



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA



**“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR
EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL
RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO-2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA:

Bach. REYES CALERO, Angelina Melissa

ASESORA:

ALVARADO RUEDA, Silvia Lorena

HUÁNUCO, PERÚ

2016

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR EL
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN
NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO-2015”**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 18:30 horas del día 10 del mes de noviembre del año dos mil dieciséis, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

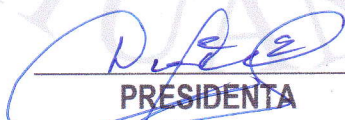
- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Lic. Enf. Diza Berrios Esteban | Presidenta |
| • Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano | Secretaria |
| • Lic. Enf. Eler Borneo Cantalicio | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°1831-2016-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO 2015"**, presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Angelina Melissa REYES CALERO, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

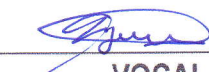
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... aprobado por..... unanimidad con el calificativo cuantitativo de..... quince y cualitativo de..... bueno

Siendo las..... 19:30 horas del día ---- 10 ---- del mes de ---- noviembre ---- del año ---- 2016 ----, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por habernos dado la inteligencia, paciencia y ser nuestro
guía en nuestras vidas.

A mis padres y a mi hermano, que siempre han estado ahí
brindándome su apoyo incondicional, y a mi hijo por ser mi
motivación más grande para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias por creer en mí, no ha sido sencillo pero gracias a sus aportes a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, se hizo más corto y fácil el camino.

A mi asesor por su coordinación y asesoría en el informe

A todas las personas que me ayudaron incondicionalmente a concretar este proyecto

RESUMEN

Objetivo: Validar un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015.

Métodos: fue observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, su metodología se centra en el proceso de validación tanto cualitativa como cuantitativa, de diseño de validación y construcción. Se realizaron 3 pruebas piloto, conformada cada una por 30 enfermeros(as) que cumplan con todos los criterios de inclusión propuesta.

Resultados: En la validez cualitativa se obtiene un instrumento que agrupa en 9 dimensiones con 36 ítems recogidos a partir de la revisión del conocimiento disponible o validez racional y de las aportaciones de los expertos en la validación por jueces, realizadas las 3 pruebas pilotos. De manera global en la validez cuantitativa el nivel de consistencia interna de la encuesta fue ($KR20=0.74$) en dicho resultado se concluye que el valor obtenido ha llegado a un punto de saturación para su incremento, que el análisis de una cuarta prueba piloto no contribuiría en incrementar el valor KR en más de 1% adicional, por lo que quedaría justificado aceptar este último valor ya que es suficiente para garantizar la fiabilidad del cuestionario.

Conclusiones: la encuesta propuesta es válida y confiable.

Palabras clave: construcción, validación, atención inmediata, recién nacido.

ABSTRAC

Objective: To develop an instrument of documentary measurement, confirm its dimensions and analyze the internal structure (reliability) of the questionnaire created to measure the level of knowledge on immediate newborn care by nurses in health facilities Huanuco in 2015 .

Methods: it was observational, prospective, transversal, descriptive methodology focuses on the validation process both qualitative and quantitative validation of design and construction. Three pilot tests were performed, each formed by 30 nurses (as) who meet all inclusion criteria proposal.

Results: In the qualitative validity an instrument which brings together in 9 dimensions with 36 items collected from the review of available knowledge or rational validity and input from experts in validation by judges and approach to the response is obtained, made the 3 tests pilots. Globally in quantitative validity level of internal consistency of the survey was ($KR20 = 0.74$) in this result we conclude that the obtained value has reached a saturation point for its increase ,the analysis of a fourth test pilot not KR contribute to increase the value by more than an additional 1% , so it would be justified to accept the latter value since it is sufficient to ensure the reliability of the questionnaire.

Conclusions: The proposed survey is valid and reliable.

Keywords: construction, validation, immediate attention, newborn.

INTRODUCCIÓN

El periodo neonatal es el ciclo más vulnerable de la vida del ser humano porque es en esta fase donde se presentan muchos riesgos para su sobrevivencia, debido a que el neonato tiene que adaptarse a la vida extrauterina¹.

Las muertes neonatales constituyen una proporción importante de la mortalidad infantil, por ello la sobrevivencia y salud de los recién nacidos es una parte crítica del empuje hacia la disminución de la mortalidad infantil debido a que una larga porción de las muertes de menores de 5 años actualmente ocurren dentro del primer mes de vida. Muchas de estas muertes están relacionadas con el cuidado en el momento del nacimiento².

En ese sentido con la presente investigación titulada construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería, se pretende detallar el nivel de conocimientos que tienen los profesionales de enfermería con respecto a dicho tema.

La estructura del presente estudio se dispuso en 5 capítulos:

En el primer capítulo se aborda el problema de investigación: descripción, formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la operacionalización de variables y la justificación del estudio a nivel teórico, práctico y metodológico.

El segundo capítulo se abarca el marco teórico, este a su vez comprende los antecedentes de investigación, las bases teóricas, las bases conceptuales de las variables implicadas

En el tercer capítulo se expone el marco metodológico: tipo de estudio, diseño, población, muestra y muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procedimiento de recolección de datos, elaboración de datos, análisis de datos y aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se muestran los resultados de la investigación.

En el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

Por último se detallan a las conclusiones recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción Del Problema	1
1.2. Formulación Del Problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
1.4. HIPOTESIS	7
1.5. VARIABLES	7
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	8
1.7. JUSTIFICACIÓN	9
1.7.1. Justificación Teórica	9
1.7.2. Justificación Práctica.....	10
1.7.3. Justificación Metodológica.....	10
CAPITULO II	12
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES	12
2.1.1. A Nivel Internacional:.....	12
2.1.2. A Nivel Nacional	15
2.1.3. A Nivel Local	19
2.2. Bases Teóricas.....	20
2.2.1. Teoría De Respuesta Al Ítem.....	20
2.2.2. Teoría De Virginia Henderson	21
2.2.3. Teoría De Los Cuidados.....	22
2.3. Bases Conceptuales.....	22
2.3.1. Definición De Nivel	22

2.3.2	Definiciones De Conocimientos	23
2.3.3	Tipos De Conocimientos.....	24
2.3.2.1.	Conocimiento Vulgar.....	24
2.3.2.2.	Conocimiento Filosófico	24
2.3.2.3.	Conocimiento Científico.	24
2.3.4	Definición De Cuidados Inmediatos Al Recién Nacido	24
2.3.5	Cuidados Inmediatos Al Recién Nacido	25
2.3.6	Recién Nacido	29
2.3.7	Definiciones De Construcción.....	29
2.3.8	Definiciones De Validación	30
CAPÍTULO III		33
3.	METODOLOGÍA.....	33
3.1.	Tipo De Estudio	33
3.2.	Nivel De Investigación	34
3.3.	Diseño Del Estudio	34
3.4.	Población.....	36
3.4.1	Criterios De Inclusión, Exclusión Y Eliminación	36
3.5.	MUESTRA PILOTO.....	37
3.5.1.	FASE DE PILOTEO.....	37
3.4.2	Ubicación De La Población En Espacio Y Tiempo.....	37
3.6.	Muestra Y Muestreo	38
3.6.1.	Unidad De Análisis	38
3.6.2.	Unidad De Información	38
3.6.3.	Unidad De Muestreo.....	38
3.6.4.	Tamaño De La Muestra	38
3.7.	Métodos E Instrumentos De Recolección De Datos	38
3.8.	Validación De Los Instrumentos De Recolección De Datos.....	39
Validación Cualitativa		39
3.9.	Procedimientos De Recolección De Datos	44
3.9.1.	Autorización.....	44
3.9.2.	Proceso De Recolección De Datos.....	44

3.10. Elaboración De Los Datos	44
3.10.1. Revisión De Los Datos.	44
3.10.2. Codificación De Los Datos.....	44
3.10.3. Clasificación De Los Datos.	45
3.10.4. Presentación De Datos.....	45
3.11. Análisis De Los Datos.....	45
3.12. Aspectos Éticos De La Investigación	45
CAPÍTULO IV.....	47
4. RESULTADOS	47
4.1. Validez Cualitativa	47
CAPÍTULO V.....	55
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	55
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXO N° 01	70
ANEXO N° 02	78
ANEXO N° 03	86
ANEXO N° 04	93
ANEXO N° 5.....	95
ANEXO N° 6.....	97

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Las primeras horas de vida del recién nacido requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general para detectar aquellos acontecimientos que ponen en riesgo la salud del recién nacido. Tal como lo menciona Coronado³ es la etapa más vulnerable de la vida en cuanto a la mortalidad neonatal y las primeras 24 horas determinan el futuro del niño, en consecuencia, reducir las muertes neonatales se ha convertido en uno de los principales componentes de nuevos modelos y estrategias para disminuir la mortalidad infantil y alcanzar el objetivo de desarrollo del milenio.

Al momento de nacer se deben de poner en práctica una serie de cuidados inmediatos y mediatos en el recién nacido, también se debe realizar una serie de valoraciones para determinar su estado de salud. La atención del recién nacido está representada por el conjunto de las actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura de bienestar⁴.

La valoración y acciones empleadas en el recién nacido que lleva a cabo el personal de enfermería inmediatamente después del nacimiento y

durante las primeras horas de vida extrauterinas, es un punto fundamental para determinar las necesidades asistenciales del lactante en este periodo⁵.

En tal sentido⁶ en estos últimos años las enfermeras han logrado especificar en qué forma un mejor ejercicio de la salud pública dentro de la disciplina puede fortalecer la infraestructura, su propuesta ha sido traducida en la elaboración e implementación de estándares, normas y modelos de la enfermera en salud pública, así como en la elaboración, validación y aplicación de instrumentos de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales en esta área.

La problemática al momento de la recolección de datos en la realización de los Trabajos de investigación se centra en la construcción de los instrumentos a emplear⁷, de manera que permitan recabar información válida y confiable, porque el valor de un estudio depende de que esta información refleje lo más fidedignamente el evento investigado, dándole una base real para obtener un producto investigativo de calidad⁸.

Todo proceso de construcción de un instrumento de medida comienza por una justificación detallada y precisa de cuáles son las causas que motivan su construcción, por esta razón⁹ estos deben estar estructurados y deben tener validez y confiabilidad, para que los resultados del estudio que se está llevando a cabo sean viables para aplicar planes de mejoramiento a una comunidad y/o situación en especial, como también para lograr mayor validez y confiabilidad de los datos obtenidos en la investigación¹⁰.

Por ello la validación se hace indispensable para poder aplicarlo porque, en la medida en que se utilicen instrumentos válidos y confiables, se fortalece el cuerpo de conocimientos de la profesión, a través de procesos investigativos que sustentan científicamente el ser y el quehacer de enfermería¹¹.

Asimismo, hay que delimitar con claridad cuál es la variable objeto de medición, cuál va a ser el contexto de aplicación o circunstancias en el que se va a administrar el instrumento de evaluación, el tipo de aplicación (individual, colectiva), el formato de aplicación (lápiz y papel, informática), y qué decisiones se van a tomar a partir de las puntuaciones¹².

En el ámbito de la salud hay instrumentos de medida, disponibles en otros idiomas pero sin validar a nuestro contexto y eso delimita el acceso a estos instrumentos, además¹³ la metodología para validar un instrumento es poco conocida por profesionales sanitarios, lo que explica el uso indiscriminado de instrumentos sólo adaptados o validados de manera poco consistente.

En ocasiones la condición que se quiere medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple, este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías inespecíficas¹⁴.

Según Nunnally y Berstein, en las primeras etapas de la investigación de la validación puede ahorrarse tiempo y energía mediante instrumentos que solo tienen una confiabilidad modesta. Posteriormente se aplican correcciones y, si estas sugieren buenos resultados, valdrán la pena el tiempo y el esfuerzo para incrementar el número de reactivos y tratar de reducir el error de medición¹⁵.

Una adecuada construcción de los instrumentos de recolección de datos permite que la investigación alcance la correspondencia entre teoría y los hechos; en este sentido, tal como lo menciona Perez¹⁶ si éstos no son pertinentes o se elaboran de manera defectuosa, se producirán, inevitablemente, algunas de las dificultades siguientes: los datos recogidos no servirán para satisfacer las interrogantes iniciales o no se podrán obtener los datos que necesitamos, porque vendrán sesgados, falseados o distorsionados debido a que éste no se adecua al tipo de hechos en estudio.

La característica de una buena enfermera de neonatología es el reconocimiento de problemas de una forma inmediata, por lo que la experiencia y sus conocimientos hacen que sepa identificar con más exactitud los problemas existentes en el neonato. Al detectar que algo le está pasando al neonato, posiblemente una enfermera de poca experiencia determine por consultar al pediatra correspondiente y éste le indique la inspección del neonato, pero una enfermera capacitada y experta antes de proceder a comunicar la situación al pediatra, se cerciora que están cubiertas una serie de necesidades básicas del neonato y por supuesto se cerciora de la toma de

las constantes vitales y de la vulnerabilidad que puede tener el recién nacido, ante un cambio en una de éstas¹⁷.

A través de estos proyectos de investigación se identifican debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la población, y de la misma manera se emprenden proyectos dirigidos hacia ellos; los cuales nacen de la necesidad de las poblaciones. Es en este grupo que surge el interés de contar con una herramienta que valore, mida o describa además de proporcionar información válida y confiable ya que de esta manera se pueden implementar políticas de mejoramiento de los planes de acción que actualmente se tiene, como también pueden surgir nuevas metas y propósitos en el ámbito de investigación¹⁸.

El presente estudio de investigación permitió construir y validar un instrumento para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los centros de salud de Huánuco, lo cual a su vez permitió evaluar las competencias requeridas y esperadas del profesional de enfermería para garantizar el logro de la meta de salud para todos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la fiabilidad de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la validez de contenido de un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido de los establecimientos de salud de Huánuco?
- ¿Cuál es la estructura interna (fiabilidad) de un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido de los establecimientos de salud de Huánuco?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Validar un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Construir un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015. (Validez de contenido)
- Analizar la estructura interna del instrumento de medición documental creado, mediante el índice KR-20, para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de

enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015.
(Fiabilidad)

1.4 HIPOTESIS

H₀: El cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco no es fiable estadísticamente

H₁: El cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco es fiable estadísticamente

1.5 VARIABLES

Variable Principal: Nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido.

- Dimensiones:

- Generalidades del cuidado
- Cuidados en el control térmico
- Cuidados en la aspiración de secreciones
- Cuidados del cordón umbilical
- Cuidados en la administración de vitamina k
- Cuidados en la profilaxis oftálmica
- Cuidados en la identificación y somatometría
- Cuidados en la valoración del Apgar
- Cuidados en la valoración de Silverman-Andersen

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL				
Construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido	Nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos	categorico	Bueno regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Generalidades del cuidado	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Control térmico	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Aspiración de secreciones	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Cuidados del cordón umbilical	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Administración de vitamina k	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Profilaxis oftálmica	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Identificación y somatometría	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Valoración del Apgar	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica
	Valoración de Silverman-Andersen	categorico	Buena regular Deficiente	Ordinal dicotómica

1.7 JUSTIFICACIÓN

1.7.1 Justificación Teórica

La presente investigación se justifica, a raíz de que en nuestra profesión necesitamos utilizar instrumentos válidos y confiables que nos permitan recolectar datos de manera más confiables asimismo diversos autores enfatizan la importancia de la atención en el primer momento del nacimiento puesto²¹ que representa una importante etapa para el desarrollo normal del niño ya que se comprobaron casos en los que los niños que recibieron una atención adecuada en esta etapa no presentaron alguna deficiencia en su desarrollo, mientras que los niños que sufrieron de algún tipo de complicaciones durante el nacimiento presentaron alteraciones del desarrollo²².

