

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ASEPSIA POR EL PERSONAL  
DE ENFERMERÍA Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE  
INFECCIONES DEL RECIÉN NACIDO. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
– HOSPITAL DE REFERENCIA REGIONAL HONORIO DELGADO  
AREQUIPA -1991**

**TESIS PRESENTADA POR:**

Nalddi Roxana Aranibar Motta

Rosario Angela Araujo Guillén

Milagros Ángela Gonzales Revilla

Para obtener el Título Profesional de:  
ENFERMERA.

**AREQUIPA – 1992**

**“A NUESTROS PROFESORES”**

**Que gracias a sus conocimientos y consejos hicieron posible nuestra formación profesional.**

**“A LA SRA. LIDIA RIVERA”**

**Por su ayuda y apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo**

**NALDI**

**ROSARIO**

**MILAGROS ANGELA**

### **A NUESTRO SEÑOR**

Que desde el cielo iluminó mis pasos,  
guiándome con fuerza y perseverancia  
hacia la culminación de mi meta,  
trazada.

### **A MIS QUERIDOS PADRES**

Bonifacio y Juana, en reconocimiento al  
esfuerzo y sacrificio realizado, así como al  
estímulo y apoyo que me brindaron en la  
culminación de este trabajo

### **A MIS HERMANOS Y CARLOS ALBERTO**

Que en todo momento estuvieron conmigo  
alentándome constantemente porque sin su  
ayuda jamás lo hubiera logrado

**MILAGROS ANGELA**

**A YELKA, GIANCARLO, MAYRA, JONATHAN Y  
CARLOS**

Que con su inocencia y dulzura hicieron que su tía  
siguiera adelante.

Milagros Angela

## Índice

Contenido

CAPITULO I.....	10
EL PROBLEMA SU SIGNIFICADO Y JUSTIFICACION .....	10
A. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	10
B. OBJETIVOS:.....	11
1. Objetivo General: .....	11
2. Objetivos Específicos:.....	12
C. HIPOTESIS .....	12
1. Hipótesis General:.....	12
2. Hipótesis Específicas: .....	12
CAPITULO II.....	13
REVISION DE LA LITERATURA.....	13
A. BASE TEORICAS .....	13
1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL RECIEN NACIDO .....	16
2. SEPSIA Y ANTISEPSIA.....	28
2.1. Consideraciones Generales: .....	28
2.2. Normas Básicas de Asepsia. ....	29
2.2.1. Normas de asepsia del personal asistencial. ....	29
2.2.2. Normas de asepsia del material.....	33
3. RECIEN NACIDO CON PESO $\leq$ QUE 2.500 GRS. ....	35
3.1. Definición: .....	35
3.2. Fisiopatología:.....	35
3.3. Complicaciones más frecuentes en los niños con peso $\leq$ que 2.500 grs. 36	
a. Dificultad respiratoria:.....	36
b. Susceptibilidad a las infecciones; .....	37

c. Alteraciones metabólicas;.....	37
3.4. Atención de enfermería en el servicio de neonatología del hospital de referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa. ....	37
a. Atención inmediata del recién nacido con peso $\leq$ que 2.500 grs. ....	38
b. Atención diaria de recién nacido con peso $\leq$ que 2.500 grs. ....	41
B. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS: .....	46
C. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	48
CAPITULO III .....	49
METODOLOGIA .....	49
A. METODO EMPLEADO:.....	49
B. DESCRIPCION DEL AREA:.....	49
C. POBLACION Y MUESTRA.....	52
D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE L RECOLECCION DE DATOS: .....	52
CAPITULO IV.....	54
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	54
CUADRO N° 1 .....	55
CUADRO N° 2 .....	56
CUADRO N°3 .....	57
CUADRO N°4 .....	58
CUADRO N°5 .....	60
CUADRO N° 6 .....	62
CUADRO N°7 .....	64
CUADRO N° 8 .....	65
CUADRO N°9 .....	66
CUADRO N° 10.....	67
CUADRO N° 11.....	68
CAPITULO V.....	69

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	69
A. RESUMEN .....	69
B. CONCLUSIONES.....	71
C. RECOMENDACIONES: .....	72
REFERENCIA.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXO N°2 .....	80
ANEXO N° 3 .....	84
ANEXO N° 4 .....	85

## INTRODUCCIÓN

En los países latinoamericanos si 45% de las muertes de menores del año corresponden al período neonatal, y el 72.7% de muertes neonatales corresponden a niños con peso  $\leq$  que 2,500 grs. O.P.S. (1988)

En el Perú la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año es de 75.81 por mil nacidos vivos constituyendo una de las tasas más altas de Latinoamérica. En Arequipa la tasa de morbilidad y mortalidad es de 360.0 y 56.45 por mil nacidos vivos, respectivamente. I.N.E.I. (1990).

En el Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado en el Servicio de Neonatología las tasas de morbilidad y mortalidad por infecciones fueron 65.35% y 34.91% respectivamente. Informe Estadístico del H.R.R.H.D. (1991).

La morbilidad y mortalidad en los recién nacidos con peso  $\leq$  que 2.500 grs. puede presentarse como consecuencia de trastornos asociados en el periodo prenatal, natal y neonatal; por lo que la supervivencia depende mucho de las normas y acciones preventivas que se realicen debidamente en estos niños.

Desde el punto de vista clínico y de enfermería el peso del niño al nacer permite al personal médico y de enfermería especializado valorar el estado de salud recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. de tal manera que se pueda tomar decisiones rápidas y eficientes en el tipo de atención requerida de acuerdo con los riesgos inherente.

El incremento del riesgo en los recién nacidos con peso  $\leq$  2,500 grs. se debe principalmente a la inmadurez anatómica y funcional de diversos órganos. Entre los factores más importantes de riesgo del niño tenemos: antecedentes prenatales, edad gestacional susceptibilidad a las infecciones, inmadurez físico fisiológico y escasa grasa cutánea. Kempe, H. (1986). A estos factores debe agregarse todos los acontecimientos que rodean al recién nacido y que tienen que ver con el cumplimiento de normas de asepsia por parte del personal encargado de su atención

Se conoce que el factor de riesgo sobre la susceptibilidad a la infección en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. está relacionada a una deficiente



transmisión placentaria de sustancias inmunizantes. A una relativa incapacidad del niño a producir sus propios anticuerpos y a un inadecuado cumplimiento de las normas de asepsia establecidas en la atención del recién nacido.

Todos los recién nacidos, especialmente los de bajo peso y los pretérminos son un grupo de alto riesgo de morbi-mortalidad por lo que somos conscientes de la necesidad de una atención cuidadosa a cargo de un equipo de salud, donde el personal profesional y no profesional de enfermería cumple un rol importante, en brindar una atención adecuada que permita mayor supervivencia de estos niños.

Estas razones motivaron en nosotras la realización del presente trabajo intitulado: "Cumplimiento de las normas de asepsia por el personal de enfermería y su influencia en la presencia de infecciones del recién nacido. Servicio de Neonatología del Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa". Con el propósito de determinar si las normas de asepsia que cumple el personal de enfermería, influyen en la presencia de infecciones en el recién nacido.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA, SU SIGNIFICADO Y JUSTIFICACIÓN

#### A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial las infecciones neonatales siguen teniendo la misma importancia de hace algunos años atrás constituyendo un problema serio para el personal de salud que atiende al recién nacido. En la mayoría de países en desarrollo el 20 a 30 % de las defunciones neonatales son consecuencia de infección O.M.S. (1987)

A nivel nacional, la tasa de mortalidad en niños menores del año es de 75.81 por mil; por cada 1000 niños que nacen 40 mueren antes de cumplir 20 días de vida. En Arequipa, esta tasa es de 56.45 por mil nacidos vivos. I.N.E.I. (1990).

En el Hospital de Referencia Regional Honorio delgado de Arequipa. en el Servicio de Neonatología la tasa de morbilidad y mortalidad por infecciones en el año 1990 fueron: 65.35% y 34.91% respectivamente. Informa Estadístico del H.R.R.H.D. (1991).

En los últimos 10 años la mayoría de médicos y enfermeras especialistas en observado y valorado que la mayor parte de los recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida debido a problemas respiratorios y mal formaciones congénitas; que a partir del tercer o quinto día de vida inician cuadros patogénicos de infecciones neonatales que pueden tener una causa de antecedentes prenatal, natal y/o post-natal que también se puede considerar como infección nosocomial (ambiente hospitalario). Herper y Yoon (1989).

A cada recién nacido normal o de elevado riesgo, entre ellos el de peso  $\leq$  que 2,500 grs. se le brinda continuos cuidados médicos y de enfermería mientras están en la unidad de recién nacidos. En estos niños se debe efectuar un registro minucioso y detallado de la historia gestacional, del parto y del periodo post-natal inmediato para relacionarlo con su estado de salud. Harper y Yoon (1989).

Dada su condición de alto o elevado riesgo los niños con peso  $\leq$  que 2.500 grs. son observados frecuentemente para valorar y comprobar su estado general; son sometidos a exámenes físicos, exámenes auxiliares. a. métodos de monitoreo invasivo y técnicas de atención utilizadas en el cuidado neonatal como: alimentación, higiene, limpieza y arreglo de su unidad. tratamiento medicamentoso, etc.; por lo que sus riesgos de infectarse son mayores debido a la. debilitación del recién nacido, a la flora del ambiente y a que en cada nivel de su desarrollo su función inmune es menos eficiente para localizar y eliminar la invasión bacteriana.

Muchos de los agentes infecciosos comentados son transmitidos de un niño a otro por las manos del personal del servicio o unidad» por personas que presentan signos de infección (respiratoria, dérmica, gastrointestinal y otras enfermedades contagiosas) y el no seguir las normas de asepsia que se exigen en su atención para proteger al recién nacido de cualquier infección Harper y Yoon (1989).

La problemática antes expuesta y las experiencias que se ha tenido en el manejo de estos niños, así como su incidencia nos ha motivado a la realización del presente trabajo preguntándonos:

¿Cuál es la influencia que exista entre el cumplimiento de las normas de asepsia por el personal profesional y no profesional de enfermería en la presencia de infecciones del recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.?

## **B. OBJETIVOS:**

### **1. Objetivo General:**

- Determinar si. el cumplimiento de las normas de asepsia por el personal profesional y no profesional de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa influyen en la presencia de infecciones en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.

## **2. Objetivos Específicos:**

- Determinar las infecciones más frecuentes que se presentan en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.
- Verificar si el cumplimiento de las normas de asepsia por el personal profesional y no profesional de enfermería influyen en la presencia de infecciones del recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.,.

## **C. HIPÓTESIS**

### **1. Hipótesis General:**

- El cumplimiento de las normas de asepsia tiene influencia en la presencia de infecciones en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.

### **2. Hipótesis Específicas:**

- A mayor cumplimiento de las normas de asepsia por el personal profesional y no profesional de enfermería en la higiene de manos y uso de ropa adecuada menor influencia de infecciones en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.
- A mayor cumplimiento de las normas de asepsia por el personal profesional y no profesional de enfermería en la preparación y manipulación de material estéril menor influencia de infecciones en el recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.

## CAPITULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### A. BASE TEÓRICAS

La labor de la enfermera está orientada a prevenir infecciones en el recién nacido, especialmente a los nacidos con peso  $\leq$  que 2,500 grs., debido a que éste al abandonar el claustro materno va a sufrir un desequilibrio para adaptarse a su nuevo ambiente.

Goldman. D. (1980) Presentó en la II Conferencia Internacional sobre infecciones nosocomiales, un trabajo titulado "Colonización Bacteriana e Infección en el recién nacido"; realizado en el Centro hospitalario para niños, Boston, Massachusetts (Estados Unidos); donde refiere que los bacilos gram negativos en su mayoría son frecuentemente transmitidos a los recién nacidos por las manos del personal. Además, cultivos no enunciados de un caldo del enjuague de las manos de 16 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, revelaron que 11 estuvieron colonizadas de las mismas especies de bacilos Gram negativos, de los bebés bajo su cuidado y se ha concluido que la transmisión de bacterias por las manos es el núcleo de la infección nosocomial persistente. Sin embargo, existe de hecho otras vías a través de las cuales los organismos patógenos pueden ser transmitidos en la sala de atención del recién nacido. Aunque muchos recién nacidos están colonizados con bacilos gram negativos. Si el tema crítico es como determinar en que pequeños la colonización es más probable a desarrollarse, factores hospederos son indudablemente importantes, pero hasta la fecha sólo el bajo peso de nacimiento ha sido relacionado con un riesgo incrementado de infección.

