

DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL PROCESO DE REVALIDACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS CENTRALES
RÓMULO GALLEGOS**

**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA
PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN
NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE
LA POLICLINICA METROPOLITANA.**

PRESENTADA POR

ABRANTES RODRÍGUEZ, DAVID JOSÉ

ASESOR

BETZY COLMENAREZ

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LOS TEQUES – VENEZUELA

2005

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"RÓMULO GALLEGOS "
AULAS MÓVILES LOS TEOUES - ESTADO MIRANDA**



**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar
al Título de Licenciado en Enfermería**

Autor: David Abrantes

Tutora: Lic. Betzy Colmenarez

Los Teques, Septiembre 2005

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“RÓMULO GALLEGOS “
AULAS MÓVILES LOS TEQUES - ESTADO MIRANDA**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por la Técnico Superior Universitario ABRANTES, David, para optar al título de Licenciado en Enfermería, que lleva por título: **PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA POLICLÍNICA METROPOLITANA**; considero que reúne las condiciones y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Los Teques a los días del mes de de
dos mil cinco.

Lic. Betzy Colmenarez

C.I.

DEDICATORIA

Ante todo quiero darle gracias a **Dios Todopoderoso**, ya que sin Él no hubiera podido lograr esta meta.

A **mis padres**, porque son mi mayor orgullo, por ser mi motivación, y por estar allí cuando más los he necesitado en cada instante de mi vida. Gracias por darme la vida, los quiero mucho.

A **mi esposa Aimee**, y mi hijo **Moisés**, por apoyarme siempre pero sobre todo por comprenderme y soportarme. No saben cuanto los quiero, aunque a veces no lo demuestre, gran parte de este éxito se lo debo a ustedes. Gracias.

A **mis abuelos**, María y Luis, por ser parte de mi motivación para que alcanzara mi meta.

David

AGRADECIMIENTO

Le doy las gracias primeramente a **Dios**, porque fue mi principal guía para la realización de este trabajo.

A la **Universidad "Rómulo Gallegos"**, por abrirme sus puertas y permitirme que me formara en tan importante institución educativa.

A **mi tutora Betzy Colmenarez**, por la enseñanza que impartieron durante toda la formación académica.

Al personal de la **Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana**, por su desinteresada colaboración en la realización del presente trabajo de investigación.

Gracias a la **Sra. Deysi**, porque fue de mucha ayuda en la realización de este trabajo.

Finalmente, a todas aquellas personas que de una u otra forma prestaron su colaboración.

El Autor

ÍNDICE GENERAL

	p.p.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Justificación.....	6
1.3. Objetivos de la Investigación.....	7
1.4. Alcances.....	7
1.5. Limitaciones.....	8
II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes del Estudio.....	9
2.2. Bases Teóricas.....	13
2.2.1. Definición de Protocolo.....	13
2.2.2. Conocimiento del Profesional de Enfermería sobre los Cuidados Mediatos del Neonato.....	13
2.2.2.1. Cuidados Mediatos del Neonato.....	14
2.2.2.1.1. Valoración.....	15
2.2.2.1.1.1. Valoración Respiratoria.....	15
2.2.2.1.1.2. Valoración Neurológica.....	16
2.2.2.1.1.3. Termorregulación.....	17
2.2.2.1.1.4. Nutrición.....	18
2.2.3. Técnicas de Cuidados.....	19
2.2.3.1. Lavado de Manos.....	19

	p.p.
2.2.3.1.1. Momento.....	20
2.2.3.1.2. Técnica.....	20
2.2.3.1.3. Producto.....	21
2.2.3.2. Métodos de Barrera.....	22
2.2.3.2.1. Uso de Bata Estéril.....	22
2.2.3.2.2. Uso de Gorro.....	23
2.2.3.2.3. Uso de Mascarilla.....	23
2.2.3.2.4. Uso de Guantes Estériles.....	23
2.2.3.2.5. Uso de Lentes Protectores.....	24
2.2.3.3. Saneamiento Ambiental.....	24
2.2.3.3.1. Desinfección del Área.....	25
2.2.3.3.1.1. Lavado Rutinario.....	25
2.2.3.3.1.2. Lavado Terminal.....	26
2.3. Teorías.....	26
2.3.1. Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	26
2.3.2. Teoría de Enfermería de Jean Watson.....	27
2.4. Bases Legales.....	27
2.4.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...	28
2.4.2. Código Deontológico de Enfermería (1991).....	28
2.4.3. Ley Orgánica de Salud.....	28
2.4.4. Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA).....	39
2.5. Reseña Histórica de la Policlínica Metropolitana.....	29
2.6. Sistema de Variables.....	31
2.7. Definición de Términos.....	33
III MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1. Tipo de Estudio.....	34
3.2. Población.....	35
3.3. Muestra.....	35

		p.p.
	3.4. Instrumento.....	36
	3.5. Validez.....	36
	3.5.1. Procedimiento.....	37
	3.5.2. Observaciones dadas por los Expertos o Jueces.....	37
	3.6. Confiabilidad.....	37
	3.7. Presentación y Análisis de los Resultados de la Investigación	38
IV	LA PROPUESTA.....	52
	INTRODUCCIÓN.....	52
	JUSTIFICACIÓN.....	52
	OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE CUIDADO DE	
	ENFERMERÍA.....	53
	Objetivo General.....	53
	Objetivos Específicos.....	53
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
	Conclusiones.....	56
	Recomendaciones.....	57
	REFERENCIAS.....	59
	ANEXOS.....	62
	A. Instrumento de Recolección de Datos (Cuestionario)	
	B. Validez	
	C. Confiabilidad	

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro		p.p.
1	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración Respiratoria en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	39
2	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración Neurológica en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	40
3	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración Termorregulación en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	41
4	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración de la Nutrición en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	42
5	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos referida al Momento.....	43
6	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos.....	45
7	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos referida al Producto.....	47
8	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre los Métodos de Barrera.....	48
9	Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre el Saneamiento Ambiental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

	p.p.
Gráfico 1.....	39
Gráfico 2.....	40
Gráfico 3.....	41
Gráfico 4.....	42
Gráfico 5.....	43
Gráfico 6.....	45
Gráfico 7.....	47
Gráfico 8.....	48
Gráfico 9.....	50

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL**

**“RÓMULO GALLEGOS”
AULAS MÓVILES LOS TEQUES
ESTADO MIRANDA**

**PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA.**

Autora: David Abrantes

Tutora: Lic. Betzy Colmenarez

Fecha: 2005

RESUMEN

La presente investigación está dirigida a diseñar un Protocolo de Cuidado de Enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, durante el primer semestre de 2005. El estudio se trata de una propuesta o Proyecto Factible, apoyado en una investigación de campo de carácter descriptivo. La población objeto a estudio estuvo conformada por treinta y seis (36) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, distribuidas en los cuatro turnos de trabajo. La muestra seleccionada fue de dieciocho (18) profesionales de enfermería que representan el 50% de la población a través de un muestreo probabilístico accidental. En cuanto al instrumento para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, con un total de veinticuatro (34) ítems en escala dicotómica (SI-NO). La validez fue a través de juicio de expertos y la confiabilidad se obtuvo a través de una prueba piloto cuyo resultado fue un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0,9694. Los resultados evidenciaron que los profesionales de enfermería poseen un deficiente conocimiento sobre los cuidados mediatos al neonato, con respecto a las técnicas asépticas así como en lo que se refiere a lavado de manos y utilización de los métodos de barrera, por lo que se recomienda implementar el protocolo de cuidado propuesto en esta investigación.

Descriptorios: Protocolo, cuidado de enfermería, prevención, infecciones nosocomiales, neonatos.

INTRODUCCIÓN

La enfermería como área de la ciencia de la salud, participa en la ejecución de un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos para satisfacer las necesidades de los pacientes, sin embargo, éstas pueden ser causa de la aparición de infecciones nosocomiales y sobre manera aquellos neonatos que son atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, que están sometidos a múltiples métodos invasivos.

Las infecciones nosocomiales han sido desde siempre uno de los problemas más graves en la atención del neonato hospitalizado en las Unidades de Cuidados Intensivos con los cuales se enfrenta el personal de salud. Han demostrado su presencia aún a pesar de los esfuerzos que hacen los profesionales de enfermería en la utilización de medidas de prevención de infecciones tales como las técnicas asépticas referidas al lavado de manos, al método de barrera y saneamiento ambiental en los cuidados mediatos del neonato.

La presente investigación está dirigida a los profesionales de enfermería, quienes son las personas que más guardan contacto con los neonatos, en tal sentido, debe asumir medidas de tipo preventivas para evitar las infecciones nosocomiales, considerando que el factor conocimiento es fundamental en los cuidados de enfermería del neonato críticamente enfermo.

En atención a estos planteamientos, se desarrolla la siguiente investigación con el objetivo de proponer un protocolo de cuidado de enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, durante el primer semestre del año 2005.

Es importante señalar que el contenido del presente estudio se estructuró en cuatro capítulos, discriminados de la siguiente manera:

Capítulo I, donde se desarrollo todo lo referente al problema: su planteamiento, la justificación del mismo, los objetivos del estudio, limitaciones y alcances.

Capítulo II, que comprende el Marco Teórico, donde se exponen los antecedentes, las bases teóricas, teoría de enfermería, bases legales, reseña histórica de la Policlínica Metropolitana, sistema de variables, su operacionalización, la definición de términos.

Capítulo III, donde se ubica lo referente al marco metodológico y contiene el tipo de investigación, población, muestra, instrumento, validez, procedimiento, observaciones de los expertos, confiabilidad y presentación y análisis de los resultados.

Capítulo IV, viene a constituir el planteamiento del protocolo referido al cuidado de enfermería para la prevención de las infecciones nosocomiales en neonatos.

Luego se presentan las conclusiones del estudio y las recomendaciones.

Finalmente, se presentan la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de salud pública para las instituciones hospitalarias en el mundo entero, han estado presentes a pesar del uso de los antibióticos de amplio espectro. De allí que los microorganismos patógenos causantes de las infecciones nosocomiales provienen de la piel del usuario, de otros usuarios, personal médico y enfermeras, instrumentos contaminados, equipo mal esterilizado o del ambiente.

En este sentido, las infecciones nosocomiales son un riesgo al que está expuesto cualquier usuario que acude a un establecimiento de salud, más aún en las Unidades de Cuidado Intensivo. Ello es debido, entre otros factores, a la mayor frecuencia de usuario con alta susceptibilidad a las infecciones, a la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos y a la realización de procedimientos invasivos, lo que ocasiona más tiempo de estadía hospitalaria, recuperaciones más lentas y la separación prolongada de los familiares.

La infección, es planteada por Mosby (1997) como “el resultado de la penetración, proliferación, actividades metabólicas y efectos fisiopatológicos de los microorganismos en los tejidos vivos” (p.426). En este estudio, las infecciones nosocomiales son un riesgo al que está expuesto el neonato que es atendido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, ya que mensualmente se registra un número considerable de infecciones nosocomiales (aproximadamente ocho (8) neonatos infectados) que exige del equipo de salud, y principalmente a los profesionales de enfermería en su labor diaria, a tener conocimientos sobre los cuidados mediatos del neonato, aplicar las técnicas asépticas

en todos los procedimientos de rutina que realiza, así como también la utilización de los métodos de barrera, con el fin de disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales en neonatos.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999), el treinta y cinco por ciento (35%) de los enfermos que ingresan en los hospitales de los países desarrollados, como Estados Unidos y Rusia, presentaron durante su estadía infecciones asociadas provenientes del ambiente hospitalario y un dramático sesenta por ciento (60%) de los enfermos de los hospitales en los países en vías de desarrollo, como es el caso de Nicaragua, República Dominicana, entre otros.

Asimismo, en los Estados Unidos se estima que anualmente alrededor de dos (2) millones de pacientes adquieren infecciones nosocomiales además de causar o contribuir a la mortalidad de alrededor de ochenta y ocho mil (88.000) personas, obteniendo como resultado un cincuenta y ocho por ciento (58%) como porcentaje inicial de infecciones.

Por otra parte, en reportes sobre incidencia de infecciones nosocomiales en hospitales mexicanos son pocos los centros de salud que refieren su incidencia de infecciones nosocomiales en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y cuyas cifras van de veintiún por ciento (21%) a cincuenta y uno por ciento (51%) cifra muy similar a la incidencia global en hospitales pediátricos en este país.

Venezuela no escapa de esta realidad, apreciándose en los centros hospitalarios que son un problema de larga data que ha llevado a dejar muertes en neonatos que pudieron ser recuperables, si no se hubiesen complicado con infecciones nosocomiales durante su estancia en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

En el Distrito Sucre del Estado Miranda, al cual está adscrito la institución objeto de estudio, según información de la Oficina de Estadística de la Región de Salud, no se llevan estadísticas exactas de las infecciones nosocomiales en neonatos debido a que el finito es muy pequeño y por tal razón no se toma en cuenta a nivel regional sino en cada institución de salud.

En la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la Policlínica Metropolitana, en estudio realizado por el Comité de Infecciones (2004) refiere que un treinta y cinco por ciento (35%) de los neonatos que ingresaron presentaron infecciones nosocomiales por Acinetobacter y Seudomonas, mientras que un quince (15%) la presentaron con enterobacterias (enterabacter SPP y Klebsella Pneumoniae), permitiendo presumir que existe una deficiencia notoria en la aplicación de técnicas de asepsia y antisepsia en relación con el lavado de manos por la enfermera, antes y después de los procedimientos, inobservancia en la aplicación de los métodos de barrera, tal como el uso de bata, gorro, mascarilla, guantes, lentes protectores, entre otras, así como también la limpieza del área clínica con las técnicas específicas para este fin. Asimismo, la valoración, como base fundamental de los cuidados mediatos que se proporcionan al neonato, se efectúa en forma rápida y poco detallada lo que impide prever complicaciones en el neonato; y, por lo tanto, hacer una correcta planeación de los cuidados al no hacer una jerarquización de las necesidades que en el neonato deben ser satisfechas prioritariamente.

A fin de mejorar cada vez los cuidados de enfermería, se plantea la necesidad de crear un protocolo que guíe la práctica, unificando los criterios profesionales para la atención directa, minimizando los posibles riesgos a los que están expuestos los neonatos en los distintos procedimientos de rutina.

Por lo antes descrito, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre los cuidados mediatos al neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana?

¿Cumplen los profesionales de enfermería las técnicas de cuidados para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal?

¿Es factible el diseño de un Protocolo de Cuidados de Enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana?

1.2. Justificación

El presente trabajo de investigación relacionado con el diseño de un protocolo de atención para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, se fundamentó en datos estadísticos y la observación directa al realizar el diagnóstico situacional de salud en el área de estudio.

De allí las razones que justifican la elaboración de un protocolo de atención para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato, desde la perspectiva de la existencia misma de la profesionalidad y la ética que éste conlleva.

La inquietud de las enfermeras(os) crece día a día con la finalidad de mejorar la atención que ofrece al usuario en su atención continua para lograr justificar el lugar que ocupa dentro del equipo de salud, contando con los conocimientos adquiridos sobre las técnicas y procedimientos, preparación y capacitación para lograr el bienestar en pro del neonato.

