocupacionales. En la actualidad, enfermeras comprometidas con el desarrollo del diagnóstico de enfermería se encuentra trabajando activamente en investigaciones y promoción de investigaciones de diagnósticos aun no bien definidos, en validación de diagnósticos existentes y en la presentación de nuevos diagnósticos.
- ✓ La docencia. El proceso de atención de enfermería, sirve para organizar contenidos de asignaturas de unidades, experiencias clínicas en orden secuencial y de complejidad; es un instrumento ideal para dirigir trabajos en la experiencia clínica y revistas de enfermería; cada etapa por sí misma se presenta a la enseñanza como es el caso del diagnóstico de enfermería; que es objeto de numerosos textos.(Minsa, 2006)

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

❖ Etapa de Valoración

Es la etapa inicial del proceso de atención de enfermería y una de las más importantes, todo el plan de atención se elabora con la información obtenida, se inicia cuando la enfermera se reúne por primera vez con el usuario, tiene como objetivo, obtener, comprobar, comunicar datos sobre el usuario, estableciendo así una base de datos (Minsa, 2006)

❖ Recolección de Datos

Implica decidir qué información se desea reunir, en forma organizada, determinar los métodos y fuentes más apropiados para obtener la información necesaria.

En la valoración se obtiene cuatro tipos de datos:

1. Datos objetivos.
2. Datos subjetivos.
3. Datos de antecedentes.
4. Datos actuales.

Para obtener estos datos la enfermera se auxilia de tres métodos:

- ✓ **Interacción:** Datos del usuario mismo, familiares, amigos, personas del equipo de salud, constituyen los datos subjetivos.
- ✓ **Observación:** Es la que hace la enfermera mediante el sentido de la vista; incluyendo también documentos escritos.
- ✓ **Medición:** Para la medición se utilizan instrumentos que cuantifiquen la información como: La entrevista, anamnesis, examen físico, planes de cuidados de enfermería. (Minsa, 2006)

Etapas Diagnósticas

La importancia radica en la dimensión dentro del proceso de atención de enfermería delimita el campo de la profesión de enfermería, considerando como elemento clave y cuyo objetivo es identificar necesidades de asistencia sanitaria del usuario y las respuestas a los problemas de salud con el fin de guiar los cuidados.

El estudio del diagnóstico de enfermería se puede abordar desde tres puntos de vista:

Del diagnóstico como definición.

La enfermera en el ejercicio de su profesión, tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud, en virtud de estas actuaciones se han hecho distintas definiciones del diagnóstico de enfermería, T. Jiménez y E. Gutiérrez de R. 1997 hacen mención de dos definiciones potenciales que se derivan de la valoración de enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería (Carpenito 1987).

“Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos sirve de base para precisar, una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería”. (Jiménez, 1997).

Del diagnóstico como proceso

Se refiere a la serie de operaciones y pasos que la enfermera lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos obtenidos en la valoración puede establecer finalmente el diagnóstico; este proceso comprende una forma de razonamiento que va de lo general

a lo particular; con una síntesis y en un momento dado se llega a un diagnóstico el cual es sometido o a un análisis en relación a sus partes; los pasos que incluyen el proceso de diagnóstico son:

- 1) Clasificación de los datos según indicadores o categorías.
- 2) El examinar los datos claves (signos y síntomas, datos que indican riesgo o datos favorables positivos con que cuenta el usuario y su familia.
- 3) Validación de los problemas Propuestos. (Minsa, 2006)

Del diagnóstico como categoría.

El diagnóstico surge como resultado del esfuerzo por identificar y nominar problemas de salud; las categorías son los conceptos diagnósticos que se aplican para describir los problemas identificados; estas categorías sirven para discriminar entre un problema y otros. Por tanto, las categorías diagnosticadas son títulos sobre los cuales se ha llegado a un acuerdo entre las enfermeras cuando se enuncia un título o categorías diagnóstica se hace referencia a los signos y síntomas que representa. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) ha propuesto varios sistemas de clasificación o taxonomías de estos títulos, disponibles para ser puestos en práctica por las enfermeras.

El esfuerzo por unificar un lenguaje ha sido muy valioso, garantiza la comunicación entre enfermeras en todas las partes del mundo, es importante que una misma frase o enunciado significa lo mismo; NANDA ha declarado que los enunciados de los diagnósticos de enfermería constan de 3 partes:

1. La respuesta humana o problema.

2. Factor relacionado o contributivo.
3. Los signos y los síntomas. (Minsa, 2006)

Etapas de Planeación

Es la tercera etapa y se conceptualiza como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar los problemas; el planteamiento del cuidado se hace en base a los diagnósticos identificados; esta etapa tiene el objetivo de identificar los problemas del usuario; determinar las prioridades de asistencia; diseñar las estrategias de enfermería y para alcanzar los objetivos de la asistencia; en esta etapa se identifican cuatro fases:

❖ **Fases de la etapa de planeación**

Implica que se dé un orden de importancia a los asuntos de interés y a los que son más urgentes; en la toma de decisiones para priorizar se considera útil:

1. El concepto de triage (urgencias)
2. La jerarquización de necesidades de la teoría de Maslow.
3. Las percepciones del cliente.
4. Los planes de tratamiento médico.
5. Los recursos de enfermería. (Minsa, 2006)

❖ **Determinación de los resultados esperados (objetivos o metas)**

Definir comportamientos específicos que demuestran que se ha corregido el problema, se ha minimizado o se ha prevenido; la definición de los resultados esperados es parte importante, porque dirige las acciones para evaluar el cuidado, dado que al plantearse deben ser claros y precisos, dirigidos al cliente, observable, y tener un límite de tiempo, a corto, mediano o largo plazo. (Minsa, 2006)

❖ **Preparación de las intervenciones de enfermería y registro del plan de cuidado.**

Es uno de los aspectos más importantes del planeamiento del cuidado, la formulación de las intervenciones de enfermería por sí sola no constituye el plan porque están estrechamente relacionado con diagnósticos de enfermería y los resultados esperados; por lo tanto las intervenciones se generan a partir de los factores relacionados o etiológicos señalados en el diagnóstico de enfermería y deben basarse en las necesidades individuales de los usuarios; el registro del plan de cuidados es la forma de presentar el plan, se recomienda una estructura sencilla; en la literatura consultada se colocan en cuatro columnas, en la primera los diagnósticos, en la segunda los resultados esperados, en la tercera una columna para indicar la fecha límite de logro en la cuarta las intervenciones de enfermería, ya sea para valorar plan diagnóstico, plan terapéutico o plan de enseñanza, los planes de atención pueden ser individualizados o estandarizados.

Los primeros se hacen con base en una valoración y diagnóstico para cada individuo, ajustándose al diagnóstico y a la situación especial de cada individuo, la segunda ha surgido como una alternativa de trabajo y facilita la aplicación de este paso del proceso de atención de enfermería; puede ser elaborado para un grupo de usuarios. (Minsa, 2006).

Etapas de la Ejecución

Constituye la cuarta etapa, se fundamenta en las tres etapas que la proceden, en esencia, la ejecución del plan; son las intervenciones que

la enfermera desarrolla, con y para el usuario. El plan puede ser ejecutado por la enfermera y el usuario, los auxiliares de enfermería, el usuario y por personas encargadas del cuidado; su objetivo es llevar a cabo las actuaciones de enfermería necesarias para cumplir el plan; la etapa de ejecución se organiza en:

A) Preparación para la ejecución que comprende:

1. Revisar y actualizar los datos
2. Determinar si hay necesidad de ayuda.
3. Revisar y readaptar el plan a la circunstancia.

B) Ejecución misma que implica la consideración de:

1. El ambiente en el cual se ejecutan las acciones.
2. Los conocimientos que se requieren para ejecutar las acciones.
3. Las implicaciones legales y eficaces.
4. Los recursos y la ejecución misma.

C) Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos.

El registro de ejecución del plan son las acciones cumplidas y sus resultados, las acciones de enfermería se comunican tanto oral como escritas a la enfermera o la jefe del siguiente turno; los registros se contemplan de la siguiente manera: Sistema narrativo, el más conocido por las enfermeras, es una especie de diario para registrar, la ejecución del cuidado del usuario que ocurran durante un turno se describen estado, intervenciones, tratamiento, también se menciona los registros orientados a problemas y el sistema de registro con un área de interés específico que comprende los datos, acciones y respuestas para cada problema. (Minsa, 2006)

La enfermera jefa de Unidad, además es responsable de que se lleven a cabo las siguientes actividades:

- ✓ **Validación del plan:** para asegurar la congruencia de las acciones de enfermería y la atención de otras disciplinas es indispensable buscar fuentes apropiadas para validar el plan y consultar a otros miembros del equipo de salud y colegas con experiencia tomando en cuenta al sujeto de atención.
- ✓ **Difusión del plan:** hacer del conocimiento a todo el equipo de salud el plan de atención con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados y el logro de objetivos propuestos.
- ✓ **Coordinación y realización de actividades:** la enfermera es responsable de la ejecución de las actividades, así como de incluir a paciente familia y equipo de salud para la pronta recuperación del paciente.
- ✓ **Anotación de las intervenciones:** se debe realizar una anotación completa y exacta de los hechos ocurridos, así como de las respuestas del paciente a las intervenciones y poder evaluar así el logro de los objetivos propuestos.

Etapas de Evaluación

Es la quinta y última parte del proceso de enfermería, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados; cuyo objetivo es: Determinar en qué grado se han conseguido los resultados esperados. (Minsa, 2006).

❖ **Evaluación en las diferentes etapas del proceso.**

- **Evaluación en la etapa de valoración:** Comprende la ponderación de los datos respecto de su significado, para formular hipótesis diagnóstica.
- **Evaluación en la etapa diagnóstica:** En esta etapa se utilizan un grupo de signos y síntomas que nos sirven para establecer la corrección del diagnóstico utilizado, para dirigir las etapas siguientes del proceso de atención.
- **Evaluación en la etapa de planeamiento:** Esta etapa es cuando se está formulando el plan y luego se está ejecutando para medir los resultados, en el sentido de:
 1. Si son adecuados para el usuario.
 2. Si se ajustan a normas preestablecidas.

Esta etapa de planeamiento juzga si los planes propuestos son comprobables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario.
- **Evaluación en la etapa de Intervención o Ejecución del plan:** Se centra tanto en las acciones como en el proceso y los resultados en el comportamiento del usuario. (Minsa, 2006).

❖ **Evaluación de los resultados del Proceso de Atención de Enfermería**

Conceptualización de la evaluación: Sirve para que la enfermera pueda apreciar la efectividad de las acciones y se conceptualiza como:

“Un conjunto de acciones o actividades organizadas y sistematizadas que a su vez sirve para reforzarlo y continuarlo

Reynold Pineault (1997) hace mención a una definición emitida por la ONU, 1994, 18. El proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia y eficacia a luz de sus objetivos; se trata de un proceso organizativo para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación programada y tomar decisiones futuras” (OPS, 1990).

Según Arnold Huckabag, la evaluación tiene dos funciones principales:

- A. Determinar la naturaleza y magnitud de los efectos del tratamiento.
- B. Decidir si los efectos observados cumplen criterios de calidad.

❖ **Objeto de la Evaluación**

Objeto de la evaluación investigativa es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del mismo y para mejorar así la programación futura, entonces la evaluación mide hasta qué punto un programa alcanza ciertos objetivos.

❖ **Tipos de Evaluación**

No todas las evaluaciones son iguales pueden establecerse diferencias entre ellas según los siguientes criterios:

- a) Tiempo de su realización.
- b) Objetivos de su realización.
- c) La naturaleza que posee la escala que asumen.
- d) Los niveles de toma de decisiones a los que van dirigidos.

El proceso de atención de enfermería no es más que un conjunto de pautas de actuación a seguir para mantener el bienestar del usuario en el nivel óptimo.

❖ **Factores Institucionales que pueden afectar en la realización del Proceso de Atención de Enfermería**

Dentro de los factores institucionales tenemos:

- ✓ Los horarios de trabajo: Se refiere a los períodos del día, semana o mes en que se realizan el trabajo ya sea por la mañana, tarde o noche de lunes a viernes durante fines de semana y en horas extraordinarias. Generalmente la jornada laboral suele ser de 8 horas aunque esto suele variar dependiendo del lugar y área de trabajo, en ocasiones puede extenderse hasta 10 horas laborales, sin embargo dentro del INSN están establecidos los siguientes horarios.
 - Día de 7 am – 1 pm
 - Tarde de 1pm a 7 pm
 - Noche de 7 pm – 7 am
 - Jefaturas de 7 am – 1 pm
- ✓ Número de recurso Humano de enfermería: Conjunto de empleados o colaboradores de dicho establecimiento de salud.
- ✓ Políticas institucionales de apoyo al Proceso de Atención de Enfermería: Actividad humana de la institución que tiende a orientar y dirigir acciones en beneficio a los pacientes que demandan atención dentro del centro de salud.
- ✓ Capacitación al personal de enfermería sobre el Proceso de Atención de Enfermería: Es toda actividad relacionada con la

aplicación del PAE realizada dentro de la institución, respondiendo a sus necesidades para buscar mejorar la actitud, conocimientos, habilidades y destrezas del personal de enfermería. (Minsa, 2006)

✚ **Complicaciones de los recién nacidos**

❖ **Características físicas del prematuro**

- **Peso:** Menos de 2,5kg. (mayor pérdida fisiológica).
- **Talla:** Menos de 47cm.
- **Perímetro torácico:** Menos de 29cm.
- **Perímetro craneal:** Menos de 34cm.
- **Actividad postural extremidades:** Hipotonía y extremidades en extensión.
- **Cabeza:** Grande y Craneotabes (huesos craneales blandos).
- **Ojos prominentes:** El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no.
- Pabellón auricular blando y mal desarrollado.
- **Tórax:** Estrecho
- Mamilas o nódulos mamarios poco desarrollados.
- **Abdomen:** Prominente
- **Piel:** Delgada, Resalte de relieves óseos, Color rojizo intenso, Ictericia precoz y persistente, Cianosis distal Edemas Lanugo.
- **Genitales:** Testículos no descendidos. Escroto con pocas arrugas. Labios mayores poco desarrollados.
- **Extremidades:** Cortas Delgadas (poco desarrollo muscular). Uñas blandas y cortas. Pliegue único transversal en plantas de los pies. (Aguilar, 2010)

✚ **Patologías asociadas a la prematurez**

La Morbilidad asociada a la prematurez puede ser precoz o tardía.

Su alta labilidad a las enfermedades se debe principalmente a la Inmadurez orgánica y funcional de sus sistemas.

- **Aparato Respiratorio:** Tendencia al síndrome de dificultad Respiratoria idiopático.
- **Aparato Digestivo:** Dificultad para succionar, baja tolerancia gástrica, dificultad de metabolización, tránsito intestinal.
- **Sistema Nervioso Central:** Crisis de apnea, dificultad para succionar y deglutir, etc.
- **Función Hepática:** Tendencia a la Ictericia por falla en la conjugación, Hipoglicemia y manifestaciones hemorrágicas por déficit de Vit. K, fibrinógenos y protrombina.
- **Sistema Hematopoyético:** Anemia hipocromía por falta principalmente de Fe.
- **Termorregulación:** Falla para mantener temperatura corporal constante y normal: gran superficie corporal en relación al peso, déficit de tejido adiposo y glándulas sudoríparas mal desarrolladas; además existe inmadurez central.
- **Cardiovascular:** Aumento de la fragilidad capilar que predispone a hemorragias.
- **Sistema Inmunitario** que predispone a la alta incidencia a las infecciones: piel, entéricas, respiratorias y sepsis.