Sarashon, Ch. (1977), Efectuó un estudio sobre el cuidado del prematuro de muy poco peso en el Centro Neonatal del Hospital Memphis; (Estados Unidos); observó que el recién nacido de muy poco peso está expuesto al riesgo continuo de infección, estos pequeños también dependen de medidas para conservar la vida que a menudo imponen el riesgo ineludible de infección. Las medidas de sostén respiratorio a lo largo plazo necesitan

de intubación endotraqueal prolongada, la alimentación intravenosa y los caracteres en arterias y venas profundas entrañan la persistencia de cuerpos extraños que son manipulados frecuentemente durante el proceso terapéutico, las múltiples punciones en arterias también dan la posibilidad de introducción de bacterias infectantes. Mas preocupan es el hecho de 34 infecciones graves entre 24 pequeños, tres cuartas partes de éstos al parecer fueron nosocomiales la mitad de éstos recién nacidos no tenían colocados catéteres en el momento que apareció la infección.

Hernández, I. y otros. (1985). Realizaron en Cuba un estudio sobre comportamiento de las infecciones nosocomiales en 144 niños durante su estancia en el Hospital. General Docente "Enrique Cabrera", Servicio de Neonatología. Se determinó que los tipos de gérmenes más frecuentes en las infecciones fueron: el Estafilococo dorado y la Escherichia coli; el tipo de infección predominante fue conjuntivitis. Encontraron que las infecciones nosocomiales son más frecuentes en recién nacidos de bajo peso ingresados en unidades de cuidados intensivos, además se señala como formas evidentes de infección; transmisión directa por el personal médico y de enfermería, utilización de monitores, punturas venosas, manipulación para realizar exámenes clínicos y radiográficos.

Llaurado, R. Lamela, I. y Marinez, A. (1985). Efectuaron un estudio sobre incidencia de infecciones nosocomiales en el Hospital Infantil de Santiago de Cuba, observando que la incidencia de infecciones intrahospitalarias durante el período de estudio fue de 1.8%. El mayor número de infecciones nosocomiales correspondió a la sala de neonatología con el 5.1%. El incumplimiento de las normas detectadas en los servicios donde se registraron las infecciones fueron s lavado v desinfección inadecuada de las manos y presencia de vectores. La primera explicaría el porqué de las enfermedades diarreicas y la segunda, se halla relacionada con la propagación de las infecciones respiratorias. En la sala de neonatología, observaron que no se hacía un uso correcto de la ropa protectora. Encontraron, que los prematuros y recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional que requieren cuidados intensivos, corren mayor riesgo que otros grupos etarios de adquirir una infección cuando han sido objeto

de algunos procedimientos como: nebulizaciones y administración de líquidos por vía parenteral.

Castro, R. (1985). En el II Congreso Interamericano de Infectología realizado en la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia); se dio a conocer que entre las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos, están aquellos que comprometen al tracto-respiratorio. La alta incidencia de esta complicación es secundaria a la instrumentación de las vías aéreas como; el uso de humidificadores, nebulizadores y equipos de ventilación mecánica, que van a favorecer el crecimiento de gérmenes como; *Pseudomonas*, *Serratias* y algunas *Enterobacterias*. El riesgo de infecciones nosocomiales, es directamente proporcional a factores que aumentan el contacto del recién nacido con esta microflora hospitalaria, así como otros factores ambientales como son: el hacinamiento, la relación enfermera - recién nacido, deficiente lavado de manos, equipos de reanimación y ventilación mecánica, aplicación de múltiples antibióticos y hospitalización prolongada.

Alpaca, F. y Aparicio, B. (1985). En su estudio sobre enfermedades infecciosas en recién nacidos y la labor de la enfermera en el Servicio de Neonatología del Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa, se propusieron conocer la incidencia de morbilidad por infecciones en recién nacidos. Esta investigación se realizó en el lapso de un año, con una población de estudio de 208 recién nacidos infectados, encontrando que la planta física era inadecuada, no se cumplía estrictamente las medidas de higiene y asepsia, porque todo el material y equipos eran de uso múltiple, el personal no lleva la ropa adecuada y, la desinfección de cunas, incubadoras y ambientes era ocasional.

Los antecedentes revisados nos permiten precisar que en el periodo post-natal, se presentan complicaciones que pueden ser superadas con un adecuado cumplimiento de las normas de asepsia por el personal y de esta manera disminuir el riesgo de contraer infecciones. Sin embargo, las normas de asepsia no son consideradas en su debida importancia, sino

que son vistas por los profesionales de salud como un aspecto secundario. En consecuencia, es importante el cumplimiento de las normas de asepsia en la atención del recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. como medidas preventivas en la adquisición de infecciones.

## **1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL RECIÉN NACIDO**

### **1.1. Consideraciones Generales**

Los signos clínicos de infección en recién nacido son muy sutiles y fácilmente inadvertidos por el médicos sin embargo, es muy importante considerar las observaciones y el control del estado general del recién nacido que realiza la enfermera en forma mas continua.

Las infecciones neonatales pueden ser divididas en:

#### **1.1.1. Infección adquirida intrauterinamente;**

Son aquellas que el niño la adquiere en útero, ósea que la madre ha padecido una infección activa durante el embarazo. Estas infecciones pueden ser: Rubéola congénita, Enfermedad de Inclusión Citomegálica, Toxoplasmosis congénita, Varicela congénita, Tuberculosis, Hepatitis, Gonorrea, SIDA. Con frecuencia la madre desconoce que estuvo infectada.

#### **1.1.2. Infección adquirida durante el parto;**

Son aquellas en las cuales el recién nacido las adquiere por la predisposición de sus antecedentes como: niños pretérminos, antecedentes de ruptura de membranas más de 12 horas, parto no séptico (en domicilio, en la cama, etc.) parto prolongado, infecciones de la madre. Dentro de estas infecciones adquiridas de la madre tenemos:



- a. **Infecciones bacterianas:** producidas por bacterias Gram negativas o Gram positivas. Entre estas tenemos: Septicemia, Meningitis, Neumonía, Conjuntivitis, Onfalitis, Infección gastrointestinal (diarrea), Dermatitis, Infección de vías urinarias y Hepatitis.
- b. **Herpes simple**
- c. **Tuberculosis**

### 1.1.3. Infecciones adquiridas en el ambiente:

O unidad de recién nacidos (post-natal); a este tipo de infecciones están predispuestos los recién nacidos pretérminos y los niños excesivamente manipulados en relación a técnicas de atención como: aspirado de secreciones, oxigenoterapia, colocación de sondas, infusiones frecuentes, permanencia en incubadoras, etc., aquellos niños que son atendidos sin mantener la técnica aséptica; el hacinamiento y la inadecuada estructura de la planta física. Las infecciones más frecuentes son:

#### a. **Infección bacteriana:**

Sobre todo por gérmenes Gram negativos como la Escherichia coli, Klebsiella, Salmonella, Pseudomona aeruginosa que son las más frecuentes; en los Gram positivos el Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes.

#### b. **Infecciones virales:**

Se encuentra: Virus Sincital respiratorio, Coxsackie, Citomegalovirus.

#### c. **Infección fungosa:**

Producida por: Cándida albicans.

## **1.2. Valoración clínica de las infecciones.**

Las manifestaciones clínicas de infección en el recién nacido difieren en relación con el momento en que se adquirió la infección.

### **1.2.1. Infección adquirida intrauterinamente:**

Sus manifestaciones o signos clínicos son: ictericia, hepato esplenomegalia, petequias, dificultad en la alimentación, llanto débil, tono muscular débil, alteraciones en la regulación térmica, dificultad respiratoria.

### **1.2.2. Infección adquirida durante el parto y post-natal:**

Sus signos clínicos son: hipo o hipertermia, hipotonía, irritabilidad o hiperactividad letargia, dificultades en la alimentación, aumento lento de peso, vómitos, distensión abdominal, diarreas, ictericia, dificultad respiratoria, apnea. Cianosis, convulsiones y hepatomegalia.

Es importante mencionar que la valoración clínica es semejante en ambos casos, pero hay que dar prioridad al momento en que se inicia la presencia de estos signos relacionados con los antecedentes pre-natales.

## **1.3. Medidas que deben considerar el médico y la enfermera en un recién nacido sospechoso de aparecer una infección:**

- Revisar la historia materna para determinar el riesgo a agentes infecciosos intra útero.
- Examinar al niño cuidadosamente para detectar signos de alarma de infección.
- Solicitar y coordinar la realización de exámenes auxiliares y ayuda diagnóstica como: análisis de sangre, orina, heces y otras secreciones toma de radiografías.
- Revisar y llevar cuidadosamente una buena evolución o anotación de enfermera para determinar si el niño ha estado

presentando dificultades en su alimentación, irregularidades en la termorregulación.

- Cuando hay un dato de antecedente de infección materna sospechoso o comprobado se debe alistar al niño hasta que se compruebe o se descarte infección en el recién nacido
- Mantener técnicas asépticas en su atención.

#### **1.4. Infecciones en el recién nacido.**

##### **1.4.1. Sepsis Neonatal**

- **Definición.-** La sepsis neonatal es un síndrome clínico de enfermedad sistémica acompañada por bacteriemia que aparece en el primer mes de vida.
- **Incidencia.-** La incidencia es de 1 por mil nacidos vivos. Gomella y Cunningham (1990).
- **Microorganismos causantes:**  
Es causado por Escherichia coli, Estreptococo B hemolítico, Estafilococo, Pseudomona, Proteus, Aerobacter, Klebsiella, Listeria monocytógenes, Haemophilus influenzae, etc
- **Fisiopatología:** Al considerar la patogénesis de la sepsis neonatal se debe definir tres situaciones clínicas diferentes; comienzo temprano. Comienzo tardío y enfermedad nosocomial.
  - a. Enfermedad de comienzo tempranos: Se presenta en los primeros 5 – 7 días de vida y es por lo general una enfermedad multisistémica fulminante, varios agentes infecciosos pueden ser adquiridos en forma transplacentaria por vía hematógena, con la ruptura de las membranas; la flora vaginal puede ascender para alcanzar si líquido amniótico y al feto; se desarrolla Corioamnionitis, que lleva a la colonización fetal y a la infección, la aspiración de líquido amniótico infectado puede desempeñar un papel en

los síntomas respiratorios resultantes. La presencia de meconio altera las propiedades bacteriostáticas naturales del líquido amniótico; finalmente, el recién nacido puede estar expuesto a la flora vaginal cuando pasa a través del canal del parto. Los sitios primarios de colonización tienden a ser la piel, la nasofaringe, la orofaringe, las conjuntivas y el cordón umbilical.