Esta investigación amplía el modelo teórico de las necesidades básicas o fisiológicas de Abraham Maslow²³, en donde se considera que estas necesidades son el sustento de la vida humana, asimismo reafirma el modelo teórico de Virginia Henderson en la cual se aclara que la función propia de las enfermeras es el de brindar cuidado, para satisfacer las necesidades y tratar al paciente como un todo.

Es por ello que se propone la presente investigación de construcción y validación de un cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos que tienen los profesionales de enfermería, a fin de proponer alternativas de mejora en dicho aspecto

En consecuencia, la presente investigación servirá para disponer de información válida y así establecer las medidas adecuadas para mejorar el nivel de conocimientos sobre atención inmediata.

1.7.2 Justificación Práctica.

El presente estudio corresponde a la línea de validación de instrumentos del cuidado de enfermería.

Este estudio servirá a los profesionales de enfermería en cuanto a la sensibilización con respecto al cuidado humano del recién nacido que es un ser que está lleno de vida y necesita un trato digno e integral que le permita una mejor adaptación al mundo extrauterino. Asimismo este estudio sirve a nivel de la carrera de enfermería en cuanto a los resultados que se obtengan de esta investigación, para determinar soluciones de mejora con el fin de optimizar nuestros recursos humanos y materiales, y estar inmersos dentro de los lineamientos de Política del sector Salud y acreditación vigente como establecimiento de salud, y brindar un buen cuidado al recién nacido, ya que es nuestra labor primordial.

A la vez que servirá para que el personal de enfermería establezca planes de mejoras en relación a la calidad de atención de los servicios de salud y pueda solucionar necesidades

Finalmente este estudio será aplicable y puede servir de base a futuros trabajos que se elaboren sobre la misma variable.

1.7.3. Justificación Metodológica

El profesional de Enfermería que trabaja en instituciones dedicadas a prestar atención para la satisfacción de las necesidades de las personas, debe brindar servicios de calidad y con calidez humana, por ello es importante conocer el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido del personal de enfermería de los establecimientos de la red de salud Huánuco.

Los instrumentos validados para los cuidados de enfermería representan una herramienta que permitirá contar con evidencia científica sobre los avances del cuidado, paso necesario en la disminución de la invisibilidad de la profesión, además al realizar el experimento se deben seleccionar las actividades de las intervenciones que son adecuadas o posibles en nuestro medio.

Cuyo resultado no solo permitirá identificar áreas que necesiten fortalecer, sino que además permitirá monitorear y evaluar el desempeño de este profesional, en aras de garantizar una participación con mayor efectividad en el desarrollo de las nuevas funciones esenciales de la salud pública, reconocidas mundialmente como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos; así mismo el presente trabajo de investigación tendrá validez externa ya que se podrá aplicar en otras realidades

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Realizada las revisiones bibliográficas, sobre antecedentes concernientes al tema de investigación se observa que los estudios de percepción de la calidad son realizados con mayor frecuencia en países desarrollados, sin embargo la vertiente de la calidad total está tomando auge en países en vías de desarrollo.

2.1.1 A nivel internacional:

En Colombia (Bogotá), 2010, Vargas, Hernández²⁴; desarrollaron un estudio metodológico titulado “Validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”, cuyo objetivo fue determinar la validez y confiabilidad del cuestionario, para lo cual realizaron una prueba piloto para determinar posibles ajustes. La muestra lo conformaron 176 mujeres lactantes en el posparto de diferentes estratos socioeconómicos, residentes en Bogotá, a quienes les aplicaron, un cuestionario conformado por 32 ítems, previo consentimiento informado. Elaboraron una base de datos en Excel los cuales se procesaron en SPSS versión 12.0. Obtuvieron como resultado que la validez de escala evidenció que es una escala corta y la validez discriminante determinó 12 ítems que tenían mayor correlación y agrupó los que tenían correlaciones bajas. La

confiabilidad del cuestionario de 32 ítems fue $\alpha = 0,59$ y el cuestionario de 12 ítems $\alpha = 0,68$, considerándose un puntaje aceptable y bueno en los primeros estudios de validación de un instrumento.

En Chile, 2007; Marín²⁵, desarrolló un estudio titulado , “Construcción y validación de un instrumento de evaluación de locus de control aplicado a pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional y tratamiento quirúrgico para bajar de peso”, cuyo objetivo fue el desarrollo de un instrumento psicológico de evaluación de locus de control respecto de la conducta de comer y engordar, con formato de escala, y la comparación de los puntajes obtenidos en dos muestras de pacientes obesos que buscan diferentes tratamientos para bajar de peso. La muestra estuvo constituida por 64 sujetos. La primera, correspondió a pacientes obesos hombres y mujeres que buscaban tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y la segunda a pacientes obesos hombres y mujeres que escogían la opción quirúrgica para bajar de peso. Ambas muestras pertenecieron al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Obtuvieron como resultados, que la escala ELCE mostró una confiabilidad de 0,83. Aportaron a la validez del instrumento a través de la validez de contenido incorporando el aporte de los jueces expertos, y de la validez de constructo al haber sometido la prueba a un contexto de contrastación, encontrándose diferencias en los puntajes de locus de control entre los pacientes de tratamiento médico y los de tratamiento quirúrgico. Lo primeros evidencian un locus de control interno, y los segundos un locus de control externo. Además se elaboraron normas provisionales para el instrumento construido.

En Colombia, en el 2005, Bermúdez²⁶ desarrolló una investigación cualitativa, para diseño y validación de una escala, titulada “construcción y aplicación de un instrumento para evaluación del desempeño académico y laboral de los egresados de un programa de medicina, cuyo objetivo fue construir y aplicar un instrumento para medir el impacto académico y laboral. En cuanto al método utilizaron grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y en profundidad, para establecer los dominios que debían incluirse en este instrumento. Se realizaron 3 grupos focales, 16 entrevistas para construcción del instrumento preliminar, el cual fue validado por 20 expertos. El Instrumento preliminar que contenía 67 ítems, se aplicó a 330 líderes del sector salud para análisis factorial. El análisis factorial permitió obtener una escala con 8 dominios y 45 variables, con una consistencia interna $\alpha = 0.9438$. Finalmente concluyeron que este trabajo permitió construir un instrumento válido, reproducible y confiable para medir desempeño de los egresados de un programa de medicina. Su aplicación permitirá hacer un seguimiento dinámico en el tiempo, para mejorar la calidad de los programas.

En Venezuela (Barquisimeto), en el 2004 Piñero, Ruz, Zabaleta²⁷, desarrollaron un estudio descriptivo transversal titulado “nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido en la unidad de sala de parto hospital central universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido. La población estuvo conformada: 30 personas correspondientes al personal de enfermería, para la muestra se tomó el total

de la población. A las cuales les aplicaron un instrumento estructurado en dos partes; datos generales (2 ítems), nivel de conocimiento (35 ítems), fue validado a través de la técnica juicio de expertos, la técnica de análisis utilizada fue estadística descriptiva porcentual mediante tablas y gráficos (diagrama de sectores). Finalmente el resultado más relevante fue: del personal de enfermería que brinda cuidados al recién nacido tiene conocimientos deficientes.

2.1.2 A nivel nacional

En Perú, 2014, López, Pulido y Berrios²⁸; desarrollaron, un estudio titulado “Adaptación y validación al español del EQ-i en universitarios” cuyo objetivo fue adaptar y validar el Eqiversión corta (EQI-C) al castellano. Realizaron una prueba piloto para determinar posibles ajustes. La muestra estaba conformada inicialmente por 489 estudiantes universitarios, de los cuales se eliminaron adicionalmente 6 personas por tener la edad fuera del rango siendo así la muestra de 390 universitarios, estuvo conformado por un 82.8% que fueron mujeres y el 17.2% hombres, la edad media fue de 22.16 años con un rango de edades de 18 a 32 años, a quienes les aplicaron un cuestionario, con el previo consentimiento informado, que contenían las escalas EQ-i: S y TMMS-24 con 35 ítems, siendo eliminados algunos ítems en el proceso de la construcción quedando 28 ítems como una versión adaptada validada para medir IE, donde también ha sido evaluado psicométricamente por Parker y cols. Elaboraron una base de datos en Excel dónde se procesaron en SPSS versión 20.0 también se empleó el Structural Equations Program, en su versión 6.1 para Windows. Obtuvieron como resultado que la validez de la

escala evidencio que es escala corta, adaptada y validada, que permite medir la inteligencia emocional de manera más sencilla.

En Perú (Lima), en el 2012, Cabello, Chirinos²⁹, desarrollaron un estudio descriptivo, observacional, transversal titulado “Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud”, cuyo objetivo fue validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en consulta externa y emergencia de un hospital público. Realizaron una prueba piloto para determinar posibles ajustes. La muestra lo conformaron 383 usuarios de consultas externas y 384 de emergencia a quienes les aplicaron, una encuesta el cual constaba de 5 dimensiones y 22 ítems, previo consentimiento informado. Elaboraron una base de datos en Excel donde los cuales se procesaron en SPSS versión 15,0. El método empleado para la elaboración de dicho instrumento constituyó de tres fases, primero se elaboraron las encuestas, en consecutiva se evaluó la validez y confiabilidad, finalizando la tercera fase fue la aplicaron de las encuestas, donde las encuestas fueron elaboradas mediante perfeccionamiento continuo en el cual se tomó por modelo la encuesta original. En el cual realizaron la validez de contenido que fue analizada con 5 expertos, la validez de constructo, en el cual la consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach que fue 0,984 para consultorio externo y 0,988 para emergencia. Así como también el resultado del análisis factorial mostró que el 88,9 % de la varianza de las variables en consulta externa y 92,5% en emergencia, explicaban los 5 componentes o dimensiones de la calidad.

En Perú, 2012, Arequipa³⁰, desarrollo un estudio titulado “Diseño y validación del inventario de dependencia emocional”; cuyo objetivo fue construir y validar un instrumento que reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir la dependencia emocional. Realizaron diversas prueba piloto para determinar posibles ajustes La muestra lo conformaron 757 participantes en el cual 398 fue mujeres y 359 varones, a quienes le aplicaron un cuestionario conformado por 49 ítems, previo consentimiento informado. Elaboraron una base de datos en Excel los cuales se procesaron en SPSS versión 14.0. Obtuvieron como resultados que la validez del inventario tiene indicadores de confiabilidad y evidencias de validez de constructo adecuados. La confiabilidad del cuestionario de 49 ítems fue $\alpha = 0.76$ hasta 0.89 considerándose un puntaje aceptable y bueno en los primeros estudios de validación de un instrumento, el coeficiente de correlación “r” de Pearson, fue 0.91, siendo un valor aceptable.

En Lima, 2013; Peñarrieta, Rodríguez, Cisneros, Becerra, Jiménez, Gutierrez³¹ desarrollaron estudio transversal titulado “; Validación del instrumento: competencias de enfermería en salud pública” cuyo objetivo fue validar el instrumento: «Competencias del profesional de Enfermería en Salud Publica» elaborado por la Asociación Americana de Enfermería en Salud Pública, USA, en contexto peruano. La población estuvo conformada por profesionales de Enfermería que laboraran en el primer nivel de atención de una red de servicios del Ministerio de Salud de Lima norte, Perú. Utilizaron una muestra por conveniencia a 108 profesionales y las técnicas de juicio de expertos, análisis factorial y el alpha de Cronbach para la validez estadística.

Obtuvieron como resultado que se presenta un instrumento con validez en su constructo de cuatro dimensiones, que evalúa 8 competencias con 48 actividades relacionadas con competencias del profesional de enfermería en salud pública, y con una buena confiabilidad con valores alpha de Cronbach de 0,959. Finalmente concluyeron que se cuenta con un instrumento que permitirá evaluar las competencias que debe tener un profesional de enfermería que desarrolla una actividad de salud pública en el primer nivel de atención, por lo que se sugiere aplicarlo en otros contextos del país, sin embargo, se necesita seguir realizando más investigaciones que permitan cubrir otras competencias para estos profesionales.

En Perú (Lima), 2009, Espinoza, Mercado, Lindo, García, Ríos, Vila, Pinto, Ríos, Piscoya, Bussalleu³²; desarrollaron un estudio o titulado “Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital de Lima- Perú”, cuyo objetivo fue validar el score de Rockall en nuestro medio y encontrar el valor que mejor discrimine entre el paciente con alto y bajo riesgo de mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares en pacientes con hemorragia digestiva alta. Realizaron una prueba piloto para determinar posibles ajustes. La muestra lo conformaron 163 pacientes, de los cuales eliminaron a 8 mediante la aplicación de los criterios de inclusión siendo así la muestra verdadera 107 a quienes entrevistaron, y recopilaron datos de las historias clínicas, de los informes endoscópicos en emergencia y en los servicios de hospitalización. Elaboraron una base de datos en Excel 2007 donde se procesaron los datos en SPSS. Obtuvieron como resultado que tiene muy buena capacidad de

discriminación para agrupar a los pacientes con alto riesgo de fallecer, teniendo un área bajo la curva ROC de 0.8037, es decir sin necesidad de endoscopia, hallando un área bajo la curva de ROC de 0.78 que es un valor aceptable. En el caso de resangrado fue= 0.65 y la necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares el área bajo la curva fue = 0.64 que indican una pobre habilidad discriminativa del score como predictor de estos desenlaces.

2.1.3 A nivel local

En Huánuco, 2013, Berastein³³, desarrolló un estudio titulado “construcción, validación y confiabilidad de una escala de medición del nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en Huánuco 2013”. Cuyo objetivo fue proponer un instrumento para medir el nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en el “Hospital Hermilio Valdizan Medrano” en los servicios de medicina y cirugía de Huánuco. La muestra estuvo conformada por 99 personas a las cuales le aplicaron los criterios de inclusión uno de ellos fue que estar dentro del rango 19 a 38 años de edad, a quienes les aplicaron, un cuestionario y una entrevista personal, previo consentimiento informado. Elaboraron una base de datos en Excel los cuales se procesaron en SPSS. Obtuvieron como resultado que la validez del instrumento evidenció que es válido y confiable para la aplicación en futuras investigaciones. La confiabilidad del cuestionario fue valor $P = 0,0049$, mientras que la validez de criterios para los ítems determinó que 4 tuvieron un valor de 0,20, Siendo así eliminados y/o remplazados al finalizar las correcciones correspondientes, que alcanzó una confiabilidad alta de, “ $r = 0.944$ ” considerándose un puntaje

aceptable y bueno en cual indica que es un instrumento confiable para medir el nivel de la satisfacción de los usuarios hospitalizados.

En Huánuco, 2010, Linse³⁴, desarrolló un estudio titulado “Propuesta de un instrumento de medición de la satisfacción de los usuarios externos hospitalizados-Huánuco 2010”. Cuyo objetivo fue proponer un instrumento para medir el nivel de satisfacción en los usuarios externos de los servicios de hospitalizados en Carlos Showing Ferrari, ESSALUD y Hermilio Valdizan. A la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión así mismo un una entrevista personal, previo el consentimiento informado. El método utilizado fue el alfa de crombach y “r” de Pearson. Elaboraron una base de datos en Excel los cuales se procesaron en SPSS. Obtuvieron como resultado que la validez del instrumento evidenció que es válido y confiable para la aplicación en futuras investigaciones.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría de respuesta al ítem.

El origen de la Teoría de respuesta al ítem se asocia con el trabajo del matemático danés Georg Rasch en 1960, planteado inicialmente como teoría del rasgo latente, se ha preocupado por una invariante habilidad o rasgo subyacente a todo proceso de medición cuya estimación no dependiera del instrumento utilizado³⁵.