Desde el punto de vista práctico, beneficiará a los profesionales de enfermería porque se establece la propuesta de un protocolo de cuidados para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

Esta propuesta también beneficiará a la institución, reduciendo la incidencia de infecciones nosocomiales en los neonatos, optimizando de esta manera la calidad de atención y proporcionando mayor comodidad a estos usuarios.

Asimismo, se pondrá de manifiesto la disminución de los gastos para los familiares del neonato, los cuales se verán beneficiados también con este estudio.

Desde el punto de vista teórico, el personal de enfermería contará con un protocolo de cuidados que le resultará útil para reforzar los conocimientos científicos teóricos en cuanto a los cuidados que deben ser administrados a los neonatos durante su estadía en la UCIN, con la finalidad de prevenir la aparición de infecciones nosocomiales.

Desde el punto de vista metodológico, servirá de aporte para futuros estudios, a la vez que será de utilidad para promover y aplicar protocolos de cuidados en neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, a fin de ofrecer técnicas y procedimientos adecuados que contribuyan al bienestar de los neonatos fundamentado en el razonamiento científico.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Diseñar un Protocolo de Cuidado de Enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, durante el primer semestre de 2005.

1.3.1. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre los cuidados mediatos al neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.
- Identificar las técnicas de cuidados utilizadas por los profesionales de enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.
- Elaborar el Protocolo de Cuidado de Enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

1.4. Alcances

Permitir a los profesionales de enfermería la unificación de criterios en cuanto a los lineamientos que se deben seguir para el cuidado mediato al neonato para evitar las infecciones nosocomiales en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

Reducir al máximo las infecciones nosocomiales en el neonato, para así disminuir la estadía hospitalaria y la separación de su entorno familiar.

1.5. Limitaciones

En la realización del estudio se encontró una limitación relacionada con las estadísticas a nivel de la Región del Estado Miranda, porque según información de la Oficina de Estadística de la Región de Salud, no se llevan las mismas debido a que la incidencia de estas infecciones es pequeña a nivel estatal, por lo que es llevada por cada institución de salud en particular.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Román, A. y Rey, Y. (2005) realizaron una investigación titulada: Estándar de calidad para prevenir las infecciones hospitalarias en usuarios post-operados en las Unidades Clínicas de Cirugía I, II y III del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, El Llanito, Municipio Sucre, Estado Miranda. La investigación estuvo dirigida a proponer un estándar de calidad para prevenir las infecciones hospitalarias en el usuario post operado en las Unidades Clínicas de Cirugía del mencionado centro de salud, durante el primer semestre del año 2004. Se trata de un proyecto factible apoyado en un estudio de campo y descriptivo. La población objeto a estudio estuvo conformada por cuarenta y dos (42) enfermeras que laboran en la institución objeto de estudio. La muestra se conformó por veintisiete (27) enfermeras que representan el sesenta y tres por ciento (63%) de la población. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario conformado por veintitrés (23) ítems bajo escala dicotómica (SI-NO). Los resultados fueron congruentes con los objetivos formulados, lo que permitió a las autoras concluir que un porcentaje significativo de las enfermeras(os) no verifica las precauciones estándar durante la atención al usuario post operado, así como tampoco equipa el carro de cura con la dotación del material no estéril necesario para los procedimientos; por lo que se recomienda sensibilizar y concienciar a las enfermeras a cumplir con los mecanismos de protección para prevenir infecciones hospitalarias en los usuarios post operados.

Caraballo, E., Lárez, A. y Rodríguez, A. (2004) realizaron una investigación titulada: Protocolo de Atención de Enfermería a Niños con Traumatismo Craneoencefálico que ingresan a la Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. Luis

Ortega” de Porlamar. Se trató de un estudio proyectivo con diseño transversal para desarrollar un protocolo de atención de enfermería a niños que ingresan a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, Estado Nueva Esparta. La población y muestra estuvo conformada por 21 enfermeras que laboran en este servicio a quienes se le aplicó un cuestionario tipo prueba de conocimiento compuesto por 28 preguntas cerradas en relación a la anatomía del sistema nervioso central y el traumatismo craneoencefálico, al mismo tiempo que se aplicó una guía de observación compuesta por 60 ítems con respecto a los cuidados de enfermería de acuerdo a la severidad del traumatismo craneoencefálico: trivial, leve, moderado, severo y la fase post-operatoria. Los resultados de la investigación indicaron que se obtuvo un 78,41% de respuestas correctas en relación a la información que posee el personal de enfermería sobre Traumatismo Craneoencefálico en niños, al tiempo que 54,47% del personal de enfermería observado cumple “siempre” los cuidados de enfermería a niños con traumatismo craneoencefálico mientras que 45,53% los realiza “algunas veces”. Como recomendación se estableció la implementación del protocolo de atención de enfermería a niños con traumatismo craneoencefálico que ingresan a la Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar.

Correa, G., Díaz, G. y Rodríguez, A. (2004) realizaron un estudio titulado: Propuesta de Estándar de Proceso basado en Intervenciones de Enfermería para el cuidado respiratorio en pacientes críticos con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Policlínico “La Viña”. La investigación tuvo como propósito diseñar un estándar de proceso basado en intervenciones de enfermería para el cuidado respiratorio de pacientes críticos con ventilación mecánica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Policlínico “La Viña”, de Valencia, Estado Carabobo. Dicho estudio metodológicamente está enmarcado en un diseño de investigación tipo proyecto factible apoyado en una investigación de campo descriptiva, cuya población fue conformada por 32 profesionales de enfermería. Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento tipo cuestionario, contentivo de datos demográficos y

49 ítems en escala Likert, con cuatro alternativas de respuesta: Siempre (4), Casi Siempre (3), Algunas Veces (2) y Nunca (1); para identificar las intervenciones de enfermería sobre el cuidado respiratorio brindado al paciente con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos; cuya confiabilidad medida por una prueba piloto aplicando el índice Alfa de Cronbach obtuvo un valor de 0.88, altamente confiable. Los resultados analizados, aplicando la estadística descriptiva, muestran que los profesionales de enfermería ofrecen apoyo fisiológico al paciente crítico con ventilación mecánica; sin embargo, medianamente realizan acciones para ofrecer tranquilidad emocional al paciente a través de la comunicación, disminución de la ansiedad, orientación espacial y orientación temporal y en la Prevención de complicaciones los profesionales de enfermería algunas veces realizan acciones preventivas para conseguir la recuperación de la salud con mínimas complicaciones respiratorias, cardiovasculares y gastrointestinales. La propuesta estuvo estructurada por sus objetivos-intervenciones y fundamentos para intervención, obteniéndose una factibilidad de contenido de la propuesta del estándar de un 58%.

Silva, M. C. (2003) realizó una investigación titulada: Participación de Enfermería basada en el Protocolo de Atención al paciente lesionado con trauma mayor que ingresa a la Unidad de Trauma SOC de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". La investigación tuvo como objetivo determinar la participación del profesional de enfermería en el paciente lesionado con trauma mayor, basada en el protocolo ATLS (Apoyo Vital en Trauma), referidos a: la evaluación inicial y secundaria. Este trabajo es una investigación descriptiva y transaccional. La muestra utilizada fue el total de la población conformada por 16 enfermeras(os) de atención directa que laboran en la Unidad de Trauma SOC. En cuanto al método utilizado fue a través de 2 métodos: La observación y la encuesta. Para ello se diseñó una encuesta tipo cuestionario con 48 ítems relativos a los indicadores y subindicadores del estudio, así como una guía de observación en la que se observó el cumplimiento o no de las diferentes actividades contempladas en el manejo del paciente con Trauma Mayor. Estos instrumentos fueron validados a través del juicio de expertos. Los

resultados arrojaron que la participación del profesional de Enfermería en atención al paciente con lesiones múltiples en su Evaluación Inicial fue aceptable, siendo la Circulación y Control de Hemorragias la actividad que más realiza la enfermera. Con relación a la Evaluación Secundaria se observó que la participación de Enfermería en este aspecto es Deficiente, ya que existe un acentuado incumplimiento en la mayor parte de las actividades de acuerdo al Protocolo de ATLS.

Parra, M. y Guáqueta, S. (2000) realizaron en Colombia una investigación orientada a construir modelos de planes de cuidado tipo estándares de enfermería, para resolver problemas específicos de las personas que sufren infarto agudo del miocardio, tomando como eje fundamental la descripción del diagnóstico de enfermería prioritario. El objetivo general fue diseñar a través de una serie de subproyectos un modelo de planes de cuidado para el paciente coronario, que abarcara la etapa aguda de hospitalización en la Unidad de Cuidados Coronarios, los subproyectos estuvieron orientados a la identificación de las respuestas humanas más significativas para el patrón de actividad y ejercicio (función cardíaca y respiratoria, el patrón de adaptación y tolerancia al estrés y el patrón de descanso y sueño). Mediante la técnica de seguimiento y análisis clínico de casos específicos, las investigadoras con el apoyo de estudiantes de postgrado participaron directamente en el cuidado de sesenta y un (61) pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IAM), ingresados en el Servicio de Urgencias y Unidad de Cuidados Coronarios, de una institución de salud no identificada. Ello les permitió identificar los hallazgos clínicos más significativos, los cuales fueron categorizados y argumentados en términos de diagnóstico de enfermería reales y potenciales. Las etapas de análisis en el seguimiento incluyeron: Valoración diagnóstica, formulación de diagnóstico y diseño de planes de cuidado, incluyendo notas y actividades. En los resultados señalan haber elaborado quince (15) planes de cuidado para los diagnósticos en los patrones de actividad y ejercicio; cinco (05) planes de cuidados para el patrón de adaptación y tolerancia al estrés; dos (02) planes de cuidados para el patrón de descanso y sueño y trece (13) planes de cuidado para los diagnósticos relacionados con la terapia médica intervencionista para el IAM.

Las investigaciones antes mencionadas guardan estrecha relación con el presente estudio, porque destacan la importancia que tienen los protocolos de cuidados para que los profesionales de enfermería tengan una guía en los cuidados del neonato durante su estadía hospitalaria con la finalidad de prevenir las infecciones nosocomiales.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Definición de Protocolo

Según el Colegio de Enfermeras del Perú (2000) el protocolo “es una guía de atención escrita, organizada en el proceso de atención de enfermería, que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio” (p.4). Se relaciona con el objeto de estudio porque se desea diseñar un protocolo de cuidados de enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

2.2.2. Conocimiento del Profesional de Enfermería sobre los Cuidados Mediatos del Neonato.

En este contexto se hace referencia al conocimiento, según diferentes autores, de tal manera que se pueda entender, la importancia de que las enfermeras(os) adquieran conocimientos concernientes a los cuidados mediatos del neonato en la prevención de las infecciones nosocomiales.

El conocimiento es definido por Méndez (1989) como “un proceso intelectual por el cual se establece una relación entre quien conoce (actor) y el objeto conocido, tal actitud permite la internalización del objeto de conocimiento por el actor que adquiere certeza de la existencia del mismo” (p.3). Se relaciona con el objeto de estudio porque se refiere a la información que poseen los profesionales de enfermería sobre los cuidados mediatos del neonato en la prevención de las infecciones nosocomiales de los mismos, ayudándole a su pronta restauración de la salud.

2.2.2.1. Cuidados Mediatos del Neonato

Carpenito, L. (1994) afirma que “los cuidados de enfermería deberán estandarizarse para cada paciente hospitalizado desde su ingreso hasta su alta” (p.11). Los profesionales de enfermería tienen bajo su responsabilidad el cuidado del neonato, y estar preparados para saber tratarlo a través de sus acciones propias, ya sean independientes o interdependientes, donde su objetivo es prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A medida que los avances en Enfermería continúan, se va haciendo posible una mejoría en los cuidados de los bebés con complicaciones. Se ha convertido así en una responsabilidad de la enfermera al uso apropiado de la valoración y de las habilidades de intervención en los cuidados del neonato.

El término neonato se aplica al niño recién nacido hasta la cuarta semana después del nacimiento (Mosby, 1991, p.898); siendo considerado como un período o intervalo de tiempo, el de mayor riesgo para el recién nacido, ya que pueden surgir complicaciones tanto maternas como fetales, que afectan la vida ulterior del neonato; de esta forma, son introducidos los cuidados que se le proporcionan a los neonatos, comprendidos por un conjunto de acciones orientadas a asistir oportuna y adecuadamente al bebé por parte de la enfermera.

De esta forma, la valoración de enfermería y la identificación de los cuidados al neonato deben centrarse en el mantenimiento de los sistemas fisiológicos y en tener informada a la familia del tratamiento que está ofreciendo el equipo.

De acuerdo a Cochran, William citado por Cloherty, John y Stara, Ann (1998), señala que inicialmente se debe enseñar a examinar completa y cuidadosamente a los neonatos por sistema, lo que es fundamental para obtener la mayor información posible sobre sus condiciones, incluyendo la detección de anomalías. Agrega el teorizante precitado que el mismo debe ser rápido, para que “...el recién nacido no se enfríe” (Rivas, Reina, s/f, p.12), y un examinador experto, como la enfermera, será capaz de realizarlo en un tiempo de cinco (5) a siete (7) minutos.

2.2.2.1.1. Valoración

En las unidades neonatales especiales, la enfermera(o) hace uso de la valoración como un marco operacional para su práctica, hoy día tiene responsabilidad y participación en la evolución de la eficiencia de las medidas terapéuticas.

Dugas, B. (1991) señala “la valoración de un paciente por la enfermera contribuye a identificar sus problemas de salud. Ella es responsable de practicar muchas de las pruebas diagnósticas que ayudan a establecer la naturaleza exacta de los problemas” (p.67). De acuerdo con lo antes expuesto, la valoración implica una interacción entre los profesionales de enfermería y el neonato, y constituye la base de las siguientes fases del proceso de enfermería.

El autor precitado también afirma que la valoración continua de enfermería es esencial para obtener un conocimiento adecuado de las necesidades del neonato y la eficiencia de la asistencia que se logra a través del examen físico, cuyo objetivo es definir aquellos parámetros de tipo funcional que indica la necesidad de asistencia.

Las condiciones innatas del neonato y su interacción con el medio ambiente aumentan su exposición a factores de riesgo. A su ingreso en las unidades neonatales especiales es sometido a una serie de procedimientos invasivos para su monitoreo y tratamiento.

Expone así Koziar (1995) que “la enfermera debe valorar factores de riesgo que puedan ocasionar problemas de salud. Un factor de riesgo es un fenómeno que aumenta la posibilidad que tiene el cliente de adquirir determinada enfermedad”. (p.312)

2.2.2.1.1.1. Valoración Respiratoria

De acuerdo a Reeder, M. (1992), las primeras respiraciones fisiológicas se realizan en el momento en que aparece la cabeza del niño; es decir, en el instante de nacer a pesar de que el útero pueda presentar algunos movimientos torácico rítmicos acompañados del primer llanto, esta presentación clínica puede ser dificultosa, ya que

está caracterizada por la taquipnea, aleteo nasal, retracciones intercostales, subcostales y cianosis progresiva.

Para su valoración, se debe tomar en cuenta la frecuencia respiratoria que debe comprender entre las 40 a 60 respiraciones por minuto; se debe detectar las funciones de los músculos respiratorios y los centros nerviosos de la respiración y haya permeabilidad en las vías aéreas. Por otra parte, también es conveniente considerar la respiración diafragmática y abdominal, la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios de la misma.