- b. Enfermedad de comienzo tardíos; Por lo general se presenta a las 2 – 3 semanas de vida. Dado que los patógenos son similares a las de la sepsis de comienzo temprano, se presume que el mecanismo es el colonización con la flora vaginal antes o durante el parto.
- c. Sepsis nosocomial: Esta forma de sepsis ocurre en los recién nacidos de alto riesgos su patogénesis está relacionada con la debilitación del recién nacido., la flora del ambiente del servicio de neonatología, el monitoreo invasivo y otras técnicas utilizadas en el cuidado neonatal. Los recién nacidos en especial los de bajo peso tienen una susceptibilidad aumentada a la infección debido a que en cada nivel su función inmune es menos eficiente para localizar y eliminar la invasión bacteriana.
  - **Diagnóstico:**
    - Hemograma
    - Bilirrubina
    - Hemocultivo

#### **1.4.2. Meningitis.**

- **Definición.-** La meningitis neonatal es la infección de las meninges y el sistema nervioso central.
- **Incidencia.-** La incidencia es cercana de 2-4 por mil nacidos vivos. Shaffer (1988)

- **Microorganismos causantes:** Es causado por: Streptococo grupo B, Escherichia coli, Listeria monocytógenes, Flavobacterium, meningosepticum, klebsiella, Proteus y Estafilococos.
- **Fisiopatología:**  
En la mayoría de los casos, la infección ocurre por invasión hematógena de gérmenes en las meninges y el sistema nervioso central. En caso de anomalías del sistema nervioso central o esquelético (mielomeningocele, etc.) puede haber una inoculación directa por la flora de la piel o del ambiente. La meningitis neonatal se asocia a menudo con ventriculitis, lo que hace más difícil la resolución de la infección; hay también una predilección por la vasculitis, lo que puede llevar a hemorragia, trombosis e infarto e infarto.
  - **Diagnóstico:**  
Examen de líquido cefalorraquídeo hemocultivo

#### 1.4.3. Neumonía

- **Definición:** Es la infección de los pulmones en la que los alveolos se llenan de secreciones; la porción afectada del pulmón no recibe suficiente aire por lo cual la respiración es superficial, como resultado, la sangre no está bien oxigenada. Dumont, (1987)
- **Incidencia:** La incidencia es de 1-4 por mil. Whaley y Wong (1988).
- **Microorganismos causantes:**  
Es causado por: Escherichia coli, Estafilococos, Streptococos grupo B, Listeria monocytógenes, toxoplasmosis, Pseudomona aeruginosa, klebsiella, Serratia y Proteus.
- **Fisiopatología:**  
La neumonía puede adquirirse por vía transplacentaria por una infección intrauterina, también por aspiración de

líquido amniótico infectado o de secreciones del canal del parto, comenzando entonces a manifestarse la enfermedad en los primeros días de vida. La infección puede adquirirse asimismo post-natalmente en cuyo caso la sintomatología no se evidencia hasta después de las 72 horas de vida.

Sin embargo, no es rigurosamente exacto, porque los niños de corta edad gestacional y los de bajo peso pueden presentar en los primeros tres días de vida graves formas de esta infección que se adquirieron en la vida extrauterina.

- **Diagnóstico**

  - Auscultación del tórax.

  - Hemocultivo

  - Cultivo de aspirado traqueal

#### 1.4.4. Diarrea

- **Definición:** Son deposiciones acuosas o de consistencia semilíquida, generalmente con una frecuencia aumentada con más de cuatro deposiciones al día

- **Incidencia:** La incidencia es de 20 por mil nacidos vivos. Gomella y Cunningham (1990)

- **Microorganismos Causantes:** Los gérmenes que con mayor frecuencia causan diarrea en el recién nacido son: Escherichia coli, Solmonella typhi, Shiguella, Rotavirus y Adenovirus.

- **Fisiopatología**

Las bacterias causan diarrea por dos mecanismos: el primero implica la colonización del intestino delgado superior (duodeno), por un microorganismo capaz de reproducir entero toxina, una exotoxina bacteriana. Estas bacterias se fijan, pero no invaden la pared intestinal; la entero toxina estimula al Adenosín Monofosfato Cíclico, que a su vez inhibe el transporte de cloruro y sodio a

través de la pared intestinal, como resultado estas sales se pierden en la luz de intestino superior (duodeno), seguidas pasivamente por agua causando una pérdida de heces de elevado contenido electrolítico como el potasio. Un ejemplo de este mecanismo es la *Escherichia coli*. El segundo mecanismo de diarrea bacteriana es invasión de la mucosa intestinal, la disentería singular es el ejemplo de este mecanismo; la invasión colónica y la destrucción subsiguiente de la mucosa produce una efusión de células polimorfonucleares y moco, la diarrea resultante suele ser sanguinolenta y contienen; moco y pus. La salmonella también invade la mucosa intestinal pero no produce destrucción extensa, la capa epitelial queda infecta y el microorganismo llega a las placas del Peyer, donde se produce una respuesta inflamatoria.

- **Diagnóstico:**

  - Hemograma

  - Examen de heces

  - Cultivo de heces

#### 1.4.5. Onfalitis

- **Definición:** es la inflamación de la base del cordón umbilical que se extiende al tejido celular de la piel que rodea al muñón umbilical.

- **Incidencia:** No se encuentra en la literatura.

- **Microorganismos causantes:**

Es causado por: Gérmenes apatógenos, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomona aeruginosa* y *Streptococos*.

- **Fisiopatología:**

La infección del ombligo puede propagarse por vía subcutánea, intra y peri arterial; intravenosa, intraperitoneal y por el uraco. La invasión bacteriana en

la luz vascular ocurre todavía antes de la obliteración definitiva (20-25 días)

La tromboflebitis umbilical puede ser causa de embolia séptica, con formación de abscesos en el hígado, pulmones y riñones.

- **Diagnóstico:**

Cultivo de la piel alrededor de la base del cordón umbilical.

Hemocultivo.

#### 1.4.6. Infección Urinaria

- **Definición:** Es el conjunto de alteraciones patológicas subsecuentes a la multiplicación de microorganismos patógenos que afectan al intersticio renal, el tracto urinario o ambos sin especificar localización anatómica.

- **Incidencia:** La frecuencia global de infección de vías urinarias entre recién nacidos es aproximadamente de 3 por mil nacidos vivos. Harper y Yoor (1989)

- **Microorganismos causantes:**

Es causado por: Escherichia coli, Klebsiella, Aerobacter, Proteus, Pseudomona aeruginosa y Staphylococcus epidermidis.

- **Fisiopatología**

Debemos considerar dos aspectos: las posibles vías por las cuales los gérmenes llegan al tracto urinario y los factores que predisponen a la infección.

Posibles vías por las cuales los gérmenes llegan al tracto urinario:

**Vía canicular ascendente:** los gérmenes a través de la uretra llegan a la vejiga y asciende al riñón en forma retrógrada a la corriente urinaria, los gérmenes pueden ser llevados por instrumentos contaminados o caracteres directamente a la vejiga.



**Vía hematológica:** la presencia de focos sépticos o distancia provocando bacteriemias transitorias o en el desarrollo de sepsis generalizada en recién nacidos, son el mecanismo de producción

**Vía linfática:** se considera que infecciones del tracto urinario bajo uretra y vejiga, alcancen los uréteres y riñón por la vía linfática. Ha sido planteada una conexión linfática entre el ciego, apéndice y el colon vía por la cual los gérmenes intestinales lleguen al riñón.

Factores que predisponen a la infección: el déficit inmunológico, déficit de vitamina A y de potasio; ausencia de inhibidores bacterianos en riñón y vejiga, así como en infecciones locales de la piel y diarrea.

- **Diagnóstico:**

Sedimento urinario

Hemograma

Urocultivo.

#### **1.4.7. Dermatitis por el pañal (Erupción del pañal)**

- **Definición.-** Es una lesión de la piel que consiste en una reacción eritematosa difusa o en placas que cubren la región perineal, los glúteos los genitales.

- **Incidencia.-** No se encuentra en la literatura.

- **Microorganismos causantes:**

Es causado por: Estafilococos, Estreptococos y Candida albicans.

- **Fisiopatologías.-**

La dermatitis por el pañal, es debido al contacto prologado entre la piel y una combinación de orina y heces con sus sustancias químicas irritantes, como la urea y sus enzimas intestinales (ureas; que actúa sobre la urea de la orina para liberar amoníaco).

- **Diagnóstico:**

Está basado en el cuadro de eritema y en el engrosamiento de la piel en la región perineal, con antecedentes de contacto cutáneo con orina y heces.

- **Tratamiento:**

Aplicación de antisépticos locales como: Violeta de geneciana al 1%.

Aplicación de antimicóticos como: Mycostatin.

#### **1.4.8. Conjuntivitis**

- **Definición.-** Es la inflamación de la mucosa que rodea los párpados y el globo ocular. Es, por lo general infecciosa, pero puede tener un origen químico, traumático o alérgico.

- **Incidencia.-** No se encuentra en la literatura.

- **Microorganismos causantes:**

Es causado por: Staphylococcus aureus, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Pseudomonas aeruginosa.

- **Fisiopatología.-**

Cuando la infección se presenta a los 2-5 días es más probable que sea por Neisseria gonorrhoeae y Staphylococcus aureus. La conjuntivitis por Chlamydia trachomatis se presenta usualmente después de la primera semana de vida; por Pseudomonas aeruginosa se observa típicamente entre el 5-18 días de vida.

La conjuntivitis bilateral se observa en las infecciones debidas a: Chlamydia trachomatis o Neisseria gonorrhoeae. La unilateral se presenta por Staphylococcus aureus y Pseudomonas aeruginosa.

- **Diagnóstico:**

Frotis con tinción de Gram de la secreción ocular.

Cultivo y antibiograma de la secreción ocular

#### 1.4.9. Infecciones por TORCH

- **Definición.-** TORCH, es un acrónimo de Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes simple. "Otros" puede incluir Sífilis. Hepatitis B y Varicela Zoster. Gomella y Cunningham (1990)  
En nuestro medio estas infecciones son poco comunes, pero la que tiene mayor incidencia de este grupo es la sífilis congénita.

##### **Sífilis congénita:**

- **Definición.-** Es una enfermedad de transmisión sexual. La infección sifilítica de la mujer embarazada puede producir la muerte fetal, parto prematuro y/o el nacimiento de un recién nacido infectado.
- **Incidencia.-** TORCH de 4-10 por mil nacidos vivos. Nelson (1986)
- **Microorganismo causante:**  
Es causado por: Treponema Pallidum.
- **Fisiopatología:**  
La infección del recién nacido puede ocurrir por transmisión transplacentaria o por contacto con una lesión infecciosa durante el pasaje por el canal del parto. El riesgo de infección a partir de la madre es del 70 - 100% en la sífilis primaria y de aproximadamente un 30% en enfermedad latente.
- **Diagnóstico:**  
Prueba serológica de sífilis.  
Examen en campo oscuro de las placentas.
- **Tratamiento:**  
Es a base de antibióticos como: penicilina sódica o penicilina G benzatina.

## 2. SEPSIA Y ANTISEPSIA

### 2.1. Consideraciones Generales:

Para atender adecuadamente a un recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. es necesario definir algunos términos como:

- a. **Asepsia.**- Es la ausencia de microorganismos que producen enfermedad; ausencia de infección, exclusión de microorganismos. La asepsia comprende todos los procedimientos higiénicos, físicos y mecánicos que se oponen e impiden la llegada de los microorganismos infectantes al contacto con el organismo.
  
- b. **Antisepsia.**- Es la prevención de la infección por medio de la exclusión o inhibición de la proliferación de los microorganismos, de los tejidos y líquidos del cuerpo.
  
- c. **Antiséptico.**- compuesto orgánico o inorgánico que combate la infección inhibiendo la proliferación de los microorganismos, sin destruirlos necesariamente, estos agentes se usan en la piel y los tejidos para detener la proliferación de microorganismos endógenos (flora residente) sin embargo no debe ser tan potentes que destruyan el tejido.
  
- d. **Esterilización.**- Procedimiento por medio del cual se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos incluyendo las esporas; mediante el uso de vapor a presión, gas (óxido de etileno) y calor seco. La esterilización por ebullición del agua no mata las esporas.
  
- e. **Desinfección.**- Es el proceso químico o físico de destrucción de todos los microorganismos patógenos, con excepción de los que forman esporas; se usa en objetos inanimados pero no en tejidos.

f. **Desinfectante.**- Agente que destruye todas las formas proliferantes o vegetativas de microorganismos, eliminándolos completamente de los objetos inanimados.

## 2.2. Normas Básicas de Asepsia.

Luis Pasteur fue el primer científico que demostró la presencia y actividad de microorganismos o bacterias, asimismo descubrió que los microorganismos eran destruidas por el calor. Posteriormente Joseph Lister perfecciona estos avances y piensa en la presencia de microorganismos en la piel, en las manos del personal y los materiales que se emplean en la atención de un paciente, incluso intento destruir los microorganismos de la atmósfera, haciendo uso de ácido carbólico.

Considerando la importancia de lo antes mencionado, el principal objetivo del personal que trabaja en el servicio de neonatología es atender a los recién nacidos manteniendo y cumpliendo las normas básicas de asepsia que permiten reducir al mínimo la proliferación de microorganismos patógenos.