La teoría de respuesta al ítem provee información respecto del grado de exactitud con que se mide la variable en función de sus diferentes niveles. Estas medidas de precisión locales se hacen operativas mediante las

Funciones de Información de los Ítems y del Test desarrolladas por Birnbaum³⁶.

La unidad básica de estudio en la TRI es el ítem. La relación entre la respuesta de la persona al ítem y el rasgo que este tiene, se estima mediante una función probabilística, representada mediante la Curva Característica del Ítem (CCI). La importancia de esta teoría como lo menciona Matas³⁷ radica en el nivel de rasgo, el cual tiene un valor independiente del test y del ítem utilizado para estimarlo.

El modelo planteado es un modelo de 3 parámetros, y relaciona la probabilidad de que la respuesta sea correcta con la dificultad, la discriminación y el azar de ese ítem, con la que está relacionado directamente con el estudio que se viene desarrollando, la cual ayuda a la construcción de los ítems del cuestionario³⁸.

2.2.2. Teoría de Virginia Henderson

Esta teoría fue planteada por Virginia Henderson³⁹, la cual se basa en la necesidad de responder y aclarar cuál es la función propia de las enfermeras, la necesidad es el Requisito que condiciona la supervivencia absoluta de una persona y el que menciona que “La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación

También menciona⁴⁰ sobre la Necesidad fundamental y refiere que es la necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Estas necesidades son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona

mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Esta teoría está profundamente relacionada con el estudio que se viene desarrollando ya que menciona la función principal de la enfermera que es la de brindar cuidado y satisfacer las necesidades del paciente.

2.2.3. Teoría de los Cuidados

Esta teoría fue planteada por Kristen Swanson en el año 1991 en la cual concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Esta teoría⁴¹ está relacionada con el estudio que se viene abordando ya que apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no es necesariamente la práctica de enfermería; también menciona que los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, y que están basados en una deducción lógica y en la explicación científica.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1 Definición de nivel

El nivel según la real academia española es considerado como la medida de una cantidad con referencia a una escala determinada⁴².

2.3.2 Definiciones de conocimientos

La real academia española lo define como la acción y efecto de conocer, también como el entendimiento, la inteligencia, la razón natural. También lo define como cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas.⁴³

algunos autores⁴⁴ lo definen como un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección; en el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo; también lo definen como una mezcla fluida de experiencia estructurada en valores; es una información contextual e internalización experta que proporcionan un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información en los documentos o base de datos.

El conocimiento es un reflejo de la realidad, una copia del original. Si el reflejo o copia se corresponde con la realidad u original, se está en presencia de una relación de semejanza, lo que constituye la condición básica de un modelo. Por consiguiente, el reflejo puede ser visto como un modelo de la realidad (original) y el conocimiento como un modelo que encierra la copia del original, su esencia, su unidad sistémica, lo que la cosa es por sí misma, a diferencia de las demás y de los estados cambiantes de ella por la acción de unas u otras circunstancias.⁴⁵

2.3.3 Tipos de conocimientos

2.3.2.1. Conocimiento vulgar

Wartofsky dice⁴⁶ que este conocimiento no es explícitamente sistemático ni crítico y que no existe un intento por considerarlo un cuerpo consistente de conocimiento, sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata.

2.3.2.2. Conocimiento filosófico

El conocimiento filosófico es un conocimiento que se obtiene de los documentos escritos, pero esto no quiere decir que el filósofo se dedique únicamente a recopilar datos escritos sino que los analiza y los corrobora en la práctica humana.⁴⁷

2.3.2.3. Conocimiento científico.

El conocimiento científico es el conjunto de conceptos, de ideas y de teorías que describen y explican propiedades, principios, relaciones y leyes de los fenómenos y procesos de la realidad, logrados a través de la aplicación de métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos científicos.⁴⁸

2.3.4 Definición de cuidados inmediatos al recién nacido

Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.⁴⁹

Por su parte la dirección regional de salud del callao⁵⁰ define que son los cuidados y acciones que el personal de salud debe conocer y realizar para brindar una atención neonatal óptima en el momento del nacimiento, asegurando una adecuada transición de la vida intrauterina a la extrauterina.

Del mismo modo olivos⁵¹ define como el conjunto de procedimientos que ayudan al neonato a realizar en forma adecuado la transición de la vida fetal a la neonatal; con el objetivo de brindar las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, y a la vez identificar y resolver las situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida del neonato.

2.3.5 Cuidados inmediatos al recién nacido

2.3.4.1 Termorregulación

La sociedad iberoamericana⁵² de neonatología considera que la termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevida, a su estado de salud y a la morbilidad asociada. También la definen como la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal.

Del mismo modo castillos⁵³ define a la termorregulación como la propiedad que tiene el organismo de mantener la temperatura corporal dentro de los límites fisiológicos o valores normales entre los 36-37°C

2.3.4.2. Aspiración de secreciones

Es un aspecto necesario e importante del cuidado respiratorio, pero que puede ser erróneamente considerada una técnica de rutina, tiene complicaciones serias, y muchas veces se asocia a ansiedad y discomfort.⁵⁴

2.3.4.3. Cordón umbilical

El cordón umbilical es una estructura de aspecto en forma de espiral, tamaño variable (en promedio, a término, alcanza alrededor de 50 cm de longitud), 2cm de diámetro aproximado y peso alrededor de 100 gramos. Une el embrión o feto a la placenta, y está compuesto por dos arterias y una vena.⁵⁵

2.3.4.4. Vitamina k

La administración de vitamina K inmediatamente después del nacimiento ha demostrado un descenso significativo de la incidencia de hemorragias neonatales, pero no existe evidencia suficiente que determine la forma de administración más adecuada.⁵⁶

2.3.4.5. Profilaxis oftálmica

La profilaxis ocular es la administración de gotas oftálmicas, o colirio, que contienen antibióticos y que se colocan en los ojos del recién nacido. Una disposición legal exige la realización de este procedimiento para proteger al bebé contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre. En la mayoría de los hospitales se utilizan antibióticos. En ocasiones se utiliza otra preparación, denominada nitrato de plata.⁵⁷

2.3.4.6. Identificación del recién nacido

Se debe identificar al bebé en presencia de la madre antes de salir del paritorio, según la normativa de cada centro, se verificará en la historia clínica de la mujer la existencia de factores de riesgo materno y neonatal que requieran actividades preventivas específicas. Se registrarán todas las actividades realizadas al RN en las hojas de registro del centro.⁵⁸

2.3.4.7. Valoración del Apgar

Este examen expresa la adaptación cardiorespiratoria y función neurológica del recién nacido, consiste en la suma de los puntos asignados, a cinco signos objetivos los cuales son frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.⁵⁹

El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida⁶⁰.

2.3.4.8. Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca (FC) es el número de veces que el corazón se contrae en un minuto, y es importante conocer su comportamiento entre otras razones por su utilidad práctica como un índice de intensidad para dosificar el ejercicio físico⁶¹.

2.3.4.9. Esfuerzo respiratorio

Es una entidad caracterizada por trastornos del patrón respiratorio. Por ello es importante la valoración del RN. Aunque en la mayoría de las ocasiones está producida por patología del propio aparato respiratorio, otras veces es secundaria a patología cardíaca, nerviosa, metabólica, muscular, etc⁶².

El tono muscular, es un estado permanente de contracción parcial, pasiva y continua en el que se encuentran los músculos. Durante el periodo de sueño el tono muscular se reduce por lo que el cuerpo está más relajado y durante las horas de vigilia se incrementa lo necesario para mantener la postura corporal adecuada para cada movimiento que se realiza⁶³.

2.3.4.10. Irritabilidad refleja

Mide la respuesta a los estímulos como llorar y hacer muecas, puede mostrar que el bebé responde bien a estímulos⁶⁴.

2.3.4.11. Color de la piel

Muestra el grado de oxigenación. Una piel rosada determina un muy buen grado de oxigenación⁶⁵.

2.3.4.12. Valoración de Silverman Andersen

La valoración de Silverman-Andersen (S-A) es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR). Para la obtención del puntaje total, se

le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1 o 2 luego, se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria⁶⁶

En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada⁶⁷

2.3.6 Recién nacido

Se denomina recién nacido o neonato al proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Se considera período perinatal al comprendido entre la semana 22 de gestación y los 7 días de vida post-natal⁶⁸

2.3.7 Definiciones de construcción

En términos muy generales, se denominará construcción a todo aquello que suponga y exija antes de concretarse disponer de un proyecto predeterminado y que se hará uniendo diversos elementos de acuerdo a un orden, porque por ejemplo, a instancias de la gramática, una construcción será el ordenamiento y la disposición que se le dan a las palabras en una frase y que son las que permiten expresar un concepto⁶⁹.

2.3.8 Definiciones de validación

Según Gómez y Sánchez citado por Herrera⁷⁰, la validación es el grado de confianza que se tiene de la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo; otra definición encontrada afirma que es el grado en el cual la evidencia y la teoría soporta las interacciones obtenidas de los resultados de las pruebas (escala, inventario, etc.)

Según Nunnally y Kelinger citado por Herrera⁷¹, la validación es el grado en el cual se logra el propósito para el cual fue elaborada la prueba; con esto se puede concluir que la validez es la capacidad de la escala para medir lo que pretende medir y no otros aspectos distintos de los pretendidos.

2.3.2. Validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria⁷².

2.3.3. Tipos de validez

2.3.3.1. Cualitativa

Corresponde a la creación del instrumento y se le conoce como validez de contenido⁷³.

2.3.3.2. Validez relacionada al contenido

Hernández⁷⁴ refiere que es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, grado en el que la medición representa al concepto o variable medida (Bohrnstedt, 1976). Por ejemplo, una prueba de operaciones aritméticas no tendrá validez de contenido si incluyera sólo problemas de resta y excluyera problemas de suma, multiplicación o división.

Según Supo⁷⁵, la validez de contenido no hace uso del cálculo estadístico, por lo que no es permisible formar grados de validez de contenido.

2.3.3.3. Relacionada con el criterio

Establece la validez de un instrumento de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo⁷⁶.

Este tipo de validez también es considerado como el grado de correlación o concordancia de los resultados con un referente o Gold Standard, si es posible verificar los resultados hallados. La validez concurrente fija el criterio en el presente y la validez predictiva fija el criterio en el futuro⁷⁷.

2.3.3.4. Relacionada con el constructo

Hernández⁷⁸ define que es la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo

opera para medirlo, incluye tres etapas que según Hernández⁴⁷ en primer lugar se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base de la revisión de la literatura), seguido se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación, y por último se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

2.3.3.5. Validez de expertos

La cual se refiere Hernández⁷⁹ al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”. Se encuentra vinculada a la validez de contenido y, de hecho, se consideró por muchos años como parte de ésta.

2.3.3.6. Cuantitativa

Consiste en evaluar sus propiedades métricas de un instrumento que incluyen la confiabilidad, el constructo, el criterio, la estabilidad y el rendimiento⁸⁰.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La investigación corresponde a la siguiente taxonomía:

Según la intervención del investigador fue observacional porque su objetivo fue la observación y el registro de los acontecimientos sin intervención alguna en el curso natural de estos⁸¹.

De acuerdo a la planificación de la medición de la variable fue prospectivo por que los valores obtenidos no incluyeron datos que hubieran sido obtenidos en el pasado, sino a partir de la fecha en que se realizó el estudio de investigación⁸².

Conforme al número de mediciones de la variable de estudio fue transversal porque constituye el estudio de un evento en un momento dado, superando así la limitación del factor tiempo. En este caso la unidad de tiempo viene determinada solo por las exigencias de las condiciones del estudio, es decir por el necesario para recoger y analizar los datos, pues un estudio transversal o de corte equivale, a tomar una fotografía⁸³.

Según el número de variables analíticas fue descriptivo porque se buscó especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis⁸⁴.

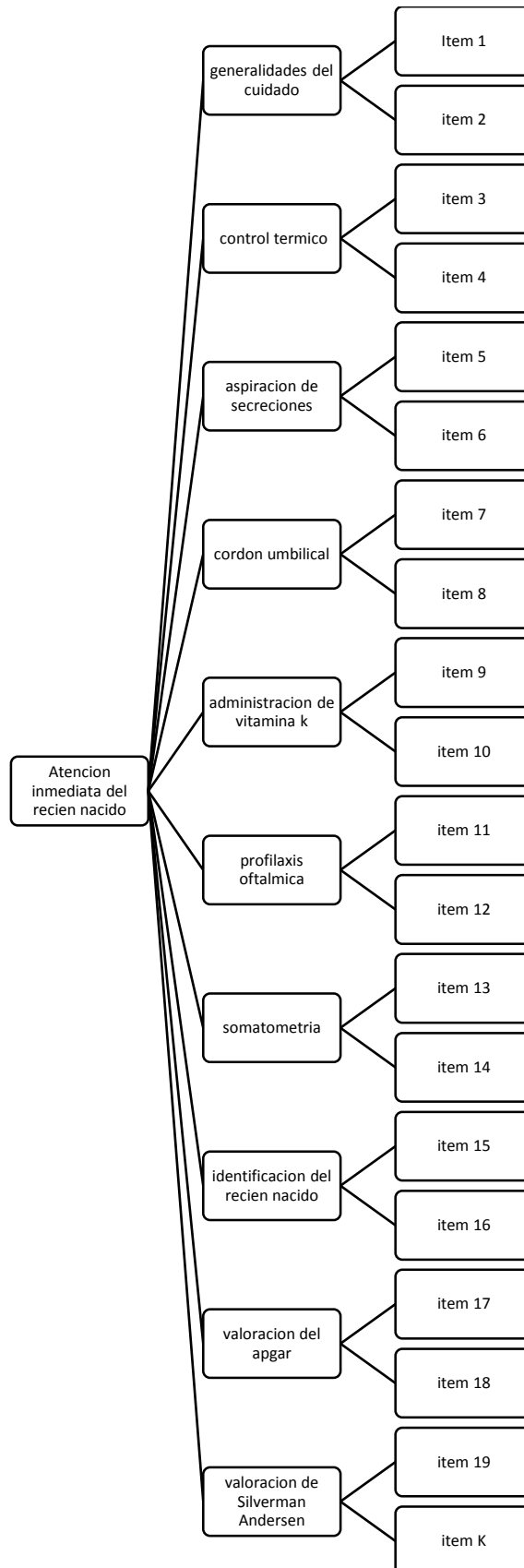
3.2. Nivel de investigación

La presente investigación perteneció al nivel descriptivo porque tuvo como objetivo la descripción de los fenómenos a investigar, tal como es y cómo se manifiesta en el momento (presente) de realizarse el estudio y utilizó la observación como método descriptivo, buscando especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes⁸⁵.

3.3. Diseño del estudio

El diseño corresponde a la validación de instrumentos en la cual se establecieron dominios y preguntas: Utilizando diferentes estrategias como: grupos focales, entrevistas semiestructuradas de respuestas abiertas y entrevistas en profundidad que son las principales fuentes para obtener los dominios y las preguntas que formarán parte del instrumento final, la cual se presenta en el siguiente esquema⁸⁶:

Esquema del diseño de validación del cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre cuidados inmediatos al recién nacido.



3.4. Población

La población estuvo conformada por:

- 06 profesionales expertos y 04 profesionales jueces
- 90 profesionales de enfermería encargados de brindar atención inmediata al recién nacido en los establecimientos de salud de Huánuco, para ello se solicitó la información necesaria a la RED de salud de Huánuco, con esos datos se procedió a seleccionar el criterio de clasificación de la población.