2.2.2.1.1.3 Valoración Neurológica

Suministrar datos muy importantes para poder detectar precozmente alteraciones del Sistema Nervioso Central, es el objetivo que se persigue con esta valoración, así lo plantea Reeder, M. (1992), continua señalando que debe efectuarse en el momento del nacimiento, a las 24 horas o a las 40 horas; para que tenga valor, es necesario considerar al neonato como un complejo neuronal y vías nerviosas en proceso de desarrollo.

Reflejo Moro: la enfermera valorará el mismo al observar la reacción del neonato, el cual ante un ruido fuerte, súbito o la sensación de caer hacen que el bebé estire las piernas, los brazos y los dedos, arquea la espalda e inclina la cabeza hacia atrás, en seguida repliega los brazos sobre el pecho con los puños cerrados; en la tercera fase se emite un chillido leve.

Reflejo de Prensión: Se valora colocando al bebé acostado mirando hacia delante con los brazos doblados, colocarle el dedo índice en la palma de la mano reaccionando con el cierre de la mano tratando de agarrarlo; cabe destacar que la fuerza de sostén de la mano de un bebé puede ser tan fuerte que puede sostener todo su peso.

Reflejo de Búsqueda y Succión: Valorando de la siguiente manera: al tocar la mejilla del bebé, éste volteará la cabeza en dirección al estímulo con la boca abierta listo para succionar.

Reflejo de Babinski: El mismo se observa cuando se pasa suavemente la mano por la planta del pie desde el talón hasta el dedo gordo, levanta los dedos y voltea el pie hacia adentro.

Evaluación del Tono Muscular: La incapacidad fisiológica para sostener la cabeza, es una característica del recién nacido.

2.2.2.1.1.4 *Termorregulación*

Explica Iyer y otros (1993) que cuando se valora la regulación de la temperatura del neonato se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Valorar si el cuerpo o las extremidades del neonato están frías al tacto.
- Observar la actividad, la inquietud o la hiperactividad que pueden indicar que la temperatura no es adecuada para su comodidad.
- Estar pendiente de las causas del aumento o disminución de la temperatura del neonato.
- Evitar medir la temperatura rectal ya que estimula la defecación, lo que provoca la pérdida de líquidos y calorías.

Es por ello necesario valorar permanentemente al neonato con la finalidad de identificar posibles complicaciones e instituir las intervenciones de enfermería, seguras, oportunas y apropiadas.

Los cambios rápidos en la temperatura corporal pueden producir apnea y acidosis en el neonato. En consecuencia, explica Lowdermilk y otros (2003) que “debe calentarse a un bebé hipotérmico en un período de dos a cuatro horas” (p.1.035) y que para lograrlo, el bebé se coloca ya sea debajo de un calentador radiante o en una incubadora con un mecanismo de servo control. Para asegurar una respiración óptima durante el calentamiento del termostato de servo control debe aumentarse paso a paso en 0,5 °C por encima de cada valor medido en la piel. Cuando la temperatura de la piel alcanza al menos 36,5 °C, el termostato de servo control se vuelve a fijar para mantener un ambiente termoneutro.

Los diagnósticos de enfermería relacionados con la termorregulación incluyen lo siguiente:

- **Termorregulación ineficaz** relacionada con: Inmadurez; ambiente mal controlado (temperatura o localización de la habitación, equipo calentador o incubadora); infección.
- **Riesgo de apnea, hipoglucemia o acidosis** relacionado con: Estrés por frío; infección.

Explica asimismo el autor antes citado que “cuando se necesiten valoraciones e intervenciones se descubre al bebé y se lo coloca en una incubadora precalentada con un mecanismo de servo control bajo un calentador radiante o sobre una superficie caliente” (p.1.032). El uso de los equipos precalentados y con un funcionamiento apropiado también ayuda a prevenir la pérdida de calor.

2.2.2.1.1.5. Nutrición

Hay que valorar la tolerancia del bebé a la alimentación o a la nutrición parenteral. Reincluyen las ganancias o pérdidas de peso y los tipos de eliminación.

La alimentación oral se registra para Lowdermilk (2003) incluyendo:

- Tipo de alimentación
- Valoración cuantitativa de la alimentación (fuerza y duración de la aspiración).
- Vómito o regurgitación con el volumen calculado.
- Cianosis (perioral o general)
- Distensión abdominal (registro de hora, grado y efecto sobre la respiración).
- Asfixia al nacer
- Aumento de la frecuencia respiratoria o del esfuerzo respiratorio.
- Ambiente hipodérmico
- Conducto arterioso persistente
- Demandas de crecimiento
- Incapacidad del sistema renal para concentrar la orina y mantener una tasa adecuada de excreción de urea.

Es por ello que la alimentación de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos debe hacerse por cebado. Explica Lowdermilk y otros (2003) que “es un método para nutrir al bebé afectado por dificultad respiratoria, el bebé demasiado inmaduro para tener un reflejo coordinado de aspiración y deglución o al que se fatiga con facilidad con la succión” (p.1.038)

La alimentación por cebado puede realizarse de forma intermitente o continua a través de una sonda nasogástrica u orogástrica a permanencia. Pero las diversas técnicas para alimentar a los recién nacidos en la UCI va relacionada con la importancia de evitar la fatiga y la aspiración del alimento al ser ingerido o regurgitado.

Por otro lado, señala Burruoghs (1982) que la cantidad inicial de alimento que se le proporciona al neonato debe ser pequeña (5 cc) por kilo de peso del neonato, la alimentación debe administrarse lentamente dejándose caer por acción de gravedad.

De igual manera, expone que la enfermera es responsable de valorar la capacidad del neonato para succionar, ya que esta puede verse afectada por asfixia, sepsis, hemorragia intraventricular y otras lesiones neurológicas. Si existe ausencia de reflejo de succión se proporcionará la alimentación por garaje o sonda.

2.2.3. Técnicas de Cuidados

Las infecciones adquiridas en las unidades neonatales constituyen un problema único del personal de enfermería, siendo esto la causa de que los profesionales de enfermería se vean obligados a utilizar técnicas que permiten ejecutar sus cuidados con eficiencia y seguridad, entre las cuales se encuentran el lavado de manos, métodos de barrera y saneamiento ambiental. (Kozier, B. y Erb, G., 2000)

2.2.3.1. Lavado de Manos

En la piel de las manos existen diferentes microorganismos, muchos pertenecen a la flora normal cutánea, una parte de esta flora se convierte en patógena y puede causar infecciones al entrar en contacto con neonatos.

Es por ello que se considera la diseminación de infección por contacto directo como el modo de transmisión por excelencia tanto para los gran negativos y positivos, de allí que se admita que las manos del personal sanitario desempeña un importante papel en la transferencia de microorganismos patógenos y el desarrollo de infecciones. Koziar, B. y Erb, G. (2000) expresan que...

El lavado de manos consiste en la fricción breve y enérgica de las superficies enjabonadas seguidas de un enjuague de agua a fin de eliminar residuos y microorganismos transitorios residentes en la piel, hasta un número irreducible que prevenga la proliferación de microorganismos. (p.140)

El lavado de manos es uno de los procedimientos más importantes, ya que mediante su práctica en forma correcta, permite la descontaminación de las manos y antebrazos eliminando al máximo los posibles riesgos de infección por microorganismos patógenos de la piel y reduce la incidencia de las infecciones cruzadas en las áreas neonatales.

2.2.3.1.1. Momento

El lavado de manos del personal de enfermería se debe cumplir antes y después de ejecutar un procedimiento, antes y después del contacto entre neonatos, después de manejar secreciones y fluidos; de allí que se considere fundamental y debe ser reglamentado y unificado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. (Rivas, R., s/f)

2.2.3.1.2. Técnica

El lavado de manos que se ejecuta en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal se realiza para reducir el número de microorganismos de la piel sana a un nivel basal. Al respecto, Rivas, R. (s/f) recomienda seguir los siguientes pasos:

- Retirar cualquier tipo de prendas de la mano.
- Humedecer manos y muñecas con agua y jabón; el lavado debe realizarse manteniendo las manos bajas con respecto a los codos, para el lavado corriente de 10 minutos.

- Frotar vigorosamente con jabón fuera del chorro de agua.
- Evitar autosalpicarse con agua, al igual que los pisos.
- Hacer espuma frotando enérgicamente las manos.
- Prestar mayor atención a la zona situada debajo de las uñas, alrededor de las cutículas, pliegues, nudillos y los lados de las manos.
- Enjuagar bien manos y uñas.
- Mantener las manos bajas por encima del lavabo.
- Secarse manos y antebrazos aplicando leves toquecitos con una toalla, no frotar.
- Si el lavabo carece de controles que se accionan con las rodillas o el pie, cerrar los grifos protegiéndolos con una toalla de papel.

Este tipo de lavado abarca hasta la muñeca, con movimientos de rotación y fricción, haciendo especial hincapié en los espacios interdigitales y las uñas y debe efectuarse durante 15 a 30 segundos con la ayuda de antiséptico.

2.2.3.1.3. Producto

Atkinson, L. y Fortunato, N. (1999) expresan “los antisépticos son sustancias que se usan sobre tejidos vivos con el fin de inhibir la proliferación de microorganismos endógenos, es decir, la flora restante” (p.38). Debe señalarse que los antisépticos están diseñados para destruir al máximo de microorganismos posibles con un mínimo de efecto secundario sobre la piel, ya que inhiben en forma temporal el crecimiento de microorganismos en la piel.

En este sentido, se tiene que para seleccionar un agente antimicrobiano para el lavado de manos antiséptico se debe considerar aspectos como: Absorción en la piel, acción residual, reducción de la flora de la piel y espectro microbiano entre los más utilizados a nivel hospitalario para el lavado de mano antiséptico se cuenta con los Yodoformos y la Clorhexidina.

Al respecto, Malagón, G. y Hernández, L. (2000) expresan “los productos con Yodoformo son complejos que contienen yodo, poseen propiedades antimicrobianas de amplio espectro, bactericida, virucida y fungicida” (p.77). Los Yodoformos producen irritación en la piel y alergias en personas sensibles.

Dentro de este orden de importancia, se ubica otro agente antimicrobiano que actúa sobre los gran negativos, positivos, hongos y levaduras. Atkinson, L. y Fortunato, N. (1999) señalan “la clorhexidina, es un antimicrobiano que posee una alta actividad antimicrobiana, virucida y posee baja toxicidad e irritabilidad” (p.80). El efecto antimicrobiano de la Clorhexidina es causado por destrucción de la membrana celular microbiana, aún cuando se ha establecido que el agua y el jabón son suficiente para eliminar la flora transitoria, se requiere del uso de antisépticos en el lavado de manos para eliminar la flora residente o colonizante ya que ésta se multiplica en las capas superficiales de la piel.

2.2.3.2. Métodos de Barrera

El manejo de recién nacidos en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal requiere de mayores condiciones de asepsia, en la prevención de infecciones nosocomiales, para tal fin se hace necesario que los profesionales de Enfermería en su praxis diaria hagan uso correcto del equipo protector de batas, gorro, mascarilla, guantes estériles y lentes protectores, considerando que las glándulas sebáceas y sudoríparas, así como los folículos pilosos contienen microorganismos que pueden ser transferidos al huésped susceptible. (Ignatavicius, D. y Varner, M., 2001)

2.2.3.2.1. Uso de Bata Estéril

En cuanto a la utilización de bata estéril, Ignatavicius, D. y Varner, M. (2001) recomienda que “se usará una bata estéril desechable cerrada por delante con abertura trasera con puños elásticos o fruncidos fabricada en material impermeable” (p.225). El uso de bata, en el manejo de neonatos, establece barreras, crea un ambiente seguro, mantiene a un mínimo el número de microorganismos, de allí que deba descartarse después de cada uso o contaminación.

Asimismo, Atkinson, L. y Fortunato, N. (1999) señalan “las batas deben ser desechables, cubrir por completo el uniforme del personal de enfermería, llegar al menos por debajo de la rodilla, con puños ajustados por elásticas, cerrada por detrás y

lisa por delante para evitar enganches” (p.135). De esta manera, los profesionales de enfermería utilizan la bata como medida de barrera protectora, su uso debe ser de carácter obligatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal donde se debe cumplir con la premisa establecida de usar una bata por cada neonato, no salir con la bata fuera del área clínica y utilizar en todos los casos que exista peligro de contaminación.

2.2.3.2.2. Uso de Gorro

Otro de los métodos de barrera en los profesionales de enfermería es el uso de gorro, el cual se usará dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal para proteger al neonato y la vestimenta de la contaminación por el cuero cabelludo, deberá cubrir toda la cabellera y debe ser de uso obligatorio.

2.2.3.2.3. Uso de Mascarilla

Dentro de los métodos de barrera también se encuentra el uso de mascarilla para prevenir las infecciones nosocomiales. Al respecto, Potter, P. (1999) expresa “las mascarillas en el control de infecciones, tienen como propósito actuar como filtro y se llevan para disminuir la transmisión de patógenos en el aire, proteger al paciente, proteger al personal” (p.130). En tal sentido, el uso de la mascarilla es necesario para evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona a través de las gotitas de aire y secreciones, por tal, deben ser utilizadas en el área y durante todo el procedimiento. Se debe cambiar al humedecerse, ya que pierde eficacia como barrera de aislamiento.

2.2.3.2.4. Uso de Guantes Estériles

Los guantes constituyen la protección de barrera más importante, en este sentido, Ignatavicius, D. y Varner, M. (2001) señalan “los guantes de látex actúan como barrera protectora” (p.142). Los guantes estériles se deben utilizar previo lavado de manos, siempre que se dé el contacto con sangre, secreciones, líquidos

corporales, objetos; los guantes son la última prenda que se coloca después de la bata y es la última prenda en quitarse.

Asimismo recomienda Vidal y otros (1997) que los guantes se cambiarán “entre diferentes procedimientos en el mismo paciente luego del contacto con materiales que puedan contener alta concentración de microorganismos” (s/p). Por tal razón, en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología los profesionales de enfermería deberán cambiar los guantes durante los cuidados mediatos al neonato de uso obligatorio.

2.2.3.2.5 Uso de Lentes Protectores

En cuanto al uso de lentes protectores, Vidal y otros (1997) refieren que “tiene como objetivo proteger membranas mucosas de ojos, nariz y boca durante procedimientos y cuidados de pacientes con actividades que puedan generar aerosoles, y salpicaduras de sangre, de fluidos corporales, secreciones, excreciones” (s/p). En tal sentido, siempre que exista el riesgo de salpicaduras de sangre, es necesario protegerse los ojos y las mucosas de la boca y nariz.

Por tal motivo se debe usar lentes de seguridad para protección ocular, las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal deberían tomar las precauciones necesarias cuando realizan los procedimientos ya que hasta el momento carecen de esta medida de bioseguridad dentro del área.

2.2.3.3. Saneamiento Ambiental

El saneamiento ambiental abarca todas las técnicas destinadas a la eliminación de los riesgos ambientales presentes dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, específicamente aquellas que pueden inferir en desencadenar infecciones entre los neonatos. Al respecto, Álvarez, R. (2002) señala que...