### 2.2.1. Normas de asepsia del personal asistencial.

- **Ropa Protectora.**- El recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. es uno de los pacientes que con mayor frecuencia ingresa a la sala de cuidados especiales, en la actualidad logran sobrevivir muchos pequeños que en años anteriores hubieran muerto, debido a la gran especialidad y las complicadas técnicas de vigilancia que existen ahora. El personal que proporciona cuidados al recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs. deberá conocer la gran susceptibilidad de él a las infecciones y hacer todo lo posible para protegerlos contra ellas; el papel de la enfermera se ha vuelto cada vez más complejo con mayor énfasis en la observación clínica sutil. (Bethea, D. 1987).

- **Bata;** la cual se utiliza para proteger al bebe de fuentes exógenas de infección, toda persona que se pone en contacto con él o su medio debe cambiar sus ropas de calle, la enfermera que está a cargo de estos niños debe usar una bata con mangas cortas de tal forma que manos y antebrazos puedan ser lavados con agua y jabón; al comenzar el cambio de turno se pondrá una bata limpia o se cambiara si esta se ensucia. Las personas que entran a la sala de cunas por lapsos breves deben usar una bata larga sobre sus ropas.
- **Gorro;** se utiliza para evitar que el cabello contamine al recién nacido. Se sabe que el pelo constituye un contaminante importante y una fuente principal de Estafilococos. La población microbiana que es atraída y repartida por el pelo, está directamente relacionada por su longitud y aseo; los folículos y filamentos pilosos alojan flora rediente y transitoria.
- **Botas;** las cubiertas de los zapatos se usan una sola vez al salir del área aséptica se desechan usando otro par antes de regresar a dicha unidad. Usando otro par antes de regresar a dicha unidad. La suela de los zapatos son una fuente potencial de contaminación y contagio al ir de un área a otra en el hospital.
- **Mascarilla;** el uso de mascarilla cuando se está manipulado niños pequeños en cunas abiertas. Reducirá el riesgo de infección a partir de los gérmenes nasofaríngeos de un asistente que pueda provocar infecciones en los recién nacidos porque los microorganismos que se expelen con fuerza duran el acto de hablar, toser o estornudar da origen a polvo y

pelusa cargados de bacterias cuando las gotitas llegan a superficies y a la piel; las personas llamadas portadoras alojan abundantes organismos principalmente *Streptococcus* del grupo A que pueden ser transportados por la faringe.

- **Lavado de manos.-** Es una de las medidas más importante para evitar diseminación de microorganismos tales como: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, etc.; así el personal de salud pone un obstáculo a la diseminación bacteriana de un niño a otro, aunque la mayor parte de microorganismos se transmiten por contacto directo, algunos se mantienen vivos fuera del organismo y se transmiten de manera indirecta por medio del material; en las manos hay dos grupos de microorganismos los temporales y los permanentes; los primeros son escasos en áreas de piel limpia, se adquieren con las actividades normales de vida y trabajo no se fijan con firmeza a la piel porque están en la grasa, suciedad y mayor cantidad en las uñas las cuales se desprenden fácilmente con el lavado frecuente; los permanentes son relativamente estables se encuentran en los pliegues y grietas de la piel solo se desprenden con fricción enérgica utilizando cepillo.

Cuando las bacterias existen en gran cantidad por un periodo de tiempo bastante largo, la flora temporal se adapta a la piel y se convierte en flora permanente, de ahí la importancia de lavarse las manos inmediatamente; se ha calculado que la contaminación bacteriana de la piel es 10.000 microorganismos por cm<sup>2</sup> de superficie cutánea; el contenido bacteriano de las manos puede ser elevado, a causa que se emplea

para atender a los niños y manejar materiales que han estado en contacto con ellos lo cual hace posible para atender a los niños y manejar materiales que han estado en contacto con ellos lo cual hace posible la diseminación de la infección.

Las enfermeras deben hacer uso de su sentido común sobre cuando deben lavarse las manos, pero puede servir de guía la siguiente relación:

- Al entrar en la unidad.
  - Antes de preparar o de colocar tetinas en los biberones.
  - Antes y después de administrar una toma de alimento.
  - Antes y después de atender a cualquier niño.
  - Tras manipular ropa o equipos sucios, o el teléfono.
  - Tras usar un pañuelo o introducir la mano en un bolsillo que contenga o haya contenido un pañuelo.
- Crosse (1978).

Cabe mencionar que el realizar este procedimiento se debe frotar las manos, sobre todo los espacio interdigitales prestando atención especial a las uñas, las cuales deberán mantenerse cortas; una vez terminado el procedimiento se cerrara la llave con el pedal, en caso contrario se hará uso de una toallita de papel purificado. Dicho procedimiento se realiza de 15 a 30 segundos.

Para el secado de manos se utilizará toallas las cuales serán cambiadas cuando estas se encuentren húmedas. Debido a que las bacterias se desarrollan y reproducen en un medio húmedo.



### **2.2.2. Normas de asepsia del material.**

Son técnicas que se ejecutan para evitar la contaminación en el manejo de artículos estériles; la mayor parte de las áreas de servicios tiene una parte limpia y una sucia, la primera almacena artículos limpios o estériles y en ella se prepara la mediación parenteral y otros, en la zona sucia se lava y limpia material utilizado. (Dugas, V. 1988).

Un procedimiento básico que se recomienda para limpieza y esterilización es el siguiente:

- Remojar el artículo con agua fría para eliminar el material orgánico, porque el calor coagula las proteínas lo cual hace que la sangre y pus se adhiera al equipo.
- Lavar el equipo con agua, detergente y escobilla; el poder emulsificante del detergente y su acción sobre la superficie, facilita la disminución de partículas sucias.
- Enjuagar bien con agua y después secar, individualmente cada pieza; en caso de sondas deben ser permeabilizadas.
- Revisar si el equipo está en buenas condiciones de uso, es decir que no esté deteriorado.

#### **a. Métodos de estriación.**

##### **- Por calor**

Este método asegura la destrucción de microorganismos y esporas, es la técnica de elección para cualquier tipo de material; las dos formas principales de calor son: húmedo y seco.

##### **- Calor húmedos**

**Autoclaves;** a una temperatura de 121 a 123 °C durante 15 a 20 minutos para la esterilización de material como; jeringas y guantes.

**Ebullición;** es otro método que debe prologarse durante 20 minutos como mínimo, para asegurar su destrucción de algunos microorganismos, se esterilizan; zonas nasogástricas, jeringas.

- **Calor seco**

**Pupinel;** se esteriliza a 160 °C durante 2 horas, como: pinzas portaobjetos, equipo de onfaloclistis que contiene gasa e hilos.

**b. Manipulación de material estéril.**

Es la actividad que requiere arte y en ella se desarrolla las técnicas más corrientes de asepsia. Los artículos estériles serán manejados con guantes o con pinza portaobjetos según lo requiera la ocasión. Esta última se utiliza para sacar artículos o material estéril de sus envases y trasportarlos de un lugar a otro sin contaminarlos, las dos terceras partes de estas pinzas se mantienen sumergidas en envases con solución desinfectante la cual se cambia cada 8 días; se sostiene con la punta hacia abajo. No se toca con ellos los lados o la parte superior del encase al sacarla, la punta solo debe tocar material estéril.

**c. Ubicación, limpieza y desinfección de cunas e incubadoras.**

Ubicación de cunas e incubadoras; las cunas estarán separadas por lo menos a una distancia de 60 centímetros. Lo ideal es que en cada sala se coloquen 5 a 6 recién nacidos y que no entren niños hasta que hayan salido del hospital los anteriores; las incubadoras

estarán a una distancia de un metro, esto limita la exposición a otros niños y reduce el riesgo de infección. Limpieza y desinsectación de cunas e incubadoras; la limpieza de cunas e incubadoras se debe realizar diariamente con agua y detergente; su desinfección debe ser con ácido acético, cuando han sido desocupadas o cada 6 u 8 días de uso.

Para la desinfección de incubadora se sigue los siguientes pasos:

- Retirar colchoneta y manquillas.
- Desechar el agua destilada.
- Lavar la cámara o envoltura con detergente.
- Colocar un desinfectante dentro de la incubadora (isopo) con ácido acético o vinagre.
- Ventilar la incubadora por lo menos 24 horas.

### **3. RECIEN NACIDO CON PESO $\leq$ QUE 2.500 GRS.**

#### **3.1. Definición:**

En la actualidad los niños que pesan al nacimiento 2,500 grs. o menos se les denomina recién nacidos de bajo peso, y se considera que han tenido una gestación más corta o un crecimiento intrauterino menor del esperado o bien ambas cosas.

#### **Incidencia:**

Aproximadamente de un tercio a la mitad de los recién nacidos con bajo peso al nacimiento tienen una edad gestacional de 37 semanas. La incidencia de recién nacidos que pesan menos de 2.500 grs. varía entre el 6 al 16% (Nelson, V. 1988).

#### **3.2. Fisiopatología:**

Es difícil deslindar por completo los factores asociados con la prematuridad de los relacionados con el bajo peso al nacimiento. aproximadamente una tercera parte de los niños con bajo peso de nacimiento, del peso es el menor de lo que se esperaba en relación a la edad gestacional calculada partir del último período

menstrual materno. El pequeño tamaño, de esta forma, es de vida en primer lugar a un retraso de la velocidad de crecimiento intrauterino, en el resto, el bajo peso es apropiado para la fecha temprana de parto. En general, el nacimiento prematuro se asocia a procesos en los que existen incapacidad por parte del útero para retener al feto, interferencias externas sobre el curso del embarazo, desprendimiento precoz de la placenta o estímulos que produzcan contracciones uterinas precoces y efectivas. El bajo peso al nacer se relaciona con procesos que interfirieron con la circulación y eficacia de la placenta, en el desarrollo y crecimiento del feto, o en el estado general y nutritivo de la madre.

Existe una correlación directa entre la prematuridad y el bajo peso de nacimiento con un nivel socioeconómico bajo. En estas familias, es relativamente elevada la incidencia de mal nutrición, anemia, cuidados pre-natales inadecuados, drogadicción, complicaciones obstétricas. otros factores no tan claramente asociados, pero también encontradas con mayor frecuencia son: ilegitimidad, embarazo en adolescentes, intervalos cortos entre las gestaciones.

Aunque se describen diferentes sistemáticas de crecimiento fetal en relación con la talla materna, con el número de orden en el nacimiento, con el peso de los hermanos, con el hábito materno de fumar y con otros factores. Se desconocen en que proporción incidirán los factores ambientales sobre la veracidad en el peso del nacimiento de los diferentes subgrupos, en relación con las diferencias genéticas del potencial de crecimiento.

### **3.3. Complicaciones más frecuentes en los niños con peso $\leq$ que 2,500 grs.**

#### **a. Dificultad respiratoria:**

Puede ocurrir como consecuencia de una debilidad de los reflejos faríngeos y tusígenos lo cual incrementa los riesgos de

aspiración; el tórax es flexible y permite retracción al inspirar, la musculatura respiratoria es débil; los alveolos y los capilares del pulmón se encuentran deficientemente desarrollados; hay mayor tendencia hacia una ventilación inadecuada con hipoxia, saturación disminuida de oxígeno y, acidosis respiratoria y metabólica.

**b. Susceptibilidad a las infecciones;**

Se debe a una trasmisión placentaria deficiente de subestación inmunizantes, a una relativa incapacidad del niño a producir sus propios anticuerpos y a puertas de entrada más accesible para las infecciones.

Los sistemas inmunológicos del recién nacido no controlan bien las infecciones y no pueden circunscribirlos a una parte del organismo; por lo tanto, el niño que presenta infección localizada por ejemplo en los ojos, puede desarrollar rápidamente septicemia y meningitis como resultado de esta infección.

**c. Alteraciones metabólicas;**

Hiperbilirrubinemia; los recién nacidos de bajo peso presentan con más frecuencia hiperbilirrubinemia que los productos a término y también es mayor el peligro de ellos. El hígado en estos recién nacidos a término, y por lo tanto un alto riesgo de sufrir kernicterus por bilirrubina elevada.

**3.4. Atención de enfermería en el servicio de neonatología del hospital de referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa.**

Recursos humanos de enfermería que debe contar un servicio de Neonatología: 1 enfermera especialista para cada 6 recién nacido pre términos o patológicos; y 1 enfermera para 18 recién nacidos normales.

Instituto de Neonatología y protección materno infantil (INPROMI) (1972).