3.4.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería encargado de la atención inmediata al recién nacido
- Profesionales de enfermería que rote por el servicio de atención inmediata
- Profesionales de enfermería que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que no realiza atención inmediata
- Profesionales de enfermería q no rote por atención inmediata
- Aquellos que no se encuentran en el momento del estudio
- Aquellos que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación

- Encuestas con respuestas incompletas
- Encuestas en las cuales se evidencia respuestas uniformes

- Encuestas con doble respuesta

3.5. MUESTRA PILOTO

Tras realizar la validación de contenido y sus respectivas modificaciones de los ítems como de las instrucciones, se llevó a cabo una aplicación piloto del cuestionario para medir el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos al recién nacido con la finalidad de evaluar la situación actual en cuanto al nivel de conocimientos.

Se planeó la aplicación inicial del instrumento durante 15 días buscando la mayor cantidad de participantes con el fin de evitar en lo posible un periodo adicional de recolección de información.

3.5.1. FASE DE PILOTEO

Una vez teniendo los enunciados validados por los jueces, se procedió a realizar la prueba piloto, del cual del total de profesionales de enfermería considerados dentro de la prueba piloto se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

Para la prueba piloto se diseñó un cuestionario con 40 enunciados, con opciones de respuesta dicotómicas.

Finalmente se procedió a elaborar la temporalización de los días en el que se realizaron la prueba piloto.

3.4.2 Ubicación de la población en espacio y tiempo

3.4.2.1 Ubicación espacial:

El desarrollo del presente trabajo de investigación tuvo lugar en los centros de salud que pertenecen a la Red de salud Huánuco que son

entidades que prestan servicios de salud, pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA), que se encuentran ubicados en el Departamento de Huánuco.

3.4.2.2 Ubicación temporal:

La presente investigación se llevó a cabo desde noviembre del 2014 hasta diciembre del 2015.

3.6. Muestra y muestreo

3.6.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los enfermeros(as) que brindan atención inmediata al recién nacido.

3.6.2. Unidad de información

La unidad de información fueron los enfermeros(as) que brindan atención inmediata al recién nacido.

3.6.3. Unidad de muestreo

La unidad de muestreo fueron los enfermeros(as) que brindan atención inmediata al recién nacido.

3.6.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estuvo conformado por 30 enfermeros(as) que brindan atención inmediata al recién nacido según la unidad de estadística e informática de la red de salud Huánuco.

3.7. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos que se aplicaron fueron los siguientes:

- **Cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre el cuidado inmediato al recién nacido (anexo 1)**

Este cuestionario consta 40 reactivos, la cual a su vez tiene 9 dimensiones que son: generalidades del cuidado (3 reactivos), control térmico (4 reactivos), aspiración de secreciones (4 reactivos), cuidados del cordón umbilical (4 reactivos), administración de vitamina K (5 reactivos), profilaxis oftálmica (3 reactivos), identificación y somatometría (4 reactivos), valoración del APGAR (5 reactivos), valoración de Silverman Andersen (5 reactivos)

Estas preguntas tienen respuestas dicotómicas ya que cuentan con 2 alternativas cada una con su respectiva puntuación.

3.8. Validación de los instrumentos de recolección de datos

Para este caso se tuvo en cuenta si los conceptos están plenamente definidos se consideró un 100 %, en la cual la validez de contenido está asegurada, cuando el concepto estuvo parcialmente definido se consideró un 50 %, en la cual se necesitaba la evaluación por jueces, en el caso de que el concepto no estuviera definido se consideró un 0 %, en la cual se necesitó una entrevista a los expertos y/o a la población.

Validación cualitativa

- **Revisión de la literatura.**

Antes de iniciar la construcción de un instrumento, se tuvo en cuenta primero si ya existe un instrumento o teoría previa para la medición que se pretende realizar, la revisión de la literatura consistió en la revisión del conocimiento que se tiene hasta este momento del concepto que se desea medir, entonces se presentaron tres circunstancias: primero cuando el concepto está plenamente definido; segunda circunstancia, cuando el concepto está parcialmente definido; y tercera circunstancia, cuando el concepto no está definido; por tal sentido el presente estudio se relacionó con la primera circunstancia la cual se detalla a continuación:

Concepto definido

En primer lugar, se revisó los conocimientos disponibles hasta el momento, viendo la posibilidad de la existencia de un instrumento o teoría previa para la medición de la variable y las dimensiones del cuidado inmediato al recién nacido, en tal sentido se revisaron las teorías vigentes, y los antecedentes de diversas investigaciones. Luego de haber efectuado la revisión correspondiente, se comprobó si el concepto del cuidado inmediato al recién nacido, están plenamente definidos y en consecuencia en nuestro medio existe abundante información con respecto a la temática que se viene abordando.

- **Explora el concepto**

No ameritó este paso, puesto que el concepto del cuidado inmediato al recién nacido se encuentra ampliamente definido, en diversas literaturas.

- **Enlista los temas**

Para el presente estudio se hizo mención de un listado de palabras ya agrupadas debido a que el tema ya tiene un concepto definido como se explicó en el primer paso, la cual se menciona a continuación:

Dentro de las dimensiones sobre el cuidado inmediato al recién nacido se consideró: Generalidades del cuidado, Cuidados en el control térmico, Cuidados en la aspiración de secreciones, Cuidados del cordón umbilical, Cuidados en la administración de vitamina k, Cuidados en la profilaxis oftálmica, Cuidados en la somatometría, Cuidados en la identificación del recién nacido, Cuidados en la valoración del Apgar, y por último los cuidados en la valoración de Silverman-Andersen.

- **Formula los ítems**

En este caso se realizó una entrevista enfocada a los profesionales de enfermería el cual estuvo centrada sobre temas muy específicos que se definió en el paso anterior con el fin de buscar sistemáticamente en la población objetivo si existen o no existen conocimiento sobre lo se viene desarrollando.

Si bien se contó con un listado de temas que debemos abarcar a fin de no omitir aspectos importantes, según Supo este listado no se considera un instrumento, el investigador podría modificar la forma y el orden de las preguntas según el profesional de enfermería entrevistado y las circunstancias de la entrevista.

Es en este momento donde se definió si el concepto obtenido anteriormente existe o no existe en la población objetivo; durante este proceso fue posible escindir algún tema según la necesidad de ampliar sobre alguno

de estos conceptos de manera que algún tema podría finalmente convertirse en dos o tres ítems en este recorrido.

Se tuvo en cuenta que también podemos fusionar conceptos, y es que el listado de temas con el que contamos inicialmente no es rígido, por eso decimos que se trata de una entrevista no estructurada.

- **Selecciones de jueces**

Por otro lado, la selección de un juez, dentro del tema de la validación de instrumentos, es una persona que nos ayuda a evaluar los ítems que hemos formulado y si bien son investigadores, su línea de investigación no necesariamente es la misma que la nuestra, de manera que no necesariamente son expertos en el tema que estamos investigando, los cuales evaluaron los criterios necesarios para la selección del instrumento como son: la suficiencia, la claridad, pertinencia, vigencia, objetividad, estrategia, consistencia y la estructura del instrumento diseñado.

- **Aplica la prueba piloto**

Una de las funciones de la prueba piloto fue volver a evaluar la claridad con la que están redactados los ítems, que si bien los jueces, nos ayudaron a evaluar esta característica, ellos no son la población objetivo; otro de los puntos importantes en esta primera fase fue quien aplique la prueba piloto, de manera que la aplicación de la prueba piloto contó con la presencia de la persona que creó el instrumento, con la finalidad de aclarar los conceptos redactados en él y que la población objetivo no entiende.

Es en este momento, que recién se pudo decir que creamos el instrumento y por lo tanto el instrumento elaborado de esta manera tiene

validez de contenido, pero aún no se evaluaron ninguna de sus propiedades métricas.

VALIDACION CUANTITATIVA

- **Evalúa la consistencia**

En primer lugar, se obtuvo una calificación global de cada uno de los individuos evaluados mediante la prueba piloto, teniendo en cuenta que algunos ítems son favorables y otros desfavorables y que por tanto la puntuación para los ítems favorables fueron 4, 3, 2, 1 y para los ítems desfavorables fueron 1, 2, 3, 4, es decir, de manera invertida.

Lo que se evaluó fue la opinión que tienen los individuos frente a un determinado tema, los puntajes más altos indicaron que hay una opinión positiva y los puntajes menores indicaron que hay una opinión negativa.

Mientras más altos sean los índices de correlación, quiere decir que tienen una participación importante en el resultado final o en la suma global del puntaje del instrumento, a esto se le denomina consistencia.

Como el instrumento que se construyó tuvo como valor final una variable categórica dicotómica ya que es un cuestionarios para medir conocimiento donde solamente hay una alternativa correcta y en caso de no acertar a ésta alternativa, el resultado de esta pregunta es incorrecto, entonces, se utilizó el índice de consistencia interna Kuder–Richardson llamado también KR-20, por tal sentido el valor alto de los índices indicaron buena consistencia interna, porque existen concordancia entre el resultado final con el resultado en cada uno de sus ítems.

3.9.Procedimientos de recolección de datos

3.9.1. Autorización

Para obtener la información de la presente investigación se realizaron las coordinaciones con los jefes de cada centro de salud durante el periodo de estudio, posterior a ello se solicitó el consentimiento informado a cada una de las enfermeras(os) que forman parte de la muestra, para luego iniciar con la recolección de datos utilizando los instrumentos previamente diseñados, para lo cual se emitió la documentación adecuada, como son los oficios y solicitudes.

3.9.2. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos, se contó con la participación de la investigadora para aplicar los instrumentos ya establecidos, antes de ello la muestra fue informada sobre el manejo de los cuestionarios. Se garantizó a las personas que participan en el estudio la confidencialidad de la identidad.

Asimismo se realizaron 3 pruebas pilotos a fin de encontrar la mayor cantidad de debilidades en el instrumento construido para su posterior corrección.

3.10. Elaboración de los datos

3.10.1. Revisión de los datos.

Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

3.10.2. Codificación de los datos.

Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

3.10.3. Clasificación de los datos.

Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

3.10.4. Presentación de datos.

Se presentó los datos en tablas académicas de la variable en estudio.

3.11. Análisis de los datos

Se inició este análisis en tablas comparando las frecuencias relativas entre los dos grupos; este análisis sirvió para determinar y discriminar aquellas categorías que se diferenciaban en un inicio y posteriormente se asociaban estadísticamente a la variable de estudio.

Se aplicó la correlación de r de Pearson para comprobar si existe correlación positiva entre los ítems, posterior a ello obtuvimos un valor global de la consistencia interna el cual se consiguió mediante el índice de consistencia interna Kuder–Richardson llamado también KR-20.

3.12. Aspectos éticos de la investigación

Para fines de la investigación se consideraron los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y fueron los siguientes:

Beneficencia; esta investigación representó un beneficio a nivel de la carrera de enfermería ya que se contó con un instrumento válido que reúna datos más confiables.

No maleficencia; esta investigación por ser observacional no representó ningún riesgo para la muestra, no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que la información obtenida fue de carácter confidencial.

Autonomía, se respetó las decisiones de los participantes, en caso de que no quisieron participar en la investigación, se les explicó que podrían retirarse de la investigación en el momento que lo deseen.

Justicia, en el presente estudio primo este aspecto ya que cada uno de los participantes recibió un estímulo igual.

Para cumplir todos estos principios se elaboró el consentimiento informado que se ubica en el anexo 4 ello garantizó el cumplimiento de los aspectos éticos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Validez cualitativa

- **Validez de contenido**

La validez cualitativa se inició con la validez de contenido, el cual consistió en la revisión de la literatura existente para posteriormente formular los ítems e involucrar la participación de jueces para la evaluación de los mismos. La literatura sugirió la conformación de nueve dimensiones, que sirvieron de base para el listado de los ítems por dimensiones.

- **Validez por juicio de expertos**

El cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido aplicado a la muestra en estudio fue sometido a un juicio de expertos con el afán de realizar la validez de contenido de cada uno de ellos para así tratar de determinar hasta donde los ítems de nuestro instrumento fueron representativos del dominio o universo de contenido, para lo cual se procedió de la siguiente manera:

Se seleccionaron 6 expertos y 4 jueces, los cuales contaban con características comunes especialista en el tema de investigación, experiencia en investigación y profesionales de enfermería especialistas en el tema de atención inmediata, los cuales juzgaron cualitativamente y cuantitativamente

los ítems del instrumento en términos de relevancia y congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la amplitud de contenido.

Cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos e hipótesis, operacionalización de variables, entre otros.

Las apreciaciones y observaciones fueron de la siguiente manera:

El primer experto; corrigió en cuanto a la dimensión de aspiración de secreciones, en la cual mencionó especificar bien el diámetro o medida del tamaño de la sonda de aspiración, asimismo en la dimensión de cuidados del cordón umbilical menciona que el alcohol que se utiliza es de 70 grados, del mismo modo en la dimensión de profilaxis oftálmica corrigió que ya no se colocan gotas ahora es ungüento.

El segundo experto; consideró cambiar la pregunta de la dimensión de generalidades del cuidado, mencionando que la pregunta es demasiado obvia, del mismo modo en la dimensión de aspiración de secreciones menciona que no se realiza en todos los neonatos, sugirió poner solo en casos que lo requiera.

El tercer experto; sugirió cambiar la pregunta de la dimensión del control térmico, asimismo propuso mejorar las alternativas por que la respuesta era obvia, de igual forma en los cuidados del cordón umbilical indico reformular la pregunta, así como también en la administración de la vitamina k

El cuarto experto; menciona en cuanto a los cuidados del cordón umbilical que no se especifican pasos exactos para la curación; también sugirió en

cuanto a la administración de la vitamina k considerar solo en términos generales, del mismo modo en la valoración del apgar.

El quinto experto; indico en cuanto a las generalidades del cuidado que se debe mencionar en la pregunta el tipo de examen al recién nacido, asimismo en cuanto a los cuidados del cordón umbilical sugirió considerar el uso de alcohol como profilaxis, del mismo modo en la dimensión de profilaxis oftálmica indico revisar la gonorrea en la enfermedad.

El sexto experto; mencionó considerar la medida exacta en cuanto a mg en la dimensión de la vitamina k, asimismo cambiar las alternativas.

Primer juez, indicó especificar la cantidad en centímetros en cuanto a la somatometría, del mismo modo en cuanto a las generalidades del cuidado, menciono reconsiderar la pregunta

Segundo juez; menciono mejorar la redacción en cuanto a los factores de riesgo intraparto, de generalidades del cuidado, asimismo sugirió cambiar la palabra excepto.

Tercer juez; indico redactar mejor la pregunta en cuanto a los cuidados del cordón umbilical, del mismo modo indico usar mejor los signos de puntuación en generalidades del cuidado y en la aspiración de secreciones, tener más cuidado con el uso de las mayúsculas y minúsculas.

Cuarto juez; menciono mejorar la congruencia de la pregunta en cuanto a los cuidados en la identificación y somatometría e incluir preguntas respecto a los conceptos en la administración de la vitamina k, asimismo verificar el uso de signos de puntuación en los cuidados de silverman Andersen.

Luego de la revisión de los jurados donde existieron observaciones y recomendaciones, se procedió a modificar, replantear los ítems observados para nuevamente ser validados de acuerdo a la opinión de los expertos.

Al final todos los expertos consideraron pertinente aplicar nuestro instrumento de investigación.

En el presente estudio se realizó 3 pruebas pilotos; la primera prueba piloto se realizó con la finalidad de someter el instrumento a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para el instrumento.

La segunda prueba piloto se realizó luego de las observaciones realizadas por los expertos y jueces, y posterior a ello se procedió a la validez por consistencia interna, el mismo procedimiento se realizó para la tercera prueba piloto hasta lograr una alta confiabilidad del instrumento.