❖ **Valoración del neonato prematuro.**

La valoración del niño se hace a través De la exploración física que sirven para determinar la edad gestacional.

El control prenatal cuidadoso se constituye en el procedimiento fundamental para valorar la Enfermera interviene en este periodo mediante procesos de orden científico y tecnológico, pero fundamentalmente humanos.

Su capacitación incluye: identificar los estímulos y las respuestas que lleven a determinar los problemas de adaptación del recién nacido, que con base en un diagnóstico de enfermería, permita la planeación de las intervenciones correspondientes.

El nacimiento es el momento más crítico que tiene la persona, ya que es cuando existen cambios bruscos respecto al homeostasis, pasan de estar de:

- Temperatura corporal a temperatura ambiente
- Presión uterina a presión atmosférica
- Medio ambiente líquido a medio ambiente aire
- De oscuridad a la claridad de la luz
- Respirar por medio del cordón umbilical a respirar por sus pulmones

El recién nacido se va adaptando poco a poco al medio que termina de conocer, en primer lugar, se adapta a ese ejercicio nuevo de respirar, adaptándose a las nuevas condiciones ambientales de temperatura, luz y su recién estrenada circulación.

Los recién nacidos, pueden clasificarse según su edad gestacional en:

1. *pretérmino* (edad gestacional < de 37 semanas),
2. *a término* (edad gestacional entre 38 y 41+ 6 semanas) y
3. *postérmino* (edad gestacional > de 42 semanas).

- **Los nacidos pretérmino**, los clasificamos en prematuros. A menor edad gestacional el recién nacido tiene más dificultad para adaptarse a las nuevas condiciones de vida, debido fundamentalmente a la inmadurez de sus órganos. Si relacionamos la edad gestacional (semanas) con el peso en gr. y el grado de madurez orgánica tenemos que los nacidos con gran inmadurez reportan un gran riesgo. (Aguilar, 2010)

Peso del nacimiento esperado entre las semanas 24 y 38 de la gestación

Edad gestacional (semanas)	Peso al nacer (gr.)	Madurez orgánica
24	700	Gran inmadurez
26	900	
28	1.100	
30	1.350	Inmadurez moderada
32	1.650	
34	2.100	
36	2.400	Límitrofes de inmadurez
38	2.600	

Datos generales

Los hechos que se registran en la historia del recién nacido deben comprender las condiciones de salud actuales y anteriores de la madre por esa relación tan estrecha entre madre e hijo.

Antecedentes de la historia materna

- Edad, gestaciones, grupo sanguíneo, serología, glicemia.
- Control prenatal: drogas, enfermedades o infecciones durante el embarazo, tóxicas, dependencias.

- Antecedentes familiares de enfermedades metabólicas, neurológicas (epilepsia) endocrinas, consanguinidad, enfermedades mentales.
- Antecedentes de importancia en embarazos o partos anteriores.
- Riesgos obstétricos maternos y fetales.
- Datos relacionados con el parto: Duración en semanas, trabajo de parto, membranas (ruptura) y características del líquido amniótico.
- Presentación, tipo de parto, espátulas, fórceps, cesárea.
- Drogas administradas a la madre y complicaciones.
- Condiciones al nacer:
- Valoración de vitalidad
- Valoración de la madurez
- Valoración antropométrica

Es preciso tener en cuenta que la valoración del recién nacido se realizará en forma rápida a una temperatura adecuada, ya que la exposición prolongada a bajas temperaturas puede tener incidencia en el manejo metabólico del niño, con riesgo de producir Hipoglicemia. (Aguilar, 2010).

❖ **Valoración de la Vitalidad:** Para valorar la vitalidad del recién nacido se utiliza habitualmente el test de Apgar este test nos va decir la vitalidad entre 0-10 puntos que tiene el niño al nacer y el pronóstico de complicaciones graves. En la tabla III vamos a ver el tratamiento que le aplicaríamos a cada puntuación de Apgar.

Test de vitalidad de Apgar

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos (Paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

Puntuación Apgar / Tratamiento a realizar

Puntuación de Apgar	Tratamiento
8, 9 ó 10 = Sin asfixia	<p>Sonrosado, activo, con buena respuesta, llanto, frecuencia cardíaca rápida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspiración suave de la vía aérea, incluidas las fosas nasales 2. Secado cuidadoso, incluida la cabeza 3. Mantener la temperatura corporal 4. Realizar un examen breve 5. Calcular la puntuación de Apgar a los 5 minutos 6. Llevar al niño con sus padres
7, 6 ó 5 = Asfixia leve	<p>Ligeramente cianótico, movimientos con tono muscular disminuido, respiración superficial o periódica, frecuencia cardíaca > 100:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repetir los pasos 1, 2 y 3 de la parte A. de forma rápida y sucesiva

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Estimular la respiración mediante enérgicas palmadas en las plantas de los pies o frotamiento de la columna o el esternón 3. Administrar oxígeno mediante bolsa de resucitación y mascarilla adaptada a la cara del niño 4. Si el niño mejora, completar los pasos 4, 5 y 6 de la parte A cuando la puntuación de Apgar sea de 8 5. Si la frecuencia cardíaca disminuye a 100 o inferior la puntuación de Apgar es ≤ 4 6. Administrar 0,01 mg/kg de naloxone si la madre ha recibido un analgésico narcótico durante el trabajo de parto
<p>4 ó 3 = Asfixia moderada</p>	<p>Cianosis, tono muscular disminuido, esfuerzo respiratorio débil, frecuencia cardíaca enlentecida (< 100):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repetir los pasos 1, 2 y 3 de la parte A y pedir ayuda para poner monitores de frecuencia cardíaca de forma continua, tratar la vía aérea, proporcionar masaje cardíaco, etc. La reanimación del niño asfixiado de forma moderada o severa exige la presencia de tres personas 2. Intentar estimulación breve y administrar oxígeno con mascarilla, si no se produce mejoría en 1 minuto, pasar al apartado siguiente 3. Ventilar con mascarilla y bolsa utilizando oxígeno al 100 por 100 y presión adecuada para movilizar el tórax. Continuar ventilando hasta que la frecuencia cardíaca sea > 100, el color sea sonrosado, y se inicia respiración espontánea. Si no se consigue movilizar el tórax de forma adecuada mediante la ventilación con mascarilla y bolsa, se debe de intubar 4. Si la frecuencia cardíaca es < 60, intubar e iniciar masaje cardíaco a una frecuencia de 2 compresiones/segundo utilizando el dedo pulgar sobre el esternón y el segundo y tercer dedo abrazando las espaldas

Cianosis marcada, ausencia de tono muscular, ausencia de esfuerzo respiratorio o jadeos periódicos, frecuencia cardíaca lenta o ausente:

2, 1 ó 0 =
grave

1. Intubar directamente, ventilación con bolsa y O₂ al 100 por 100 a 40/60 insuflaciones/minuto con presión suficiente para movilizar la pared superior del tórax
2. Realizar masaje cardíaco
3. Si la frecuencia cardíaca no es > 100 después de 2 minutos de ventilación adecuada de oxígeno al 100% y masaje cardíaco, introducir un catéter en la vena umbilical y administrar drogas, la inserción del catéter se facilita cortando el cordón a 1-2 cm. de la pared abdominal. El catéter se debe introducir únicamente 2 o 3 cm. para evitar administrar soluciones hipertónicas en una pequeña vena hepática. Todos los líquidos deben de ser infundidos a través del catéter para asegurar su paso a la circulación central. El tratamiento con fármacos en la sala de partos tiene como objetivos la contractibilidad miocárdica y la frecuencia corrigiendo inicialmente la acción metabólica (2 a 4 mEq de CO₃HNa/Kg de peso) y proporcionando sustrato de carbohidratos (igual volumen de glucosa al 50%). Esta solución combinada de CO₃HNa-Glucosa puede ser infundida en 3-5 minutos. A continuación, se puede administrar adrenalina (0,5 a 1 ml, al 1:10.000) o atropina (0,1 ml/kg) para revertir la bradicardia. Finalmente se puede inyectar una infusión lenta de 1 a 2 ml/kg de gluconato cálcico para aumentar de forma adicional el gasto cardíaco. Ninguno de estos fármacos es eficaz al menos que se haya conseguido una adecuada ventilación con oxígeno.
4. Si la frecuencia cardíaca es > 100 y se ha conseguido una adecuada ventilación bien sea espontáneamente o de forma asistida, el uso de fármacos no es necesario en la sala de partos y el niño se debe de trasladar a la sala de Cuidados Intensivos. Allí, la medición de los signos

vitales (incluidos frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y temperatura), la gasometría arterial o capilar (PaO_2 , PaCO_2 y pH) y una radiografía de tórax constituyen una base racional para la asistencia del niño. La administración de CO_3HNa , fármacos cardiotónicos o expansores plasmáticos no están exentas de riesgos. Su uso debe de quedar relegado hasta obtener los datos suficientes mediante los estudios anteriores siempre que se haya podido conseguir una ventilación adecuada y una frecuencia cardíaca > 100 en la sala de partos.

Bethea (2005); Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana. México.

Con base en estos datos se puede establecer la madurez del recién nacido así:

- ✓ **Recién nacido pretérmino:** si tiene menos de 38 semanas de edad gestacional.
- ✓ **Recién nacido a término:** si tiene entre 38 y 42 semanas de edad gestacional.
- ✓ **Recién nacido postérmino:** si tiene más de 42 semanas de edad gestacional (Bethea, 2005)

❖ **Valoración Antropométrica**

Esta valoración incluye peso, talla, perímetro cefálico y perímetro del tórax, que se correlacionan con la edad gestacional determinada por amenorrea materna y por valoración de Capurro; con base en estos datos, se establecerá la relación peso - talla y con edad gestacional, para establecer la armonía entre esas variables, que conjuntamente con otros factores tienen valor predictivo de morbi-mortalidad.

Es importante anotar que el recién nacido normal, disminuye en los primeros días de vida, hasta un 10% de su peso, denominado la

Exicosis de Recién Nacido, que es expresión de la redistribución de líquidos corporales.

Los valores normales en el recién nacido a término son los siguientes:

- **Peso:** oscila entre 2.500 a 3.500 gramos
- **Talla:** entre 48 y 50 centímetros
- **Perímetro cefálico:** 33 a 35 centímetros (Mejía, 2008)

❖ **Valoración Física**

Cabeza

Forma y tamaño: Es grande con relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.

Fontanelas: La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm, un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.

Suturas: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis.

Bolsa Sero-sanguínea: Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de suturas y pueden ser extensos. Debe diferenciarse de los cefalohematoma. (Mejía, 2008)

Cara

Ojos: Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales y esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.

Nariz: El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.

Miliun Sebáceo: Quiste blanquecino de pequeñas dimensiones, que aparece en la epidermis, producido por la obstrucción de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas.

Boca: Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Ebstein en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistesepiteliales). No tiene significado patológico.

Oídos: Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca. (Mejía, 2008)

Cuello:

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen: bocio, quistes tiroideos y hematomas del esternocleidomastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo). (Mejía, 2008).

Tórax:

Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales, 30 a 60 por minuto.

Clavículas: Se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura, especialmente en los niños GEG.

Nódulo mamario: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

Pulmones: La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.

Corazón: Frecuencias cardiacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El ápex está lateral a la línea medio-clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios.

Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado. (Mejía, 2008)

Abdomen

Forma: Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.

Ombligo y cordón umbilical: Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombligo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc.

Año y recto: Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas. (Mejía, 2008)

Genitales

Masculinos: En el RN de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el

escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

Femeninos: Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protuyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina. (Mejía, 2008)

Caderas: Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de caderas si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (signo de Ortolani).

Extremidades: Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones puede palpase fracturas. (Mejía, 2008)

❖ **Valoración neurológica**

Reflejos: La valoración de los reflejos en los neonatos es de gran importancia porque ofrece datos acerca de la integridad, desarrollo madurativo del sistema nervioso central y periférico. Entre ellos se pueden valorar:

- ✓ **Moro:** se obtiene mediante estímulos sonoros, táctiles o propioceptivos al someter al niño a un cambio leve de posición de su cabecita. Consiste en la abducción y extensión simétrica

de las cuatro extremidades, con pulgar y el dedo índice formando una C, consecutivamente una abducción de las extremidades en forma de un abrazo y retorno a la posición relajada. Se integra aproximadamente hacia el segundo mes de edad.

- ✓ Succión: el lactante succiona al recibir roce con el pezón de la madre o con un elemento suave que puede ser el dedo del examinador alrededor de su boca o la mejilla. Se complementa con los cuatro puntos cardinales, que consiste en que el niño gira su cabeza y lleva la boca en dirección hacia el sitio del estímulo, abre la boca y comienza la succión. Se integra hacia el segundo o tercer mes de vida.
- ✓ Presión plantar y palmar: al colocar un dedo o un objeto en la palma de la mano del niño, éste flexiona sus dedos con gran vigor sobre el mismo. Algo semejante sucede al colocar el pulgar del examinador en la unión metatarso falángica, al hacer presión, el niño extiende sus dedos y luego los flexiona, abrazando el dedo que examina. Se integran hacia el cuarto mes de vida.
- ✓ Marcha refleja: consiste en apoyar las plantas de los pies sobre una superficie plana, el niño ejecuta movimientos alternativos de sus dos miembros inferiores a la manera de marcha o ascenso por una escalera. Se integra hacia el segundo mes de vida.
- ✓ Babinsky: consiste en la apertura de los dedos de los pies con dorsiflexión de los gruesos artejos ante un estímulo en la planta del pie o a través del borde externo del mismo. (Dugas, 2006)

❖ **Valoración de la Función de oxigenación y circulación**

El desarrollo cardiovascular durante la vida fetal hace que las cavidades del corazón y su dinámica estén en función de favorecer el paso de la sangre del corazón del bebé hacia la placenta y su retorno hacia la circulación sistémica del mismo, transitando en muy pequeña cantidad a través de los pulmones, contrario a lo que sucede en la circulación en vida extrauterina; la cantidad de sangre que pasa a través de ellos, cumple con funciones de nutrición para beneficiar su evolución.
















Durante la vida fetal la sangre oxigenada y no oxigenada no están separadas, aun cuando la sangre más oxigenada atraviesa el foramen oval hacia la aurícula izquierda

Al momento del nacimiento con el pinzamiento del cordón se elimina la resistencia placentaria que es baja e incrementa la presión arterial sistémica. El aumento de la PO_2 y del pH que sigue a la expansión pulmonar disminuye la resistencia vascular y aumenta el flujo sanguíneo pulmonar y el retorno venoso a la aurícula izquierda en la cual se logra una presión mayor que la de la aurícula derecha, lo que provoca el cierre del agujero oval. Como la presión arterial sistémica se hace mayor que la pulmonar, cesa el cortocircuito de derecha a izquierda y se produce el cierre funcional del ductus.

Durante la valoración se observa que la forma del tórax del bebé es redondeada y simétrica. Excursión simétrica de los hemitórax durante la respiración. Se debe observar que la respiración fetal es dependiente fundamentalmente de la motilidad de la pared abdominal, debido al desarrollo que presentan los músculos

intercostales. Un buen test para valorar la respiración del recién nacido es el test de Silverman. (Dugas, 2006).