Las infecciones hospitalarias son consideradas como un daño o problema de salud que se presentan con mayor probabilidad en individuos expuestos a factores de riesgos, el ambiente hospitalario conjuga muchos elementos que inciden en el desarrollo de las infecciones. (p.33)

El saneamiento ambiental requiere de un proceso que garantice la calidad de vida del ecosistema hospitalario para evitar que se transforme en un factor de riesgo no sólo para los neonatos y el personal, sino para la comunidad en general.

2.2.3.3.1. Desinfección del Área

El ambiente hospitalario puede transformarse en fuente infecciosa por contaminación externa o interna, la contaminación externa depende de la planta física (piso, paredes, techos, mobiliario) y la ropa se transforman en fuente de infección. Al respecto, Atkinson, L. y Fortunato, N. (1999) expresan que la desinfección “es un proceso básico para la prevención y control de las infecciones hospitalarias. Se logra con el uso racional de desinfectantes, su fin es destruir los microorganismos patógenos y no patógenos capaces de producir enfermedades en un huésped susceptible. (p.155). Es decir, la desinfección actúa sobre los microorganismos presentes en los objetos inanimados, destruye microorganismos patógenos y evita la diseminación.

Para Torres, N. y Contreras, G. (2002) define “desinfección es el proceso de eliminar los microorganismos patógenos en objetos inanimados” (p.621). En este sentido, se pretende que los profesionales de enfermería sean garantes del cumplimiento del lavado y desinfección dentro del área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, el mismo debe ser realizado por un personal capacitado y entrenado para realizar esta actividad y debe ser supervisado por los profesionales de enfermería y se basa en el lavado y desinfección del área clínica, mediante el lavado rutinario y terminal.

2.2.3.3.1.1. Lavado Rutinario

El lavado rutinario es explicado por Broocks, S. (1999) como “el procedimiento que se realiza después de cada proceso o séptico” (p.90). Éste consiste en lavar las paredes de arriba abajo con agua y jabón con una solución de hipoclorito de sodio concentrado de 500 a 1100 ppm de cloro libre y así poder utilizar nuevamente el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

2.2.3.3.1.2. Lavado Terminal

El lavado terminal es definido por Divo, A. (2000) como “el procedimiento que debe realizarse después de cada proceso contaminado; cada ocho días y cuando se detectan brotes infecciosos” (p.141). Dentro de este orden de importancia debe destacarse que la limpieza y desinfección del área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal es uno de los aspectos más importantes para controlar infecciones nosocomiales, el cual se llevará a cabo según las pautas, protocolos y técnicas establecidas en la institución.

2.3. Teorías

2.3.1. Modelo Conceptual de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson plantea que las necesidades de los enfermos, son factores que la enfermera(o) debe controlar o reorientar con el objetivo de restaurar la función que se encuentre alterada, sin que su intervención implique riesgo de infecciones para el enfermo, por eso basa su atención en el conocimiento, habilidades y destrezas adquiridas durante su formación y práctica profesional.

Asimismo, plantea que la función propia de la enfermera(o) consiste en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimiento en la hora de su muerte, actividades que el individuo podrá llevar a cabo sin ayuda si tuviera la necesaria fuera, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera(o) cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a que pueda adquirir independencia de esa ayuda lo antes posible.

Para Virginia Henderson, todos los seres humanos tienen una serie de necesidades que deben ser satisfechas, las cuales son iguales para todos los seres humanos sanos o enfermos, pero que deben ser identificadas individualmente para que el profesional de enfermería pueda intervenir de manera eficaz en la satisfacción

de estas necesidades en conjunto con los otros miembros del equipo de salud. En términos generales, una necesidad es algo deseable, útil o necesario para mantener la salud, recuperarse de una enfermedad y obtener sensación de bienestar.

La selección de esta teoría como base conceptual necesaria en esta investigación, es porque esta acción la realizan los profesionales de enfermería a través de los “Cuidados Básicos de Enfermería”, aplicados a través de un plan de cuidados de enfermería basados en las necesidades detectadas en el neonato.

2.3.2. Teoría de Enfermería de Jean Watson

La teoría de Jean Watson, es fundamental en la práctica de la Enfermería, es decir, es el núcleo que unifica su ejercicio siendo las premisas principales el cuidado solidario y el cuidado humanitario, siendo estos atributos los más valorables que la enfermera puede ofrecer. En este sentido, se tiene que Watson desarrolló sus ideas de los datos sobre la conducta humana fundamentada en suposiciones acerca de la ciencia del cuidado y la presencia de factores de cuidado. En consecuencia, la suposición de cuidados de J. Watson es fundamental para brindar cuidados que conlleven responsabilidad, en beneficio de que el neonato hospitalizado no se contamine con infecciones nosocomiales.

Para insertar en esta investigación sobre protocolos de cuidados de enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato, se utilizó la teoría de Jean Watson, porque fundamenta el cuidado humano como la esencia del ejercicio profesional de la enfermería. Tiene relación con el objeto de estudio porque los cuidados del neonato estarán basados bajo un protocolo de atención para prevenir las infecciones nosocomiales y Watson refiere que es fundamental que la práctica de enfermería esté unificada.

2.4. Bases Legales

El ejercicio de la enfermería tiene como basamento legal en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Código Deontológico de Enfermería.

2.4.1. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Plantea en el capítulo de los derechos sociales, en el **Artículo 76**, que “Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán en el mantenimiento de la salud pública y proveerá los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos”. (p.13)

En este sentido, la enfermera(o) es miembro del equipo de salud que velará por el cumplimiento de este artículo.

El **Artículo 82**, establece que “la Ley determinará los profesionales que requieren títulos y condiciones que deben cumplirse para ejercerlas. Es obligatorio la Colegiación para el ejercicio de aquellas profesionales universitarias que señala la ley”. (p.13)

2.4.2. Código Deontológico de Enfermería (1991)

Por lo antes expuesto, es que en 1991, el Código Deontológico de Enfermería establece:

Artículo 3: La enfermera(o) tendrá como norte en sus actos, prestar sus servicios profesionales al individuo, familia y comunidad, con responsabilidad, eficiencia, capacidad, mística y verdadera vocación.

La enfermera(o) coadyuva al cumplimiento de este artículo.

Artículo 4º. “El estudio constante de la enfermera(o) en su campo, debe mantener todo el tiempo el más alto estándar de cuidados en enfermería y de la conducta profesional”. (p.5)

En este sentido, la enfermera(o), en la actualidad, ha ido evolucionando y adaptándose para cubrir las necesidades cambiantes para el mantenimiento y conservación de la salud de la sociedad.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud (1998)

El **Artículo 3** refiere que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

En el literal 5, referido al principio de calidad, plantea que en los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integralidad..., adecuación a las normas, procedimientos administrativos y práctica profesional.

2.4.4. Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente con Exposición de Motivos (LOPNA) (1998)

Esta Ley en su **Artículo 15** establece: “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños y adolescentes”. (p.62)

En virtud de este artículo, el Estado velará por asegurarles a los neonatos un servicio de salud de calidad sobre todo en lo referente a los cuidados que requieren en esta etapa de su vida.

2.5. Reseña Histórica de la Policlínica Metropolitana

La historia de la Policlínica Metropolitana se remonta al año 1964, cuando el Dr. Pedro Elías Vargas visionó la posibilidad de construir un hospital privado inspirado en el Anderson Hospital de Houston. En 1966 expone su idea al Dr. Danilo Díaz Granados y junto al Ingeniero Nissin Toledano, los doctores Antonio Palomo y José Rafael Seijas, fundan una primera compañía con un capital inicial de Cien Mil Bolívares (Bs. 100.000,00), suscritos por estas personas a nombre de la Policlínica Metropolitana, C.A.

El nombre fue ideado por el Dr. Palomo y aprobado por el grupo, ya que expresaba el sueño común: Una clínica privada que se consolidara como las más importante de la ciudad y concebida como un hospital de múltiples opciones, que se proyectara no sólo en el ámbito nacional sino en el internacional.

El terreno donde actualmente está construida la Policlínica era propiedad de la familia Mier y Terán, estaba destinado para un Centro de Recreación Social de la Urbanización y se obtuvo con una opción de compra por tres meses.

Finalmente, el 14 de Mayo de 1975 se inauguró la Policlínica Metropolitana, luego de 6 años de iniciada la construcción y de 10 desde la constitución de la primera compañía. Los primeros años fueron muy duros y hubo que recurrir a hipotecas, así como a la venta de acciones. Allí jugaron un papel importante los Drs. Danilo Díaz Granados, Pedro Elías Vargas y el Ing. Nissin Toledado, quienes supieron convencer con sus sabias intervenciones para transmitir seguridad hacia el proyecto, logrando captar nuevos e importantes profesionales de diferentes especialidades como socios.

Los servicios que ofrecía la institución eran los siguientes: Atención al Paciente, Radiología, Quirófano, Terapia Intensiva de Adultos y Niños, Operaciones y Laboratorio. Después de algún tiempo se adquirió el equipo para Tomografía.

Hasta la fecha, el crecimiento de los servicios que ofrece la Policlínica no ha cesado, en la medida que va surgiendo la necesidad se va adecuando a la exigencia de los tiempos, actualmente es una institución con un ganado prestigio, que cuenta con un recurso especializado, profesionales de la medicina de gran trayectoria y una dotación de tecnología de punta.

El Departamento de Enfermería se encuentra conformado por:

- Una (1) Enfermera Jefe
- Una (1) Supervisora Asistencial
- Una (1) Supervisora Administrativa
- Una (1) Supervisora Docente
- Cuatro (4) Enfermeras Supervisoras
- Veinte (20) Enfermeras II
- Trescientas cuarenta y cinco (345) Enfermeras I
- Treinta y cinco (35) Auxiliares de Enfermería

2.6. Sistema de Variable

Variable: Protocolo de Atención de Enfermería para prevenir infecciones nosocomiales en el neonato.

Definición Conceptual: Según el Colegio de Enfermeras del Perú (2000) “es una guía de atención escrita, organizada en el proceso de atención de enfermería, que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio”. (p.4)

Definición Operacional: Guía para los cuidados mediatos que debe realizar los profesionales de enfermería, tomando en consideración la valoración, actividades asistenciales y precauciones estándar para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

2.7. Operacionalización de la Variable

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
Protocolo de Cuidado de Enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato.	Se refiere a la guía para los cuidados mediatos que debe realizar los profesionales de enfermería, tomando en consideración las técnicas de cuidado valoración, actividades asistenciales y precauciones estándar para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.	Conocimiento Técnicas	Se refiere a la información expresada por los profesionales de enfermería, sobre los cuidados mediatos del neonato. Se refiere a la información que expresan los profesionales de enfermería sobre la técnicas asépticas, referidas al lavado de manos y métodos de barrera, utilizadas para prevenir las infecciones nosocomiales durante el cuidado del neonato.	Cuidados mediatos del neonato. Lavado de manos Métodos de Barrera Saneamiento ambiental. Estructura.	Valoración: • Respiratoria • Neurológica • Termorregulación • Nutrición • Momento • Técnica • Producto • Uso de bata estéril • Uso de gorro • Uso de mascarilla • Uso de guantes estériles • Lentes protectores Desinfección del área: • Lavado Rutinario • Lavado Terminal	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 8, 9 10, 11 12 al 17 18 al 22 23 24 25, 26 27, 28 29, 30 31 32, 33 34
		Protocolo	Se refiere a la estructura que tiene la guía para los cuidados mediatos de enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales en el neonato.			

Fuente: realizado por el autor 2005

2.8. Definición de Términos

Antisepsia: Son los métodos preventivos utilizados para destruir y/o evitar los microorganismos o gérmenes causantes de infección.

Apnea: Ausencia de respiración espontánea.

Asepsia: Ausencia de materia séptica o infección. Ausencia de bacterias patógenas o generadoras de enfermedades.

Catéter: Tubo rígido o flexible usado para desalojar fluidos de diversas cavidades del cuerpo, especialmente cuando no funcionan adecuadamente los conductos normales de evacuación.

Fluidoterapia: Es el tratamiento a base de distintos tipos de soluciones que se les indica a los pacientes que por una u otra causa presentan desequilibrio hidroelectrolítico.

Hipoxemia: Déficit anormal de oxígeno en sangre arterial cuando está causada por un descenso de la tensión alveolar.

Infección: Invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican causando un estado morboso por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

Infiltración: Acumulación de un tejido de una sustancia extraña al estado consecutivo.

Reflejos: Que se produce involuntariamente como respuesta a un estímulo.

Venopunción: Técnica utilizada mediante la cual se introduce a través de la piel un catéter periférico o central en una vena.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

La presente investigación se trata de una propuesta o Proyecto Factible, definida por FEDEUPEL (2003) citado por Stracuzzi, S. P. y Martins Pestana, F. (2004) como “la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos” (p.91). En este caso se trató de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, en la elaboración de un protocolo de cuidado de enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales.

A su vez, es una investigación de campo, la cual es definida por Ramírez, T. (1999) como “la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos” (p.29). Los datos para realización de la presente investigación fueron recolectados a través de las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

Asimismo, es una investigación de carácter descriptivo, donde Villafranca (1996) refiere que los estudios descriptivos “describen un fenómeno o una situación mediante el estudio del mismo” (p.63). En este sentido, este estudio se considera descriptivo porque describe la variable: Protocolo de Cuidado de Enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales en Neonatos.

Es decir, el estudio propuesto es descriptivo porque en él se hace una descripción de las técnicas de cuidados para la prevención de las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

3.2. Población

Según Pérez G., A. (2002) la población “es un conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetos o elementos que se someten a estudio; pertenecen a la investigación y son la base fundamental para obtener la información” (p.65). Para los efectos de esta investigación se tomó como población de estudio, treinta y seis (36) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana. La cual estuvo conformada de la siguiente manera:

Estratos	Turno	Población
I	7 a 1	8
II	1 a 7	8
III	Grupo I	10
IV	Grupo II	10
Total		36

Fuente: Datos aportados por supervisoras del Departamento de Enfermería de la Policlínica Metropolitana. 2005.

3.3. Muestra

Con respecto a la muestra, Pérez G., A. (2002) la define como “una proporción, un subconjunto de la población que selecciona el investigador de las unidades en estudio, con la finalidad de obtener información confiable y representativa” (p.65). En la presente investigación se seleccionó como muestra 18 profesionales de enfermería, equivalente al 50% de la población, la cual se describe a continuación:

Estratos	Turno	Muestra	Porcentaje
I	7 a 1	4	11
II	1 a 7	4	11
III	Grupo I	5	14
IV	Grupo II	5	14
Total		18	50%

Fuente: Datos aportados por supervisoras del Departamento de Enfermería de la Policlínica Metropolitana. 2005.