4.2. Validez cuantitativa

- **Validez por consistencia interna**

La fiabilidad del instrumento de medición documental en estudio, tratándose de un cuestionario, se realiza con ayuda del índice de fiabilidad de Kuder-Richardson (KR-20), que trabaja con una variable categórica dicotómica.

La teoría indica que, idealmente un valor KR-20 por encima de 0,8 hace al instrumento aceptable, realizando mediciones consistentes.

El algoritmo para calcular el KR-20 es el siguiente:

Kuder-Richardson (KR-20)

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{V_t} \right]$$

KR-20 = Kuder-Richardson

K = Número de ítems

pq = Variabilidad de cada ítem

Vt = varianza del total

El siguiente cuadro contiene información para el cálculo del KR-20 con los datos de la segunda prueba piloto:

Cuadro 1 Variabilidad de cada ítem y varianza total

Nº	p	q	p*q	Varianza
Item1	.733	.267	.196	.202
Item2	.233	.767	.179	.185
Item3	.667	.333	.222	.230
Item4	.367	.633	.232	.240
Item5	.467	.533	.249	.257
Item6	.733	.267	.196	.202
Item7	.533	.467	.249	.257
Item8	.633	.367	.232	.240
Item9	.400	.600	.240	.248
Item10	.567	.433	.246	.254
Item11	.267	.733	.196	.202
Item12	.700	.300	.210	.217
Item13	.667	.333	.222	.230
Item14	.300	.700	.210	.217
Item15	.567	.433	.246	.254
Item16	.267	.733	.196	.202
Item17	.200	.800	.160	.166
Item18	.433	.567	.246	.254
Item19	.767	.233	.179	.185
Item20	.600	.400	.240	.248
Item21	.667	.333	.222	.230
Item22	.267	.733	.196	.202
Item23	.700	.300	.210	.217
Item24	.667	.333	.222	.230

Item25	.700	.300	.210	.217
Item26	.800	.200	.160	.166
Item27	.267	.733	.196	.202
Item28	.433	.567	.246	.254
Item29	.433	.567	.246	.254
Item30	.533	.467	.249	.257
Item31	.600	.400	.240	.248
Item32	.733	.267	.196	.202
Item33	.267	.733	.196	.202
Item34	.200	.800	.160	.166
Item35	.600	.400	.240	.248
Item36	.400	.600	.240	.248
Item37	.800	.200	.160	.166
Item38	.800	.200	.160	.166
Item39	.433	.567	.246	.254
Item40	.367	.633	.232	.240
Suma de p*q			8.568	
Sumatoria de la varianza				26.355

Fuente: Elaboración propia

Reemplazando datos, se tiene:

$$KR20=(40/39)(1-(8.568/26.355))$$

$$KR20 =0,6922$$

Al obtener este resultado, se concluye que el instrumento puede ser mejorado por medio de una revisión del mismo y la aplicación de una tercera prueba piloto, para posteriormente volver a analizar sus propiedades métricas.

Con el objetivo de mejorar el instrumento y tomando como referencia las ayudas de la fiabilidad ofrecida por el alfa de Cronbach, encontramos que algunos ítems pueden ser excluidos o replanteados ya que la variabilidad que presentan no contribuyen en la forma esperada, ellos son: Ítems 16, 20, 31, 39.

El siguiente cuadro contiene información para el cálculo del KR20 de los datos de la tercera prueba piloto.

Cuadro 2 Variabilidad de cada ítem y varianza total

Nº	p	q	p*q	Varianza
Item1	.50	.50	.25	.259
Item2	.3667	.63	.23	.240
Item3	.57	.43	.25	.254
Item4	.40	.60	.24	.248
Item5	.47	.53	.25	.257
Item6	.5000	.50	.25	.259
Item7	.50	.50	.25	.259
Item8	.57	.43	.25	.254
Item9	.50	.50	.25	.259
Item10	.50	.50	.25	.259
Item11	.4000	.60	.24	.248
Item12	.50	.50	.25	.259
Item13	.50	.50	.25	.259
Item14	.43	.57	.25	.254
Item15	.40	.60	.24	.248
Item16	.4000	.60	.24	.248
Item17	.4000	.60	.24	.248
Item18	.70	.30	.21	.217
Item19	.57	.43	.25	.254
Item20	.3667	.63	.23	.240
Item21	.53	.47	.25	.257
Item22	.3667	.63	.23	.240
Item23	.53	.47	.25	.257
Item24	.3333	.67	.22	.230
Item25	.5000	.50	.25	.259
Item26	.50	.50	.25	.259
Item27	.57	.43	.25	.254
Item28	.47	.53	.25	.257
Item29	.2333	.77	.18	.185
Item30	.57	.43	.25	.254
Item31	.77	.23	.18	.185
Item32	.63	.37	.23	.240
Item33	.5333	.47	.25	.257
Item34	.60	.40	.24	.248
Item35	.63	.37	.23	.240
Item36	.6667	.33	.22	.230
Suma de p*q			8.5811	
Sumatoria de la varianza				30,861

Fuente: Elaboración propia

Resumen del análisis de fiabilidad del cuestionario

Cuadro 3 Análisis de la fiabilidad ITEM-TOTAL:

	Total
Σpq	8.5811
V_t	30.861
Kuder-Richardson (KR-20)	0,7426

Fuente: Elaboración propia

Reemplazando datos, se tiene:

$$KR20 = (40/39)(1(8.568/26.355))$$

$$KR20 = 0,74257 = 74.26\%$$

Al obtener este resultado, se tiene que el instrumento ha elevado su fiabilidad con respecto a la segunda prueba piloto.

El alfa de Cronbach, que es un índice muy aproximado al índice KR20 encontramos que este valor KR20 obtenido ha llegado a un punto de saturación para su incremento, que el análisis de una cuarta prueba piloto no contribuiría en incrementar el valor KR en más de 1% adicional, por lo que quedaría justificado aceptar este último valor ya que es suficiente para garantizar la fiabilidad del cuestionario.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el primer intento por hacer un instrumento confiable y válido que midiera el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco, se observó que las dimensiones son difíciles de diferenciar, pues todo concurre en el mismo resultado que es la atención inmediata. Es así que en este estudio se obtuvieron 9 dimensiones en comparación al de un estudio anterior que considera 10 dimensiones. Estas dimensiones fueron: Generalidades del cuidado, Cuidados en el control térmico, Cuidados en la aspiración de secreciones, Cuidados del cordón umbilical, Cuidados en la administración de vitamina k, Cuidados en la profilaxis oftálmica, Cuidados en la identificación y somatometría, Cuidados en la valoración del Apgar, Cuidados en la valoración de Silverman-Andersen, en tal sentido este estudio se apoya en las normas técnicas, resoluciones y guías de procedimiento del ministerio de salud

El estudio y sus resultados de diseño de validación y creación finalizado tiene todas las características metodológicas y estadísticas que exige la investigación, basados en las literaturas existentes, para así contribuir al conocimiento y ser fuente productora de nuevas ideas de investigación.

Por ser una investigación de diseño de construcción y validación los resultados de la encuesta cuenta con la validez y confiabilidad, el cual se enfoca adecuadamente en la población escogida para ser muestra de estudio, en ese sentido por ser un instrumento nuevo se necesitó tanto de la validez de contenido como la validez de criterio. Así mismo la encuesta creada paso por un proceso de validación tanto cualitativa como cuantitativa hecho que dio mayor validez a la encuesta.

Hambleton considera a la Teoría de los Test, como el conjunto de principios teóricos y métodos cuantitativos, que fundamentan la construcción, aplicación, validación e interpretación de distintos tipos de tests y que permiten derivar cuestionarios estandarizadas aplicables a una población

La validez cualitativa se consideró a la validez de respuesta, este tipo de validez ayudo a la encuesta a mejorar los reactivos, “la literatura señala la aproximación a la población Implica la ausencia de conceptualización de lo que se desea medir, por ello se aplica una entrevista a profundidad a la población objetivo, a fin de explorar la dimensionalidad de la variable que se desea descubrir.

Si bien el instrumento tiene una alta confiabilidad y validez adecuada, entre las limitaciones encontradas en el estudio está el difícil acceso a la muestra ya que muchos de ellos se muestras indiferentes y poco colaboradores hacia el estudio, asimismo al momento de la validación por jueces se tuvo el mismo problema ya que muchos no disponen de tiempo. De igual manera los antecedentes del diseño de validación y construcción son escasos, lo que dificulta en cierto modo el estudio.

En cuanto se refiere a la consistencia interna el resultado final de la tercera prueba piloto arrojó un $KR_{20} = 0.74$ el cual según la literatura tiene una clasificación alta apoyando el resultado.

Con base en los resultados obtenidos se señala la importancia primero de crear instrumentos confiables y válidos a la población de estudio. Surge la necesidad entonces de adaptar y construir algunos instrumentos aplicables en el contexto de la atención inmediata, que sean útiles para evaluar o medir el nivel de conocimientos sobre este tema, para poder dar recomendaciones a los solicitantes de la valoración, para que tomen decisiones adecuadas.

CONCLUSIONES

Se presenta una propuesta de cuestionario centrada en las dimensiones de Generalidades del cuidado, Cuidados en el control térmico, Cuidados en la aspiración de secreciones, Cuidados del cordón umbilical, Cuidados en la administración de vitamina k, Cuidados en la profilaxis oftálmica, Cuidados en la identificación y somatometría, Cuidados en la valoración del Apgar, Cuidados en la valoración de Silverman-Andersen. todas ellas compuestas a su vez por ítems que demostraron tener una alta consistencia interna y relacionada con los factores propuesto.

La validez de contenido se desarrolló mediante una revisión lógica de la documentación encontrada y selección de expertos para el estudio quedando así conformada por 36 ítems y 9 dimensiones.

La prueba de confiabilidad alcanzada fue $KR-20=0.74$ en dicho resultado se concluye que el valor obtenido ha llegado a un punto de saturación para su incremento, que el análisis de una cuarta prueba piloto no contribuiría en incrementar el valor KR en más de 1% adicional, por lo que quedaría justificado aceptar este último valor ya que es suficiente para garantizar la fiabilidad del cuestionario.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los estudiantes de enfermería elegir temas de validación y construcción en sus proyectos de tesis ya que existen instrumentos no validados que muchas veces nos generan algunos inconvenientes al momento de utilizarlos.

Se recomienda a la Escuela Profesional de Enfermería abarcar más en los temas de investigación y aún más en los temas de validación de instrumentos, ya que de esa manera se contará con instrumentos válidos y confiables.

Asimismo se recomienda contar con un comité de expertos en el tema de investigación para trabajar la parte cuantitativa, puesto que es sumamente importante este proceso a través del cual se llega a conseguir una validación.

Asimismo se recomienda a los profesionales de enfermería ahondar más en el tema de la atención inmediata al recién nacido puesto que es una etapa de mayor importancia, lo que determina la vida futura del ser humano.

Del mismo modo a los establecimientos de salud pertenecientes a la RED de salud Huánuco realizar capacitaciones periódicas a los profesionales de enfermería en temas referentes a la atención inmediata para así garantizar una atención de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozada Campos T, Terrones Ramírez k. Percepción de las madres respecto a la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. C. S. El bosque [tesis para optar el título de: licenciado en enfermería] Chiclayo. Universidad católica santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de medicina escuela de enfermería; 2014
2. Robles Pinto G, Rodríguez Rivas K. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN RECIEN NACIDO.PATOLOGIA NEONATAL. HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ. [Como requisito para optar al título de Licenciado en Enfermería] Ciudad de Bolívar. Universidad de Oriente Núcleo Bolívar Escuela de Ciencias de la Salud“2010.
3. Coronado López B. conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del recién nacido sano y enfermo, en el hospital modular de Chiquimula [tesis para obtener el grado académico de licenciado en enfermería]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario De Oriente Médico y Cirujano; 2007.
4. Lopez Salazar R. Proceso de enfermería aplicado en la atención inmediata del recién nacido. Universidad nacional Santiago antunez de mayolo. Facultad de enfermería.nuevo Chimbote2013.
5. Ibit. Pag. 8
6. Peñarrieta De Córdova I, RodríguezRojas B, CisnerosEscobar G, Becerra Medina Lucy, Jimenez Berru P, Gutierrez Gomez T. Validación del instrumento: «competencias de enfermería en salud pública». Rev enferm Herediana. 2013; 6(2):7885.
7. Martín Arribas. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; vol. 5(17): 2329)
8. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. [Trabajo de grado para obtener la maestría en administración de empresas]. Venezuela. Universidad de Carabobo; 2009.
9. Muñiz J, Fonseca E. CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA LA EVALUACIÓN UNIVERSITARIA. Revista de Investigación en Educación. 2008, p. 1325 <http://webs.uvigo.es/reined/>
10. Arcos D.Op.Cit p. 4
11. Vargas C. Hernández L. Validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”. av. enferm., XXVIII (1): 96106, 2010

12. Muñiz J, Fonseca E. Op. Cit. p. 17
13. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis San Navarra ene. Abr. 2011 vol.34 no.1: 19.
14. Sánchez R, Echeverry. Validación de Escalas de Medición en Salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Rev. Salud pública. 2004. 6 (3): 302318,
15. Vargas C. Hernández L. Op. Cit. p.103
16. Pérez de Melo Y. Paradigma cuantitativo e instrumentos de investigación. [Internet]. [Consultado 2015 febrero 27]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/paradigmacuantitativoeinstrumentosinvestigacion/paradigmacuantitativoeinstrumentosinvestigacion.shtml>.
17. Coronado Lopez B. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS del personal de enfermería en el cuidado del recién nacido sano y enfermo, en el hospital modular de Chiquimula. [Trabajo de graduación] Universidad de San Carlos de Guatemala; 2007.
18. Arcos D. Op. Cit p. 23
19. Instrumento para evaluar la calidad de un trabajo de investigación. Jose Supo & Sociedad Hispana de Investigadores Científicos. Primera edición junio 2015. Pág. 8. Editorial Bioestadístico. Arequipa Perú.
20. Como probar una hipótesis- el ritual de la significancia estadística. Jose Supo & Sociedad Hispana de Investigadores Científicos. Primera edición enero 2014. Pág. 1 - 2. Editorial Bioestadístico. Arequipa Perú
21. Uscanga Guevara T, García Sanflán A. Teorías, Jerarquía de las Necesidades de Maslow. [Internet]. [Consultado 2014 setiembre 15]. Disponible en: <http://www.eumed.net/librosgratis/2008c/446/Teorias%20Jerarquia%20de%20las%20Necesidades%20de%20Maslow.htm>.
22. Santo Tomás M. Fundamentos Históricos y Teóricos de Enfermería, Modelo de cuidados de Virginia Henderson. [Internet]. [Consultado 2014 setiembre 15]. Disponible en: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf

23. Maria teresa aros bovet. Modelo de virginia henderson.
<http://es.slideshare.net/MConstanzaBI/necesidadesfundamentalesdehenderson>
24. Vargas Porras C, Hernández Molina L. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". *av.enferm.*, XXVIII (1): 96106, 2010,
25. Marín Leal L, "Construcción y validación de un instrumento de evaluación de locus de control aplicado a pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional y tratamiento quirúrgico para bajar de peso" [tesis para optar el título de psicólogo] Universidad de Chile, 2007.
26. Bermúdez Gómez M. construcción y aplicación de un instrumento para evaluación del desempeño académico y laboral de los egresados de un programa de medicina. [Tesis para optar el grado de Maestría en Epidemiología Clínica] Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; 2005.
27. Piñero M, Ruz G Zabaleta D. Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido en la unidad de sala de parto. [Tesis para optar el grado de magister en enfermería] Venezuela (Barquisimeto), Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado; 2004.
28. López E, Pulido M, Berrios P. "Adaptación y validación al español del EQi en universitarios" *Boletín de Psicología*, No. 110, Marzo 2014
29. Cabello L, Chiricho J. "Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud" *Rev Med Hered.* 2012; 23.
30. Aiquipa J. "DISEÑO Y Validación del inventario de dependencia emocional – IDE". *Revista II PSI Facultad de Psicología.*2012; Vol. 15 N.º 1 pp. 133 – 145
31. Peñarrieta De Córdova I, RodríguezRojas B, CisnerosEscobar G, Becerra Medina Lucy, Jimenez Berru P, Gutierrez Gomez T. Validación del instrumento: «competencias de enfermería en salud pública». *Rev enferm Herediana.* 2013; 6(2):7885.
32. Espinoza J, Mercado J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, Pinto J, Ríos R, Piscoya A, Bussalleu A. "Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital de Lima Perú". *Rev. Gastroenterol;* 2009; 292: 111117.
33. Berastein S. "construcción, validación y confiabilidad de una escala de medición del nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en Huánuco". [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad de Huánuco, 2013.