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

SIGNO	2	1	0
Quejido espiratorio	 Audible sin fonendoscopio	 Audible con el fonendoscopio	 Ausente
Respiración nasal	 Aleteo	 Dilatación	 Ausente
Retracción costal	 Marcada	 Débil	 Ausente
Retracción esternal	 Hundimiento del cuerpo	 Hundimiento de la punta	 Ausente
Concordancia toraco-abdominal	 Discordancia	 Hundimiento de tórax y el abdomen	 Expansión de ambos en la inspiración

Se determina la frecuencia de la respiración siendo su valor normal entre 30-60 movimientos respiratorios por minuto. El ritmo respiratorio es irregular.

Se buscarán signos de dificultad respiratoria consistentes en observar la presencia de retracciones supraesternales o supraclaviculares e intercostales.

A la auscultación se encontrarán sonidos respiratorios de tipo bronquial, siendo su tono más alto que el de los adultos, en las primeras horas se pueden encontrar finos estertores de despegamiento.

Por tener una pared torácica tan delgada los sonidos del corazón y el pulmón son transmitidos con mayor claridad; por eso en la percusión de los campos pulmonares se encuentra resonancia.

Para la inspección del sistema circulatorio se valorará el grado de cianosis o palidez, aumento o asimetría de hemitórax a expensas del izquierdo. Verificar los pulsos braquiales y femorales en donde se observará su sincronía y simetría. Que, por ejemplo, serán débiles en los miembros inferiores en presencia de coartación aórtica. (Dugas, 2006)

❖ **Complicaciones Más Graves Que Puede Presentar Un Recién Nacido Pretérmino**

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación.

PROBLEMAS DE ADAPTACION DEL PERIODO NEONATAL

ÓRGANO O SISTEMA AFECTADO	PATOLOGÍA
1. Sistema Nervioso Central	
Inmadurez anatómica y funcional de vasos cerebrales	Hemorragia Intraventricular
2. Sistema Respiratorio	
Falta de Surfactante	Membrana Hialina
Inmadurez Centro Respiratorio	Apnea del Prematuro
Reabsorción Líquido Pulmonar	Distress Transitorio
Inmadurez Anatómica	Insuficiencia Respiratoria del Prematuro
3. Sistema Circulatorio	
Hipertensión Pulmonar	Circulación Fetal Persistente
Inmadurez Control Vasomotor del Ductus	Ductus Persistente - Insuficiencia Cardíaca
Inmadurez Vasos Retinarios al O ₂	Fibroplasia Retrolental
4. Sistema Coagulación y Hematopoyético	
Deficiencia producción Vitamina K	Síndrome Hemorrágico del RN
Factores Coagulación	Coagulación Basal Intradiseminada
Deficiencia Vitamina E	Anemia Hemolítica
Deficiencia Hierro y Producción G.R.	Anemia del Prematuro
5. Inmadurez hepática	Hiperbilirrubinemia Neonatal
6. Inmadurez Sistema Termorregulador	Enfriamiento Neonatal
7. Problemas de Adaptación Química	Hipoglicemia Hipocalcemia
8. Inmadurez del Tubo Digestivo	Dificultades de Alimentación y Enterocolitis Necrotizante
9. Inmadurez del Sistema Inmunitario	Diseminación de Infecciones
10. Inmadurez Renal	Edema Dificultad en Equilibrio Hidroelectrolítico

Hemos progresado en el aprendizaje de los factores que pueden llevar a un nacimiento prematuro, pero tenemos un largo camino que

recorrer para desarrollar tratamientos para prevenirlo. Los investigadores están de acuerdo en que es necesario desarrollar mejores pruebas de detección para identificar a las mujeres propensas a tener un parto prematuro y en los tratamientos que se pueden usar a tiempo para interrumpir la cascada de eventos que lleva a un nacimiento prematuro

El control del embarazo es primordial para detectar los embarazos de alto riesgo. En esta etapa se puede prevenir un parto prematuro, detectar una diabetes y tratarla, y numerosas otras patologías que pueden afectar al feto y al recién nacido. Al momento del nacimiento se debe tener una completa historia perinatal, para identificar los riesgos que pueda presentar el recién nacido, prevenir los problemas e intervenir oportunamente cuando estos se producen. (Kozier, 1999).

PROBLEMAS NEONATALES ASOCIADOS A LA PREMATUREZ	
I.	GENERALES
	• Termorregulación
	• Hiperbilirrubinemia
	• Anemia del prematuro
	• Alteración de la coagulación
II.	METABÓLICOS, EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO Y ACIDO BASE
	• Hipoglicemia e hiperglicemia
	• Hipocalcemia
	• Hipo e hipernatremia
	• Hiperkalemia
	• Deshidratación y sobrehidratación
	• Acidosis metabólica
	• Enfermedad metabólica ósea (Osteopenia del prematuro)

III.	NEUROLÓGICOS, AUDICIÓN Y VISIÓN
	• Hemorragia intraventricular
	• Leucomalacia
	• Asfixia
	• Retinopatía del prematuro
	• Secuelas: Hidrocefalia, Parálisis cerebral, sordera - Hipoacusia, ceguera
IV.	RESPIRATORIOS
	• Enfermedad de la membrana hialina
	• Apneas
	• Enfermedad pulmonar crónica
V.	CARDIOVASCULARES
	• Inestabilidad Cardiovascular
	• Ductus arterioso persistente
	• Hipertensión
VI.	GASTRO-INTESTINALES Y NUTRICIONALES
	• Intolerancia a la alimentación enteral
	• Enterocolitis necrotizante
	• Desnutrición
VII.	INFECCIONES
	IATROGENIA
	• Anemia
	• Catéteres
	• Neumotorax y Extravasación de infusión endovenosas.

❖ **Problemas respiratorios:**

Derivados fundamentalmente de la escasez de una sustancia que permite un funcionamiento correcto de los pulmones. Esta sustancia (conocida como “surfactante”) es producida por el pulmón a partir fundamentalmente de la semana 28 de gestación.

La falta de surfactante complica de manera importante el tratamiento y el pronóstico de estos niños, posibilitando la aparición de la conocida como “enfermedad de la membrana hialina”, enfermedad que dificulta enormemente la función de los pulmones de estos niños y puede llegar a condicionar la vida de los mismos.

La posibilidad, aparecida en los últimos años, de administrar surfactante a los prematuros que lo precisan ha mejorado el pronóstico de este grupo de niños. .(Kozier, 1999)

Sistema nervioso central: La inmadurez del sistema nervioso central y del flujo sanguíneo del cerebro hace que estos niños sean más propensos a presentar sangrados (hemorragias intracraneales). En muchas ocasiones, estos sangrados son mínimos y no originan problemas en el momento del sangrado ni complicaciones posteriores. Si el sangrado es abundante, puede llegar a fallecer el bebé o presentar secuelas neurológicas posteriormente (parálisis cerebral, problemas de atención, aprendizaje o comportamiento, etc.). .(Kozier, 1999)

Ojos: Un porcentaje importante de pacientes prematuros, sobre todo de peso inferior a 1.000 gramos, pueden presentar problemas en la retina (la llamada “retinopatía del prematuro”). La detección precoz de este problema que puede afectar a la visión del niño se ve facilitada por una evaluación precoz por parte de un oftalmólogo infantil.

Aparato digestivo: Otro problema derivado de la inmadurez del recién nacido lo constituyen los problemas digestivos.

En ocasiones, el recién nacido es incapaz de succionar correctamente, debiendo ser alimentado con la ayuda de una sonda.

Por otro lado, un recién nacido prematuro puede no estar preparado para aceptar la alimentación de la misma forma que un recién nacido a término. De esta forma, no es infrecuente que los niños más prematuros inicien su alimentación de una forma muy lentamente progresiva con leches especiales para prematuros, e, incluso, se tenga que recurrir a alimentarlos de forma intravenosa (por medio de la llamada “alimentación parenteral”). Esto se hace para evitar la aparición de enfermedades graves del intestino y garantizar la alimentación correcta del niño. .(Kozier, 1999)

2.3. Bases conceptuales

- ✚ **CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** capacidad del servicio de enfermería de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas y las necesidades y las demandas en salud de la comunidad.
- ✚ **GRADO DE SATISFACCIÓN:** estado o valor de complacencia o agrado que le da el usuario a los servicios recibidos con relación a sus expectativas. El usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas.
- ✚ **ACCESIBILIDAD FUNCIONAL:** posibilidad de que el usuario obtenga el servicio que necesite, en el momento y lugar en que lo precise en suficiente cantidad; está relacionada con las propias expectativas de los usuarios: los productos deben producirse, los servicios prestarse y los profesionales han de estar disponibles justo en el momento que se necesite para que la atención proporcionada sea de forma rápida y oportuna, dedicándole al usuario todo el tiempo necesario y disponible.

- ✚ **ASPECTO CIENTÍFICO-TECNICO (competencia profesional, aptitud, actitud):** se refiere a la capacidad que demuestra enfermería para utilizar conocimientos y tecnología disponible para atender la salud de los usuarios. Implica un conocimiento propio de cada usuario, dominio de lo científico-técnico, de los procedimientos que realiza para lograr su recuperación, los comportamientos que asume ante el cliente para dar respuestas aptas y acordes a sus necesidades de salud, todo lo que hace para dar a conocer aspectos que para los usuarios son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad real y/o potencial, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible el autocuidado para su bienestar.
- ✚ **ASPECTO INTERPERSONAL (trato humano en la atención):** todo lo que enfermería ofrece al usuario para que tenga esperanza y plena convicción de que todas las intervenciones van dirigidas en pro de su recuperación, haciéndole sentir como persona única, confiada, serena y segura. Tiene que ver con la cercanía y presencia física del personal de enfermería para con el usuario.
- ✚ **GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO:** Estado o valor de complacencia o agrado que le da el usuario a los servicios recibidos en relación con sus expectativas. El usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas.

Conjunto de atributos que los usuarios consideran necesarios para sentirse satisfechos con la atención de enfermería; estos están fundamentados en la capacidad que se debe tener para orientar, comprender y ayudar al otro en el entorno que se desenvuelven.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

El Instituto Nacional de Salud del Niño, antiguo Hospital del Niño, es un centro de salud pública, de alto nivel de complejidad médica, situado en el distrito de Breña de la ciudad de Lima, en el Perú, donde es considerado como la primera institución pediátrica de referencia. Pertenece al sistema de salud del Minsa; específicamente su localización es en la Avenida Brasil N° 600, distrito de Breña, Lima; teniendo las Coordenadas: 12°03'53"S 77°02'46" O. Actualmente su Clasificación es un Instituto especializado (Categoría III-2).

3.2. Población Muestral

La población muestral estuvo conformada por 22 enfermeras del Área de Neonatología del INSN, siendo considerado el 100%, por el tamaño de la población; por lo que es un muestreo no probabilístico, intencional.

3.3. Nivel y tipo de estudio

3.3.1. Nivel de investigación:

La investigación fue descriptiva y explicativa, se analizaron cada uno de las intervenciones protocolarias y calidad de atención en los recién nacidos prematuros brindados por el personal de enfermería del área de Neonatología del INSN.

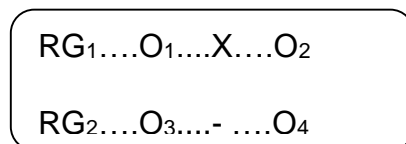
3.3.2. Tipo de investigación:

- Según el tiempo de Estudio:
 - Prospectivo, porque el estudio pertenece al tiempo futuro y los datos fueron recolectados de una fuente primaria.
- Según participación del investigador:
 - Observacional, porque no se manipuló ninguna de las variables de estudio, sino fueron observados tal como sucedan.
- Según la cantidad de medición de las Variables:
 - Transversal, porque el instrumento se aplicó en un solo momento y las variables fueron medidas solo una vez.
- Según la cantidad de Variables a estudiar:
 - Analítico, porque son dos el número de variables que fueron estudiados, variable independiente y dependiente.

3.4. Diseño de investigación

El tipo de diseño de investigación fue descriptivo, ya que la meta es describir la forma como se vienen dando las atenciones en el servicio de enfermería del INSN para atención de recién nacidos prematuros en el área de Neonatología.

Se representa a través del siguiente diagrama:



Donde:

R = Asignación al azar o aleatoria

G = Grupo de sujetos

O = Calidad de atención y servicio

X = Una medición de los sujetos de un grupo (Prueba, cuestionario, observación).

- = Ausencia de calidad (Nivel cero en la variable independiente. Indica que se trata de un grupo control o testigo).

3.5. Técnicas e instrumentos

Técnica

La técnica que se utilizó para la recolección de los datos, fue la Encuesta.

Instrumento

El instrumento fue el Cuestionario (Anexo 03), la cual fue aplicada en forma personal a cada uno de los elementos sujetos a estudio; considerándose a estos como medios efectivos para recolectar datos reales sobre la presente investigación

Se formuló un cuestionario con preguntas elaboradas en función a los objetivos de la investigación. Este instrumento ha sido validado y aplicado en diferentes fechas, alcanzando un reconocimiento científico.

3.6. Validación y confiabilidad del instrumento

Cada experto validó los dos instrumentos, teniendo como indicadores la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de cada ítem; determinando un promedio del 92% como resultado final; considerándose válidos.

El equipo de expertos estuvo conformado por:

Experto 01: Dr. Pio Trujillo Atapoma

Experto 02: Dr. Pedro Pablo Saquicoray Ávila

Experto 03: Mg. Katherine Maximiliano Fretel

Experto 04: Lic. Elisa Fretel Velásquez

Experto 05: Mg. Florián Fabián Flores

Para la confiabilidad de los instrumentos se escogió la prueba estadística Alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de los instrumentos. El coeficiente Alfa de Cronbach arrojó para el cuestionario un valor de 0,822; esto nos indica que, los instrumentos utilizados son confiables y fiables para el presente estudio.

3.7. Procedimiento

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- ✚ Se solicitó la autorización del ámbito de estudio, a las autoridades del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ Se seleccionó la muestra en forma aleatoria.
- ✚ Previamente a la aplicación del instrumento se solicitó a la muestra en estudio la firma del consentimiento para su participación en la investigación.
- ✚ se aplicó el instrumento al personal de enfermería Las que brindan atención en el Área de Neonatología, las cuales fueron abordadas por personas ajenas al servicio, esto evitó que las encuestadas puedan sesgar sus resultados por lo tanto obteniendo una información directa y objetiva.
- ✚ Luego se procedió a clasificar y tabular los datos obtenidos, de acuerdo con las normas estadísticas para su efecto.
- ✚ Así mismo, se realizó el proceso de prueba de hipótesis a través de correlación de la prueba estadística paramétrica Chi cuadrado.

3.8. Tabulación

Una vez obtenidos los datos, por medio de la aplicación en un solo momento de los instrumentos, se procedió a tabular los datos, elaborando una malla, haciendo uso del Programa SPSS versión 23, se empleó las frecuencias absolutas, obteniendo resultados completos según la estadística descriptiva que lo amerite; considerando el Pvalor aceptable $< 0,05$ y el valor de la prueba paramétrica estadística Chi^2 aceptable para la hipótesis del estudio.