El muestreo que fue utilizado para estudiar las enfermeras fue el no probabilístico accidental. Al respecto, Stracuzzi, S. P. y Martins Pestana, F. (2004) señalan: “Consiste en no prefijar ningún criterio de selección, excepto el tamaño de la muestra”. (p.101)

3.4. Instrumento

Villafranca (1998) plantea que “el cuestionario se diferencia de la entrevista porque para aplicarlo se necesitan la persona entrevistada y el entrevistador. Con la técnica del cuestionario la persona encuestada responde por escrito y puede hacerlo sin la presencia del encuestador” (p.65). Como instrumento de recolección de datos, se diseñó un cuestionario estructurado en dos partes. La primera parte, referida al conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre los cuidados mediatos del neonato, conformada por once (11) ítems. La segunda parte, referida a las técnicas asépticas con respecto al lavado de manos, métodos de barrera y saneamiento ambiental, conformada por veintitrés (23) ítems, para un total de treinta y cuatro (34) ítems en escala dicotómica (SI-NO). (Anexo A)

3.5. Validez

Para Pérez G., A. (2002), la validez se refiere “a la revisión exhaustiva del instrumento reinvestigación antes de ser aplicado, con la finalidad de evitar errores.

Es realizada por un panel de especialistas conocedores del tema en estudio y con experiencia en metodología de la investigación” (p.70). El instrumento fue validado por Juicio de Expertos. (Anexo B)

3.5.1. Procedimiento

En este sentido, se seleccionaron dos licenciados en enfermería y un metodólogo, aparte del tutor de la cátedra. Se les suministró una versión inicial del instrumento con sus respectivos objetivos y operacionalización de la variable, a fin de juzgar de manera independiente la calidad en relación con la congruencia, claridad, tendenciosidad de los ítems con los indicadores, observaciones y sugerencias.

3.5.2. Observaciones dadas por los Expertos

Los expertos consideraron que los ítems del instrumento guardaban congruencia, claridad y tendenciosidad con respecto a los sub-indicadores de la variable.

3.6. Confiabilidad

Ruiz (2002) refiere que el término confiabilidad “es el grado de homogeneidad de los ítems del instrumento en relación con las características que pretende medir” (p.56). Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a una muestra de 7 enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrica de la Clínica Santa Sofía, que poseían las mismas características que la institución objeto de estudio.

Para calcular la confiabilidad del instrumento se utilizó al Coeficiente Alpha de Cronbach. Al respecto, Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998) refieren que el coeficiente Alpha de Cronbach:

Requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no

es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente. (p.242)

La estimación de la confiabilidad del cuestionario se realizó utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales para Window's (SPSS for Window's) Versión 11.0 en español, el cual dio como resultado un coeficiente de 0,9694 que indicó la alta confiabilidad del instrumento para su aplicación. (Anexo C)

3.7. Presentación y Análisis de los Resultados de la Investigación

A continuación se presenta los cuadros contentivos de los resultados expresados en forma de frecuencia absoluta y porcentaje de las respuestas emitidas por los profesionales de enfermería objeto de estudio, para lo cual se aplicó una estadística descriptiva porcentual, seguidamente se realiza el respectivo análisis cuantitativo y finalmente, se hace la representación gráfica.

Escala Valorativa para el Criterio de Conocimiento de los Profesionales de Enfermería sobre los Cuidados Mediatos y las Técnicas Asépticas para prevenir infecciones nosocomiales en el Neonato

Para evaluar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los Cuidados Mediatos y las Técnicas Asépticas para prevenir infecciones nosocomiales en el Neonato, se propuso la siguiente escala:

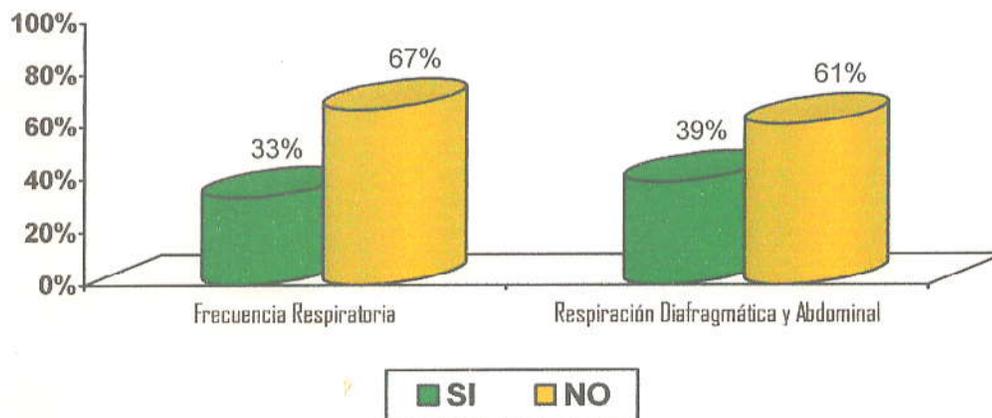
Criterios	Nivel de Conocimiento
Excelente	0% – 15%
Aceptable	16% – 25%
Deficiente	26% – 65%
Muy Deficiente	66% – 100%

Cuadro 1. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración Respiratoria en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
La frecuencia respiratoria del neonato debe oscilar entre 40 y 60 respiraciones por minuto.	6	33	12	67	18	100
En el neonato es importante considerar la respiración diafragmática, abdominal y la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios.	7	39	11	61	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 1



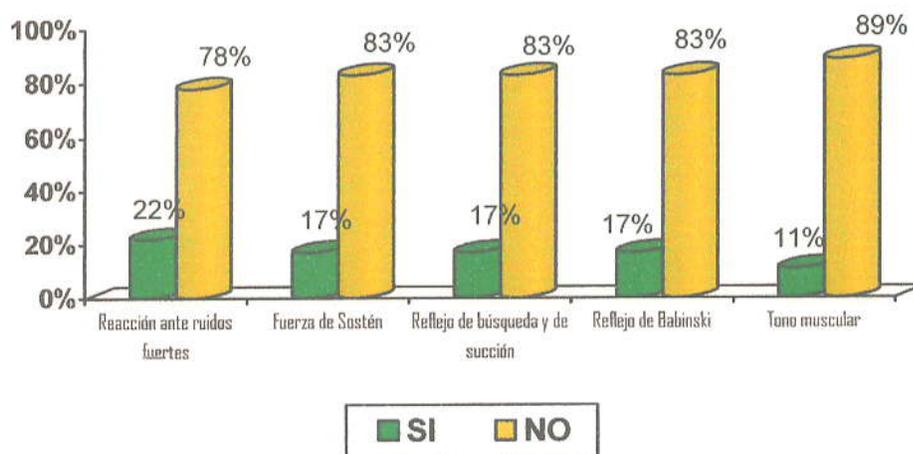
Análisis: En el Gráfico 1, se evidencia como un alto porcentaje representado por el 67% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente sobre los valores normales de la frecuencia respiratoria del neonato, un 33% posee un conocimiento deficiente al respecto. Con relación a la respiración diafragmática y abdominal y a la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios, se evidenció que el 61% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento deficiente, igualmente el 39% manifestó un conocimiento deficiente, según la escala propuesta.

Cuadro 2. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración Neurológica en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Reacción ante ruidos fuertes.	4	22	14	78	18	100
Fuerza de sostén.	3	17	15	83	18	100
Reflejo de búsqueda y de succión.	3	17	15	83	18	100
Reflejo de Babinski.	3	17	15	83	18	100
Tono muscular.	2	11	16	89	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 2



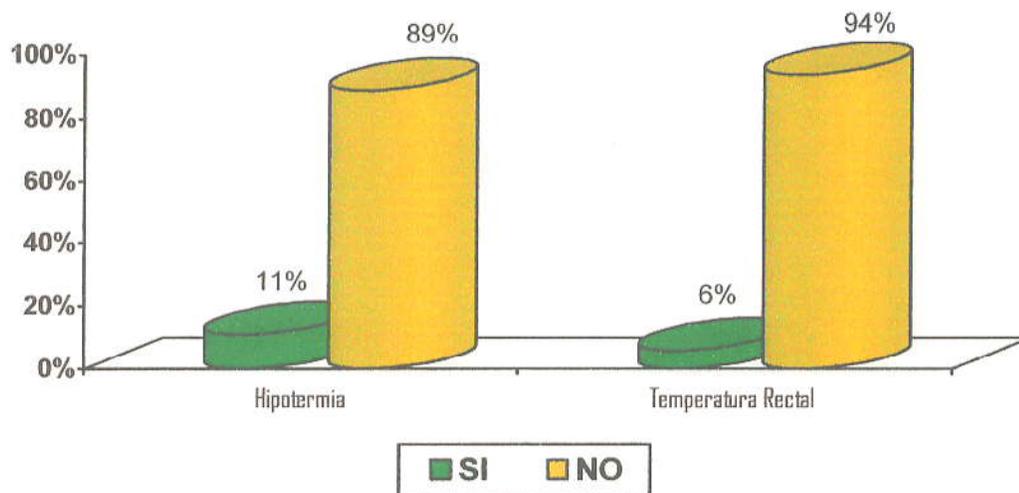
Análisis: En el Gráfico 2, se demostró que el 78% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente sobre la importancia que tiene valorar la reacción ante ruidos fuertes en el neonato, sólo el 22% posee un conocimiento aceptable. Con respecto a la valoración de la fuerza de sostén en el neonato se demostró que el 83% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente sobre la importancia que tiene esta valoración en el neonato, asimismo se evidenció que sólo el 17% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento aceptable al respecto, según la escala propuesta.

Cuadro 3. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración de la Termorregulación en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
La apnea y la acidosis en el neonato son ocasionadas por la hipotermia.	2	11	16	89	18	100
Evitar el control de temperatura rectal porque provoca la pérdida de líquidos y calorías.	1	6	17	94	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 3



Análisis: En el Gráfico 3, se evidencia como un alto porcentaje representado por el 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente sobre que la apnea y la acidosis en el neonato es ocasionada por la hipotermia, un 11% posee un conocimiento aceptable al respecto.

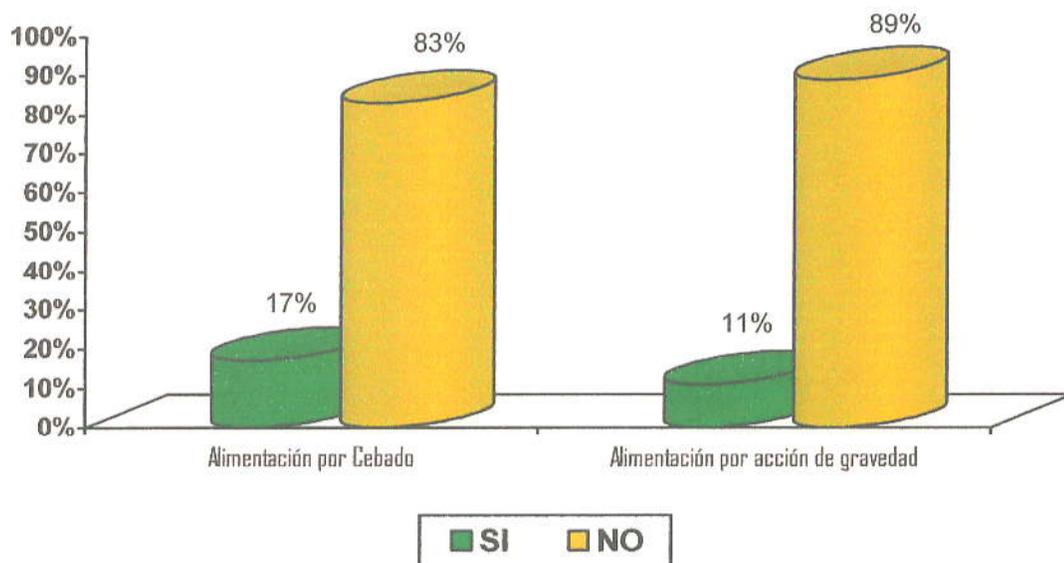
Con relación a evitar el control de temperatura rectal porque provoca la pérdida de líquidos y calorías en el neonato, se evidenció que el 94% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente, sólo el 6% presenta un conocimiento excelente, según la escala propuesta.

Cuadro 4. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Valoración de la Nutrición en los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Alimentación del neonato por cebado.	3	17	15	83	18	100
Alimentación del neonato por cebado por acción de gravedad.	2	11	16	89	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 4



Análisis: En el Gráfico 4, se evidencia como un alto porcentaje representado por el 83% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente sobre la alimentación del neonato por cebado, un 17% posee un conocimiento aceptable al respecto.

Con relación a la alimentación del neonato por cebado se debe administrar lentamente por acción de gravedad, se evidenció que el 89% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente, el 11% manifestó poseer un conocimiento excelente, según la escala propuesta.

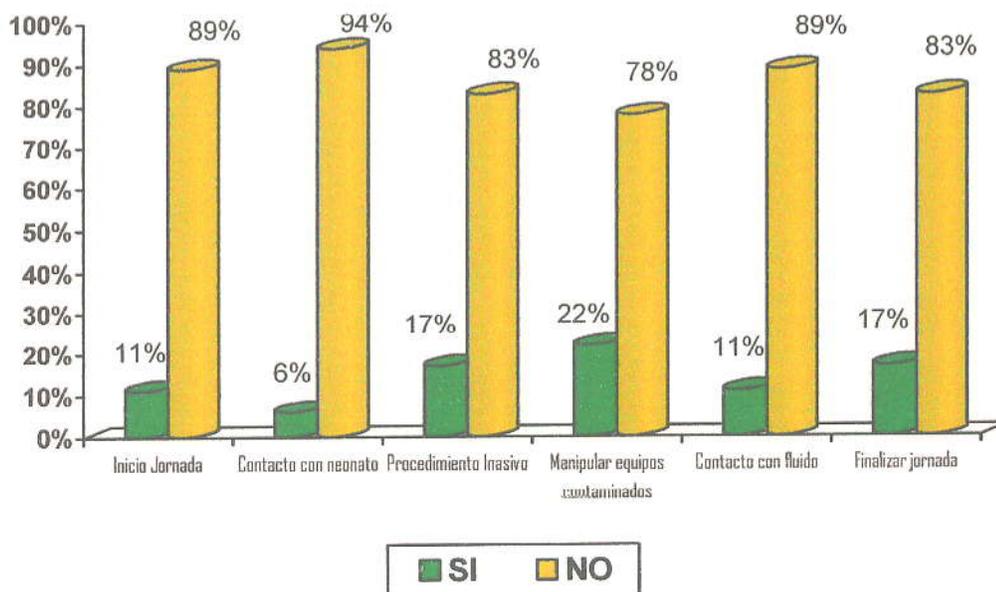
Cuadro 5.

Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos referida al Momento.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Al iniciar la jornada de trabajo en la Unidad.	2	11	16	89	18	100
Antes y después del contacto con un neonato.	1	6	17	94	18	100
Antes y después de ejecutar un procedimiento invasivo.	3	17	15	83	18	100
Después de manipular materiales o equipos contaminados.	4	22	14	78	18	100
Después del contacto con fluido (sangre, secreciones, excretas).	2	11	16	89	18	100
Al finalizar la jornada de trabajo en la Unidad.	3	17	15	83	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 5



Análisis: En el Gráfico 5, se demostró que un 89% de los profesionales de enfermería refieren no lavarse las manos como medida preventiva al iniciar la jornada laboral lo que evidencia un conocimiento muy deficiente al respecto, un 11% manifestó que cumple con esta medida de protección antes de iniciar la jornada laboral, evidencian un conocimiento excelente.