34. Linse F. Propuesta de un instrumento de medición de la satisfacción de los usuarios externos hospitalizadosHuánuco. [tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Hermilio Valdizan, 2010,
35. Enrique Morosini.teoria de los test. [internet]. [consultado 2015 febrero 27]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/EnriqueMorosini/teoriaderespuestaaltem>.
36. Félix Attorresi H, Lozzia G, Abal F, Galibert M, Aguerri M. teoría de respuesta al ítem. [Internet]. [Consultado 2015 febrero 27]. Disponible en: <http://www.iesta.edu.uy/wpcontent/uploads/2010/03/0601.pdf>.
37. Matas Terrón A. Introducción al análisis de la Teoría de Respuesta al Ítem. [Internet]. [Consultado 2015 febrero 27]. Disponible en: http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4711/TRI_aidesoc_2011.pdf?sequence=1.
38. Ibit p. 18
39. Santo T. Fundamentos Históricos y Teóricos de Enfermería, Modelo de cuidados de Virginia Henderson. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 4]. Disponible en: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf.
40. Aros Bovet M. Modelo de Virginia Henderson. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 4]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/MConstanzaBI/necesidadesfundamentalesdehenderson>.
41. Rodríguez Campo, V; Valenzuela Suazo, S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. ISSN [internet] 2012; vol. 11(28) [consultado 2014 setiembre 14] disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000400016&script=sci_arttext.
42. Felipe IV. Real Academia Española, [Internet]. [Consultado 2014 nov 12]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=QXQuTmp>
43. Real Academia Española. Conocimiento. [Internet]. [Consultado 2014 octubre25]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=OQ9Fb7Pb2DXX2LvGNI3>.
44. Kevindcm. Definiciones de conocimiento (distintos autores) [internet]. [Consultado 2014 octubre 25]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/DefinicionesDeConocimientoDistintosAutores/26994221.html>.

45. González Suárez E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED [internet 2011; 22(2):110120 [consultado 2014 octubre 26]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci2011/aci112c.pdf>.
46. Ramón R. Abarca Fernández. Conocimiento. [Internet]. [Consultado 2014 octubre 26]. Disponible en: http://www.academia.edu/7371843/Tipos_y_Caracter%C3%ADsticas_del_Conocimiento_Ram%C3%B3n_R._Abarca_Fern%C3%A1ndez.
47. Lorena Montaña Álvarez. Conocimiento filosófico. [Internet] [Consultado 2014 octubre 28]. Disponible en: <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/09/24/conocimientofilosofico/>.
48. Terrones Negrete E. EL CONOCIMIENTO CIENTIFICO Y SU CARACTERIZACIÓN. [Internet] [Consultado 2014 noviembre 1]. Disponible en: <http://eudoroterrones.blogspot.com/2009/03/elconocimientocientificoysu.html>.
49. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 1]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM534_2013_MINSA.pdf.
50. Dirección Regional de Salud Callao. Guía de práctica clínica neonatología. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 1]. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2012/documentos/RD_314_2012_GUIAS_NEONATOLOGIA.PDF.
51. Olivos Peramas L. atención inmediata del recién nacido. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 1]. Disponible en: http://es.slideshare.net/laura_11/atencioninmediatadelreciennacido21224472?related=4.
52. Sociedad iberoamericana de neonatología. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 3]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf
53. Castillo Palacios L. termorregulación. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 3]. Disponible en: http://www.cymsa.com.ar/frontend/Neo_act/TERMORREGULACION.pdf.

54. Ana Quiroga. Cuidado de la vía aérea del recién nacido en ARM. [Internet]. [Consultado noviembre 5]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/institucional/quiroga.pdf>.
55. Cunha Ferreira A, Vallejo M, Maria Ferlin R, Mauad Filho F. cordón umbilical y membranas. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 4]. Disponible en: http://media.axon.es/pdf/88905_2.pdf.Gallo
56. MartínLópez J, CarlosGila A, RodríguezLópez R, VillegasPortero R, LuqueRomero L, FloresMoreno S. la vitamina k como profilaxis para la enfermedad hemorrágica del recién nacido. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_vitamina_K.pdf.
57. Biblioteca de salud. Profilaxis ocular y la inyección de vitamina K. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: http://www.reshealth.org/sub_esp/yourhealth/healthinfo/default.cfm?pageID=P05809
58. Piñero M, Ruz G Zabaleta D. Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido en la unidad de sala de parto. [Tesis para optar el grado de magister en enfermería] Venezuela (Barquisimeto), Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado; 2004.
59. Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Weisburd M, O García, Galimberti D, Queiruga M.guia para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA_Partido_Normal.pdf
60. Intramed. Score del Apgar. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/pediatrica/Score_de_Apgar.pdf
61. El romeral. La frecuencia cardíaca. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: <http://www.elromeralcastejon.com/archivos/FORMACION/LA%20FREC UENCIA%20CARDIACA.pdf>
62. Castillo Palacios L, Raquel Veliz S. el recién nacido con alteración respiratoria. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 6]. Disponible en: http://www.cymsa.com.ar/frontend/Neo_act/VALORACION%20DEL_NE ONATO_CON_ALTERACION_RESPIRATORIA.pdf
63. Cosas de la infancia. El tono muscular. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 8]. Disponible en: <http://www.cosasdelainfancia.com/bibliotecapsico18.htm>.

64. EMBARAZO Y MATERNIDAD. TEST DEL APGAR. [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 10]. Disponible en: <http://www.facemama.com/reciennacido/queeselttestdeapgar.html>.
65. Ibit. P 20
66. Molina Robinson F. Valoracion de Silverman Andersen. Rev Sal Quintana Roo 2009; 2(10) 14
67. Maider Zenarruzabeitia. Test de Silverman Andersen [Internet]. [Consultado 2014 noviembre 30]. Disponible en: <http://enfermerapediatrica.com/testdesilverman/>
68. Agustín Barillas T. Conocimientos que posee el personal de enfermería del servicio de recién nacidos del hospital nacional San Juan de Dios de Amatitlán, sobre los cuidados al Recién nacido prematuro [Previo optar el grado de Licenciada en Enfermería] Guatemala, Universidad De San Carlos De Guatemala; 2011.
69. Vía definición. ABC, [Internet]. [Consultado 2014 nov 13]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/construccion.php>.
70. Herrera Olaya G P, Rodríguez García L. Estudio piloto de validación del instrumento de Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno. [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá; 2009.
71. Herrera Olaya G P, Rodríguez García L. Op Cit, p. 78
72. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p201.
73. Supo J. Elección de instrumentos. [Internet]. [Consultado 2014 nov 26]. Disponible en: <http://www.bioestadístico.com>
74. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p201.
75. Supo J. validación de contenido. Seminarios de investigación. [internet]. [Consultado 2011 oct. 05]. Disponible en: <http://bioestadistico.com/validaciondeinstrumentos>

76. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p202.
77. Supo J. validación de contenido. Seminarios de investigación. [internet]. [Consultado 2011 oct. 05]. Disponible en: <http://bioestadistico.com/validaciondeinstrumentos>. Op, Cit, p.23
78. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p203.
79. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p203.
80. Hernández R. metodología de la investigación. Quinta edición. Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01376, México D.F. McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 1991.p204.
81. Supo J. Elección de instrumentos. [Internet]. [Consultado 2014 nov 26]. Disponible en: <http://www.bioestadistico.com>
82. Carlos Manterola D. Estudios observacionales.Rev.Med.Clin.CONDES [internet] 2009; 20(4)539548 [consultado 2014 mayo 26]. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/539_Estudios_Observacionales21.pdf
83. Justo Fernández García, Evaluación del cumplimiento de la normatividad vigente en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, Veracruz., 2006, disponible en: www.uv.mx/gestion/3gen/protocolos/xalapa/JustoFern%E1ndezGarc%E1Da.pdf
84. Galvis de Hernández, Jenny. Calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina de familia del ambulatorio urbano tipo III. [Trabajo para optar el grado de especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud]. Venezuela; Mérida. Universidad Católica Andres Bello; 2006.

85. Alarcón Haro, Jefferson santos. Diseño metodológico [internet] [consultado 2014 mayo 26] disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/alarc%C3%B3n_hj/enpdf/cap3.pdf
86. Zurita Garza, Beatriz. Calidad de la Atención de la Salud. ISSN [internet] 1999; Vol. 57(4) 1025 – 5583 [consultado 2014 junio 12]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm.

ANEXOS

Código:

Fecha: ----/----/--

ANEXO Nº 01**ENCUESTA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD HUANUCO-2015.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco-2015”

INSTRUCCIONES. Estimada enfermera(o) le pedimos por favor contestar la presente encuesta, que permitirá conocer el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido, para ello se le solicita marcar con una (X) las alternativas correspondientes de acuerdo a lo que usted considere correcta. La información será personal y completamente confidencial con fines de investigación.

Gracias por su colaboración

I. GENERALIDADES DEL CUIDADO:**1. ¿Qué es el cuidado inmediato al recién nacido?**

- a. Conjunto de acciones que se realizan para asegurar una adecuada adaptación a la vida extrauterina
- b. Son un grupo de tareas que se le realizan a los recién nacidos de manera rutinaria.
- c. Es la encargada de continuar con la adaptación y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo.
- d. Son aquellos que aseguran la posibilidad de reconocer alteraciones en el recién nacido.

2. De los siguientes cuidados aplicados al recién nacido usted considera como inmediato:

- a. Inmunizaciones ()
- b. Baño del recién nacido ()
- c. Evitar pérdidas de calor ()
- d. Valoración a través del método de Capurro ()

3. Los datos de alerta en el recién nacido son excepto:

- a. Cianosis central ()
- b. Ictericia temprana ()
- c. Manchas café con leche ()
- d. Moderada retracción torácica ()

4. Al recién nacido normal se le realizan como mínimo tres exámenes en diferentes momentos excepto:

- a. Inmediatamente después de nacer ()
- b. Concluido el periodo de adaptación ()
- c. Al momento del alta ()
- d. Durante el periodo de adaptación ()

5. Los factores de riesgo intraparto incluyen , excepto:

- a. Cesárea electiva o de emergencia
- b. Presentación anormal
- c. Hipertencion arterial
- d. Trabajo de parto prematuro

II. CUIDADO EN EL CONTROL TÉRMICO

6. ¿Cuál es la temperatura ideal para la recepción del neonato?

- a. 24°C-25°C
- b. 26°C-28°C
- c. 29°C-29.5°C
- d. 24°C-25.5°C

7. ¿Cuál es la primera intervención que se realiza a un recién nacido en el momento del nacimiento?

- a. Evitar pérdidas de calor ()
- b. Valorar el test de APGAR ()
- c. Valorar a través del método de Capurro ()
- d. Baño del recién nacido ()

8. ¿para evitar la pérdida de calor en el recién nacido por conducción se debe realizar lo siguiente?

- a. Cubrir al recién nacido ()
- b. Cubrir las superficies frías ()
- c. Colocar al recién nacido en la incubadora ()
- d. Colocar al lado de la madre ()

9. Para minimizar la perdida de calor en el recién nacido por evaporación usted debe:

- a. Secar rápidamente la piel y el cabello del recién nacido ()
- b. Secar primero pliegues axilares e inguinales ()
- c. Secar rápidamente la cara ()
- d. Envolver y secar por partes ()

III. CUIDADO EN LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

10. El tamaño adecuado de la sonda de aspiración de un neonato prematuro es de:

- a. 6 ()
- b. 6-8 ()
- c. 8-10 ()
- d. 10-12 ()

11. ¿Por dónde se inicia con la aspiración al recién nacido?

- a. Boca ()
- b. Fosas nasales ()
- c. Fosa nasal derecha ()
- d. Tráquea ()

12. ¿Cuándo se aspira a un recién nacido cual es el tiempo de duración de este procedimiento?

- a. 5 sg. ()
- b. 8 sg. ()
- c. 10 sg. ()
- d. Má de 10 sg. ()

IV. CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL

13. ¿Qué es lo que cordón umbilical contiene?

- a. Una vena y una arteria ()
- b. Dos arterias y una vena ()
- c. Dos venas y una arteria ()
- d. Solo dos arterias ()

14. El pinzamiento del cordón umbilical debe hacerse:

- a. A ½ cm del abdomen del niño ()
- b. Entre 1 y 2,5 cm del abdomen del niño ()
- c. A 3 cm del abdomen del niño ()
- d. Entre 3,5 y 4 cm del abdomen del niño ()

15. ¿En qué tiempo se realiza el clampaje tardío?

- a. A los 3 minutos después del nacimiento ()
- b. Se realiza inmediatamente después del nacimiento ()
- c. A los 5 minutos después del nacimiento ()
- d. Al minuto después del nacimiento ()

16. ¿Para realizar la curación del cordón umbilical usted debe comenzar por?

- a. El cuerpo del cordón umbilical ()
- b. Por el extremo del cordón umbilical ()
- c. Por la base del cordón umbilical ()
- d. Por la pinza ()

17. ¿Al aplicar las medidas del cuidado del cordón umbilical lo que usted debe hacer es?

- a. Aplicar solución yodada ()
- b. Colocar una gota de alcohol etílico al 70% ()
- c. Aplicar cloruro de sodio al 9% ()
- d. colocar dextrosa ()

V. CUIDADOS EN LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K

18. ¿La administración de la vitamina K en el recién nacido se realiza?

- a. Después de la ligadura del cordón umbilical ()
- b. Después de la ligadura y cura del cordón Umbilical. ()
- c. Antes de la ligadura del cordón umbilical ()
- d. Antes de la cura del cordón umbilical ()

19. ¿La colocación de la vitamina K que se realiza en el recién nacido se hace para prevenir?

- a. La ictericia ()
- b. La enfermedad hemorrágica en el recién nacido ()
- c. La aparición de hematomas ()
- d. La aparición de equimosis ()

20. ¿En qué parte del cuerpo del recién nacido se coloca la vitamina K?

- a. Glúteo derecho ()
- b. Deltoides ()
- c. Vasto externo ()
- d. Glúteo izquierdo ()

21. ¿Cuál es la dosis de la vitamina K que se aplica a un recién nacido pre término?

- a. 1cc EV ()
- b. 2cc EV ()
- c. 0,1 mg IM ()
- d. 0,5 mg IM ()

22. ¿En qué ángulo se coloca la vitamina K?

- a. 45° ()
- b. 60° ()
- c. 90° ()
- d. 80° ()

VI. PROFILAXIS OFTALMICA

23. ¿La profilaxis oftálmica en el recién nacido se realiza con la finalidad de prevenir?

- a. El edema de los ojos ()
- b. La infección ocular ()
- c. Conjuntivitis neonatal ()
- d. Hemorragia ocular ()

24. ¿La profilaxis oftálmica debe hacerse con los siguientes antibióticos excepto?