El resultado obtenido de los datos tabulados fue analizado mediante graficas estadísticas que demuestren y evidencien la efectividad de un programa de marketing en la promoción del consultorio dental “San José”, siendo interpretadas según corresponda el resultado, se discutió sobre esta y por consiguiente se llegó a las conclusiones de la investigación y se finalizó con las recomendaciones

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

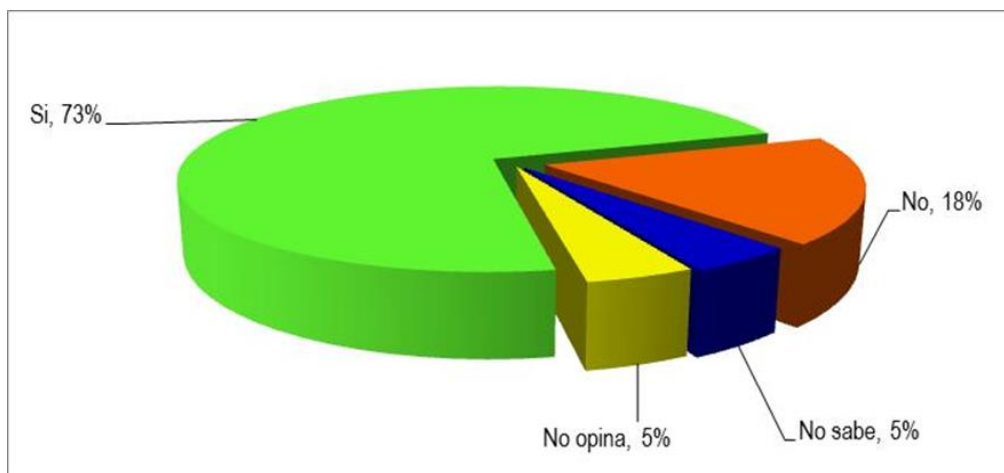
4.1. Análisis descriptivo

1. RESULTADO DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.

Pregunta N°01

1.- ¿Conoce el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?

Gráfico n°01



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

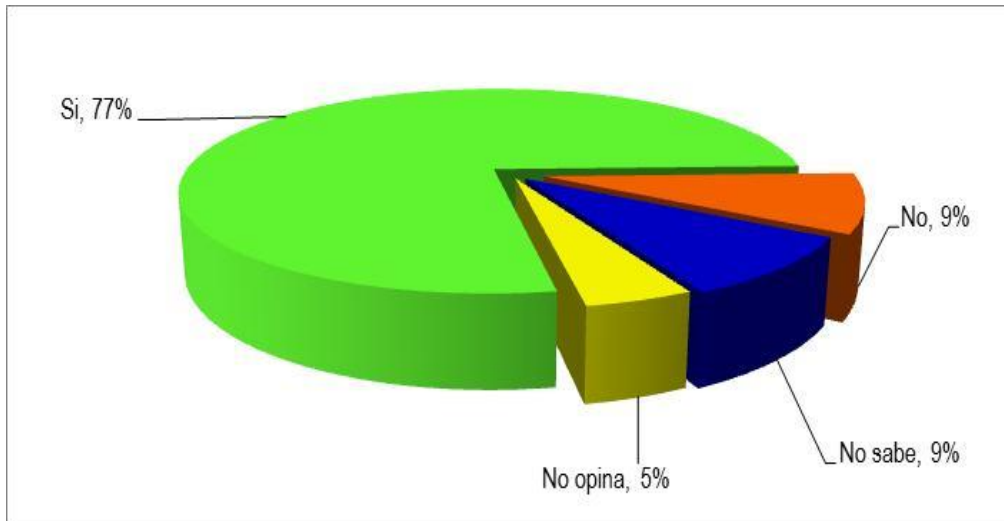
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.7964	
Promedio	1.4091	
Curtosis	4.7799	

Interpretación:

A criterio de los encuestados en la presente interrogante refiriéndose al conocimiento del PAE, manifestaron que el 73% del personal de enfermería si lo conoce, el 18% aún no lo conoce, el 5% no sabe y el 5% no opina al respecto.

Pregunta N°02

2.- ¿Elabora el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?

Gráfico n°02

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

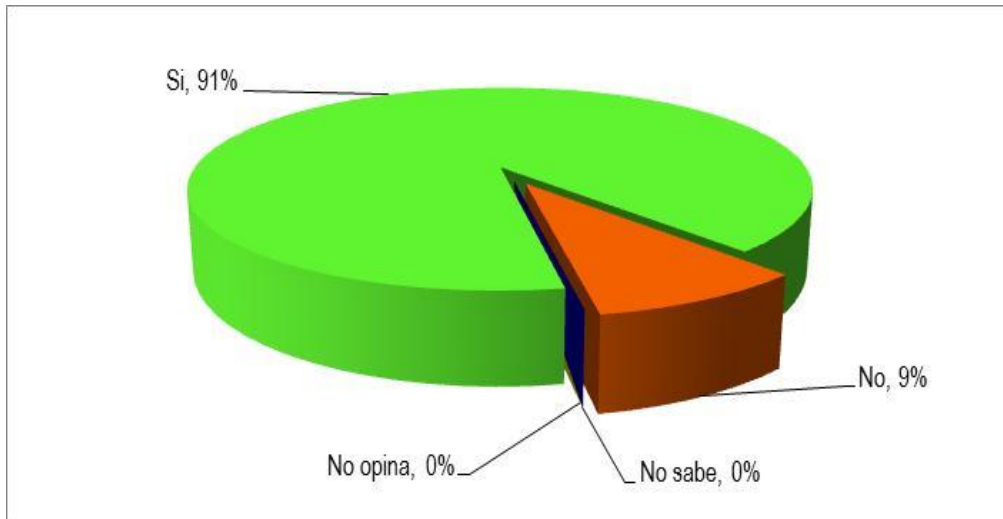
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.8541	
Promedio	1.4091	
Curstotis	3.5011	

Interpretación:

Los resultados indican que el 77% de encuestados si elabora el PAE para todos los recién nacidos prematuros, el 9% no lo hace, el 9% no sabe y el 5% no opina sobre el particular.

Pregunta N°03

3.- ¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?

Gráfico N°03

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

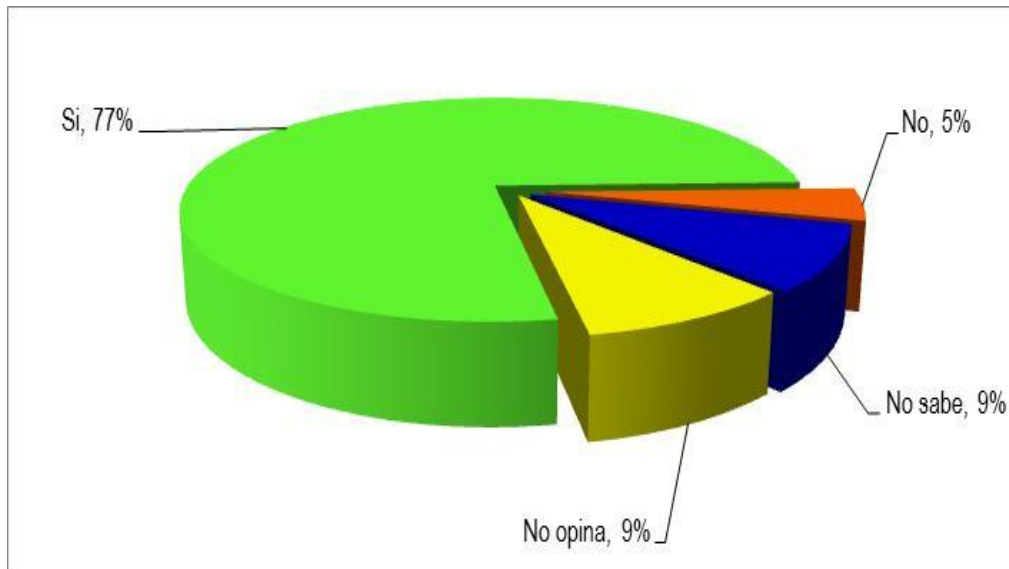
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.2942	
Promedio	1.0909	
Curstois	8.0850	

Interpretación:

De los resultados obtenidos: el 91% de enfermeras indica que, si aplica el PAE a los recién nacidos prematuros, el 9% refiere que no lo hace.

Pregunta N° 04

4.- ¿Para elaborar el proceso de atención de enfermería realiza la valoración?

Gráfico N°04

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	1.0118	
Promedio	1.5000	
Cursotis	1.9250	

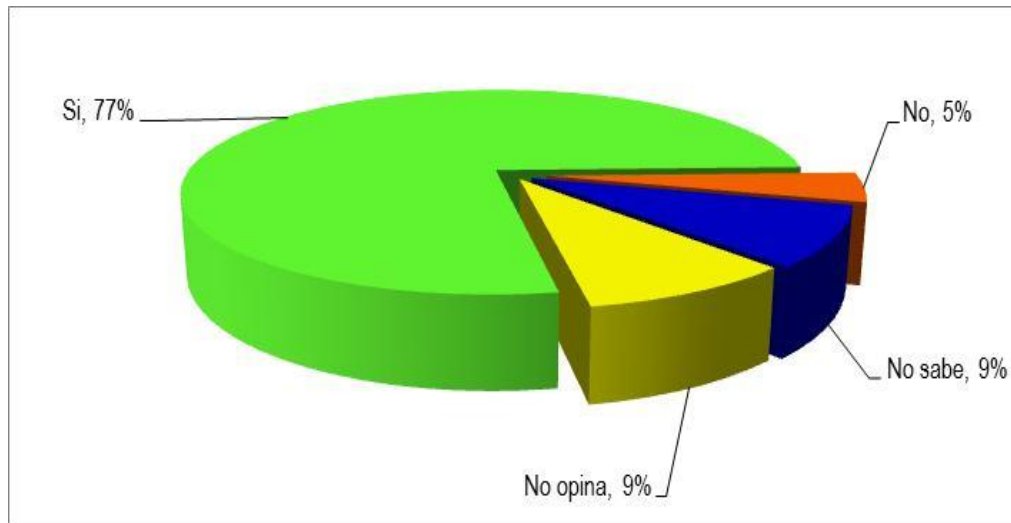
Interpretación:

Del total de encuestadas: el 77% refiere que, si realiza la valoración para elaborar el PAE, el 5% no lo hace, el 9% no sabe y el 9% no opina sobre la pregunta formulada.

Pregunta N° 05

5.- ¿Los métodos de observación, valoración y palpación son aplicados para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros?

Gráfico N°05



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	1.0118	
Promedio	1.5000	
Cursotis	1.9250	

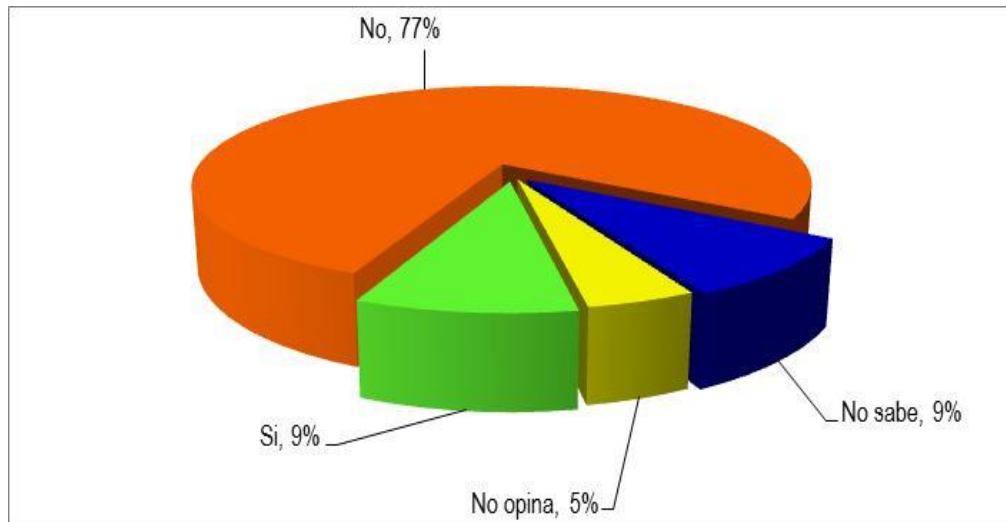
Interpretación:

Respecto de la pregunta formulada: el 77% indicó que los métodos de observación, valoración y palpación si son aplicados para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros, el 5% no lo hace, el 8% no sabe y el 9% no opina.

Pregunta N°06

6.- ¿Existe suficiente personal médico para el Área de Neonatología del INSN?

Gráfico N°06



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.6102	
Promedio	2.0909	
Cursotis	4.5166	

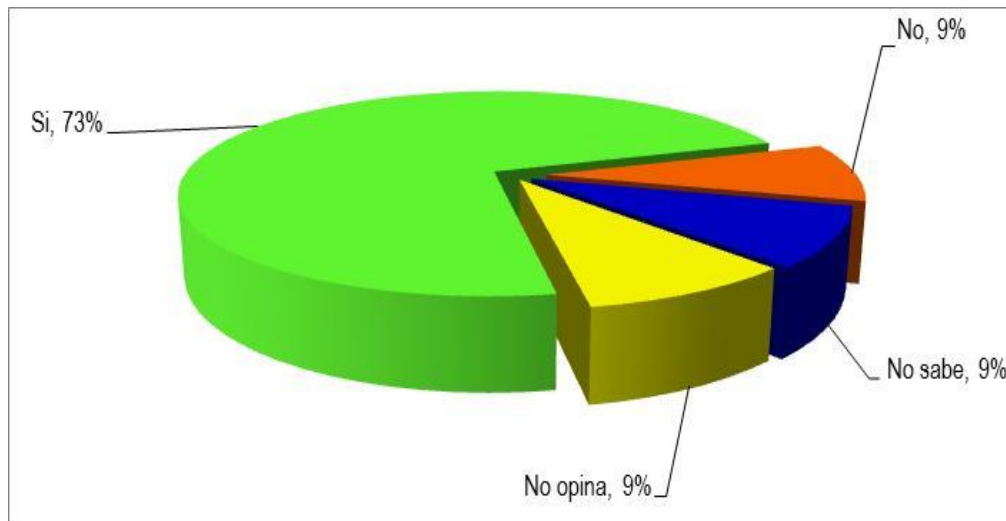
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 9% está acuerdo en que existe suficiente personal médico en el Área de Neonatología del INSN, el 77% está en desacuerdo, el 9% no sabe y el 5% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°07

7.- ¿Cumple el personal médico con sus horarios distribuidos y su carga laboral en el área de neonatología?

Gráfico N°07



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

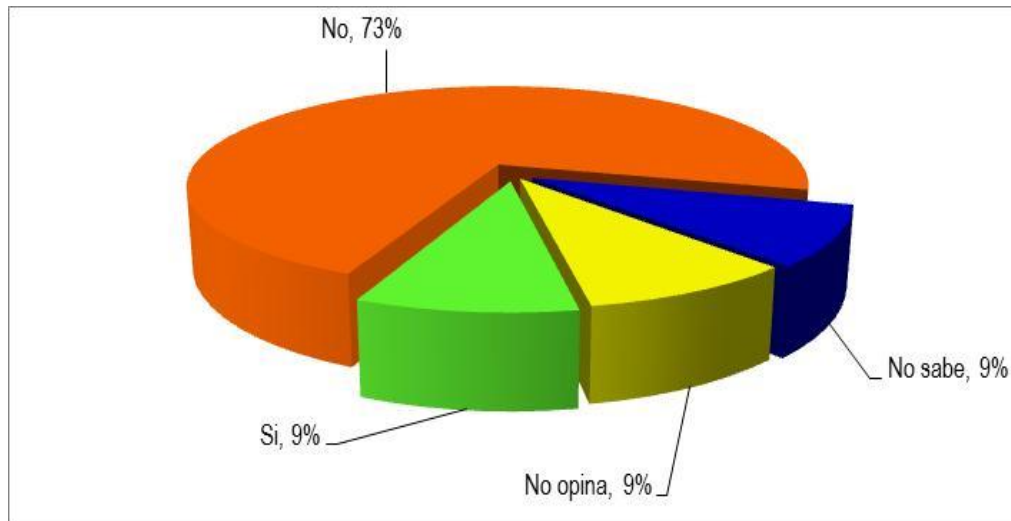
N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	1.0108	
Promedio	1.5455	
Cursotis	1.5637	

Interpretación:

Del total de encuestadas, el 73%% está acuerdo en que el personal médico si cumple con sus horarios distribuidos y su carga laboral en Neonatología, el 9% está en desacuerdo, el 9% no sabe y el 9% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°08

8.- ¿Cuenta el Área de Neonatología con la suficiente área física para atender a los recién nacidos prematuros?