Con relación al lavado de manos antes y después de tener contacto con un neonato, un 94% posee un conocimiento muy deficiente, un 6% posee un excelente conocimiento.

En cuanto al lavado de manos antes y después de ejecutar un procedimiento invasivo, se obtuvo que un 17% de la población posee un conocimiento aceptable, un 83% demostró tener un conocimiento muy deficiente al respecto.

En cuanto al lavado de manos después de manipular equipos contaminados, se obtuvo que un 78% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente, sólo un 22% posee un conocimiento aceptable.

En lo relativo al lavado de manos después de mantener contacto con fluidos (secreciones, sangre y excretas), un 11% de los profesionales poseen un conocimiento excelente; el 89% poseen un conocimiento muy deficiente.

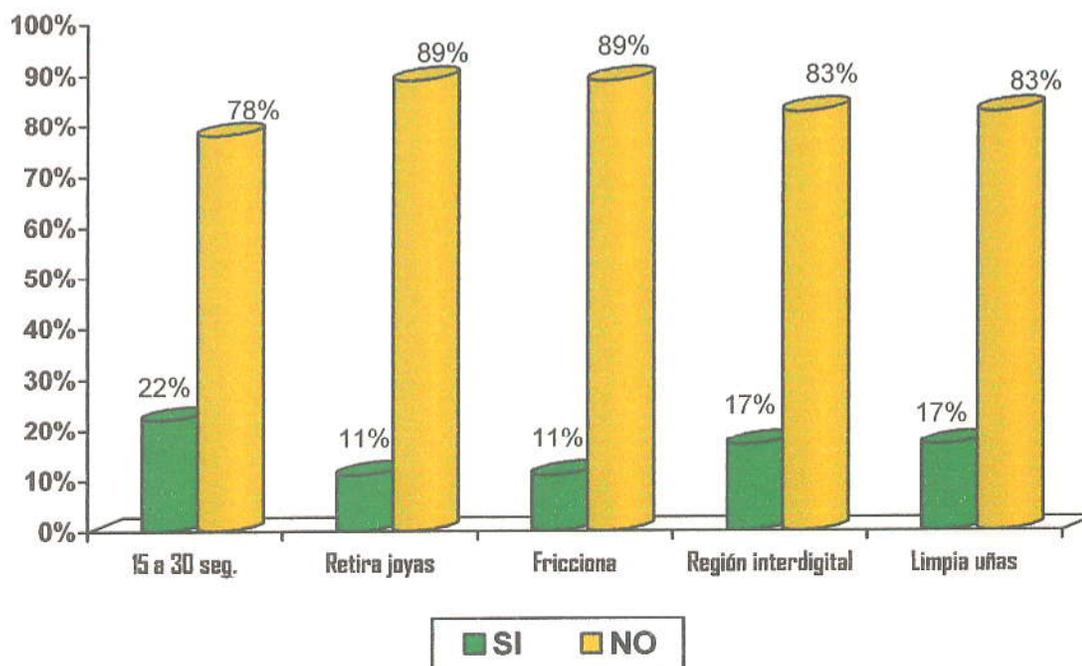
En cuanto al lavado de manos al finalizar la jornada de trabajo dentro de la Unidad, se evidenció que un 83% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente. Sólo un 17% posee un conocimiento aceptable al respecto.

Cuadro 6. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Realiza el lavado de manos y antebrazo por 15 a 30 segundos.	4	22	14	78	18	100
Retira las joyas antes de iniciar.	2	11	16	89	18	100
Fricciona las manos hasta obtener espuma.	2	11	16	89	18	100
Realiza el lavado de manos con énfasis en la región interdigital.	3	17	15	83	18	100
Realiza el lavado de manos limpiando las uñas.	3	17	15	83	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 6



Análisis: En el cuadro 6 se demostró que un 22% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento aceptable en cuanto al lavado de manos y antebrazo aplicando el tiempo de 15 a 30 segundos asignado por la técnica. Un 78% presentó un conocimiento muy deficiente.

Asimismo, se evidenció que el 11% de la muestra encuestada posee un conocimiento excelente con respecto a retirar las joyas al momento de lavar las manos. Un 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente al respecto.

En cuanto a friccionar las manos hasta obtener espuma, se evidenció que un 11% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento excelente. Un 89% de la muestra posee un conocimiento muy deficiente.

Con respecto al lavado de mano con énfasis en la región interdigital, se demostró que un 17% de los profesionales de enfermería presentó un conocimiento aceptable, mientras que el 83% posee un conocimiento muy deficiente al respecto.

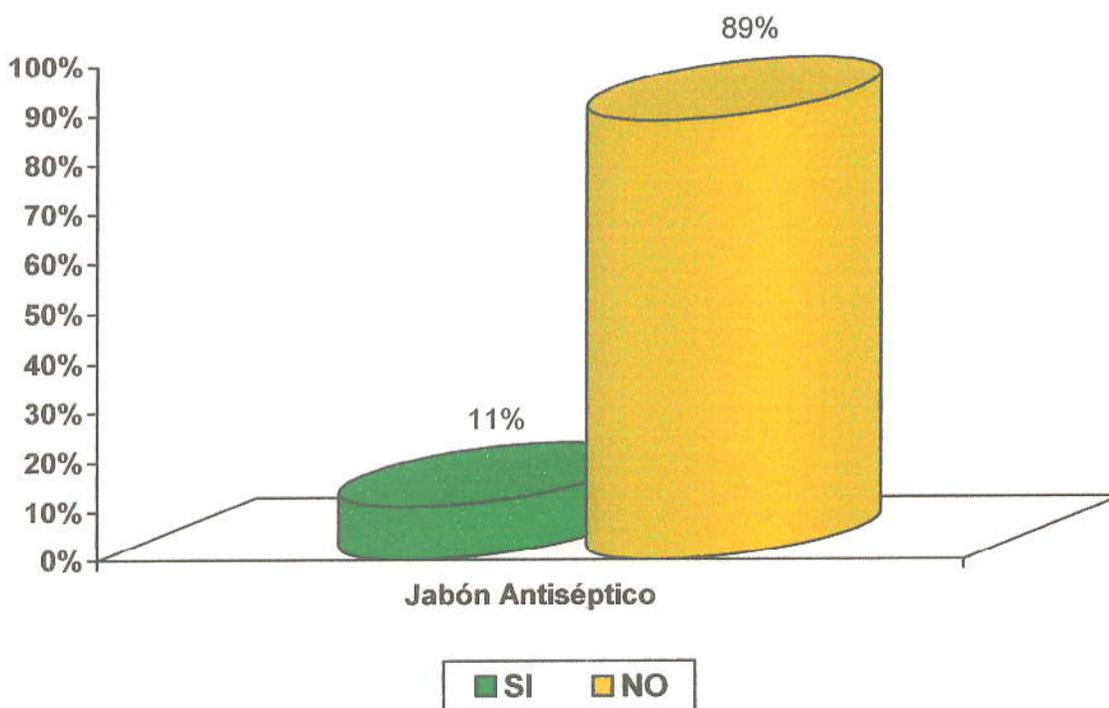
Por otra parte, el 17% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento aceptable sobre limpiarse las uñas como parte de la técnica en el lavado de manos; un 83% posee un conocimiento muy deficiente.

Cuadro 7. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre la Técnica del Lavado de Manos referida al Producto.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Utiliza jabón antiséptico (Yodopovidona, Clorhexidina).	2	11	16	89	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 7



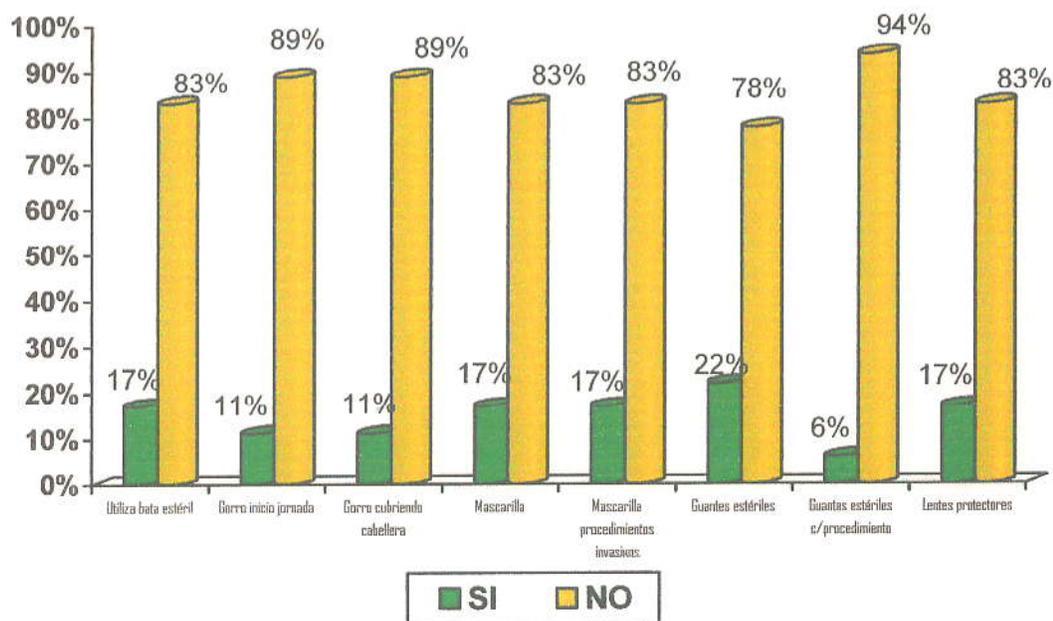
Análisis: El cuadro 7 evidencia que el 11% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento excelente en cuanto a la utilización de un agente antimicrobiano, ya sea povidona o clorhexidina, para el lavado de manos. El 89% demostró un conocimiento muy deficiente al respecto.

Cuadro 8. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre los Métodos de Barrera.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Utiliza bata estéril manga larga con abertura hacia atrás.	3	17	15	83	18	100
Utiliza gorro quirúrgico al iniciar la jornada en la Unidad.	2	11	16	89	18	100
Utiliza un gorro cubriendo toda la zona de la cabellera.	2	11	16	89	18	100
Utiliza una mascarilla cubriendo la zona buconasal.	3	17	15	83	18	100
Utiliza la mascarilla cubriendo la zona buconasal al ejecutar los procedimientos invasivos.	3	17	15	83	18	100
Usa guantes estériles por debajo de la manga.	4	22	14	78	18	100
Usa guantes estériles en cada procedimiento.	1	6	17	94	18	100
Utiliza lentes protectores durante los procedimientos al contacto con fluidos corporales.	3	17	15	83	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 8



Análisis: En el cuadro 8, refleja que el 83% de los profesionales de enfermería presentó un conocimiento muy deficiente en cuanto a la utilización de una bata estéril manga larga con abertura trasera, sólo el 17% evidenció un conocimiento aceptable.

El 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente con respecto a la utilización del gorro al inicio de la jornada dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; el 11% de la muestra posee un conocimiento excelente.

En cuanto al uso de gorro que cubra el cabello, se evidenció que el 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente con respecto al cumplimiento de la correcta técnica, sólo el 11% posee un conocimiento excelente.

Por otra parte, se evidenció que un 83% de los profesionales de enfermería encuestados posee un conocimiento muy deficiente en cuanto a la utilización de mascarillas cubriendo la zona de la buconasal, se demostró que 17% posee un conocimiento aceptable al respecto.

En cuanto al uso de mascarilla protectora que cubra la zona buconasal al ejecutar los procedimientos, se evidenció que el 83% de los profesionales de enfermería presenta un conocimiento muy deficiente en lo que respecta al cumplimiento en el uso de mascarilla al realizar un procedimiento. Un 17% de la muestra encuestada presenta un conocimiento aceptable.

Un 78% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente con respecto a la utilización de mascarilla al momento de manipular al neonato, sólo el 22% presenta un conocimiento aceptable.

El 94% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente en cuanto a la utilización de los guantes estériles por debajo de la manga de la bata. Sólo un 6% presenta un conocimiento excelente a la utilización de los guantes por encima de la bata.

Un 83% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente en lo que respecta la utilización de guantes estériles en cada procedimiento como medida de barrera. Se observó que el 17% posee un conocimiento aceptable.

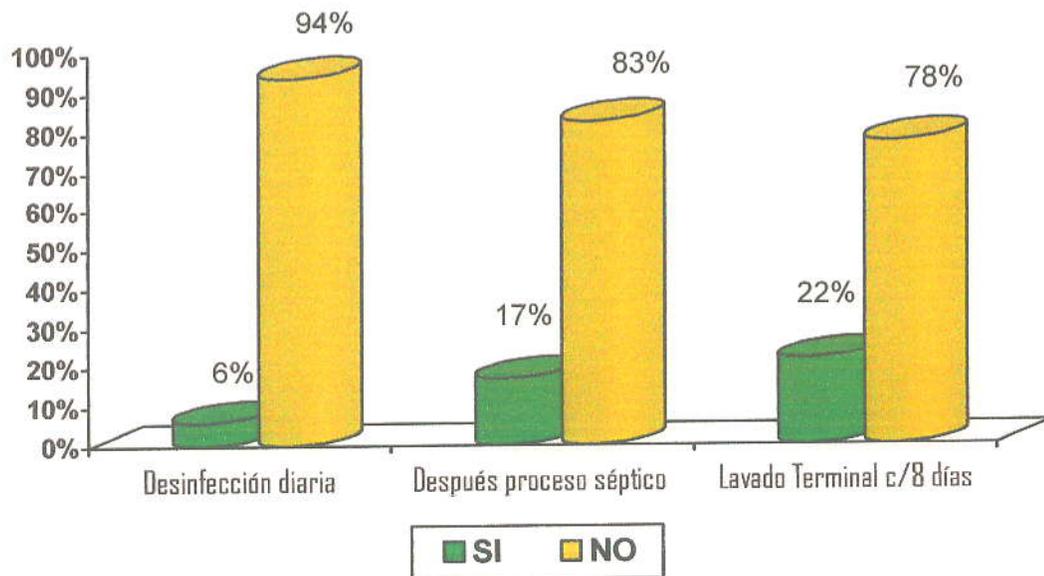
Con respecto a la utilización de los lentes protectores durante los procedimientos al contacto con fluidos corporales, se evidenció que el 83% de los profesionales de enfermería presenta un conocimiento muy deficiente. Sólo el 17% posee un conocimiento aceptable.

Cuadro 9. Conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre Saneamiento Ambiental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Ítems	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Es necesaria la desinfección del área clínica donde se encuentra el neonato diariamente.	1	6	17	94	18	100
El lavado rutinario de la UCIN se debe realizar cuando se sospecha un proceso séptico.	3	17	15	83	18	100
Es necesario el lavado terminal de la UCIN cada 8 días.	4	22	14	78	18	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 9



Análisis: En el Cuadro 9, se evidenció que un 94% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento deficiente en cuanto a que la desinfección del área clínica donde se encuentra el neonato se debe realizar diariamente; sólo un 6% de los profesionales de enfermería encuestados posee un conocimiento excelente.

Un 83% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente referido a la realización del lavado rutinario cuando se sospecha un proceso séptico. Sólo el 17% poseen un conocimiento aceptable.