- a. Tetraciclina ()
- b. Gentamicina ()
- c. Eritromicina ()
- d. Penicilina ()

25. ¿la profilaxis con gotas oftálmicas debe aplicarse?

- a. Dos veces después del nacimiento ()
- b. Una sola vez después del nacimiento ()
- c. Tres veces después del nacimiento ()
- d. No debe aplicarse ()

VII. CUIDADOS EN LA SOMATOMETRÍA

26. ¿La talla en el recién nacido se determina?

- a. Colocando la cinta métrica desde el occipucio hasta el inicio del talón. ()
- b. Colocando la cinta métrica desde el occipucio hasta la punta de los dedos. ()
- c. Colocando la cinta métrica desde la unión de los huesos temporales hasta el inicio del talón. ()
- d. Colocando la cinta desde la unión de los huesos temporales hasta la punta de los dedos. ()

27. Al realizar la somatometría del recién nacido se comienza por:

- a. El peso del recién nacido ()
- b. La talla del recién nacido ()
- c. La circunferencia cefálica ()
- d. La circunferencia torácica ()

28. El perímetro torácico de un recién nacido normal es de:

- a. 28-30 ()
- b. 34-36 ()
- c. 30-34 ()
- d. 26-28 ()

VIII. CUIDADOS EN LA IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

29. La identificación del recién nacido se realiza a través de:

- a. La colocación de un brazalete al recién nacido ()
- b. La colocación de un brazalete al recién nacido y a la madre ()
- c. La colocación de un brazalete al recién nacido y la toma de podogramas del mismo y huellas dactilares de la madre ()
- d. Realización de podogramas ()

30. Al realizar el brazalete del recién nacido el mismo lleva escrito:

- a. Nombre y apellido de la madre y del recién Nacido. ()
- b. Nombre del recién nacido solamente ()
- c. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, fecha y hora del nacimiento, nombre del profesional de enfermería que lo atendió. ()
- d. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, sexo, fecha y hora del nacimiento ()

IX. CUIDADOS EN LA VALORACION DEL APGAR

31. El método del APGAR valora:

- a. Adaptación del recién nacido al medio externo ()
- b. Dificultad respiratoria ()
- c. Distensión abdominal ()
- d. Presencia de malformaciones ()

32. Los parámetros del método del APGAR incluyen los siguientes excepto:

- a. Color de la piel ()
- b. Tono muscular ()
- c. Aleteo nasal ()
- d. Llanto ()

33.El método del APGAR está definido por una escala que va de :

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 5 puntos ()
- c. De 0 a 8 puntos ()
- d. De 0 a 10 puntos ()

34.Un recién nacido normal debe tener una puntuación del APGAR de:

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 8 puntos ()
- c. De 1 a 10 puntos ()
- d. De 7 a 10 puntos ()

35.Un recién nacido gravemente deprimido debe tener una puntuación del APGAR de:

- a. 0 a 3 puntos ()
- b. 1 a 5 puntos ()
- c. 1 a 8 puntos ()
- d. 1 a 10 puntos ()

X. CUIDADOS EN LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSEN

36.El método de Silverman-Anderson valora:

- a. La función renal ()
- b. Edad gestacional ()
- c. Función respiratoria ()
- d. Adaptación del recién nacido al medio externo()

37.El método de Silverman-Anderson valora los siguientes parámetros excepto:

- a. Movimientos toraco-abdominales ()
- b. Tiraje intercostal y retracción xifoidea ()
- c. Tamaño de la glándula mamaria ()
- d. Quejido espiratorio ()

38.El método de Silverman está definido por una escala que va de:

- a. 0 a 2 puntos ()
- b. 0 a 5 puntos ()
- c. 1 a 10 puntos ()
- d. 0 a 10 puntos ()

39. Se considera a un recién nacido sin dificultad respiratoria cuando presenta en la escala de Silverman:

- a. 1 a 4 puntos ()
- b. 5 a 7 puntos ()
- c. 8 a 10 puntos ()
- d. 0 puntos ()

40. Se considera a un recién nacido con dificultad respiratoria moderada cuando presenta en la escala de Silverman:

- a. 0 puntos ()
- b. 7 a 10 puntos ()
- c. 4 a 6 puntos ()
- d. 1 a 3 puntos ()

Código:

Fecha: ----/----/--

ANEXO Nº 02**ENCUESTA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD HUANUCO-2015.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco-2015”

INSTRUCCIONES. Estimada enfermera(o) le pedimos por favor contestar la presente encuesta, que permitirá conocer el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido, para ello se le solicita marcar con una (X) las alternativas correspondientes de acuerdo a lo que usted considere correcta. La información será personal y completamente confidencial con fines de investigación.

Gracias por su colaboración

I. GENERALIDADES DEL CUIDADO:**1. ¿Qué es el cuidado inmediato al recién nacido?**

- a. Conjunto de acciones que se realizan para asegurar una adecuada adaptación a la vida extrauterina
- b. Son un grupo de tareas que se le realizan a los recién nacidos de manera rutinaria.
- c. Es la encargada de continuar con la adaptación y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo.
- d. Son aquellos que aseguran la posibilidad de reconocer alteraciones en el recién nacido.

2. Uno de los siguientes criterios no es necesario tener en cuenta como prioridad en la atención al recién nacido

- a. Que sea una gestación a término ()
- b. Que tenga desprendimiento prematuro de placenta ()
- c. Que respire o llore ()
- d. Que tenga líquido amniótico claro ()

3. ¿Cuál es el signo que no es considerado un dato de alerta en el recién nacido?

- a. Cianosis central ()
- b. Ictericia temprana ()
- c. Eritema tóxico ()
- d. Moderada retracción torácica ()

4. Al recién nacido normal se le realizan como mínimo tres exámenes en diferentes momentos, excepto:

- a. Inmediatamente después de nacer ()
- b. Concluido el periodo de adaptación ()
- c. Al momento del alta ()
- d. Durante el periodo de adaptación ()

5. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es considerado un factor de riesgo intraparto?

- a. Cesárea electiva o de emergencia
- b. Presentación anormal
- c. Hipertensión arterial
- d. Trabajo de parto prematuro

II. CUIDADO EN EL CONTROL TÉRMICO

6. ¿Cómo se define el mecanismo de pérdida de calor por radiación?

- a. Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido
- b. Pérdida de calor corporal hacia un objeto más frío que no está en contacto directo con el niño
- c. Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido
- d. Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor a la necesaria

7. ¿Cuál es la primera intervención que se realiza a un recién nacido en el momento del nacimiento?

- a. Evitar pérdidas de calor ()
- b. Valorar el test de APGAR ()
- c. Valorar a través del método de Capurro ()
- d. Controlar la temperatura del recién nacido ()

8. ¿Qué es lo que se debe realizar para evitar la pérdida de calor por conducción en el recién nacido?

- a. Cubrir al recién nacido ()
- b. Cubrir las superficies frías ()
- c. Colocar al recién nacido en la incubadora ()
- d. Colocar al lado de la madre ()

9. Para minimizar la pérdida de calor en el recién nacido por evaporación usted debe:

- a. Secar rápidamente la piel y el cabello del recién nacido ()
- b. Secar primero pliegues axilares e inguinales ()
- c. Secar rápidamente la cara ()
- d. Envolver y secar por partes ()

III. CUIDADO EN LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES (en caso lo requiera)

10. El tamaño adecuado de la sonda de aspiración de un neonato prematuro es de:

- a. 6 french ()
- b. 6-8 french ()
- c. 8-10 french ()
- d. 10-12 french ()

11. La aspiración con tubo endotraqueal en el recién nacido se debe realizar antes de

- a. La ligadura del cordón umbilical ()
- b. La profilaxis ocular ()
- c. Proceder a su secado ()
- d. Controlar su temperatura ()

12. ¿Cuál es el tiempo de duración máxima de la aspiración a un recién nacido?

- a. 5 seg. ()
- b. 8 seg. ()
- c. 10 seg. ()
- d. Más de 10 seg. ()

IV. CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL

13. ¿Qué es lo que el cordón umbilical contiene?

- a. Una vena y una arteria ()
- b. Dos arterias y una vena ()
- c. Dos venas y una arteria ()
- d. Solo dos arterias ()

14. El pinzamiento del cordón umbilical debe hacerse:

- a. A ½ cm del abdomen del niño ()
- b. Entre 1 y 2,5 cm del abdomen del niño ()
- c. A 3 cm del abdomen del niño ()
- d. Entre 3,5 y 4 cm del abdomen del niño ()

15. ¿En qué tiempo se realiza el clampaje tardío?

- a. A los 3 minutos después del nacimiento ()
- b. Se realiza inmediatamente después del nacimiento ()
- c. A los 5 minutos después del nacimiento ()
- d. Al minuto después del nacimiento ()

16. ¿Por dónde se inicia la curación del cordón umbilical en el recién nacido?

- a. Por el cuerpo del cordón umbilical ()
- b. Por el extremo del cordón umbilical ()
- c. Por la base del cordón umbilical ()
- d. Por la pinza ()

17. ¿En qué casos se debe realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical?

- a. En los recién nacidos a término ()
- b. En los recién nacidos prematuros ()
- c. En los recién nacidos con bajo peso al nacer ()
- d. En todos los recién nacidos ()

V. CUIDADOS EN LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K

18. ¿Cuándo se realiza la administración de la vitamina K en el recién nacido?

- a. Después de la ligadura del cordón umbilical ()
- b. Después de la ligadura y cura del cordón Umbilical. ()
- c. Antes de la ligadura del cordón umbilical ()
- d. Antes de la cura del cordón umbilical ()

19. ¿Qué enfermedad causa la deficiencia de vitamina k en el recién nacido?

- a. La ictericia ()
- b. La hemorragia ()
- c. La anemia ()
- d. La aparición de equimosis ()

20. ¿Cuándo puede aparecer la enfermedad clásica por deficiencia de vitamina k en el recién nacido?

- a. Durante las primeras horas del nacimiento ()
- b. Dentro de las 24 horas de nacimiento ()
- c. Después de las 24 horas de nacimiento ()
- d. Entre dos semanas de nacimiento ()

21. ¿Cuál es la dosis de la vitamina K que se aplica a un recién nacido pre término?

- a. 1 mg IM ()
- b. 0.1 mg IM ()
- c. 0,5 mg IM ()
- d. 0,05 mg IM ()

22. ¿Quiénes son los recién nacidos que tienen menor riesgo de padecer deficiencia de vitamina K?

- a. Los nacidos antes de las 37 semanas ()
- b. Los nacidos por cesaría ()
- c. Los que tienen problemas del hígado ()
- d. Los nacidos a término ()

VI. PROFILAXIS OFTÁLMICA

23. La profilaxis oftálmica en el recién nacido se realiza con la finalidad de prevenir

- a. El edema de los ojos ()
- b. La infección ocular ()
- c. Conjuntivitis neonatal ()
- d. Hemorragia ocular ()

24. Uno de los siguientes antibióticos no se utiliza en la profilaxis oftálmica

- a. Con la Tetraciclina ()
- b. Con la Gentamicina ()
- c. Con la Eritromicina ()
- d. Con la Penicilina ()

25. ¿Qué bacteria es la principal causa para originar daño ocular en el recién nacido?

- a. La gonorrea ()
- b. Las espiroquetas ()
- c. El estreptococo ()
- d. El neumococo ()

VII. CUIDADOS EN LA IDENTIFICACIÓN Y SOMATOMETRÍA

26. ¿Cuál es la talla normal de un recién nacido?

- a. 47-49 cm ()
- b. 48-52 cm ()
- c. 50-54 cm ()
- d. 53-57 cm ()

27. La somatometría del recién nacido comprende

- a. Peso y talla ()
- b. Peso, talla y perímetros ()
- c. Peso, talla y signos vitales ()
- d. Peso, talla, perímetros y signos vitales ()

28. El perímetro torácico de un recién nacido normal es de:

- a. 28-30 cm. ()
- b. 34-36 cm. ()
- c. 30-34 cm. ()
- d. 26-28 cm. ()

29. La identificación del recién nacido se realiza a través de:

- a. La colocación de un brazalete al recién nacido ()
- b. La colocación de un brazalete al recién nacido y a la madre ()
- c. La colocación de un brazalete al recién nacido y la toma de podogramas del mismo y huellas dactilares de la madre ()
- d. Realización de podogramas ()

30. Al realizar el brazalete del recién nacido el mismo lleva escrito:

- a. Nombre y apellido de la madre y del recién Nacido. ()
- b. Nombre del recién nacido solamente ()
- c. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, fecha y hora del nacimiento, nombre del profesional de enfermería que lo atendió. ()
- d. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, sexo, fecha y hora del nacimiento ()

VIII. CUIDADOS EN LA VALORACION DEL APGAR

31. ¿Qué valora el método del APGAR al minuto de aplicado?

- a. La adaptación al medio externo ()
- b. La tolerancia al nacimiento ()
- c. La capacidad de recuperación ()
- d. La presencia de alteraciones ()

32. Uno de los siguientes signos no es un parámetros del método del APGAR

- a. El color de la piel ()
- b. El tono muscular ()
- c. El Aleteo nasal ()
- d. Llanto ()

33. El método del APGAR está definido por una escala que va

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 5 puntos ()
- c. De 0 a 8 puntos ()
- d. De 0 a 10 puntos ()

34. Un recién nacido normal debe tener una puntuación del APGAR

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 8 puntos ()
- c. De 1 a 10 puntos ()
- d. De 7 a 10 puntos ()

35. Un recién nacido gravemente deprimido debe tener una puntuación del APGAR de:

- a. 0 a 3 puntos ()
- b. 1 a 5 puntos ()
- c. 1 a 8 puntos ()
- d. 1 a 10 puntos ()

IX. CUIDADOS EN LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSEN

36. ¿En qué momento se realiza la primera valoración de Silverman-Anderson?

- a. Al momento del nacimiento ()
- b. De 5 a 10 minutos ()
- c. De 10 a 20 minutos ()
- d. De 20 a 30 minutos ()

37. El método de Silverman-Anderson valora los siguientes parámetros excepto:

- a. Movimientos tóraco-abdominales ()
- b. Tiraje intercostal y retracción xifoidea ()
- c. Tamaño de la glándula mamaria ()
- d. Quejido espiratorio ()

38. El método de Silverman está definido por una escala que va de:

- a. 0 a 2 puntos ()
- b. 0 a 5 puntos ()
- c. 1 a 10 puntos ()
- d. 0 a 10 puntos ()

39. Se considera a un recién nacido sin dificultad respiratoria cuando presenta en la escala de Silverman:

- a. De 1 a 4 puntos ()
- b. De 5 a 7 puntos ()
- c. De 8 a 10 puntos ()
- d. De 0 puntos ()

40. Se considera a un recién nacido con dificultad respiratoria moderada cuando presenta en la escala de Silverman:

- a. 0 puntos ()
- b. 7 a 10 puntos ()
- c. 4 a 6 puntos ()
- d. 1 a 3 puntos ()

Código:

Fecha: ----/----/--

ANEXO Nº 03**ENCUESTA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD HUANUCO-2015.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco-2015”

INSTRUCCIONES. Estimada enfermera(o) le pedimos por favor contestar la presente encuesta, que permitirá conocer el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido, para ello se le solicita marcar con una (X) las alternativas correspondientes de acuerdo a lo que usted considere correcta. La información será personal y completamente confidencial con fines de investigación.