Gráfico N°08

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.7327	
Promedio	2.1818	
Cursotis	2.3876	

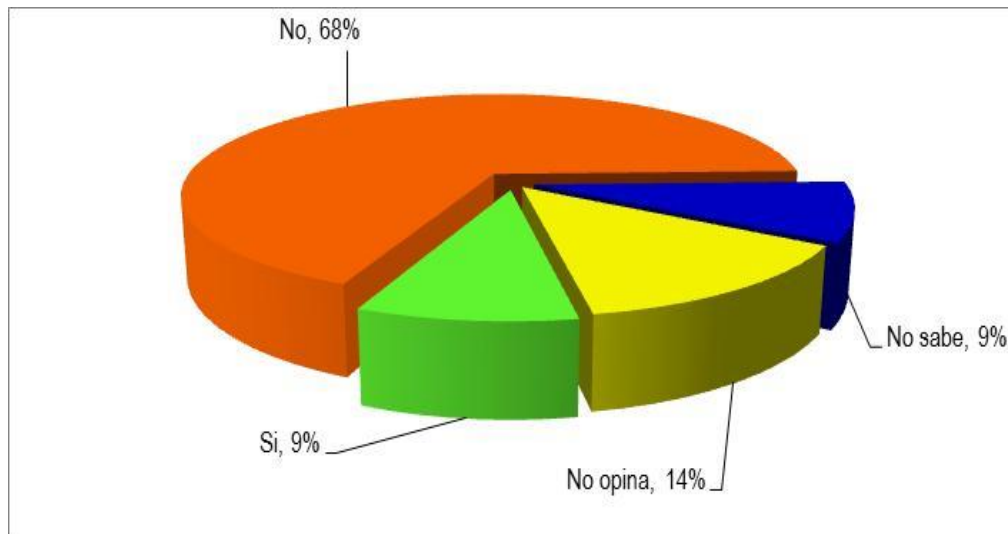
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 9% está acuerdo en que el área de Neonatología si cuenta con la suficiente área física para atender a los recién nacidos prematuros, el 73% está en desacuerdo, el 9% no sabe y el 9% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°09

9.- ¿El espacio físico actual con el que cuenta el Área de Neonatología está eficientemente distribuido?

Gráfico N°09



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.8270	
Promedio	2.2727	
Cursotis	0.9360	

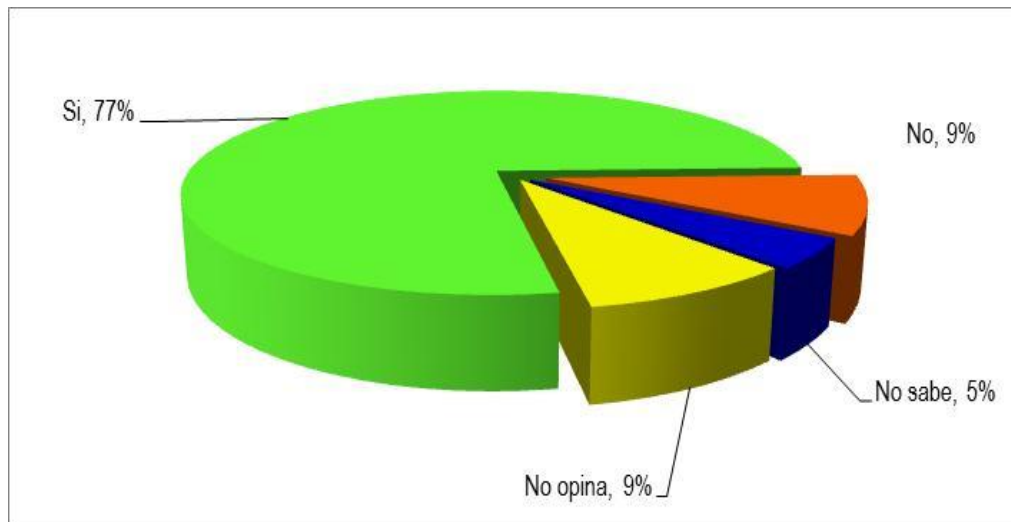
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 9% está acuerdo en que el espacio físico con el que cuenta el área de neonatología esta eficientemente distribuido, el 68% está en desacuerdo, el 9% no sabe y el 14% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°10

10.- ¿El Área de Neonatología está turgurizada actualmente?

Gráfico N°10



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.9625	
Promedio	1.4545	
Cursotis	3.2101	

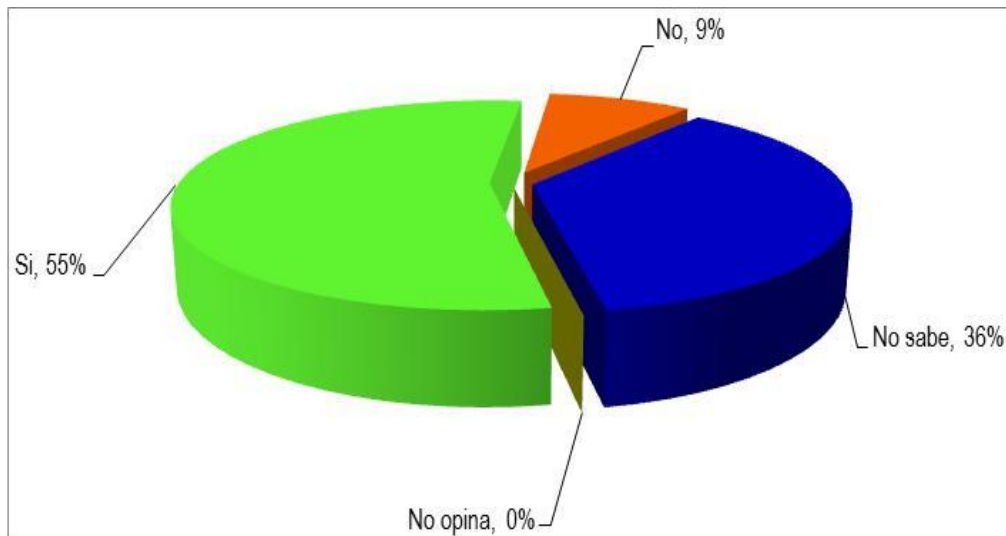
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 77% está acuerdo en que el área de Neonatología está turgurizada actualmente, el 9% está en desacuerdo, el 5% no sabe y el 9% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°11

11.- ¿Existen protocolos de bioseguridad para atención en el Área de Neonatología?

Gráfico N°11



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.9580	
Promedio	1.8182	
Cursotis	-1.9017	

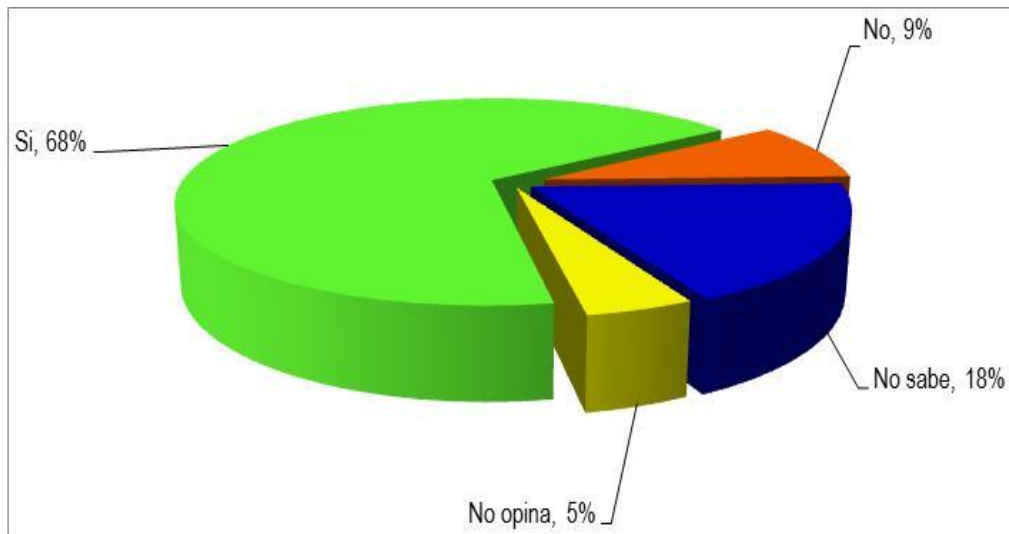
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 55% está acuerdo en que existen protocolos de bioseguridad para atención en el área de Neonatología, el 9% está en desacuerdo, el 36% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°12

12.- ¿El personal de enfermería aplica los protocolos y normas de bioseguridad en el área de Neonatología?

Gráfico N°12



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.9591	
Promedio	1.5909	
Curstis	0.3651	

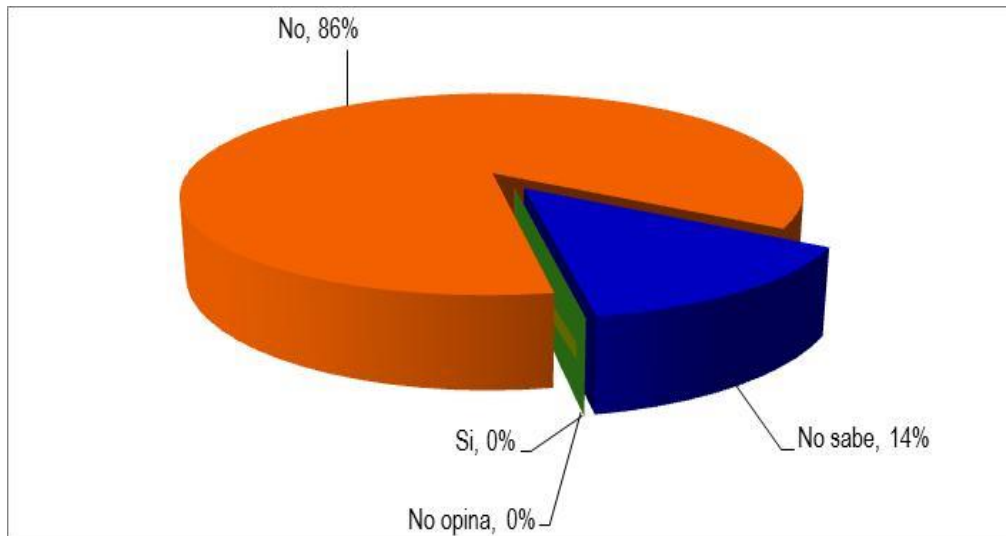
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 68% está acuerdo en que el personal de enfermería aplica los protocolos y normas de bioseguridad en el área de Neonatología, el 9% está en desacuerdo, el 18% no sabe y el 5% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°13

13.- ¿Se supervisa la aplicación de normas de bioseguridad en el Área de Neonatología?

Gráfico N°13



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.3513	
Promedio	2.1364	
Cursotis	3.4981	

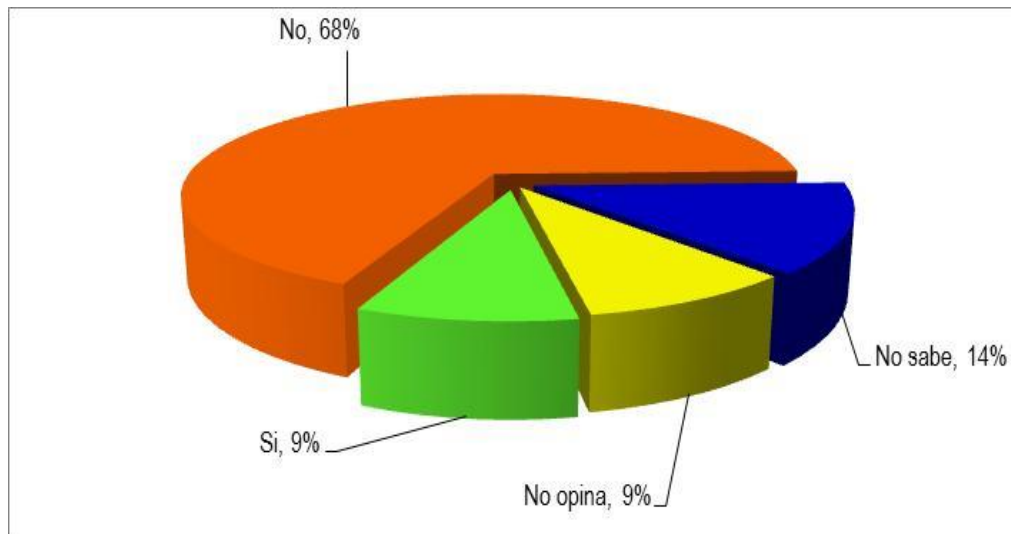
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 86% indicó que no se supervisa la aplicación de normas de bioseguridad en el área de Neonatología y el 14 % no sabe respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°14

14.- ¿Son suficientes los equipos con que cuenta el personal de enfermería para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N°14



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.7516	
Promedio	2.2273	
Cursotis	1.5645	

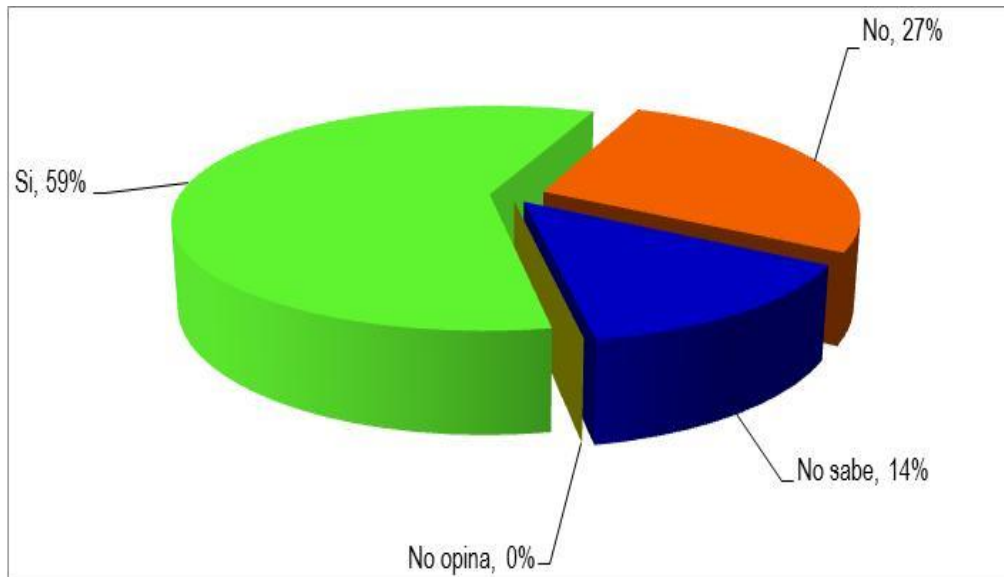
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 9% está acuerdo en que, si son suficientes los equipos con que cuenta el personal de enfermería para atender a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología, el 68% está en desacuerdo, el 14% no sabe y el 9% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°15