Recursos materiales: Cada ambiente debe contar con una balanza para el control de peso del recién nacido. El material y equipo necesario para el cuidado y tratamiento de cada niño se esterilizará previamente; los objetos que no se pueden esterilizar se lavarán con agua y jabón para luego ser desinfectados, antes de ser usados. (INPROMI) (1972).

Según Margaret Clarke (1977) menciona que para el cálculo de ropa debe considerarse 3 criterios: N° de camas, tipo de paciente y procedimientos que se le va a realizar.

Refiere que los niños deben ser cambiados como mínimo 6 veces al día; considerando para el cálculo de ropa (pañales) las normas establecidas en cada institución.

Málaga, E. Magister en Administración, refiere que para el adulto se necesita 5 mudas de ropa de cama, por paciente. Esta incluye 2 sábanas, 1 solera, 1 colcha, 1 funda y 1 protector (hule). Considera que los pañales necesarios (4) para cada niño en cada mita (6) se necesitaría 24 pañales al día.

**a. Atención inmediata del recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.**

Es la atención que se brinda al recién nacido una vez que llega al servicio:

- Tener todo el equipo preparado y en condiciones de ser usado, como:
- Resucitador
- Equipo de aspiración y oxigenación
- Sondas Nelaton N° 6 – 8
- Termómetro rectal y estetoscopio
- Balanza, tallímetro, cinta métrica
- Frasco con alcohol yodado
- Solución oftálmica

- Pinza portaobjetos
- Cubeta conteniendo jeringas
- Ampollas de Konaki6n
- Tarjetas de identificaci6n del reci6n nacido
- Cunas e incubadoras
- Lavadores, agua tibia y jab6n
- Toalla y ropa.
- Colocar al reci6n nacido en el resucitador para mantener la homeotermia y as6 evitar enfriamientos.
- Mantener v6as a6reas permeables para evitar las neumon6as por aspiraci6n. Al usar la sonda nasog6strica debe lavarse cuidadosamente las manos antes y despu6s de este procedimiento, las sondas que se emplean deben ser est6riles debido a que las bacterias pueden penetrar a las v6as respiratorias teniendo en cuenta que si se afecta una parte de ellas causa da6o con facilidad a todo el sistema.
- Si el reci6n nacido presenta cianosis, administrar O<sub>2</sub> 2 a 3 litros por minuto mediante mascarilla o campana hasta que mejore la coloraci6n de la piel.
- Control de funciones vitales: temperatura, rectal, frecuencia cardiaca y respiratoria. Al tomar la temperatura las manos de la enfermera, as6 como el term6metro y su envase deben estar perfectamente limpios; empleando jab6n, agua y soluci6n desinfectante (Cry), la cual se cambiar6 cada 8 d6as; esta soluci6n penetrar a la materia org6nica y destruye las bacterias. para tomar la frecuencia cardiaca.

Para tomar la frecuencia cardiaca el diafragma del estetoscopio se limpia y desinfecta antes y despu6s del contacto con el reci6n nacido para evitar la diseminaci6n de microorganismos. El aumento en la frecuencia card6ica y respiratoria puede ser causada por la presencia de microorganismos en la corriente sangu6nea.

- Pediatría; es la medición del cuerpo a través del peso talla perímetro cefálico y torácico. Al pesar al recién nacido tener cuidado con la balanza este una zona tibia de la habitación lejos de ventanas, para este procedimiento se coloca un pañal limpio en la balanza, mientras se pesa el niño la enfermera mantiene su mano cerca de él para que pueda detenerlo en caso que haga un movimiento brusco. Las cintas métricas de tallímetro deben ser previamente limpiado y desinfectados con alcohol yodado para cada uso.

Esos procedimientos deben llevarse a cabo en forma tal que evite excesiva manipulación exposición para evitar las infecciones cruzadas.

- Vestir al recién nacido
- Se realiza la profilaxis ocular y umbilical:  
Profilaxis ocular mediante la aplicación de ungüento oftálmico como Terramicina la cual se aplica de tal manera que se evite infecciones cruzadas, todo material y soluciones que se van a utilizar deben ser estériles.

Profilaxis umbilical; se realiza con algodón estéril y al alcohol yodado (Alcohol de 60 a 70° y Iodo 0.5 a 1%), efectos secante para disminuir el riesgo de infección, los vasos sanguíneos del cordón y su extensión hacia el abdomen son puerta de entrada potencial para los gérmenes mientras éste no sane por completo.

- Se Administra por norma del servicio Konación (Antihemorrágico) 1 mgr. por vía I.M. a niños con un peso superior a 2,000 grs. y 0.5 mgr. en niños con peso inferior a 2,000 grs. Para evitar infecciones es necesario que todas las partes de la aguja y jeringa con las que



estará en contacto el medicamento estén estériles, se realiza asepsia de la piel que será atravesada por la aguja con alcohol yodado para disminuir las posibilidades de introducir gérmenes patógenos al torrente sanguíneo.

- Derivación del recién nacido al ambiente del servicio que le corresponde según valoración del estado del niño considerando los antecedentes pre-natal, natal y post-natal.
- Si el niño es incapaz de tolerar líquidos por vía oral se procederá la administración por vía endovenosa, que es el suministro de líquidos y electrolitos durante cierto tiempo con fines alimenticios o terapéuticos; la venoclisis no debe mantenerse más de 72 horas en el niño porque puede complicarse con sepsis y tromboflebitis, la contaminación por vía del catéter es muy peligrosa debido a que el organismo infectante tiene acceso directo a la circulación del cuerpo. Cuando se usa soluciones hipertónicas, ser más cuidadosa en la observación de estas venoclisis porque la infiltración produce necrosis de tejido.

**b. Atención diaria de recién nacido con peso  $\leq$  que 2,500 grs.**

Es la tensión diaria que se le brinda al recién nacido durante su estancia en el hospital, involucra la satisfacción de sus necesidades de higiene y Confort, sueño, alimentación, eliminaciones, prevención de infecciones y psicoemocionales.

Entre los que tenemos:

- Control y evaluación de funciones vitales como: temperatura axilar frecuencia cardíaca y respiratoria: en los diferentes turnos: mañana, tarde y noche.

- Control de peso y su valoración
- Evolución de enfermería mañana, tarde y noche.
- **Baño de Esponja;** la hora del baño es un momento excelente para observar la conducta del recién nacido en lo que se refiere a irritabilidad, estado de vigilia, alerta y actividad muscular. También es importante para mantener la piel, limpia, libre de desechos de las glándulas sebáceas y descamación epitelial y de esta manera disminuir la proliferación microbiana de la piel

Es necesario reunir todo el equipo, ropa y cuidar que no haya corriente de aire, la limpieza diaria del recién nacido constituye una oportunidad excelente de hacerla observaciones necesarias en el periodo post-natal ante el incremento en la frecuencia de infecciones en la sala de cunas; a realizar el baño de Esponja debe ir de la zona menos contaminada a la más contaminada en primer lugar los ojos, cara, orejas, cuero cabelludo, cuello, extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores y por último genitales y glúteos; a su vez estas zonas serán enjuagadas y secadas. (Reeder y otros 1988)

Sugerencias para la limpieza de áreas específicas.

- **Ojos:** Deben ser limpiados desde el ángulo interno al externo para evitar discriminar alguna infección ocular
- **Pelo:** Se lavará cada vez que se bañe al niño y así se evitará que se forme la costra láctea en áreas frontales
- **Piel:** La piel del niño suele ser seca, de ella se desprende escamas de epidermis y cualquier perturbación constituye una amenaza real para el bienestar del bebé; las grietas de su superficie

pueden hacer puertas de penetración a microorganismos.

- **Cordón umbilical:** Se realiza Asepsia de toda la zona de la unión entre el año y la piel con alcohol yodado para reducir el mínimo de presencia de colonias de bacterias y favorecer una adecuada cicatrización
- **Glúteos:** Limpiar esta zona con agua y jabón retirando los restos de heces, debido a que la zona glútea es susceptible a Lesionarse por la reacción acida de la orina y de las heces
- **Limpieza de genitales:** En el varón recién nacido es muy común observa adherencias entre el prepucio y el glande, suele recomendarse retraerse este para su limpieza desde los primeros días del nacimiento. En la mujer recién nacida se acumula esmeran entre los pliegues y debe limpiarse con torundas de algodón de estéril de adelante hacia atrás, para evitar contaminar la vagina y el meato urinario.
- **Vestir al recién nacido:** Se esteriliza toda la ropa que está en contacto con el niño, su cambio debe ser cada vez que este húmedo porque produce enfriamientos y posibles complicaciones debido a que este es un medio propicio para la proliferación de bacterias. Los pañales se colocan adecuadamente para evitar posibles daños y así protegerlo de lesiones.
- **Alimentación del recién nacido:** De acuerdo al tamaño del niño y su capacidad para succionar, el recién nacido de bajo peso o muy pequeño se alimenta por vía intravenosa mientras que los recién nacido más grandes se alimenta con biberón o sonda

- **Alimentación por sonda:** Es uno de los métodos más seguros de satisfacción de las necesidades nutricionales del recién nacido, es usual que estos niños estén demasiado débiles para succionar con eficacia y que no puedan coordinar la deglución; además, la alimentación por sonda permita conservar energía al recién nacido por bajo peso. Para este procedimiento se utiliza una sonda estéril y de esta manera evitar ser puerta de entrada a una infección; se realiza satisfactoriamente con el recién nacido en pronación o sobre su costado derecho y con la cabeza levemente elevada. Es preferible introducir la sonda por la boca y no por la nariz; la introducción a través de la boca permite observar la respuesta de succión; la segunda de estas alternativas interfiere en la respiración nasal y puede irritar la delicada mucosa de la nariz.
- **Alimentación por biberón.-** Se debe observar estrechamente los recién nacidos en busca de conductas que indiquen a los recién nacidos en busca de conductas que indique ni que están listos para la alimentación por biberón que entre ellas se incluye la siguiente: succión fuerte y vigorosa, coordinación de la succión. y la deglución succión como respuesta a la sonda de alimentación u otros objetos colocados cerca de la boca y vigilia antes de la toma de alimentos y sueño después de ellas  
Antes de dar la dieta por biberón se tendrá cuidado que estos estén rotulados revidando que la formula que estos estén rotulados revisando que la formula sea la indicada y

cantidad exacta, no se debe contaminar la tetina con la mano debido que esta puede ser de 15 a 20 minutos, no apresurara ni forzar al niño a que tome demasiado.

- **Eliminaciones:** el tiempo de vaciado gástrico es breve entre las primeras 3 horas y el peristaltismo es rápido estos dos factores incrementa el tiempo de transito de los alimentos por el estómago y colon; razón por los que en los primeros días de vida el recién nacido suele defecar después de cada alimentación

La presencia de ondas peristáltica y no peristáltica en el esófago y la relajación e inmadurez del cardias, hacen que la regurgitación del recién nacido sea un problema común

La primera deposición del recién nacido es el compone pegajoso yd e color verde oscuro que se compone de desechos de la vida intrauterina como: pigmentos biliares, células epiteliales ácidos grasos, moco sangre y líquido amniótico, el meconio se debe excretar entre las primeras 36 horas de vida: iniciada a la alimentación se elimina heces de transición que son de color pardo verdoso o pardo amarillento grumoso

El recién nacido tiene todos los componentes estructurales del aparato urinario, pero hay deficiencia funcional: del volumen total de orina en 24 horas es de 200 a 300 cc. Sin embargo, a la vejiga se vacía en forma espontánea cuando hay 15 a 20 cc. Lo me lleva a causar frecuentes micciones; las primeras micciones debe ocurrir

en las primeras 24 horas, la orina del recién nacido es incolora e inodora

- **Prevención de infecciones:** Las medidas que se deben tomar para prevenir infecciones son : lavarse las manos con agua y jabón antes y después de atender cada recién nacido ; practica rigurosa de asepsia o limitar el número de personas que estén en contacto con él ; prevenir la rigidez y aspiración de alimentos no dando más del que necesita elevar su cabeza y los hombros después de una alimentación; no permitir la entrada en la sala a personas con infección o que hayan cuidado recientemente a un paciente infeccioso. Evitar lesiones en la piel del recién nacido y esterilizar toda la ropa que este en contacto con él.
- **Psicoemocionales:** las necesidades emocionales no siempre se satisfacen completamente al principio porque las necesidades físicas adquieren mayor importancia. Se debe brindar estímulos. Sensorial, táctil, auditivo y visual; facilitar el vínculo efectivo entre padres e hijos; estimular la visita de los padres, que toquen y acaricien al niño: participan en su atención enseñándoles algunas técnicas.