En cuanto al lavado terminal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal cada 8 días, se evidenció que un 78% de los profesionales encuestados poseen un conocimiento muy deficiente, sólo un 22% poseen un conocimiento aceptable al respecto.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

Introducción

Los protocolos de atención son una guía que permiten agrupar criterios a fin de proporcionar acciones que benefician a los profesionales de enfermería en su labor diaria y a los neonatos hospitalizados que reciben los cuidados de salud.

El protocolo que a continuación se presenta es para la ejecución de las actividades de enfermería específicas en cuanto a los cuidados mediatos del neonato referidos a la valoración respiratoria, neurológica, termorregulación, nutrición, las técnicas asépticas referidas al lavado de manos, métodos de barrera y saneamiento ambiental utilizado para prevenir las infecciones nosocomiales durante el cuidado del neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Este protocolo tiene como propósito brindar una mejor atención al neonato durante su estadía hospitalaria, disminuyendo los riesgos de contraer infecciones nosocomiales. Es por ello que se espera que este protocolo constituya un aporte significativo al mejoramiento de los cuidados mediatos del neonato durante su hospitalización.

Justificación

Las infecciones nosocomiales representan un alto índice de morbi-mortalidad y anualmente la cifra aumenta significativamente por distintas causas. Los neonatos durante su estadía hospitalaria no son ajenos a este fenómeno, por esta razón es que se hace necesaria la implementación de este protocolo de cuidado de enfermería para disminuir la incidencia de infecciones nosomiales en los neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana.

Es por ello, que el autor de la presente propuesta considera que constituye un aporte no sólo por los beneficios que proporciona a los neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, sino también por la posibilidad que ofrece a los profesionales de enfermería de mejorar su práctica profesional cotidiana a través de la sistematización de las acciones que deben cumplirse al proporcionar cuidados de enfermería a estos neonatos.

Objetivos del Protocolo de Cuidado de Enfermería

Objetivo General

Proporcionar a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, las orientaciones que le permitan sistematizar las acciones que deben tomar en consideración para la prevención de las infecciones nosocomiales en los neonatos hospitalizados en dicha unidad.

Objetivos Específicos

- Suministrar una guía secuencial sobre los cuidados mediatos del neonato referidas a la valoración respiratoria, neurológica, termorregulación y nutrición, y las técnicas asépticas referidas al lavado de manos, métodos de barrera y saneamiento ambiental utilizados en la prevención de las infecciones nosocomiales durante el cuidado del neonato.
- Prevenir las infecciones nosocomiales en los neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Criterios a seguir para prevenir las infecciones nosocomiales en los neonatos hospitalizados referidas a los Cuidados Mediatos:

1. Valorar la frecuencia respiratoria que debe oscilar entre 40 y 60 respiraciones por minuto.

2. Valorar la respiración diafragmática, abdominal y la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios.
3. Valorar en el neonato la reacción ante ruidos fuertes.
4. Valorar en el neonato la fuerza de sostén.
5. Valorar el reflejo de búsqueda de succión.
6. Valorar el reflejo de Babinski.
7. Evaluar el tono muscular.
8. Evaluar la termorregulación.
9. Evitar el control de la temperatura rectal en el neonato.
10. Alimentar al neonato por cebado.
11. La alimentación por cebado administrarse lentamente por acción de gravedad.

Criterios a seguir para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato hospitalizado referidas a las Técnicas Asépticas:

12. Lavarse las manos y antebrazo antes de iniciar la jornada laboral.
13. Lavarse las manos y antebrazo por 15 a 30 segundos.
14. Al realizar el lavado de manos retirarse todas las joyas.
15. Durante el lavado de manos se debe friccionar hasta obtener espuma.
16. Durante el lavado de manos hacer énfasis en la región interdigital.
17. En el lavado de manos limpiarse las uñas.
18. Lavarse las manos antes y después del contacto con un neonato.
19. Lavarse las manos antes y después de ejecutar un procedimiento invasivo.
20. Lavarse las manos antes y después de manejar equipo contaminado.
21. Lavarse las manos antes y después del contacto con fluidos corporales.
22. Lavarse las manos al finalizar la jornada laboral.
23. Utilizar bata estéril, manga larga con la abertura hacia atrás durante la jornada laboral.
24. Protegerse con el gorro quirúrgico al iniciar la jornada laboral.
25. Colocarse el gorro cubriendo toda la zona de la cabellera.

26. Protegerse con la mascarilla cubriendo la zona buconasal al manipular el neonato.
27. Protegerse con la mascarilla cubriendo la zona buconasal al ejecutar un procedimiento invasivo.
28. Colocarse los guantes estériles por debajo de la bata.
29. Utilizar los guantes estériles de látex en cada procedimiento.
30. Utilizar los lentes protectores durante los procedimientos al contacto con fluidos corporales.

Criterios a seguir para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato hospitalizado referidas a las Técnicas Asépticas:

31. Desinfectar el área clínica donde se encuentra el neonato diariamente.
32. Realizar el lavado rutinario de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal cuando se sospeche un proceso séptico.
33. Realizar el lavado terminal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal cada ocho días.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez presentados y analizados los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, conducen a la formulación de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

- En cuanto al conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre los cuidados mediatos del conocimiento se pudo evidenciar que: El 67% poseen un conocimiento muy deficiente sobre los valores normales de la frecuencia respiratoria del neonato. Asimismo, se determinó que el 61% posee un conocimiento deficiente con relación a la respiración diafragmática y abdominal y la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios. De igual manera, se evidenció que el 83% posee un conocimiento muy deficiente en relación a la importancia que tiene la valoración neurológica con respecto al tono muscular del neonato. En cuanto a la valoración de la termorregulación, se evidenció que el 94% posee un conocimiento muy deficiente. Por último, se evidenció que el 89% poseen un conocimiento muy deficiente con relación a la alimentación del neonato por cebado se debe administrar por acción de gravedad lentamente.
- Con respecto al momento del lavado de manos antes y después del contacto con un neonato se observó que el 94% de los profesionales de enfermería poseen un conocimiento muy deficiente.
- El 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente en relación en las técnicas del lavado de manos sobre obtener espuma al friccionar las manos.
- Se evidenció que el 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente sobre el jabón antiséptico (yodopovidona clorhexidina) que se debe utilizar en el lavado de manos.
- En cuanto al método de berrera se evidenció que el 89% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente en relación a la utilización del gorro quirúrgico cubriendo toda la zona de la cabellera. Igualmente se demostró

que un 94% posee un conocimiento muy deficiente con respecto a la utilización de guantes estériles en cada procedimiento.

- Finalmente el 94% de los profesionales de enfermería posee un conocimiento muy deficiente en cuanto a la importancia de desinfección del área clínica diariamente.

Recomendaciones

En atención a las conclusiones anteriormente expuestas se consideró necesario establecer las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar y concientizar a los profesionales de enfermería de cumplir con los cuidados mediatos del neonato en relación a la valoración respiratoria, neurológica, termorregulación y nutrición para prevenir las infecciones nosocomiales en el neonato.
- Por otra parte, es necesario que los profesionales de enfermería manejen el lavado de manos según el momento, técnica y producto y la utilización de los métodos de barreras durante el cuidado del neonato así como también el saneamiento ambiental con respecto a la desinfección del área, con el propósito de prevenir infecciones nosocomiales en el neonato.
- Al Departamento de Enfermería y Supervisora Docente, para que desarrollen dentro del recinto hospitalario objeto de estudio un centro de capacitación permanente de los recursos humanos, de tal manera que el personal de nuevo ingreso y el que permanezca en una determinada unidad, cuente con los dispositivos de capacitación necesaria para que desarrolle adecuadamente sus funciones y se actualice en los cambios que se lleguen a producir.
- Desarrollar un proceso de intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Policlínica Metropolitana para poner en practicar el protocolo de cuidados de enfermería que se encuentra expresado en la propuesta desarrollada en esta investigación.

- En atención a lo anteriormente citado, es fundamental hacer llegar los resultados de la propuesta realizada en la investigación a la gerencia de Enfermería para la implementación de dicha propuesta, y así mejorar la calidad de atención en el neonato hospitalizado.
- Se sugiere a la Oficina de Estadística de la Región de Salud del Estado Miranda, llevar las estadísticas de las infecciones nosocomiales en el neonato.

REFERENCIAS

- Atkinson, L. y Fortunato, N. (1999). *Técnicas de Quirófano*. (8ª ed.). España: Harcourt Brace.
- Brooks, S. (1999). *Técnicas Quirúrgicas*. (2ª ed.). México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México, México.
- Burroughs, A. (1982). *Enfermería Materno Infantil*. Barcelona, España: Interamericana, S.A.
- Caraballo, E., Lárez, A. y Rodríguez, A. (2004). *Protocolo de Atención de Enfermería a Niños con Traumatismo Craneoencefálico que ingresan a la Emergencia Pediátrica del Hospital "Dr. Luis Ortega" de Porlamar*. Trabajo Especial de Grado. Escuela Experimental de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Correa, G., Díaz, G. y Rodríguez, A. (2004). *Propuesta de Estándar de Proceso basado en Intervenciones de Enfermería para el cuidado respiratorio en pacientes críticos con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Policlínico "La Viña"*. Trabajo Especial de Grado. Universidad de Carabobo: Valencia, Estado Carabobo.
- Divo, A. (2000). *Tratado de Microbiología Clínica*. (4ª ed.). México: Editorial Panamericana.
- Dugas. (1996). *Tratado de Enfermería Básica*. (6ª Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Geogrey, Rose. (1994). *La estrategia de la Medicina Preventiva*. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Gordon, Avery. (1990). *Fisiología y Manejo del Recién Nacido*. (3ª Ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Ignatavicius, D. y Verne, M. (2001). *Enfermería Médico Quirúrgica. Planteamiento para mejorar el proceso de Enfermería*. (2ª ed.). México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- Iyer, Taptich y Losey. (1993). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. (3ª Ed.). Madrid, España: Interamericana.

- Kozier, Bárbara. (1993). *Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica*. México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Kozier, B., Erb, G. y Blais, K. (1998). *Enfermería Fundamental*. (2ª Ed.). México: Interamericana.
- Kozier, B. y Erb G. (2000). *Fundamentos de Enfermería*. (5ª ed.). México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- López Fernández, F. J. (1998). *Guía de Higiene y Prevención de la Infección Hospitalaria*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos. Documento en línea. Disponible en: www.papps.or.
- Lowdermilk, Perry y Bobak. (2003). *Enfermería Materno Infantil*. (6ª Ed.) Madrid, España: Harcourt-Océano.
- Malagón, G., y Hernández, L. (2000). *Infecciones Hospitalarias*. (2ª ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Méndez, C. (1989). *Metodología*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Mosby. (1997). *Diccionario de Medicina Océano Mosby*. Barcelona, España: Océano.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). *Atención al paciente en Unidad de Cuidados Intensivos*. Revista N°3. Volumen 8. Washington, D.C.
- Potter, P. (1999). *Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica*. (3ª ed.). España: Editorial Harcourt Brace.
- Reeder, S. y Martin, L. (1992). *Enfermería Materno Infantil. La familia, el neonato y el Cuidado de la Salud de la Mujer*. (16ª ed.). México: Harla.Reynoso, M. (1996). *Neonatología*. (2ª Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Román, A. y Rey, Y. (2005). *Estándar de calidad para prevenir las infecciones hospitalarias en usuarios post-operados en las Unidades Clínicas de Cirugía I, II y III del Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito, Municipio Sucre, Estado Miranda*. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos". Aulas Móviles, Los Teques.

Silva, M. C. (2003). *Participación de Enfermería basada en el Protocolo de Atención al paciente lesionado con trauma mayor que ingresa a la Unidad de Trauma SOC de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"*. Trabajo Especial de Grado. Escuela Experimental de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Vidal, Jalhel y otros. (1997). *Normas de Bioseguridad en la Prevención de Accidentes por Exposición a Sangre y Fluidos Corporales*. Uruguay. Documento en línea. Disponible en: www.euskadi.com.

A N E X O S

(Anexo A)

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"RÓMULO GALLEGOS"
AULAS MÓVILES LOS TEQUES
ESTADO MIRANDA**

**CUESTIONARIO PARA PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA
PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN
NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA
POLICLÍNICA METROPOLITANA.**

El Autor

Los Teques, Julio 2005

PRESENTACIÓN

Estimada(o) Colega:

El Cuestionario que se presenta a continuación, tiene como finalidad recoger información necesaria para la elaboración del trabajo especial de grado exigido por la Universidad Nacional Experimental “Rómulo Gallegos” para optar al título de Licenciado en Enfermería, cuyo objetivo es diseñar un protocolo de cuidados de enfermería para prevenir las infecciones nosocomiales en neonatos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Policlínica Metropolitana, en el primer semestre 2005.

Es por ello, que se solicita su colaboración para la realización de esta investigación para lo cual deberá responder las preguntas formuladas.

Sus respuestas son de carácter confidencial y recibirán un tratamiento estadístico con fines única y exclusivamente académicos.

Gracias por su colaboración

INSTRUCCIONES

- El siguiente cuestionario consta de dos partes: la parte I, conocimiento sobre los cuidados mediatos del neonato y la segunda, las técnicas asépticas para prevenir las infecciones nosocomiales.
- Lea cuidadosamente el instrumento antes de responder.
- Marque con una equis (X) la alternativa que usted considere correcta.
- Interesa su opinión sincera.
- No firme el instrumento.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

PARTE I: CONOCIMIENTO

1. En la valoración respiratoria del neonato, la frecuencia respiratoria debe oscilar entre 40 y 60 respiraciones por minuto.

Verdadero _____ Falso _____

2. ¿En el neonato es importante considerar la respiración diafragmática y abdominal, y la duración de los movimientos inspiratorios y espiratorios?

SI _____ NO _____

3. ¿En el neonato se debe valorar la reacción ante ruidos fuertes?

SI _____ NO _____

4. ¿Es importante valorar en el neonato la fuerza de sostén en el neonato?

SI _____ NO _____

5. ¿Para valorar el reflejo de búsqueda y de succión se debe tocar la mejilla del neonato?

SI _____ NO _____

6. ¿Para valorar el reflejo de Babinski se coloca la mano por la planta del pie del neonato desde el talón hasta el dedo gordo?

SI _____ NO _____

7. ¿La evaluación del tono muscular se valora por la incapacidad fisiológica del neonato para sostener la cabeza?

SI _____ NO _____

8. ¿La apnea y la acidosis en el neonato son ocasionadas por la hipotermia?

SI _____ NO _____

9. ¿Se debe evitar el control de temperatura rectal porque provoca la pérdida de líquidos y calorías?

SI _____ NO _____

10. ¿La alimentación del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos debe hacerse por cebado?

SI _____ NO _____

11. ¿La alimentación por cebado debe administrarse lentamente por acción de gravedad?

SI _____ NO _____

PARTE II: TÉCNICAS

12. ¿Se lava usted las manos y antebrazos antes de comenzar la jornada de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal?

SI _____ NO _____

13. ¿Se lava usted las manos antes y después del contacto con un neonato?

SI _____ NO _____

14. ¿Se lava usted las manos antes y después de ejecutar un procedimiento invasivo?