15.- ¿Son frecuentes las complicaciones que se han presentado en la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N°15



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.7385	
Promedio	1.5455	
Cursotis	-0.3198	

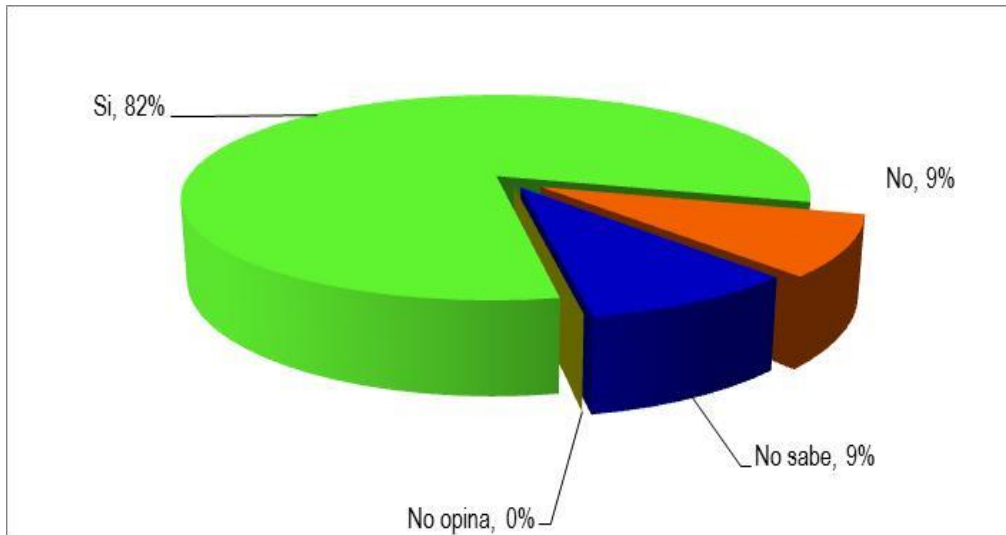
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 59% está acuerdo en que si son frecuentes las complicaciones durante la atención a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología, el 27% está en desacuerdo, el 14% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°16

16.- ¿El personal de enfermería ha podido dar solución a las complicaciones que se presentan durante la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N°16



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.6311	
Promedio	1.2727	
Cursotis	3.8985	

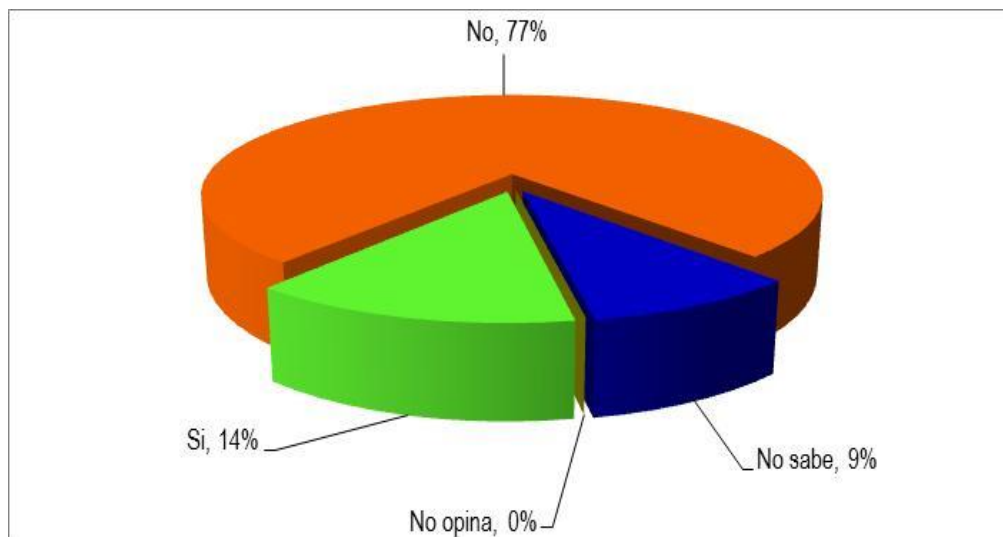
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 82% está acuerdo en que el personal de enfermería si ha podido dar solución a las complicaciones acontecidas durante la atención a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología, el 9 % está en desacuerdo, el 9% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°17

17.- ¿Se ha hecho alguna evaluación por parte de la jefatura para conocer si el personal de enfermería tiene suficientes conocimiento y experiencia para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N° 17



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	2.00	
Mediana	2.00	
Desv. Tip	0.4857	
Promedio	1.9545	
Cursotis	2.0773	

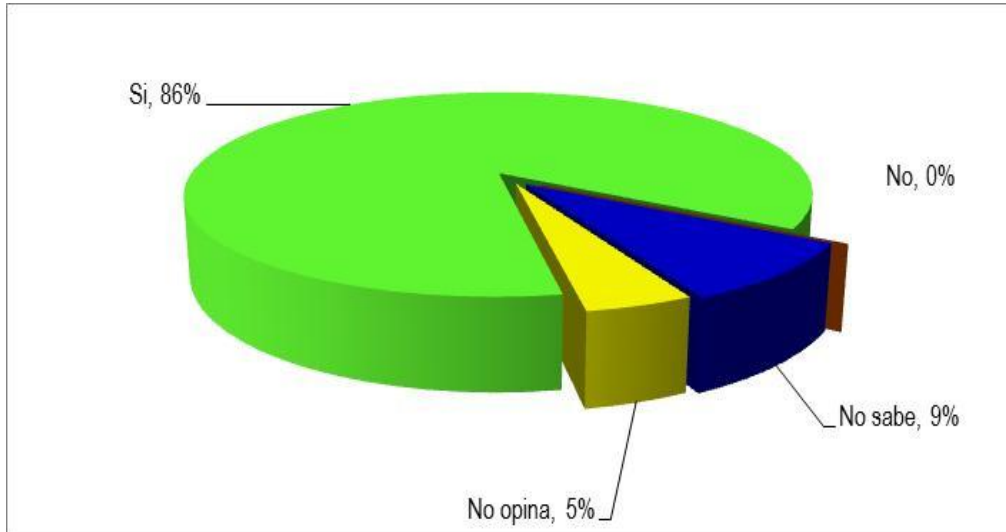
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 14% está acuerdo en que si se ha hecho alguna evaluación por parte de la jefatura para conocer si el personal de enfermería tiene suficientes conocimiento y experiencia para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología, el 77% está en desacuerdo, el 9% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°18

18.- ¿Es apropiada la atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N°18



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.8387	
Promedio	1.3182	
Cursotis	5.2216	

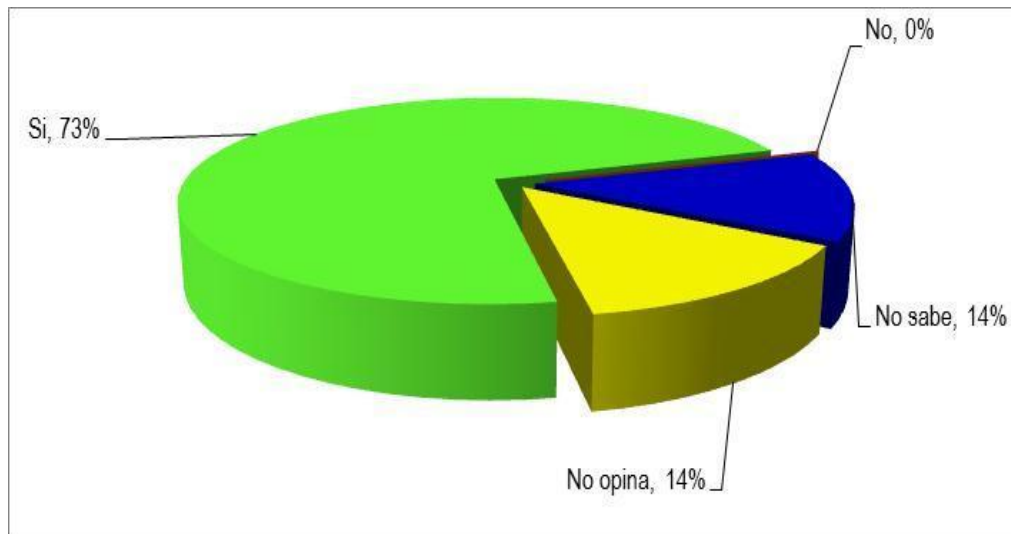
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 86% está acuerdo en que es apropiada la atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología, el 9% no sabe y el 5% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°19

19.- ¿Es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?

Gráfico N°19



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	1.1705	
Promedio	1.6818	
Cursotis	-0.1324	

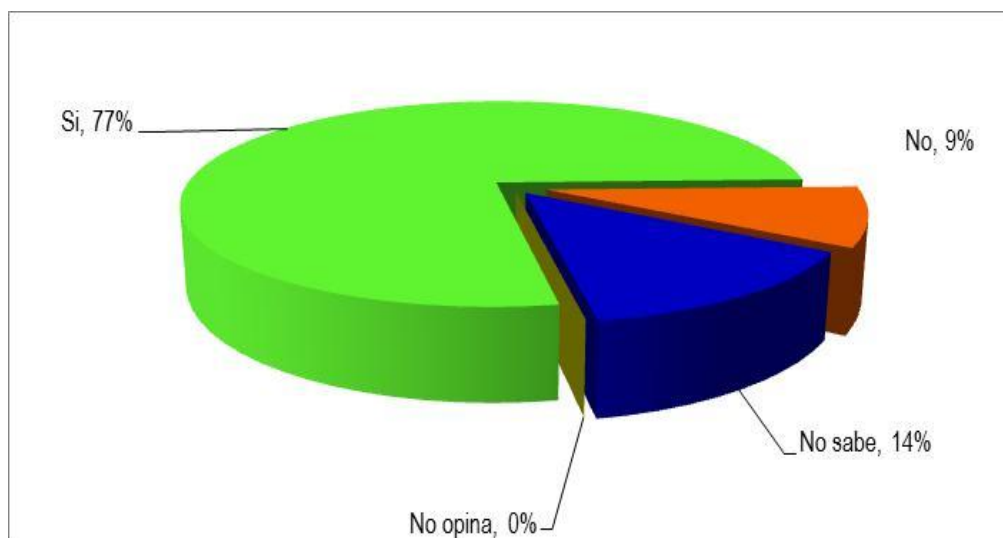
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 73% está acuerdo en que es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología, el 14% no sabe y el 14% no opina, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°20

20.- ¿Existe mucha presión para la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología debido al exceso de demanda de camas o atenciones?

Gráfico N°20



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.7267	
Promedio	1.3636	
Cursotis	1.5504	

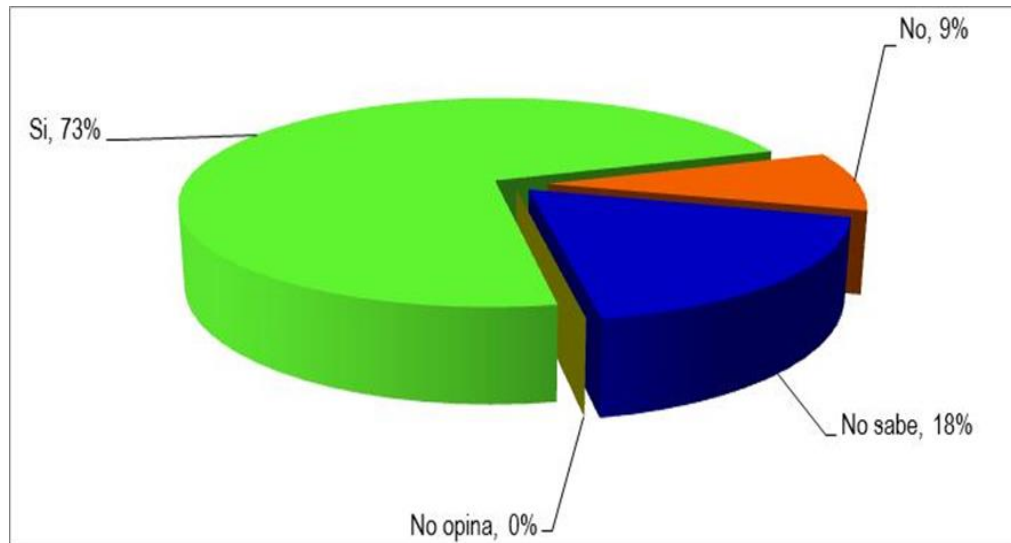
Interpretación:

Del total de encuestadas, el 77% está acuerdo en que existe mucha presión para la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología debido al exceso de demanda de camas o atenciones, el 9% está en desacuerdo, el 14% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

Pregunta N°21

21.- ¿Se distribuye equitativamente el trabajo entre todo el personal de enfermería en el Área de Neonatología?

Gráfico N°21



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta aplicada al Personal de Enfermería que atiende niños prematuros en el Área de Neonatología en el INSN, 2011.

ESTADÍSTICOS

N	Válidos	22
	Perdidos	0
Media	1.00	
Mediana	1.00	
Desv. Tip	0.8004	
Promedio	1.4545	
Cursotis	0.1761	

Interpretación:

Del total de encuestados, el 73% está acuerdo en que se distribuye equitativamente el trabajo entre todo el personal de enfermería en el área de Neonatología, el 9% está en desacuerdo, el 18% no sabe, respecto de la pregunta formulada.

4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Presentación de la contrastación de hipótesis secundarias

Hipótesis Específica 1

- ✚ **Hi₁**: Si el personal de neonatología aplicara de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño
- ✚ **Ho₁**: Si el personal de neonatología NO aplicara de manera oportuna el proceso de atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

TABLA N°01
Atención en Enfermería * Complicaciones en Recién Nacidos Prematuros

		Frecuentes	Irregulares	Total	Chi 2	Gl	p Valor
Bueno	fi	24	12	36	4,05	1	0,02
	%	66,7%	33,3%	100,0%			
Deficiente	fi	10	4	14	4,05	1	0,02
	%	75,0%	25,0%	100,0%			
Total	fi	34	16	50	4,05	1	0,02
	%	69,2%	30,8%	100,0%			

Fuente: Elaboración Propia, 2012.

Interpretación:

Del total de los encuestados indican que las complicaciones en recién nacidos prematuros es frecuente en un 66.7% y un 33.3% indica que es irregular; dentro de los que responde por atención en enfermería, 75.0% indican que es bueno y un 25.0% refieren que es deficiente.

Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, Por lo tanto, se infiere que existe suficiente evidencia estadística para decir si el personal de neonatología aplicara de manera oportuna el proceso de

atención de enfermería a los recién nacidos prematuros disminuirían complicaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Hipótesis Específica 2

- ✚ **Hi₂**: Si el área de neonatología contara con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros disminuiría los riesgos de complicaciones que se presentan en el Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ **Ho₂**: Si el área de neonatología contara con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros NO disminuiría los riesgos de complicaciones que se presentan en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

TABLA N°02

Equipo Médico * Riesgos en Complicaciones en Recién Nacidos Prematuros

		Constantes	Ocasionales	Total	Chi 2	GI	p Valor
Suficiente	fi	20	10	30			
	%	66,7%	33,3%	100,0%			
Escaso	fi	15	5	20	5,02	1	0,02
	%	75,0%	25,0%	100,0%			
Total	fi	35	15	50			
	%	68,2%	31,8%	100,0%			

Fuente: Elaboración Propia, 2012.