## **B. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:**

1. **Atención diaria.-** son los cuidados diarios de enfermería que recibe el recién nacido con peso  $\leq$  de 2,500 grs. durante su estancia en el Servicio de Neonatología, estos son: Control de temperatura, peso, baño de esponja, profilaxis umbilical, cambio de pañales y arreglo de cunas e incubadoras.
2. **Atención Inmediata.-** Son los cuidados que se le brinda al recién nacido con peso  $\leq$  2,500 grs. Inmediatamente a su ingreso al servicio de

neonatología; comprende: recepción antes de los dos minutos; identificación, valoración (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria) y pediometría; profilaxis umbilical y ocular; administración de konakió y derivación a incubadora o cuna térmica.

3. **Higiene de Manos.-** Es el lavado de manos con agua y jabón durante 15 a 30 segundos, antes y después de atender al recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs. Teniendo precaución de tener uñas cortas y limpias; no usar reloj, anillos y pulseras.
4. **Material en la atención inmediata.-** Es todo material mecánico o manuable que se utiliza inmediatamente a su ingreso al servicio de neonatología; como: material estéril; jeringas, agujas, torundas de algodón, pinza portaobjetos. Material no estéril; termómetro, estetoscopio, cinta métrica, tallímetro, balanza, cuna e incubadora, lavador, jabón, toalla y ropa.
5. **Material en la atención diaria.-** Es todo material mecánico o manuable que se utiliza diariamente en la atención del recién nacido con peso  $\leq 2.500$  grs, como: material estéril; jeringas agujas torundas de algodón, pinza portaobjetos. Material no estéril; termómetro, balanza, cuna e incubadora, lavador, jabón toalla y ropa.
6. **Preparación de material a esterilizar.-** Son normas que se debe cumplir en el lavado y secado de materiales. Ver anexo N°4
7. **Uso de ropa adecuada.-** Es el cumplimiento en el uso de bata, gorro, mascarilla y bota dentro del servicio de Neonatología en la atención del recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs.
8. **Normas del uso de material.**
  - **Utiliza pinza portaobjetos:**

Si: Cuando se utiliza pinza portaobjetos para la manipulación de material estéril como: jeringas, torundas de algodón, agujas.

No: Cuando para la manipulación de material estéril no se utilizó pinza portaobjetos.

- **Limpia y desinfecta termómetro, tallímetro, cinta métrica y estetoscopio:**

Si: Cuando todo este material es lavado con agua y jabón, para luego ser desinfectado con alcohol yodado, antes de atender a cada recién nacido.

No: Cuando no se cumple una de las acciones mencionados.

### **C. ALCANCES Y LIMITACIONES**

- **Alcances:**

Los resultados del presente trabajo podrán ser generalizando a todos los recién nacidos con peso  $\leq 2.500$  grs, que son atendidos en los diferentes nosocomios los cuales tengan la misma infraestructura, humero de recursos humanos, materiales y equipo del hospital en estudio.

- **Limitaciones:**

En el estudio se observó solo las acciones del personal profesional y no profesional de enfermería en la atención del recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs, teniendo en cuenta que ellos son manipulados por Personal médico, Personal obstétrico, Personal de laboratorio y estudiantes.

El servicio de neonatología no cuenta con suficientes recursos humanos, material y equipo para la atención del recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs. El material es de uso colectivo como: lavadores, toallas, jabones, ropa y termómetros.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **A. MÉTODO EMPLEADO:**

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método descriptivo con un diseño de correlación, según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información fue prospectivo; se trata de establecer la influencia entre el cumplimiento de las normas de asepsia (variable independiente) y las infecciones en el recién nacido con peso  $\leq$  2,500 grs. (variable dependiente).

#### **PROCEDIMIENTO:**

1. Selección de la población, constituida por recién nacidos con peso  $\leq$  2.500 grs. Sin considerar la edad gestacional en el servicio de neonatología la edad gestacional en el servicio de Neonatología del Hospital de Referencia regional Honorio Delgado de Arequipa.
2. Aplicación del instrumento: guías de observación directa en campo.
3. Obtención y análisis de resultados: para lo cual se aplicó la prueba estadística del "chi" cuadrado y coeficiente de contingencia.

#### **B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA:**

La investigación se realizó en Arequipa, en el Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado del Ministerio de Salud, en el Servicio de Neonatología.

El Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado queda ubicado en la AV. Daniel Alcides Carrión N° 505, L a pampilla, y el Servicio de

neonatología se encuentra situado en el tercer piso, ala central del edificio en T.

En el año 1990 el Servicio de Neonatología fue dividido en dos sectores:

**Sector A:** Constituido por 9 ambientes:

- Ambiente de sala de espera y repostería.
- Estación de Enfermeras.
- Oficina del jefe de Servicio
- Recepción (Observación del recién nacido).
- Tópico
- Cuidados intermedios (2 ambientes).
- Fototerapia
- Cuidados intensivos.

Un pasillo que comunica los ambientes antes mencionados, donde se encuentran cuatro lavatorios distribuidos equitativamente.

**Sector B:** Constituido por 3 ambientes

Un ambiente dividido por una mampara de vidrio, destinado una parte para la sala de espera, tópico y repostería; y la otra parte para los pre-infectados.

Un pequeño ambiente para los infectados.

Este sector solo cuenta con un lavatorio.

Ambos sectores tienen una capacidad de 50 camas de hospitalización de las cuales 32 son cunas y 18 incubadoras.

Un ambiente destinado para niños de piso.

El material que se utiliza en la atención del recién nacido con peso  $\leq$  2.500 grs. No es esterilizado en el servicio, se envía a la central de esterilización cuarto piso.

Los sectores A y B no cuentan en su infraestructura con servicios higiénicos para el personal.

El servicio de Neonatología está integrado por recursos humanos; profesionales y no profesionales, conformado por personal médico: 3 médicos asistentes, 2 médicos residentes y 3 internos de medicina.

Su organización estructural de enfermería está constituida por la Jefatura del Departamento de Enfermería ; una enfermera Jefe del Área de Pediatría , una enfermera Jefe de Servicio y 13 enfermeras asistenciales de la especialidad, que cubren los turnos de mañana , tarde y noche, con un total de 36 horas semanales y 150 mensuales. Se cuenta además con personal no profesional de enfermería 12 que cubren igualmente los tres turnos antes mencionados.

**Material y Equipo del servicio de neonatología:**

- Resucitador con equipo de aspiración y oxigenación	01
- Equipos de aspiración	02
- Frascos de alcohol yodado	02
- Estetoscopio	02
- Pinza portaobjeto	02
- Cubetas de jeringa	06
- Bomba con algodón estéril	04
- Termómetros	10
- Tallimetro	01
- Cinta métrica	02
- Balanza	03
- Lavadores	10
- Toallas 12 y 4 jabones para baños del niño	
- Pañales	590
- Toallas 20 y 7 jabones para la higiene de manos.	

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población sujeta de estudio está conformada por todos los recién nacidos de 0 a 28 días de vida, con un peso  $\leq 2.500$  grs. Que se encuentren hospitalizados del Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado, durante el bimestre de ejecución del estudio.

La población de niños con peso  $\leq 2,500$  grs. En el año de 1990 fue de 275, observándose mayor incidencia en los meses de noviembre y diciembre, razón por la cual el estudio se ejecutó en estos meses.

La selección de la población y muestra se hizo en forma no probabilística por conveniencia, se tomó en cuenta que la población muestral satisfaga las características definitorias, como son: todos los recién nacidos con peso  $\leq 2,500$  grs. Sin considerar la edad gestacional, tipo de parto, que fueron atendidos durante el tiempo que duro el estudio, noviembre y diciembre, obteniendo como muestra 53 recién nacidos.

### **D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

#### **Técnicas de la recolección de datos:**

La técnica utilizada en la recolección de datos fue:

La observación directa en campo.

#### **Instrumentos**

El instrumento que se utilizó fue las guía de observación relacionada con los objetivos e hipótesis del trabajo.

Este formulario fue aplicado en los diferentes turnos: mañana, tarde y noche; durante los primeros cinco días de hospitalización de cada recién nacidos.

El cual consta de 3 guías; una primera guía de observación en la atención al recién nacido con peso  $\leq 2.500$  grs. Por el personal profesional de enfermería que comprende 2 ítems: atención inmediata y diaria; una segunda guía de observación sobre el cumplimiento de normas de asepsia por el personal profesional de enfermería que atienden al recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs. Que comprende higiene y asepsia y una tercera guía de observación sobre el cumplimiento de normas de asepsia por el personal no profesional de enfermería que atienden al recién nacido con peso  $\leq 2,500$  grs. La cual comprende higiene y asepsia.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

En el presente capitulo, se presenta los cuadros estadísticos a partir de la información obtenida ordenados de la siguiente manera:

- Información General:  
Cuadros N° 1; 2; 3; 4; 5 y 6.
  
- Demostración de hipótesis:  
Cuadros N° 7; 8; 9; 10 y 11

## CUADRO N° 1

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN ATENCIÓN INMEDIATA.SERVICIO NEONATOLOGÍA H. R. R. H. D. AREQUIPA

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES EN LA ATENCIÓN INMEDIATA	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Es recepcionado antes de los dos minutos.	31	58.5	22	41.5	53	100.0
- Control de funciones vitales	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Se realiza pediometria	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Se realiza profilaxis ocular y umbilical	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Se le administra konación	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Es colocado en incubadora o cuna térmica	32	60.4	21	39.6	53	100.0

En el presente cuadro observamos que recibieron los 53 recién nacidos la atención inmediata; de los cuales el 58.5% fueron decepcionados antes de los dos minutos, al 100% de los niños se les controló signos vitales, pediometria, profilaxis ocular y umbilical, y se les administró konación, el 64.4 % fueron colocados en incubadoras o cunas térmicas.

## CUADRO Nº 2

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN ATENCION DIARIA. SERVICIO NEONATOLOGÍA H. R. R. H. D. AREQUIPA

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES EN LA ATENCION INMEDIATA	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Control de temperatura en cada turno	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Control de peso diario	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Se realiza baño de esponja	25	47.2	28	52.8	53	100.0
- Se realiza profilaxis umbilical en cada turno.	53	100.0	00	0.0	53	100.0
- Cambio de pañales cada vez que sea necesario	21	39.6	32	60.4	53	100.0
- Regula y controla la temperatura de la incubadora o cuna térmica en relación a la homotermia del recién nacido	18	56.3	14	43.7	32	100.0

De los recién nacidos en estudio según atención diaria, al 100% se les controló la temperatura en cada turno, peso diario y se realizó profilaxis umbilical; el 47.2% fueron bañados por el personal profesional de enfermería; al 39.6% se les cambió pañales cada vez que fue necesario y el 34% se le reguló y controló la temperatura de la incubadora o cuna térmica.



**CUADRO N°3**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE LA NORMA EN EL USO DE ROPA ADECUADA DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN INFECCIÓN O NO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA**

RECIÉN NACIDOS	PERSONAL PROFESIONAL						PERSONAL NO PROFESIONAL					
	TOTAL		INFECC		NO INFECC		TOTAL		INFECC		NO INFECC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Usan solo Bata	53.0	100.0	43.0	81.1	10.0	18.9	53.0	100.0	43.0	81.1	10.0	18.9
- Usan Bata – Gorro mascarilla y botas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

En el 100% de los recién nacidos el personal profesional y no profesional de enfermería no uso ropa adecuada para su atención ya que el servicio solo proporciona bata.

CUADRO Nº4

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN INFECCION O NO.

SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.H. AREQUIPA.