SI _____ NO _____

15. ¿Se lava usted las manos antes y después de manejar material o equipo contaminado?

SI _____ NO _____

16. ¿Se realiza usted el lavado de manos antes y después del contacto con fluido (sangre, excreciones y secreciones)?

SI _____ NO _____

17. ¿Se realiza usted el lavado de manos al finalizar la jornada de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal?

SI _____ NO _____

18. ¿Se realiza usted el lavado de manos y antebrazos por 15 a 30 segundos?

SI _____ NO _____

19. ¿Cuándo se realiza el lavado de manos se retira todas las joyas?
SI _____ NO _____
20. ¿Durante el lavado de manos se fricciona usted hasta obtener espuma?
SI _____ NO _____
21. ¿En el lavado de manos hace usted énfasis en la región interdigital?
SI _____ NO _____
22. ¿Durante el lavado de manos se limpia usted las uñas?
SI _____ NO _____
23. ¿Durante el lavado de manos utiliza usted un jabón antiséptico (Yodopovidona o Clorhexidina)?
SI _____ NO _____
24. ¿Utiliza usted una bata estéril, manga larga con la abertura hacia atrás durante la jornada laboral?
SI _____ NO _____
25. ¿Se protege usted con gorro quirúrgico al iniciar la jornada laboral?
SI _____ NO _____
26. ¿Se coloca usted el gorro cubriendo toda la zona de la cabellera?
SI _____ NO _____
27. ¿Se protege usted con la mascarilla cubriendo la zona buconasal al manipular el neonato?
SI _____ NO _____
28. ¿Considera usted necesario colocarse la mascarilla cubriendo la zona buconasal al ejecutar un procedimiento invasivo?
SI _____ NO _____
29. ¿Utiliza usted los guantes estériles por debajo de la bata?
SI _____ NO _____
30. ¿Considera usted necesario utilizar los guantes estériles de látex en cada procedimiento?
SI _____ NO _____
31. ¿Considera usted necesario utilizar los lentes protectores durante los procedimientos al contacto con fluidos corporales?
SI _____ NO _____

32. ¿Considera usted necesario la desinfección del área clínica donde se encuentra el neonato diariamente?

SI _____

NO _____

33. ¿El lavado rutinario de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal se debe realizar cuando se sospeche un proceso séptico?

SI _____

NO _____

34. ¿El lavado Terminal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal se debe realizar cada ocho días?

SI _____

NO _____

VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

Ítems	Tendenciosidad			Claridad			Congruencia			Puntaje	Observación
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											

Escala	Puntaje
+1 = Bueno	18 - 20 = Excelente
0 = Regular	15 - 17 = Revisar
-1 = Corregir y mejorar	0 - 14 = Rediseñar

A N E X O “B”

Validez del Instrumento

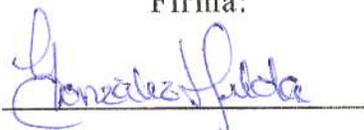
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"RÓMULO GALLEGOS"
AULAS MÓVILES LOS TEQUES

Los Teques, 03 de 08 de 2005

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Hilda González C.I. 6507148 hago constar que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que lleva el título: **PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE LA POLICLINICA METROPOLITANA**, el cual a mi criterio reúne los requisitos de validez.

Firma:



C.I. N° 6507148

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"RÓMULO GALLEGOS"
AULAS MÓVILES LOS TEQUES

Los Teques, 01 de 08 de 2005

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, YOLANDA E. SANCHEZ B. C.I. 9727181 hago constar que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que lleva el título: **PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE LA POLICLINICA METROPOLITANA,** el cual a mi criterio reúne los requisitos de validez.

Firma:

Yolanda Sanchez B.

C.I. N° 9727181

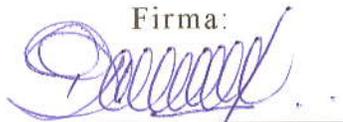
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"RÓMULO GALLEGOS"
AULAS MÓVILES LOS TEQUES

Los Teques, 9 de 8 de 2005

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Mcp. Deysi Cerezo C.I. 5.606.191 hago constar que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que lleva el título: **PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DE LA POLICLINICA METROPOLITANA**, el cual a mi criterio reúne los requisitos de validez.

Firma:



C.I. N° 5.606.191

A N E X O “C”

Confiabilidad del Instrumento

Análisis de fiabilidad

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	,4286	,5345	7,0
2.	VAR00002	,4286	,5345	7,0
3.	VAR00003	,4286	,5345	7,0
4.	VAR00004	,5714	,5345	7,0
5.	VAR00005	,2857	,4880	7,0
6.	VAR00006	,8571	,3780	7,0
7.	VAR00007	,2857	,4880	7,0
8.	VAR00008	,5714	,5345	7,0
9.	VAR00009	,7143	,4880	7,0
10.	VAR00010	,4286	,5345	7,0
11.	VAR00011	,4286	,5345	7,0
12.	VAR00012	,4286	,5345	7,0
13.	VAR00013	,5714	,5345	7,0
14.	VAR00014	,2857	,4880	7,0
15.	VAR00015	,8571	,3780	7,0
16.	VAR00016	,2857	,4880	7,0
17.	VAR00017	,5714	,5345	7,0
18.	VAR00018	,7143	,4880	7,0
19.	VAR00019	,4286	,5345	7,0
20.	VAR00020	,4286	,5345	7,0
21.	VAR00021	,4286	,5345	7,0
22.	VAR00022	,5714	,5345	7,0
23.	VAR00023	,2857	,4880	7,0
24.	VAR00024	,8571	,3780	7,0
25.	VAR00025	,2857	,4880	7,0
26.	VAR00026	,4286	,5345	7,0
27.	VAR00027	,5714	,5345	7,0
28.	VAR00028	,5714	,5345	7,0
29.	VAR00029	,2857	,4880	7,0
30.	VAR00030	,8571	,3780	7,0
31.	VAR00031	,7143	,4880	7,0
32.	VAR00032	,7143	,4880	7,0
33.	VAR00033	,7143	,4880	7,0
34.	VAR00034	,8571	,3780	7,0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
VAR00001	1,0000				
VAR00002	1,0000	1,0000			
VAR00003	1,0000	1,0000	1,0000		
VAR00004	,7500	,7500	,7500	1,0000	
VAR00005	,7303	,7303	,7303	,5477	1,0000
VAR00006	,3536	,3536	,3536	,4714	,2582

VAR00007	,7303	,7303	,7303	,5477	,3000
VAR00008	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00009	-,0913	-,0913	-,0913	-,5477	-,3000
VAR00010	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00011	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00012	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00013	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00014	,7303	,7303	,7303	,5477	1,0000
VAR00015	,3536	,3536	,3536	,4714	,2582
VAR00016	,7303	,7303	,7303	,5477	,3000
VAR00017	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00018	-,0913	-,0913	-,0913	-,5477	-,3000
VAR00019	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00020	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00021	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00022	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00023	,7303	,7303	,7303	,5477	1,0000
VAR00024	,3536	,3536	,3536	,4714	,2582
VAR00025	,7303	,7303	,7303	,5477	,3000
VAR00026	1,0000	1,0000	1,0000	,7500	,7303
VAR00027	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00028	,7500	,7500	,7500	1,0000	,5477
VAR00029	,7303	,7303	,7303	,5477	1,0000
VAR00030	,3536	,3536	,3536	,4714	,2582
VAR00031	-,0913	-,0913	-,0913	,0913	,4000
VAR00032	,5477	,5477	,5477	,7303	,4000
VAR00033	-,0913	-,0913	-,0913	,0913	,4000
VAR00034	,3536	,3536	,3536	,4714	,2582

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010
VAR00006	1,0000				
VAR00007	,2582	1,0000			
VAR00008	,4714	,5477	1,0000		
VAR00009	-,2582	,4000	-,5477	1,0000	
VAR00010	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00011	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00012	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00013	,4714	,5477	1,0000	-,5477	,7500
VAR00014	,2582	,3000	,5477	-,3000	,7303
VAR00015	1,0000	,2582	,4714	-,2582	,3536
VAR00016	,2582	1,0000	,5477	,4000	,7303
VAR00017	,4714	,5477	1,0000	-,5477	,7500
VAR00018	-,2582	,4000	-,5477	1,0000	-,0913
VAR00019	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00020	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00021	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00022	,4714	,5477	1,0000	-,5477	,7500
VAR00023	,2582	,3000	,5477	-,3000	,7303
VAR00024	1,0000	,2582	,4714	-,2582	,3536
VAR00025	,2582	1,0000	,5477	,4000	,7303
VAR00026	,3536	,7303	,7500	-,0913	1,0000
VAR00027	,4714	,5477	1,0000	-,5477	,7500
VAR00028	,4714	,5477	1,0000	-,5477	,7500
VAR00029	,2582	,3000	,5477	-,3000	,7303

VAR00030	1,0000	,2582	,4714	-,2582	,3536
VAR00031	-,2582	-,3000	,0913	-,4000	-,0913
VAR00032	-,2582	,4000	,7303	-,4000	,5477
VAR00033	,6455	-,3000	,0913	-,4000	-,0913
VAR00034	-,1667	,2582	,4714	-,2582	,3536

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015
VAR00011	1,0000				
VAR00012	1,0000	1,0000			
VAR00013	,7500	,7500	1,0000		
VAR00014	,7303	,7303	,5477	1,0000	
VAR00015	,3536	,3536	,4714	,2582	1,0000
VAR00016	,7303	,7303	,5477	,3000	,2582
VAR00017	,7500	,7500	1,0000	,5477	,4714
VAR00018	-,0913	-,0913	-,5477	-,3000	-,2582
VAR00019	1,0000	1,0000	,7500	,7303	,3536
VAR00020	1,0000	1,0000	,7500	,7303	,3536
VAR00021	1,0000	1,0000	,7500	,7303	,3536
VAR00022	,7500	,7500	1,0000	,5477	,4714
VAR00023	,7303	,7303	,5477	1,0000	,2582
VAR00024	,3536	,3536	,4714	,2582	1,0000
VAR00025	,7303	,7303	,5477	,3000	,2582
VAR00026	1,0000	1,0000	,7500	,7303	,3536
VAR00027	,7500	,7500	1,0000	,5477	,4714
VAR00028	,7500	,7500	1,0000	,5477	,4714
VAR00029	,7303	,7303	,5477	1,0000	,2582
VAR00030	,3536	,3536	,4714	,2582	1,0000
VAR00031	-,0913	-,0913	,0913	,4000	-,2582
VAR00032	,5477	,5477	,7303	,4000	-,2582
VAR00033	-,0913	-,0913	,0913	,4000	,6455
VAR00034	,3536	,3536	,4714	,2582	-,1667
	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020
VAR00016	1,0000				
VAR00017	,5477	1,0000			
VAR00018	,4000	-,5477	1,0000		
VAR00019	,7303	,7500	-,0913	1,0000	
VAR00020	,7303	,7500	-,0913	1,0000	1,0000
VAR00021	,7303	,7500	-,0913	1,0000	1,0000
VAR00022	,5477	1,0000	-,5477	,7500	,7500
VAR00023	,3000	,5477	-,3000	,7303	,7303
VAR00024	,2582	,4714	-,2582	,3536	,3536
VAR00025	1,0000	,5477	,4000	,7303	,7303
VAR00026	,7303	,7500	-,0913	1,0000	1,0000
VAR00027	,5477	1,0000	-,5477	,7500	,7500
VAR00028	,5477	1,0000	-,5477	,7500	,7500
VAR00029	,3000	,5477	-,3000	,7303	,7303
VAR00030	,2582	,4714	-,2582	,3536	,3536
VAR00031	-,3000	,0913	-,4000	-,0913	-,0913
VAR00032	,4000	,7303	-,4000	,5477	,5477
VAR00033	-,3000	,0913	-,4000	-,0913	-,0913

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020
VAR00034	,2582	,4714	-,2582	,3536	,3536
	VAR00021	VAR00022	VAR00023	VAR00024	VAR00025
VAR00021	1,0000				
VAR00022	,7500	1,0000			
VAR00023	,7303	,5477	1,0000		
VAR00024	,3536	,4714	,2582	1,0000	
VAR00025	,7303	,5477	,3000	,2582	1,0000
VAR00026	1,0000	,7500	,7303	,3536	,7303
VAR00027	,7500	1,0000	,5477	,4714	,5477
VAR00028	,7500	1,0000	,5477	,4714	,5477
VAR00029	,7303	,5477	1,0000	,2582	,3000
VAR00030	,3536	,4714	,2582	1,0000	,2582
VAR00031	-,0913	,0913	,4000	-,2582	-,3000
VAR00032	,5477	,7303	,4000	-,2582	,4000
VAR00033	-,0913	,0913	,4000	,6455	-,3000
VAR00034	,3536	,4714	,2582	-,1667	,2582
	VAR00026	VAR00027	VAR00028	VAR00029	VAR00030
VAR00026	1,0000				
VAR00027	,7500	1,0000			
VAR00028	,7500	1,0000	1,0000		
VAR00029	,7303	,5477	,5477	1,0000	
VAR00030	,3536	,4714	,4714	,2582	1,0000
VAR00031	-,0913	,0913	,0913	,4000	-,2582
VAR00032	,5477	,7303	,7303	,4000	-,2582
VAR00033	-,0913	,0913	,0913	,4000	,6455
VAR00034	,3536	,4714	,4714	,2582	-,1667
	VAR00031	VAR00032	VAR00033	VAR00034	
VAR00031	1,0000				
VAR00032	,3000	1,0000			
VAR00033	,3000	-,4000	1,0000		
VAR00034	-,2582	,6455	-,2582	1,0000	

* * * Warning * * * Determinant of matrix is zero

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA are meaningless and printed as .

N of Cases = 7,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	18,1429	142,4762	11,9363	34

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,4621	-,5477	1,0000	1,5477	-1,8257	,1640

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00002	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00003	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00004	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00005	17,8571	133,8095	,7466	.	,9681
VAR00006	17,2857	138,2381	,4608	.	,9694
VAR00007	17,8571	134,1429	,7162	.	,9683
VAR00008	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00009	17,4286	145,2857	-,2591	.	,9731
VAR00010	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00011	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00012	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00013	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00014	17,8571	133,8095	,7466	.	,9681
VAR00015	17,2857	138,2381	,4608	.	,9694
VAR00016	17,8571	134,1429	,7162	.	,9683
VAR00017	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00018	17,4286	145,2857	-,2591	.	,9731
VAR00019	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00020	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00021	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00022	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00023	17,8571	133,8095	,7466	.	,9681
VAR00024	17,2857	138,2381	,4608	.	,9694
VAR00025	17,8571	134,1429	,7162	.	,9683
VAR00026	17,7143	130,5714	,9512	.	,9669
VAR00027	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00028	17,5714	131,6190	,8619	.	,9674
VAR00029	17,8571	133,8095	,7466	.	,9681
VAR00030	17,2857	138,2381	,4608	.	,9694
VAR00031	17,4286	142,6190	-,0327	.	,9720
VAR00032	17,4286	135,9524	,5524	.	,9691
VAR00033	17,4286	141,6190	,0533	.	,9716
VAR00034	17,2857	139,2381	,3470	.	,9699

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 34 items

Alpha = ,9694 Standardized item alpha = ,9669