Interpretación:

Del total de los encuestados indican que los riesgos en complicaciones en recién nacidos prematuros es constante en un 66.7% y un 33.3% indica que es ocasional; dentro de los que responde por equipo médico, 75.0% indican que es escaso y un 25.0% refieren que es suficiente.

Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, Por lo tanto, se infiere que existe suficiente evidencia estadística para decir si el área de neonatología contara con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros disminuiría los riesgos de complicaciones que se presentan en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Hipótesis Específica 3

- ✚ **Hi₃**: Si el Instituto Nacional de Salud del Niño contara con un espacio físico adecuado se brindaría una mejor atención de los recién nacidos prematuros
- ✚ **Ho₃**: Si el Instituto Nacional de Salud del Niño contara con un espacio físico adecuado NO se brindaría una mejor atención de los recién nacidos prematuros.

TABLA N°03

Espacio Físico * Atención de Recién Nacidos Prematuros

		Buena	Deficiente	Total	Chi 2	Gl	p Valor
Suficiente	fi	21	9	30	3,99	1	0,03
	%	66,7%	33,3%	100,0%			
Escaso	fi	14	6	20			
	%	75,0%	25,0%	100,0%			
Total	fi	35	15	50			
	%	68,2%	31,8%	100,0%			

Fuente: Elaboración Propia, 2012.

Interpretación:

Del total de los encuestados indican que la atención a los recién nacidos prematuros es buena en un 66.7% y un 33.3% indica que es deficiente; dentro de los que responde por espacio físico, 75.0% indican que es limitado y un 25.0% refieren que es suficiente.

Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, Por lo tanto se infiere que existe suficiente evidencia estadística para si el Instituto Nacional de Salud del Niño contara con un espacio físico adecuado se brindaría una mejor atención de los recién nacidos prematuros.

Hipótesis Específica 4

- ✚ **Hi4:** Si el personal de enfermería cumpliera con las normas de bioseguridad se brindaría una atención de mejor calidad en los recién nacidos prematuros en el Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ **Ho4:** Si el personal de enfermería cumpliera con las normas de bioseguridad NO se brindaría una atención de mejor calidad en los recién nacidos prematuros en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

TABLA N°04

Normas de Bioseguridad * Atención de Calidad de Recién Nacidos Prematuros

		Buena	Deficiente	Total	Chi 2	GI	p Valor
Se cumple	fi	9	21	30			
	%	33,3%	66,7%	100,0%			
No se cumple	fi	14	6	20	5,09	1	0,02
	%	75,0%	25,0%	100,0%			
Total	fi	23	27	50			
	%	31,8%	68,2%	100,0%			

Fuente: Elaboración Propia, 2012.

Interpretación:

Del total de los encuestados indican que la atención de calidad a los recién nacidos prematuros es buena en un 33,3% y un 66,7% indica que es deficiente; dentro de los que responde por cumplimientos de normas de seguridad, 75.0% indican que no se cumple y un 25.0% refieren que si se cumple.

Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, Por lo tanto, se infiere que existe suficiente evidencia estadística para si el personal de enfermería cumpliera con las normas de bioseguridad se brindaría una atención de mejor calidad en los recién nacidos prematuros en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Comprobación de hipótesis

- ✚ **La hipótesis N° 1:** resultó ser negativa ya que el personal a pesar de tener establecidos protocolos de neonatología, no aplican correctamente los procedimientos protocolarios para atender de manera correcta a los recién nacidos prematuros que acuden al Instituto Nacional de Salud del Niño.
- ✚ **La hipótesis N° 2:** resultó ser negativa, debido a que el área de neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño, no cuenta con el equipo médico adecuado para la atención de los recién nacidos prematuros.
- ✚ **La hipótesis N° 3:** resultó negativa, no existe un espacio físico adecuado en el área de neonatología para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros.
- ✚ **La hipótesis N° 4:** resultó ser negativa, debido a que el personal de enfermería que labora en el área de neonatología no cumple con las normas de bioseguridad establecidas por el INSN.

Contrastación de la hipótesis general

- ✚ **Hi:** Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.

✚ **Ho:** Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería no pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.

TABLA N°05
Calidad de Atención de Enfermería* Complicaciones de Recién Nacidos Prematuros

		Ocasionales	Permanentes	Total	Chi 2	Gl	p Valor
Buena	fi	10	20	30			
	%	33,3%	66,7%	100,0%			
Deficiente	fi	13	7	20	5,49	1	0,02
	%	75,0%	25,0%	100,0%			
Total	fi	23	27	50			
	%	31,8%	68,2%	100,0%			

Fuente: Elaboración Propia, 2012.

Interpretación:

Del total de los encuestados indican que las complicaciones en la atención a los recién nacidos prematuros son ocasionales en un 33,3% y un 66,7% indica que son permanentes; dentro de los que responde por calidad de atención de enfermería, 75.0% indican que es deficiente y un 25.0% refieren que es buena.

Dado que el valor de $p < 0,05$ la hipótesis nula se rechaza, por lo tanto, se infiere que existe suficiente evidencia estadística para la deficiente calidad de atención de enfermería puede originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que acuden al Hospital Nacional de Salud del Niño en el año 2011.

4.3. **Discusión de resultados**

Los resultados de la investigación sobre Puerta y otros (2001), en su investigación “Factores Motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de Sala de Parto del Hospital Central V Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, permitió determinar con evidencia científica que los factores motivacionales no están asociados a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, específicamente entre la existencia de normas institucionales de apoyo del proceso de enfermería, el número de recursos de enfermería y recursos materiales y la aplicación del mismo.

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta indispensable para proporcionar atención directa según las necesidades reales de cada usuario, partiendo desde un punto de vista científico, por lo que es importante que el profesional de enfermería al momento de ejecutarlo tenga claro que este debe ir dirigido a cumplir un objetivo que es mantener el bienestar del usuario en un nivel óptimo.

También es importante mencionar que con la investigación se logró conocer que las existencias de normas institucionales no están relacionadas con la aplicación del proceso. Los resultados obtenidos en la pregunta 1 nos permiten afirmar que el 73% de enfermeras encuestadas si conocen el proceso de atención de enfermería y el 77% de enfermeras si elabora el proceso de atención de enfermería (pregunta 2).

Planche, Y. (2008), en su investigación “Influencia del déficit del personal de enfermería en cuanto a la calidad de atención brindada al paciente en la unidad de medicina “a” del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Cumana, Estado Sucre”, la misma que tuvo como objetivo Determinar la influencia del déficit de personal de enfermería en cuanto a la

calidad de atención brindada al paciente en la unidad de medicina "A" del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá Cumaná estado Sucre, refirió que existe un déficit realmente en cuanto a la atención que brinda el servicio de enfermería, hecho que coincide con nuestros resultados.

Expresando el contraste con nuestra tesis que se presenta para el grado de magister, en la Maestría en Educación- Mención Salud Pública- de la Universidad Hermilio Valdizán, no hay concordancia con el primer estudio citado, pues cada investigación sólo enfoca de manera diferente y de acuerdo al lugar donde se aplica.

Según Montes (2005), el tiempo de permanencia en el hospital oscila entre unos días y varias semanas, en función de las complicaciones que se presenten y lo que tarde en superarlas. Cuando la calidad de la respiración sea satisfactoria, la evolución del peso llegue a unos niveles aceptables, la tolerancia a la alimentación sea adecuada, no aparezcan episodios infecciosos y el nivel de desarrollo de sus órganos vitales sea favorable, el bebé saldrá de la incubadora y pasará un período en la cuna del hospital hasta alcanzar la autonomía funcional y el peso suficiente que permitan autorizar su traslado a casa. Se refuerza esta afirmación con los resultados de la pregunta 5, en la que las enfermeras si aplican los métodos de observación, valoración y palpación para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros en un 77%.

El Minsa (2006), refiere que la profesión de Enfermería exige constantemente mantener relaciones interpersonales; es en este contacto que a veces se dejan de lado factores tan importantes para la profesión como lo es la percepción que pueda tener el usuario (Cliente o paciente), acerca del desempeño o de la imagen que el profesional proyecte. Señala asimismo

que la población usuaria, a través de la percepción que tiene de un profesional, ejerce un rol fundamental en el desarrollo y reconocimiento de éste, por ser el que demanda la atención en salud, y el que puede presionar para solicitar la atención debida. Este factor es muchas veces ignorado, o no se le ha dado la importancia debida, ya que la profesión se ha preocupado de entregar una imagen, y no se ha constatado que el usuario la perciba como debiera. Esta afirmación se ve reforzada con los resultados de la pregunta 7 en la que los resultados indican que el 73% de enfermeras indicó que el personal médico cumple con sus horarios distribuidos y su carga laboral en el área de neonatología.

Del mismo modo señala el Minsa (2006) que el proceso de enfermería proporciona atención directa a los usuarios afectados física y emocionalmente de acuerdo al diagnóstico de enfermería para satisfacer sus necesidades reales y potenciales y así proporcionar una buena atención en el tratamiento y rehabilitación del usuario; sin embargo es conveniente emitir una definición del proceso de atención de enfermería para tener un concepto más formal del mismo, para ello se define como: “Un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigido a cumplir el objetivo de la enfermera, mantener el bienestar del usuario a nivel óptimo”. Este resultado se ve reforzado con los resultados de la pregunta 19 en la que se señala que el 73% de encuestadas indica que si es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología.

4.4. Aporte de la investigación

El estudio realizado ofrece un aporte científico, pues servirá como diagnóstico situacional sobre las condiciones en las que se brinda un servicio de atención a los niños recién nacidos prematuros del INSN; y permitirá asimismo proporcionar información referente para estudios posteriores acerca de la manera cómo se debe brindar este servicio y lo que no se debe hacer para mejorarlo constantemente.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos de la presente investigación se infieren las siguientes conclusiones:

1. El personal de enfermería conoce claramente los procedimientos protocolarios adecuados y los aplica correctamente frente a las situaciones de salud en los Recién nacidos prematuros según la encuesta y los resultados hallados. Mediante el método investigativo hemos concluido que por la falta de equipo médico adecuado para la atención de los Recién Nacidos Prematuros el protocolo no es aplicado correctamente.
2. El personal de enfermería que labora en el área de neonatología y específicamente en recién nacidos orienta a las madres en el cuidado post - natal para evitar complicaciones en el Recién Nacido Prematuro, sin embargo, en la encuesta realizada se evidencio que el 60% de las madres reciben la orientación adecuada sobre los cuidados de su Recién Nacido.
3. Mediante la encuesta realizada, hemos detectado que el área de neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño no cuenta con el espacio físico adecuado para brindar atención de calidad a los Recién Nacidos Prematuros.
4. Según la encuesta realizada y mediante el método de observación sobre las normas de bioseguridad al personal de enfermería, se concluyó que no se cumplen correctamente las normas de bioseguridad, con lo que se pone en riesgo la integridad y salud del niño prematuro nacido.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda implementar un plan de concientización en la aplicación de los protocolos de atención y normas de bioseguridad dirigidos hacia el personal de enfermería que labora en el área de neonatología y atención para recién nacidos prematuros del Instituto Nacional de Salud del Niño; pues esta campaña o programa permitirá que los involucrados (enfermeras, personal administrativo y familiares) tomen conciencia de la importancia y necesidad de cumplir con lo que está establecido.
- 2) Concientizar a los involucrados acerca de la importancia de la correcta aplicación de las normas de bioseguridad y qué esto puede contribuir en mejorar la calidad de atención que se les brinda a los recién nacidos prematuros en el área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- 3) Socializar con el personal de enfermería los protocolos de atención de neonatología establecidos por el Ministerio de Salud para la atención de los recién nacidos prematuros que son atendidos en el área de neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Aguilar (2010); *Tratados de Enfermería Pediátrica. Cuidados pediátricos*. Bogotá: Ed. Presencia Ltda.
2. Bernal Torres, C. A. (2006). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México:
3. Bethea (2005); *Enfermería Materno Infantil*. Editorial Interamericana. México.
4. Booz-Allen, H. (1992). *Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud*. Nueva York:
5. Dräger, (2000), *Caleo – Incubadora para lactantes, Instrucciones de uso*, 2ª edición.
6. Dugas, (2006), *Tratado de Enfermería Práctica*, 4ta edición, McGraw-Hill Interamericana, México.
7. Esteban A. (1988). *El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida*. Rev Clin Esp;182(3):166.
8. Farías, E. (2004). *Terapia intravenosa e integridad de la piel en el recién nacido*, Chile, Obtenido en: www.prematuros.cl/webdicembre/enfermerianeonatal/piel.htm.
9. Fernández, E. (1990). *Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería*, ISCM-H, Cuba, 1990.
10. González, R.; Aloy, J. y Mussons, F. (1995). *Neonatología – Procedimientos diagnósticos y terapéuticos*, Espaxs: Barcelona, ISBN 84-7179-264-8.
11. Heskett (2008). *The Service Profit Chain*. NY: The Free Press.
12. Jiménez, T. (1997). *El proceso de enfermería una metodología para la práctica*. Editorial Oklon, Colombia,

13. Jorgensen, K., MSN/MBA, Hon. (2000). En colaboración con Children's Medical Ventures. *Asistencia al recién nacido prematuro orientada al desarrollo* – Breve descripción general, 2ª edición. Catálogo Internacional. Obtenido en: www.childmed.com.
14. Kozier y Cols (1999).; *Enfermería Fundamental. Conceptos, Proceso y Práctica*. España Editorial Interamericana 4ª edición, Tomo I.
15. Mejía, S. (2008). Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Revisión Sistemática de la Literatura http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/vol39_3/originales/vol11/muerte_neon.htm
16. Millanao, K.; Zárate, J. (2003). *Asistencia del prematuro orientada al desarrollo*. Obtenido en: www.ucineo.com.ar.
17. Montes (2005).– *Repercusión del aseo en la estabilidad térmica del recién nacido de extremado bajo peso durante las primeras dos semanas de vida*, *Anales de Pediatría* (Barcelona); 63(1): 5-13. In www.aeped.es.
18. Montiel, G. (1988). *Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería*, Méjico: OPS-CIESS, 1988.
19. Muñoz, A . (2003). “Evaluación de la Calidad de Atención expresada por el Cliente en el Servicio de Emergencia en el Hospital Regional “Honorio Delgado”, UNSA.
20. Normas y Protocolos de Neonatología del Ministerio de Salud. (2006).
21. OPS. (1990). Serie Paltex. *Evaluación para planeamiento del programa de educación para la salud*, Edición, Editorial, Reynold Pineautt.
22. Ortega. S. (2011). *Manual de evaluación de calidad del servicio de enfermería*, Obtenido en: www.medicapanamericana.com/enfermeria/ortega

23. Paganini, J. (1993) *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria*. Washington DC: OPS-OMS.
24. Paganini, J. (2002). *La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington DC. OPS-OMS.
25. Parasuraman (1992). SERQUVAL: A multiple ítem scale for measuring. Consumer perceptions of Service Quality. NY: Spring.
26. Planche, Y. (2008). *Influencia del déficit del personal de enfermería en cuanto a la calidad de atención brindada al paciente en la unidad de medicina "a" del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Cumana, Estado Sucre*, para la Universidad de Oriente, Ecuador.
27. Prentice Hall.
28. Puerta y Otros (2000). *Factores motivacionales que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de la sala de Partos del Hospital Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto*. Trabajo de grado. Barquisimeto (Venezuela): Universidad Rómulo Gallegos
29. Redding, M. (2003): Cuidado y evaluación del niño. El neonato; El neonato, la familia y la enfermería. Enfermería pediátrica. Ed. Panamericana 6ª Edición.
30. Remuzgo (2003). "Nivel de Satisfacción del paciente Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen". Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
31. Ribes, C.; Moraga, F. A. (2005). *Recién nacido: cuidado de la piel – Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica*. Obtenido en: www.aeped.es acessado en 06/08/2012.