RECIÉN NACIDOS	PERSONAL PROFESIONAL										PERSONAL NO PROFESIONAL									
	TOTAL		INFECTADOS				NO INFECTADOS				TOTAL		INFECTADOS				NO INFECTADOS			
			SI		NO		SI		NO				SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Uñas cortas y limpias.	53	100.0	23	43.3	20	37.8	6	11.3	4	7.5	53	100.0	28	52.8	15	28.3	5	9.4	5	9.4
- Cumple con no usar reloj, anillo y pulseras.	53	100.0	14	26.4	29	54.7	4	7.6	6	11.3	53	100.0	23	43.4	20	37.7	7	13.2	3	5.7
- Se lava las manos antes y después de atender al recién nacido.	53	100.0	3	5.7	40	75.5	8	15.1	2	3.8	53	100.0	0	0.0	43	81.1	0	0.0	10	18.9

De los 53 recién nacidos, el 20.8% de los niños infectados y no infectados fueron atendidos por personal profesional de enfermería, que se lavaron las manos antes y después de atenderlos. Al 100% de ellos en su atención el personal no profesional de enfermería no se lavó las manos antes y después de atenderlos.

Según el cuadro se observan diferencias significativas en el cumplimiento de las normas de higiene de manos y la presencia de recién nacidos infectados y no infectados por otro lado la relación encontrada fue de 58.5%.

**CUADRO N°5**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN EL USO DE MATERIALES POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INMEDIATA SEGÚN INFECCION O NO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA**

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	RECIÉN NACIDOS		INFECTADOS				NO INFECTADOS				COEFICIENTES	
	TOTAL		SI		NO		SI		NO		CHI	CONTI N
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	CUADRADO	GENCI A
- Utiliza pinza portaobjetos para la manipulación estéril.	53	100.0	22	41.5	21	39.6	6	11.3	4	7.6	$X^2=0.49<0.05$	9.6%
- Limpia y desinfecta para casa uso: termómetro, tallímetro, cinta métrica y estetoscopio.	53	100.0	2	3.8	41	77.4	4	7.5	6	11.3	$X^2=12.04>0.05$	43.0%
- Limpia y cambia protector a la balanza antes de pesar al recién nacido.	53	100.0	3	5.7	40	75.5	3	5.6	7	13.2	$X^2=5.35>0.05$	30.3%

De los recién nacidos en estudio, el 52.8% de los niños infectados en su atención inmediata se utilizó pinza portaobjetos; al 11.3% en su atención se limpió y desinfecto para cada uso el termómetro, estetoscopio, cinta métrica y tallímetro igual porcentaje se observa en la limpieza y cambio de protector a la balanza.

En el cuadro se observan diferencias significativas en la norma de limpieza y desinfección de termómetro, estetoscopio, cinta métrica y tallímetro; limpia y cambia protector a la balanza en recién nacidos infectados y no infectados, por otro lado la relación encontrada fue de 43% y 30.3%, respectivamente.

En el rubro N°2 se consideró “si cumplen” cuando todas las acciones fueron realizadas en la atención del niño.

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN EL USO DE MATERIAL POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DIARIA SEGÚN INFECCIÓN O NO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA

RECIEN NACIDOS CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	TOTAL		INFECTADOS				NO INFECTADOS				CHI	COEFIC. CONTINGENCIA
	Nº	%	SI		NO		SI		NO		CUADRADO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
- Utiliza pinza portaobjetos para la manipulación de material estéril.	53	100.0	14	26.4	29	54.7	7	13.2	3	5.7	$X^2=4.63>0.05$	28.3%
- Limpia y desinfecta para cada uso el termómetro.	53	100.0	3	5.7	40	75.5	5	9.4	5	9.4	$X^2=7.37>0.05$	34.9%
- Limpia y cambia protector a la balanza antes de pasar al recién nacido.	53	100.0	0	0.0	43	81.1	0	0.0	10	18.9		
- Supervisa y controla diariamente el lavado de cunas e incubadoras	53	100.0	3	5.7	40	75.5	6	11.3	4	7.5	$X^2=12.7>0.05$	49.0%

De los 53 recién nacidos en el 39.6% de los infectados y no infectados en su atención diaria se utilizó pinza portaobjetos; al 15.1% se limpió y desinfecto para cada uso el termómetro en el 100% no se limpió y cambio protector a la balanza y al 17% de ellos en su atención se supervisó y controló el lavado de cunas e incubadoras.

De acuerdo, a la prueba estadística, de chi- cuadro se encontraron diferencias significativas en el cumplimiento de la norma del uso del material diario en los niños infectados y no infectados.

Asimismo, se encontró una relación del 49% en la supervisión y control diario en el lavado de cunas e incubadoras, una relación del 34.9% en el uso de termómetro y el 28.3% en la utilización de pinza y portaobjetos.

## CUADRO N°7

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR CUMPLIMIENTO DE LA NORMA EN LA PREPARACIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZAR POR PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN INFECCIÓN O NO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	RECIÉN NACIDOS		INFECTADOS				NO INFECTADOS			
	TOTAL		SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Lava con agua, detergente y escobilla	53	100.0	21	39.6	22	41.5	7	13.2	3	5.7
- Seca individualmente cada pieza	53	100.0	14	26.4	29	54.7	7	13.2	3	5.7

$$X^2=4.63>0.05$$

$$C=28.3\%$$

De los 53 recién nacidos en estudio el 39.6% de los niños infectados y no infectados para su atención el material fue lavado y secado individualmente.

La prueba estadística de chi-cuadrado nos refiere que existen diferencias significativas en la preparación del material a esterilizar en niños infectados y no infectados; por otro lado la relación encontrada fue de 28.3%.



### CUADRO Nº 8

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR INFECCIÓN O NO SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA

RECIÉN NACIDOS	Nº	%	LUGAR DE NACIMIENTO	Nº	%
INFECCIÓN	43	81.1	Intrahospitalario	43	93.0
			Extra hospitalario	3	7.0
			<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>
NO INFECCIÓN	10	18.9	Intrahospitalario	6	60.0
			Extra hospitalario	4	40.0
			<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>			

En el presente cuadro observamos a los recién nacidos según lugar de nacimiento. De los infectados el 93% nació de parto intrahospitalario y el 7% fue extra hospitalario.

**CUADRO N°9**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR ANTECEDENTES PRE-NATALES SEGÚN INFECCIÓN O NO. SERVICIO NEONATOLOGÍA H.R.R.H.D. AREQUIPA.**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>RECIÉN NACIDOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Con Antecedentes	8	15.1	Infectados	3	37.5
			No infectados	5	62.5
			<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>
Sin Antecedentes	45	84.9	Infectados	40	88.9
			No Infectados	5	11.1
			<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>			

En el presente cuadro se muestra a los 53 recién nacidos por antecedentes pre-natales; de los cuales el 84.9% no tuvo antecedentes, de ellos el 88.9% resultaron infectados.

## CUADRO Nº 10

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR LUGAR QUE LOS DERIVARON AL NACER SEGÚN INFECCIÓN O NO. SERVICIO NEONATOLOGIA H.R.R.H.D. AREQUIPA

DERIVACION	Nº	%	RECIEN NACIDOS	Nº	%
Incubadora o cunas térmicas	32	60.4	Infectados	28	87.5
			No Infectados	4	12.5
			<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>
Cunas	21	39.6	Infectados	15	71.4
			No infectados	6	28.6
			<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>			

De los 53 recién nacidos, el 60.4% al nacer pasaron a incubadora o cuna térmica, de los cuales el 87.5% fueron infectados; el 39.6% de los niños al nacer fueron derivados a cunas, resultando el 71.4% infectados.

Según la valoración que se realizó al ingreso, 21 niños no necesitaron ser derivados a incubadoras o cuna térmica, debido a que el servicio no cuenta con suficientes recursos, materiales para la atención de estos niños.

**CUADRO Nº 11**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS POR INFECCIÓN O NO SEGÚN TIPO DE INFECCIÓN. SERVICIO NEONATOLOGÍA H. R. R. H. D. AREQUIPA**

<b>RECIÉN NACIDOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>TIPO INFECCION</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Infección	43	81.1	Onfalitis	10	23.2
			Dermatitis de pañal	10	23.2
			Diarrea	7	16.3
			Conjuntivitis	6	14.0
			Sepsis	4	9.3
			Infección Urinaria	3	7.0
			Neumonía	3	7.0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>			
No Infección	10	18.9			
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>			

En el presente cuadrado de los 53 recién nacidos en estudio, el 81.1% presentaron infección; las infecciones más frecuentes fueron onfalitis y dermatitis del pañal con el 23.3%, respectivamente y en menores porcentajes infección urinaria y neumonía con el 7% respectivamente.

## CAPITULO V

### RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### A. RESUMEN

La presente investigación, tuvo como propósito determinar la influencia existente entre el cumplimiento de normas de asepsia y la presencia de infecciones en los recién nacidos con peso  $\leq 2.500$  grs.

Para tal efecto se utilizó el método descriptivo con un diseño de correlación.

La población estudiada fue extraída de la población de recién nacidos que a su nacimiento tuvieron un peso  $\leq 2.500$  grs. Que fueron atendidos en los meses de noviembre y diciembre, en el servicio de neonatología del Hospital de Referencia Regional Honorio Delgado de Arequipa, determinados una muestra de 53 niños.

El muestreo utilizado fue el no probabilístico por conveniencia.

Para la recolección de datos se empleó tres guías de observación (ver anexo 1 al 3), aplicadas en los diferentes turnos: mañana, tarde y noche. Las guías de observación estuvieron divididas en: guía de observación sobre el cumplimiento de normas de asepsia por el personal profesional de enfermería, que atiende al recién nacido y por último guía de observación sobre el cumplimiento de normas de asepsia por el personal no profesional de enfermería que atiende al recién nacido.

Respecto al análisis e interpretación de datos; las infecciones que tuvieron mayor porcentaje fueron onfalitis y dermatitis del pañal 23.2% respectivamente y diarrea 16.3%.

En relación a las normas de asepsia: en el uso de ropa adecuada el 100% de los niños en su atención el personal profesional y no profesional de enfermería no uso ropa adecuada.

El 20.8% de los recién nacidos fueron atendidos por el personal profesional de enfermería que se lavaron las manos antes y después de atenderlos. Al 100% de ellos el personal no profesional de enfermería no se lavó las manos antes y después de atenderlos.

Al 52.8% de los recién nacidos para su atención inmediata se utilizó pinza portaobjetos; el 11.3% se limpió y desinfecto para cada uso el termómetro, cinta métrica, tallímetro y estetoscopio; igual porcentaje se observa en la limpieza y cambio de protector a la balanza.

El 39.6% de los recién nacidos para su atención diaria se utilizó pinza portaobjetos; el 15.1% se limpió y se desinfecto el termómetro; AL 100% no se limpió y cambio protector a la balanza; y al 17% de ellos en su atención se superviso y controló el lavado de cunas e incubadoras.

Preparación de materiales a esterilizar; el 39.6% de los recién nacidos para su atención el material fue lavado y secado individualmente.

## B. CONCLUSIONES

**Primera:** En el 100% de recién nacido el personal profesional y no profesional de enfermería no uso ropa adecuada en su atención.

Se observan diferencias significativas en el cumplimiento de la norma de higiene de manos y presencia de recién nacidos infectados y no infectados, la influencia encontrada fue de 58.5%. En el 100% de recién nacidos el personal no profesional de enfermería no se lavó las manos para su atención.

**Segunda:** Se observan diferencias significativas en la norma de limpieza y desinfección de termómetro, estetoscopios, cinta métrica, tallímetro; y limpia y cambia protector a la balanza en recién nacidos infectado y no infectados, la influencia encontrada fue de 43 y 30.3%

Se encontraron diferencias significativas en las normas de supervisión y control diario en el lavado de cunas incubadoras una influencia de 49% de 39.9% en el uso de termómetro y el 28.3% en la utilización de pinzas parto objetos en recién nacidos infectados y no infectados.

**Tercera:** se observan diferencias significativas en la preparación de material a esterilizar en niños infectados y no infectados la influencia encontrada fue de 28.3%.

**Cuarta:** De un total de 43 niños infectados, la infecciones que tuvieron mayor porcentaje fueron onfalitis y dermatitis del pañal con el 23.2% respectivamente y diarrea 16.3% por diagnóstico clínico (ver cuadro N° 1).