Gracias por su colaboración

I. GENERALIDADES DEL CUIDADO:**1. ¿Qué es el cuidado inmediato al recién nacido?**

- a. Conjunto de acciones que se realizan para asegurar una adecuada adaptación a la vida extrauterina
- b. Son un grupo de tareas que se le realizan a los recién nacidos de manera rutinaria.
- c. Es la encargada de continuar con la adaptación y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo.
- d. Son aquellos que aseguran la posibilidad de reconocer alteraciones en el recién nacido.

2. Uno de los siguientes criterios no es necesario tener en cuenta como prioridad en la atención al recién nacido

- a. Que sea una gestación a término ()
- b. Que tenga desprendimiento prematuro de placenta ()
- c. Que respire o llore ()
- d. Que tenga líquido amniótico claro ()

3. ¿Cuál es el signo que no es considerado un dato de alerta en el recién nacido?

- a. Cianosis central ()
- b. Ictericia temprana ()
- c. Eritema tóxico ()
- d. Moderada retracción torácica ()

4. Al recién nacido normal se le realizan como mínimo tres exámenes en diferentes momentos, excepto:

- a. Inmediatamente después de nacer ()
- b. Concluido el periodo de adaptación ()
- c. Al momento del alta ()
- d. Durante el periodo de adaptación ()

5. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es considerado un factor de riesgo intraparto?

- a. Cesárea electiva o de emergencia
- b. Presentación anormal
- c. Hipertensión arterial
- d. Trabajo de parto prematuro

II. CUIDADO EN EL CONTROL TÉRMICO

6. ¿Cómo se define el mecanismo de pérdida de calor por radiación?

- a. Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido
- b. Pérdida de calor corporal hacia un objeto más frío que no está en contacto directo con el niño
- c. Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido
- d. Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor a la necesaria

7. ¿Cuál es la primera intervención que se realiza a un recién nacido en el momento del nacimiento?

- a. Evitar pérdidas de calor ()
- b. Valorar el test de APGAR ()
- c. Valorar a través del método de Capurro ()
- d. Controlar la temperatura del recién nacido ()

8. ¿Qué es lo que se debe realizar para evitar la pérdida de calor por conducción en el recién nacido?

- a. Cubrir al recién nacido ()
- b. Cubrir las superficies frías ()
- c. Colocar al recién nacido en la incubadora ()
- d. Colocar al lado de la madre ()

9. Para minimizar la pérdida de calor en el recién nacido por evaporación usted debe:

- a. Secar rápidamente la piel y el cabello del recién nacido ()
- b. Secar primero pliegues axilares e inguinales ()
- c. Secar rápidamente la cara ()
- d. Envolver y secar por partes ()

III. CUIDADO EN LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES (en caso lo requiera)

10. El tamaño adecuado de la sonda de aspiración de un neonato prematuro es de:

- a. 6 french ()
- b. 6-8 french ()
- c. 8-10 french ()
- d. 10-12 french ()

11. La aspiración con tubo endotraqueal en el recién nacido se debe realizar antes de

- a. La ligadura del cordón umbilical ()
- b. La profilaxis ocular ()
- c. Proceder a su secado ()
- d. Controlar su temperatura ()

12. ¿Cuál es el tiempo de duración máxima de la aspiración a un recién nacido?

- a. 5 seg. ()
- b. 8 seg. ()
- c. 10 seg. ()
- d. Más de 10 seg. ()

IV. CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL

13. ¿Qué es lo que el cordón umbilical contiene?

- a. Una vena y una arteria ()
- b. Dos arterias y una vena ()
- c. Dos venas y una arteria ()
- d. Solo dos arterias ()

14. El pinzamiento del cordón umbilical debe hacerse:

- a. A ½ cm del abdomen del niño ()
- b. Entre 1 y 2,5 cm del abdomen del niño ()
- c. A 3 cm del abdomen del niño ()
- d. Entre 3,5 y 4 cm del abdomen del niño ()

15. ¿En qué tiempo se realiza el clampaje tardío?

- a. A los 3 minutos después del nacimiento ()
- b. Se realiza inmediatamente después del nacimiento ()
- c. A los 5 minutos después del nacimiento ()
- d. Al minuto después del nacimiento ()

16. ¿En qué casos se debe realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical?

- a. En los recién nacidos a término ()
- b. En los recién nacidos prematuros ()
- c. En los recién nacidos con bajo peso al nacer ()
- d. En todos los recién nacidos ()

V. CUIDADOS EN LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K**17. ¿Cuándo se realiza la administración de la vitamina K en el recién nacido?**

- a. Después de la ligadura del cordón umbilical ()
- b. Después de la ligadura y cura del cordón Umbilical. ()
- c. Antes de la ligadura del cordón umbilical ()
- d. Antes de la cura del cordón umbilical ()

18. ¿Qué enfermedad causa la deficiencia de vitamina k en el recién nacido?

- a. La ictericia ()
- b. La hemorragia ()
- c. La anemia ()
- d. La aparición de equimosis ()

19. ¿Cuál es la dosis de la vitamina K que se aplica a un recién nacido pre término?

- a. 1 mg IM ()
- b. 0.1 mg IM ()
- c. 0,5 mg IM ()
- d. 0,05 mg IM ()

20. ¿Quiénes son los recién nacidos que tienen menor riesgo de padecer deficiencia de vitamina K?

- a. Los nacidos antes de las 37 semanas ()
- b. Los nacidos por cesaría ()
- c. Los que tienen problemas del hígado ()
- d. Los nacidos a término ()

VI. PROFILAXIS OFTÁLMICA

21. La profilaxis oftálmica en el recién nacido se realiza con la finalidad de prevenir

- a. El edema de los ojos ()
- b. La infección ocular ()
- c. Conjuntivitis neonatal ()
- d. Hemorragia ocular ()

22. Uno de los siguientes antibióticos no se utiliza en la profilaxis oftálmica

- a. Con la Tetraciclina ()
- b. Con la Gentamicina ()
- c. Con la Eritromicina ()
- d. Con la Penicilina ()

23. ¿Qué bacteria es la principal causa para originar daño ocular en el recién nacido?

- a. La gonorrea ()
- b. Las espiroquetas ()
- c. El estreptococo ()
- d. El neumococo ()

VII. CUIDADOS EN LA IDENTIFICACIÓN Y SOMATOMETRÍA

24. ¿Cuál es la talla normal de un recién nacido?

- a. 47-49 cm ()
- b. 48-52 cm ()
- c. 50-54 cm ()
- d. 53-57 cm ()

25. La somatometría del recién nacido comprende

- a. Peso y talla ()
- b. Peso, talla y perímetros ()
- c. Peso, talla y signos vitales ()
- d. Peso, talla, perímetros y signos vitales ()

26. El perímetro torácico de un recién nacido normal es de:

- a. 28-30 cm. ()
- b. 34-36 cm. ()
- c. 30-34 cm. ()
- d. 26-28 cm. ()

27. La identificación del recién nacido se realiza a través de:

- a. La colocación de un brazalete al recién nacido ()
- b. La colocación de un brazalete al recién nacido y a la madre ()
- c. La colocación de un brazalete al recién nacido y la toma de podogramas del mismo y huellas dactilares de la madre ()
- d. Realización de podogramas ()

28. Al realizar el brazalete del recién nacido el mismo lleva escrito:

- a. Nombre y apellido de la madre y del recién Nacido. ()
- b. Nombre del recién nacido solamente ()
- c. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, fecha y hora del nacimiento, nombre del profesional de enfermería que lo atendió. ()
- d. Nombre y apellido de la madre, nombre del recién nacido, sexo, fecha y hora del nacimiento ()

VIII. CUIDADOS EN LA VALORACION DEL APGAR

29. Uno de los siguientes signos no es un parámetros del método del APGAR

- a. El color de la piel ()
- b. El tono muscular ()
- c. El Aleteo nasal ()
- d. Llanto ()

30. El método del APGAR está definido por una escala que va

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 5 puntos ()
- c. De 0 a 8 puntos ()
- d. De 0 a 10 puntos ()

31. Un recién nacido normal debe tener una puntuación del APGAR

- a. De 0 a 2 puntos ()
- b. De 0 a 8 puntos ()
- c. De 1 a 10 puntos ()
- d. De 7 a 10 puntos ()

32. Un recién nacido gravemente deprimido debe tener una puntuación del APGAR de:

- a. 0 a 3 puntos ()
- b. 1 a 5 puntos ()
- c. 1 a 8 puntos ()
- d. 1 a 10 puntos ()

IX. CUIDADOS EN LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSEN

33. ¿En qué momento se realiza la primera valoración de Silverman-Anderson?

- a. Al momento del nacimiento ()
- b. De 5 a 10 minutos ()
- c. De 10 a 20 minutos ()
- d. De 20 a 30 minutos ()

34. El método de Silverman-Anderson valora los siguientes parámetros excepto:

- a. Movimientos tóraco-abdominales ()
- b. Tiraje intercostal y retracción xifoidea ()
- c. Tamaño de la glándula mamaria ()
- d. Quejido espiratorio ()

35. El método de Silverman está definido por una escala que va de:

- a. 0 a 2 puntos ()
- b. 0 a 5 puntos ()
- c. 1 a 10 puntos ()
- d. 0 a 10 puntos ()

36. Se considera a un recién nacido con dificultad respiratoria moderada cuando presenta en la escala de Silverman:

- a. 0 puntos ()
- b. 7 a 10 puntos ()
- c. 4 a 6 puntos ()
- d. 1 a 3 puntos ()

ANEXO N° 04

Validez racional de nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido

DIMENSIONES	AUTORES	DEFINICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Generalidad del cuidado (atención inmediata) 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología Dra. Andrea Ghione, Dr. Mario Moraes, Dra. Manuela de María, Dra. Karla Borda Escuela De Salud DuocUC Dr. Patricio Ventura-Juncá T. Y Dr. José Luis Tapia I. 	La atención inmediata es el cuidado que recibe el neonato al nacer, el objetivo más importante es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el RN. La complicación más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria, que requiere que siempre se cuente con todos los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en el control térmico 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de salud María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Manual de Enfermería en Neonatología Sociedad Iberoamericana De Neonatología 	Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal.
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la aspiración de secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> Oxigen salud. Ministerio de salud María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología 	La aspiración de secreciones consiste en la eliminación de mucosidades respiratorias retenidas a través de un equipo aspirador especialmente diseñado para este fin.
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados del cordón umbilical 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología 	El cordón umbilical es una estructura de aspecto en forma de espiral, tamaño variable (en promedio, a término, alcanza alrededor de 50 cm de longitud), 2cm de diámetro aproximado y peso alrededor de 100 gramos. Une el embrión o feto a la placenta, y está compuesto por dos arterias y una vena
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la administración de vitamina k 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila 	La administración de una dosis única de vitamina K (1.0 mg) por vía intramuscular posterior al nacimiento es efectiva para la prevención de la EHRN de aparición clásica

	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Enfermería en Neonatología 	
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la profilaxis oftálmica 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología 	La profilaxis ocular es la administración de gotas oftálmicas, o colirio, que contienen antibióticos y que se colocan en los ojos del recién nacido.
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la identificación y somatometría 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de salud María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología Prof. Mónica Cristina Auchter Lic. Ariel Alejandro Palacios 	<p>Se debe identificar al bebé en presencia de la madre antes de salir del paritorio, según la normativa de cada centro</p> <p>La sonometría se refiere a peso, talla e índice de masa corporal</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la valoración del Apgar 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología 	Este examen expresa la adaptación cardiorespiratoria y función neurológica del recién nacido, consiste en la suma de los puntos asignados, a cinco signos objetivos los cuales son frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados en la valoración de Silverman-Andersen 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial De La Salud Ministerio de salud Asociación Española De Pediatría María de Orte Pérez. Revista Médica Electrónica Dra. Rosse Mary Peñaranda Ávila Manual de Enfermería en Neonatología 	La valoración de Silverman-Andersen (S-A) es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria

Código:

Fecha: //

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“construcción y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco2015”

Equipo de Investigadores

Reyes Calero, Angelina Melissa

☐ **Introducción / Propósito**

Contruir y validar un cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de la red de salud huanuco2016.

Lo cual servirá como herramienta fundamental a los profesionales de enfermería responsable de la atención inmediata al recién nacido para formular planes de mejora continua, estrategias que va dirigido a todos los recién nacidos.

☐ **Participación**

Participaran los enfermeros(as) que pertenecen a la Red de salud Huánuco.

Procedimientos

Se le aplicará una encuesta sociodemográfica, una encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre atención inmediata del recién nacido, para lo cual se tomara un un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos por enfermero(a).

☐ **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

☐ **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir un estímulo.

☐ **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera información nueva que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

□ Compensación

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

☐ **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

□ Problemas o preguntas

Escribir a: melisita520@hotmail.com: o comunicarse al Cel. 979543721

☐ **Consentimiento / Participación voluntaria**

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

☐ **Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación**

Nombre y firma del participante:

Firma del responsable de la investigación:.....

Huánuco,.....de.....del 2016

ANEXO N° 6
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO, 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
Problema General	Objetivo General	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores
¿Cuál es la fiabilidad de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco?	. Validar un cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015.	<ul style="list-style-type: none"> • Ho: El cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de 	nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades del cuidado • Cuidados en el control térmico • Cuidados en la aspiración de secreciones • Cuidados del cordón umbilical • Cuidados en la administración de vitamina k • Cuidados en la profilaxis oftálmica 	Bueno regular Deficiente

Problemas Específicos <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es la validez de contenido de un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre cuidados inmediatos del recién nacido de los establecimientos de salud de Huánuco?• ¿Cuál es la estructura interna (fiabilidad) de un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre cuidados inmediatos	Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none">• Construir un instrumento de medición documental para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco en el 2015. (Validez de contenido)• Analizar la estructura interna del instrumento de medición documental creado, mediante el índice KR-20, para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los	Huánuco no es fiable estadísticamente <ul style="list-style-type: none">• H1: El cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre cuidados inmediatos del recién nacido por los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud de Huánuco es fiable estadísticamente	<table><tr><td></td><td><ul style="list-style-type: none">• •Cuidados en la identificación y somatometría• •Cuidados en la valoración del Apgar• •Cuidados en la valoración de SilvermanAndersen</td><td></td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		<ul style="list-style-type: none">• •Cuidados en la identificación y somatometría• •Cuidados en la valoración del Apgar• •Cuidados en la valoración de SilvermanAndersen				
	<ul style="list-style-type: none">• •Cuidados en la identificación y somatometría• •Cuidados en la valoración del Apgar• •Cuidados en la valoración de SilvermanAndersen								

del recién nacido de los establecimientos de salud de Huánuco?	establecimientos de salud de Huánuco en el 2015. (Fiabilidad)		
DISEÑO		POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Tipo de estudio <ul style="list-style-type: none"> - Según la intervención del investigador fue observacional. - De acuerdo a la planificación de la medición de la variable fue prospectivo - Conforme al número de mediciones de la variable de estudio fue longitudinal - Según el número de variables analíticas fue descriptivo Tipo de diseño validación de instrumentos.		Población Estuvo conformada por 90 enfermeros (as) que pertenecen a la red de salud Huánuco, según la unidad de estadística e informática de la red de salud Huánuco. Muestra. El tamaño de la muestra estuvo conformado 30 enfermeros (as) que brindan atención inmediata al recién nacido.	Análisis de datos: Se inició este análisis en tablas comparando las frecuencias relativas entre los dos grupos; este análisis sirvió para determinar y discriminar aquellas categorías que se diferenciaban en un inicio y posteriormente se asociaban estadísticamente a la variable de estudio. Se aplicó la correlación de r de Pearson para comprobar si existe correlación positiva entre los ítems, posterior a ello obtuvimos un valor global de la consistencia interna el cual se obtuvo mediante el cálculo del Alfa de Cronbach, así como también el índice de consistencia interna Kuder-Richardson llamado también KR20.