32. Sanchez, P. (2003). *Tendencias actuales en el cuidado del prematuro – Cuidado neonatal con atención al desarrollo – XIX Congreso español de Medicina Perinatal, San Sebastián. Obtenido en: www.se-neonatal.es*
33. Trincado, M. (2011) en *Calidad en Enfermería para la Revista Cubana de Enfermería versión impresa ISSN 0864-0319*
34. Uruce, I. (2007). “Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
35. Werther, W. (1999) *Administración de Personal y Recursos Humanos, 4º Edición*

ANEXOS

Anexo N°01: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema General ¿Cuáles es el nivel de calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Qué nivel de conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería tiene el personal de neonatología para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño?</p> <p>¿Es suficiente la cantidad de personal médico con que cuenta el Área de Neonatología para brindar una apropiada atención de calidad a los recién nacidos prematuros del Instituto Nacional de Salud del Niño?</p>	<p>Objetivo General Conocer el nivel de la calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería que tiene el personal de neonatología para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño.</p> <p>Establecer si es suficiente la cantidad de personal médico con que cuenta el Área de Neonatología para brindar una apropiada</p>	<p>Hi: Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.</p> <p>Ho: Los bajos niveles de calidad de atención de enfermería no pueden originar complicaciones en los recién nacidos prematuro que son atendidos en el Área de Neonatología del Hospital Nacional de Salud del Niño.</p>	<p>Variable Independiente: Calidad en Atención en Enfermería</p> <p>Variable dependiente: Complicaciones en la atención a los recién nacidos prematuros</p>	<p>Nivel de investigación: descriptiva y explicativa</p> <p>Tipo de investigación: Prospectivo, Observacional, Transversal, Analítico.</p> <p>La población muestral estuvo conformada por 22 enfermeras del Área de Neonatología del INSN, siendo considerado el 100%, por el tamaño de la población; por lo que es un muestreo no probabilístico, intencional.</p>

<p>¿Es apropiado el espacio físico que tiene el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros?</p> <p>¿El personal de enfermería cumple con las normas de bioseguridad establecidas para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuro del Instituto Nacional de Salud del Niño?</p>	<p>atención de calidad a los recién nacidos prematuros del Instituto Nacional de Salud del Niño.</p> <p>Analizar si es apropiado el espacio físico que tiene el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuros.</p> <p>Conocer si el personal de enfermería cumple con las normas de bioseguridad establecidas para brindar una atención de calidad a los recién nacidos prematuro del Instituto Nacional de Salud del Niño.</p>			
--	--	--	--	--



Anexo N°02: Consentimiento Informado



ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE NEONATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, PERÍODO 2011”

OBJETIVO: Conocer el nivel de la calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011

INVESTIGADORA: Consuelo María Alvarado Rojas

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención (tratamiento) sin que me afecte de ninguna manera.

- **Firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma _____ del participante:

Firma del investigador responsable: _____

LIMA, 2011.



Anexo N°03: Cuestionario dirigida al personal de salud que labora en el área de Neonatología del INSN



ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Calidad de Atención de Enfermería aplicada en Recién Nacidos Prematuros atendidos en el Área de Neonatos del Instituto Nacional de Salud del Niño, período 2011.”

OBJETIVO: Conocer el nivel de la calidad de atención de enfermería aplicada en recién nacidos prematuros atendidos en el Área de Neonatología del Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2011.

INVESTIGADORA: Consuelo María Alvarado Rojas

Leyenda para respuestas: 1: Sí, 2: No, 3: No sabe, 4: No opina

PREGUNTAS	RESPUESTAS	1	2	3	4
1.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA					
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESOS DE ATENCIÓN					
1.- ¿Conoce el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
2.- ¿Elabora el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
3.- ¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
4.- ¿Para elaborar el proceso de atención de enfermería realiza la valoración?					
PERSONAL MÉDICO					
5.- ¿Los métodos de observación, valoración y palpación son aplicados para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros?					
6.- ¿Existe suficiente personal médico para el Área de Neonatología del INSN?					
7.- ¿Cumple el personal médico con sus horarios distribuidos y su carga laboral en el área de neonatología?					
ESPACIO FÍSICO					
8.- ¿Cuenta el Área de Neonatología con la suficiente área física para atender a los recién nacidos prematuros?					

9.- ¿El espacio físico actual con el que cuenta el Área de Neonatología está eficientemente distribuido?					
10.- ¿El Área de Neonatología está tugurizada actualmente?					
PREGUNTAS	RESPUESTAS	1	2	3	4
NORMAS DE BIOSEGURIDAD					
11.- ¿Existen protocolos de bioseguridad para atención en el Área de Neonatología?					
12.- ¿El personal de enfermería aplica los protocolos y normas de bioseguridad en el área de Neonatología?					
13.- ¿Se supervisa la aplicación de normas de bioseguridad en el Área de Neonatología?					
COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS					
RIESGOS EN LAS COMPLICACIONES					
14.-¿Son suficientes los equipos con que cuenta el personal de enfermería para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
15.-¿Son frecuentes las complicaciones que se han presentado en la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
16.- ¿El personal de enfermería ha podido dar solución a las complicaciones que se presentan durante la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
17.- ¿Se ha hecho alguna evaluación por parte de la jefatura para conocer si el personal de enfermería tiene suficientes conocimiento y experiencia para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
ATENCIÓN HOSPITALARIA					
18.- ¿Es apropiada la atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
19.- ¿Es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?					
20.- ¿Existe mucha presión para la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología debido al exceso de demanda de camas o atenciones?					

21.- ¿Se distribuye equitativamente el trabajo entre todo el personal de enfermería en el Área de Neonatología?				
---	--	--	--	--



Anexo N°04: Validación del Instrumento por Jueces



Nombre del experto: _____ Especialidad: _____

“Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

PREGUNTAS	RESPUESTAS	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
1.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA					
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESOS DE ATENCIÓN					
1.- ¿Conoce el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
2.- ¿Elabora el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
3.- ¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?					
4.- ¿Para elaborar el proceso de atención de enfermería realiza la valoración?					
PERSONAL MÉDICO		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
5.- ¿Los métodos de observación, valoración y palpación son aplicados para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros?					
6.- ¿Existe suficiente personal médico para el Área de Neonatología del INSN?					
7.- ¿Cumple el personal médico con sus horarios distribuidos y su carga laboral en el área de neonatología?					
ESPACIO FÍSICO		RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD

8.- ¿Cuenta el Área de Neonatología con la suficiente área física para atender a los recién nacidos prematuros?				
9.- ¿El espacio físico actual con el que cuenta el Área de Neonatología está eficientemente distribuido?				
10.- ¿El Área de Neonatología está turgurizada actualmente?				
NORMAS DE BIOSEGURIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
11.- ¿Existen protocolos de bioseguridad para atención en el Área de Neonatología?				
12.- ¿El personal de enfermería aplica los protocolos y normas de bioseguridad en el área de Neonatología?				
13.- ¿Se supervisa la aplicación de normas de bioseguridad en el Área de Neonatología?				
COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
RIESGOS EN LAS COMPLICACIONES				
14.-¿Son suficientes los equipos con que cuenta el personal de enfermería para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
15.-¿Son frecuentes las complicaciones que se han presentado en la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
16.- ¿El personal de enfermería ha podido dar solución a las complicaciones que se presentan durante la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
17.- ¿Se ha hecho alguna evaluación por parte de la jefatura para conocer si el personal de enfermería tiene suficientes conocimiento y experiencia para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
ATENCIÓN HOSPITALARIA	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD

18.- ¿Es apropiada la atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
19.- ¿Es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?				
20.- ¿Existe mucha presión para la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología debido al exceso de demanda de camas o atenciones?				
21.- ¿Se distribuye equitativamente el trabajo entre todo el personal de enfermería en el Área de Neonatología?				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y Sello del juez

Análisis de confiabilidad

Pregunta	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.- ¿Conoce el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?	0.95	0.859
2.- ¿Elabora el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?	0.742	0.869
3.- ¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) para todos los recién nacidos prematuros?	0.971	0.86
4.- ¿Para elaborar el proceso de atención de enfermería realiza la valoración?	0.92	0.864
5.- ¿Los métodos de observación, valoración y palpación son aplicados para el diagnóstico de los recién nacidos prematuros?	0.597	0.872
6.- ¿Existe suficiente personal médico para el Área de Neonatología del INSN?	0.965	0.86
7.- ¿Cumple el personal médico con sus horarios distribuidos y su carga laboral en el área de neonatología?	0.847	0.864
8.- ¿Cuenta el Área de Neonatología con la suficiente área física para atender a los recién nacidos prematuros?	-0.775	0.906
9.- ¿El espacio físico actual con el que cuenta el Área de Neonatología está eficientemente distribuido?	0.967	0.861
10.- ¿El Área de Neonatología está turgizada actualmente?	0.962	0.857
11.- ¿Existen protocolos de bioseguridad para atención en el Área de Neonatología?	0.961	0.86
12.- ¿El personal de enfermería aplica los protocolos y normas de bioseguridad en el área de Neonatología?	0.962	0.86
13.- ¿Se supervisa la aplicación de normas de bioseguridad en el Área de Neonatología?	-0.887	0.917
14.- ¿Son suficientes los equipos con que cuenta el personal de enfermería para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	0.899	0.864
15.- ¿Son frecuentes las complicaciones que se han presentado en la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	-0.864	0.901
16.- ¿El personal de enfermería ha podido dar solución a las complicaciones que se presentan durante la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	-0.971	0.915
17.- ¿Se ha hecho alguna evaluación por parte de la jefatura para conocer si el personal de enfermería tiene suficientes conocimientos y experiencia para atender a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	-0.874	0.904
18.- ¿Es apropiada la atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	0.831	0.867
19.- ¿Es buena o satisfactoria la calidad de atención que se le brinda a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología?	0.849	0.866
20.- ¿Existe mucha presión para la atención a los recién nacidos prematuros en el Área de Neonatología debido al exceso de demanda de camas o atenciones?	0.914	0.859
21.- ¿Se distribuye equitativamente el trabajo entre todo el personal de enfermería en el Área de Neonatología?	0.954	0.858

Data View empleado en el estadístico SPSS

Sujeto Pregunta	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1
4	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	2	1	2	1	3	3	1	1
5	1	1	1	3	3	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2
6	3	1	2	1	1	2	1	4	2	1	1	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1
7	2	3	1	1	1	2	1	2	2	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1
8	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	3	3	1	2
9	1	1	1	1	1	2	2	3	3	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
10	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	3	3	3	1	2	1	1	1	3	1
11	2	3	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	1	3
12	1	1	1	1	1	2	3	3	2	1	3	3	2	2	1	1	2	4	1	1	1
13	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	3	1
14	4	4	1	1	1	4	1	2	2	3	3	3	2	3	1	1	3	1	4	1	1
15	1	1	1	3	3	2	4	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1	3	3
16	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	3	2	3	3	1	3	1	4	1	1
18	2	2	1	4	4	2	1	2	4	4	3	1	2	2	1	3	2	1	1	1	3
19	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1	3	4	2	4	3	1	2	1	1	1	1
20	1	1	1	4	4	2	1	1	4	4	1	1	2	4	1	1	2	1	4	1	3
21	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1

NOTA BIOGRÁFICA

Alvarado Rojas Consuelo María, nació en la ciudad de Lima, el 17 de octubre del año 1950, hija de Roberto Alvarado Robles(Ancash) y Domitila Rojas Sile (Arequipa), realizo estudios primaria Republica de Ecuador en el distrito de Breña, secundaria Colegio nacional Elvira García y García. Contador Mercantil y Bachiller de Contabilidad, Administración de Empresas en el I.S. ARGENTINA, Título Profesional: Técnico en Enfermería – Arturo Sabroso Montoya, estudio Enfermera Pediátrica en la Universidad Cayetano Heredia. Licenciada en Enfermería en la Universidad Particular San Martin de Porres, estudio en la Universidad Nacional Federico Villarreal: Maestría de Salud Pública con Mención y Gestión Hospitalaria. Especialista Profesional Alta Dirección y Gerencia en Salud pública. Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle LA CANTUTA. Educación Inicial Especial y Educación Física – Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle LA CANTUTA. Secretaria Ejecutiva bilingüe – Escuelas Americanas, realizo SERUM en el Puesto de Salud de Caccra – Enfermera Asistencial – Cañete – Yauyos.

Trabajo: Enfermera Especialista Asistencial en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Profesora Animadora de PRONOI INICIAL – USE N° 2 Breña.

Cargos: Presidente de la Hermandad del Señor de los Milagros del Instituto Nacional de Salud del Niño, Miembro de la Liturgia y para Liturgia de la Capilla del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Con alto sentido de altruismo, gusta practicar diferentes danzas nacionales e internacionales, práctica de deportes varios, gustas desarrollar el arte gastronómico.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huancayo - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAGÍSTER

En el Aula José Villa del local de CEFOSA sede Lima de la Escuela de Post Grado, siendo las 05.00 p.m., del día viernes 12.ABR.13, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Enit Villar Carbajal	Presidente
Dra. Dimna Alfaro Quezada	Secretaria
Dr. Mario More Flores	Vocal

El (la) aspirante al Grado Académico de la Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria - Sede Lima, Consuelo María Alvarado Rojas.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "CALIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA APLICADA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS ATENDIDOS EN EL AREA DE NEONATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, PERIODO 2011".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente. Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Magister, teniendo presente los criterios siguientes:


- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
- Dicción y dominio de escenario.

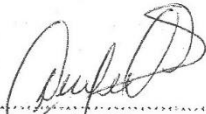
Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

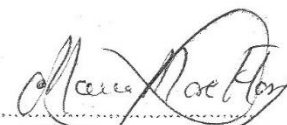
Obteniendo en consecuencia el Maestría la Nota de Distinta (16)

Equivalente a Aprobado por lo que se recomienda Aprobado ó desaprobado

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las 5 pm Horas del 12 de Abil del 2013.


PRESIDENTE
DNI N° 22 40 82 86


SECRETARIO
DNI N° 08448344


VOCAL
DNI N° 86754042

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: AVARADO ROSAS, María Consuelo

DNI: 0970 8938 Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Oficina: _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

POSGRADO	
Maestría:	<u>SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA.</u>
Mención:	_____

Grado Académico obtenido:

MAESTRO.

Título de la tesis:

CALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA APLICADA EN RECIEN NACIDOS
PREMATUROS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE NEONATOS DEL INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD DEL NIÑO, PERÍODO 2011

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 28/06/19


Firma del autor