### **C. RECOMENDACIONES:**

- Primera: El servicio de neonatología debe contar con material necesario, equipos en condiciones de ser usado y ropa adecuada como: bata, gorro, mascarilla y botas; para la atención de los recién nacidos
- Segunda: En su infraestructura el servicio de neonatología debe instalar ambientes especiales, para distribuir a los recién nacidos de acuerdo a su estado de salud.
- Tercera: El hospital debe dotar al servicio de neonatología suficiente personal capacitado, por ser niños de alto riesgo de morbimortalidad.
- Cuarta: El personal de sala de partos debe coordinar con el servicio de neonatología para la recepción de los recién nacidos con mayor peso mayor  $\leq 2.500$  grs.



## REFERENCIA

Alpaca. F. y Aparicio. B. (1984). Enfermedades infecciosas e Neonatos t la Labor de la Enfermera en el Servicio de Neonatología H.R.R.H.D.

Castro. R. (1985). Morbilidad. Mortalidad por fecciones Nosocomiales en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Golman. D. (1980). Colonización Bacteriana e Infecciones en el Neonato.

HERNÁNDEZ. I. y otros. (1985) Comportamiento de las infecciones

Nosocomiales en el Hospital Docente Regional Docente “Enrique Cabrera”

LLAUREADO. R. Lamela. I. y Martines. A. (1985). Incidencia de infecciones

Nosocomiales en el Hospital Infantil de Santiago de Cuba.

SARASHON. Ch. (19977). Cuidado del Prematuro de muy poco peso.

Clínicas de Norteamérica.

## BIBLIOGRAFÍA

- ATKINSON. L. KOHN M. (1984) Técnicas de Quirófano Edición 5ta. Interamericano. México
- ARNEIL. G. y FORFAR. J. (1986). Tratado de Pediatría. Edición 3ra. Tomo 1 Editorial Salvat – Barcelona.
- BARRIOS. M. Y CARDONA. M: (1970). Terapeuta Clínica Infantil. Edición 5ta. Interamericano – México.
- BERHMAN: T: y Otros. (1987). Tratado de Pediatría. Edición 12ava. Interamericano – México.
- BELLANTE: A. (1981). Inmunología. Interamericana – México.
- BETHEA. D. (1987). Manuel de Enfermería Maternos Infantil. Edición 4ta. Volumen II. Interamericana – México.
- BOCA: J: y Otros. (1988). (Mayo). Mortalidad Neonatal. Defunciones y Limitaciones. Revista Chilena de Pediatría. 5pag. 203 – 204.
- BOSH. D. 81988). Lesiones Dermatológicas Transitorias más frecuentes en el Recién Nacido. Revista Cubana de Pediatría. Pág. 25- 28.
- BURGOS: H: (1985). La Enfermedad en Pediatría. Edición 3ra. Editorial “El Ateneo” – Argentina.
- CANALES. F: y otros. (1987). Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del Personal de Salud. – México.
- CHOW. M: y otros. (1986). Manual de Enfermería Pediátrica 10ma. Interamericano – México.

- CROSSE. V. (1978). El niño Pre-termino. Edición 8va. Interamericano – México.
- CROWW. Y otros. (1986). Manual de Procedimientos de Enfermería. Interamericano – México.
- CLARKE. M. 1977. Manual de Procedimientos de Pediatría México. Edición 4ta. Editorial Ateneo. México.
- DARNEL. J: (1977). Virología General – Omega S.A.
- DORI AND. W. (1974). Diccionario Medico. Edición 3ra. Ateneo – Buenos Aires.
- DUGAS. D. (1986). Tratado de Procedimientos de Enfermería Practica. Edición 4ta. Interamericana – México.
- DUMUNT THOMPSON. E. (1984). Enfermería Pediátrica. Crecimiento desarrollo y Patología del niño. Edición. 4ta. Interamericana – México.
- GANDSAS, M. (1980). Fundamentos de Instrumentación Quirúrgicas. Ateneo.
- GOLVAN, J. y DROUHET, (1977) técnicas de Parasitología y Microbiología. Lima.
- GOMELLA, T. y CUNNINGHAN, M. (1990). Manual de Neonatología para Residentes. Editorial Panamericana – Buenos Aires.
- HLUSEK, H. (1987). Manual de Procedimientos de Enfermería. Nueva Edición.

- HARPER, M/ y YOON. J. (1989). Manual de Neonatología Editorial Pediátrica – Barcelona.
- ILLINCWORT, R. (1982). El Niño Normal. Manual Moderno México.
- INSTITUTO DE NEONATOLOGÍA Y PROTECCIÓN MATERNO INFANTIL (1972). Normas y Procedimientos para la atención del recién nacido. Ministerio de Salud.
- JAWETZ. E. y otros. (1983). Microbiología Medica. Edición 10ma. Editorial EL Manual Moderno – México.
- KEMPE, H. y otros. (1986). Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos. Edición 14ava. Editorial El Manual Moderno – México.
- KLUSEH, y otros. (1986) Manual de Procedimientos de Enfermería. Interamericana – México.
- LAWIN, P. (1983). Cuidados Intensivos. Edición 2da. Salvat.
- MENDEZ, A. (1986). (abril). Infecciones bacterianas Neonatales. Acta pediátrica española. 4ta pag. 27 – 31.
- NELSON, W. y otros. (1986). Tratado de Pediatría Edición 9na. Tomo I. Editorial Salvat.
- OPITZ, H. y SCHMID. F. (1970). Enciclopedia Pediátrica Diagnostico Pediátrico Movata S.A.
- PELCZAR, J. y otros. (1977). Microbiología. México.
- POLIT, D. y MUNGUER, E. (1985). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Interamericana – México.

- PRICE, L. y otros. (1983). Tratado de Enfermería Edición 3ra. Interamericana – México.
- REDDER, S. y otros, (1988) Enfermería Materna Infantil. Edición 15va. Ateneo. México.
- SCHAFFER, A. y AVERY. M. (1981) Enfermedades del recién Nacido. Edición 4ta. Salvat.
- WWALLON, S. (1981). Vuestro Hijo de cero A Seis Años. Herder.
- WAECHTER, B. (1980). Enfermería Pediátrica. Edición 9na. Interamericana – México.
- WHALEY. I. y WONG, D. (1988). Tratado de Enfermería pediátrica. Edición 2da. Interamericana – México.
- ZEBALLOS, N. (1985). Manual de Técnicas y Procedimientos Facultad de Enfermería U.N.S.A. – Perú
- ZEBALLOS, N. (1985). Manual de Técnicas y Procedimientos Facultad de Enfermería U.N.S.A. – Perú

ANEXO N° 1

GUÌA DE OBSERVACION EN LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON PESO MAYOR QUE 2.500 GRS. POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

Nombre.....Fecha de Nacimiento.....  
 Peso.....Diagnóstico clínico.....

Apgar .....  
 Días de nacido.....

Condición del R.N.

- -Nacido Intrahospitalaria.....
- -Nacido extrahospitalario.....

Antecedentes de Infección pre- natal, natal y post-natal

.....

ACCIONES OBSERVADAS	SI	NO
<b>1. ATENCION INMEDIATA</b>		
Recepción del R.N.		
- Es recepcionado inmediatamente a su ingreso antes de los dos minutos.		
A su ingreso el R.N. es colocado		
- Incubadora o cuna térmica		
Controla funciones vitales		
Realiza pediometría		
Realiza profilaxis ocular y umbilical		
Se le administra konakiòn		

	TURNOS														
ACCIONES OBSERVADAS	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
<b>2.ATENCIÓN DIARIA</b>															
<b>Control de temperatura</b>															
Controla en cada turno															
Control solo en la mañana															
<b>Control de peso</b>															
Controla diariamente															
No controla															
<b>Higiene:</b>															
La higiene corporal diaria del R.N con peso mayor que 2.500 grs. Es realizado por															
La enfermera															
Técnica de enfermería o estudiante															
<b>Profilaxis Umbilical</b>															
Se realiza en cada turno															
Se realiza solo en la mañana															
<b>Frecuencia en el cambio de pañales</b>															
Cambia pañales cada vez que es necesario															
No cambia															
<b>Manipulación y control de incubadora y cunas térmicas</b>															
Regula y controla la temperatura en relación a la homeotermia del R.N en cada turno.															
No regula y controla															

**ANEXO Nº2**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ASEPSIA POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN AL RECIÉN NACIDO CON PESO MAYOR QUE 2,500 GRS.**

<b>ACCIONES OBSERVADAS</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
<b>1.HIGIENE Y ASEPSIA</b>															
<b>Uso de ropa adecuada</b>															
Bata, gorro, mascarilla y botas															
Bata															
<b>Higiene de manos</b>															
Tiene uñas cortas y limpias															
Tiene uñas largas															
No usa reloj, anillo y pulseras															
Usa accesorios antes mencionados															
Se lava las manos con agua y jabón antes y después de la atención al recién nacido															
Se lava solo con agua															
<b>Material de uso en la atención inmediata</b>															
<b>A. Manipulación de material estéril</b>															
Utiliza pinza portaobjetos para la manipulación de material estéril															
No utiliza pinza portaobjetos															
<b>B. Limpieza y desinfección de termómetro, tallímetro, cinta métrica y estetoscopio</b>															
Limpia y desinfecta para cada uso															
No, limpia y desinfecta															
<b>C. Limpieza y cuidado de la balanza</b>															
Limpia y cambia protector antes de pesar a cada recién nacido															
No, limpia y cambia protector															



ACCIONES OBSERVADAS	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
<b>Material de uso cotidiano</b>															
<b>A. Manipulación de material estéril</b>															
Utiliza pinza portaobjetos para la manipulación de material estéril															
No utiliza pinza portaobjetos															
<b>B. Limpieza y desinfección del termómetro</b>															
Limpia y desinfecta para cada uso															
No, limpia y desinfecta															
<b>C. Limpieza y cuidado de la balanza</b>															
Limpia y cambia protector antes de pesar a cada recién nacido.															
No limpia y cambia protector															
<b>D. Limpieza y lavado de cunas e incubadoras</b>															
Supervisa y controla diariamente															
No, supervisa y controla															
<b>E. Limpieza y desinsectación terminal de ambiente y equipos electromecánicos</b>															
Supervisa y controla después del egreso de cada R.N															
No supervisa y controla															

<b>ACCIONES OBSERVADAS</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
<b>Material de uso cotidiano</b>															
<b>A. Manipulación de material estéril</b>															
Utiliza pinza portaobjetos para la manipulación de material estéril															
No utiliza pinza portaobjetos															
<b>B. Limpieza y desinfección del termómetro</b>															
Limpia y desinfecta para cada uso															
No, limpia y desinfecta															
<b>C. Limpieza y cuidado de la balanza</b>															
Limpia y cambia protector antes de pesar a cada recién nacido.															
No limpia y cambia protector															
<b>D. Limpieza y lavado de cunas e incubadoras</b>															
Supervisa y controla diariamente															
No, supervisa y controla															
<b>E. Limpieza y desinsectación terminal de ambiente y equipos</b>															

<b>electromecánicos</b>															
Supervisa y controla después del egreso de cada R.N															
No supervisa y controla															

**ANEXO Nº 3**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ASEPSIA POR EL PERSONAL NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN AL RECIÉN NACIDO CON PESO ≤ QUE 2,500 GRS.**

<b>ACCIONES OBSERVADAS</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
<b>1. HIGIENE Y ASEPSIA</b>															
<b>Uso de ropa adecuada</b>															
Bata, gorro, mascarilla y botas Bata.															
<b>B. Limpieza y desinfección del termómetro</b>															
Tienes unas cortas y limpias															
Tiene uñas largas															
No usa reloj, anillos y pulseras															
Usa accesorios antes mencionados															
Se lava las manos con agua y jabón antes y después de la atención al recién nacido.															
Se lava solo con agua															
<b>Preparación de material</b>															
<b>A. Lavado</b>															
Con agua, detergente y escobilla															
Con agua y detergente															
<b>B. Secado</b>															
Es realizado individualmente															
Es realizado superficialmente															

## **ANEXO Nº 4**

### **PREPARACION DE MATERIAL**

- Remojar el artículo en Agua Fría para eliminar el material orgánico
- Lavar el artículo con agua, detergente y escobilla individualmente cada pieza.
- Enjuagar bien con agua y después secar el artículo minuciosamente pieza por pieza; en cada caso de sondas y agujas deben ser permeabilizadas.
- Revisar si el artículo está en buenas condiciones de uso.
- Esterilizar.
- El material estéril debe manejarse con pinzas porta objetos.