



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA-SEDE TUNUYÁN

CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

AUTORAS: PEREYRA, Cristina

MÉNDEZ, Valeria

SAAVEDRA, Andrea

Tunuyán, Diciembre de 2013

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no podrá ser publicado, copiado ni citado en todo o en parte, sin previo conocimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo aprobado el:/...../.....Nota:.....

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos vida, fortaleza y entrega para salir adelante.

A Nuestros hijos, porque a pesar de su corta edad, saben comprendernos y nos ayudan a minimizar las dificultades con sus expresiones de amor.

A Nuestras parejas por el apoyo incondicional y comprensión.

A La Licenciada Ficcardi, María José y al Licenciado Acosta, Roberto Profesores de la presente investigación, por su guía, apoyo y orientación constante, así como el aporte de sus conocimientos para el desarrollo de la presente investigación.

A Todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

A Mis compañeras de estudio, éxitos en su vida profesional.

A La Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Medicas por ser parte de nuestra formación profesional.

A Hospital Regional Antonio “J” Scaravelli, especialmente al personal del Servicio de Neonatología, con mucho cariño.

PRÓLOGO

En el servicio de Neonatología del Hospital Scaravelli la incidencia de casos de Recién nacidos pre termino ocurridos durante el 1º semestre del año 2012, nos llevo a plantear diferentes situaciones, entre otras, si el servicio cubría las demandas actuales en su totalidad, siendo de gran importancia la presencia de personal capacitado y adiestrado para el cuidado del recién nacido pre termino.

De los datos recolectados se obtuvo que durante el tiempo mencionado, se atendieran en la institución 822 nacimientos de los cuales 43 fueron recién nacidos pre término, 11 nacimientos por cesárea y 32 a través de parto vaginal.

Representando el 5,2% de los nacimientos en total, se tomo a este como un dato significativo en el incremento de atención de recién nacido de las ya mencionadas características, además la institución recibe neonatos de otros centros derivadores para que culminen sus tratamientos aquí.

El servicio de Neonatología pertenece al Nivel II de atención, donde se reciben recién nacidos desde las 32 semanas con peso mayor a los 1500gr.

A partir de los datos detallados anteriormente se considero de gran importancia conocer el grado de conocimiento que posee el personal de Enfermería con respecto al protocolo de intervenciones mínimas en el manejo de recién nacidos prematuros, este es vital en la supervivencia de neonatos con estas características ya que los cuidados que reciban repercutirán en el proceso de recuperación y hospitalización.

INDICE GENERAL

	pág.
PORTADA-----	I
ADVERTENCIA-----	II
ACTA DE APROBACIÓN-----	II
AGRADECIMIENTOS-----	IV
PRÓLOGO-----	V
INDICE-----	VI
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS-----	VII
CAPITULO I.	
Planteo del Problema-----	1
Introducción-----	2
Problematización-----	3
Planteo del problema-----	4
Justificación-----	5
Objetivos-----	6
Marco Teórico-----	7-53
CAPITULO II	
Diseño Metodológico-----	54
Diseño de la Investigación-----	55
Definición y Operacionalización de variables-----	56-59
Clasificación de variables-----	60
Técnica e instrumento de recolección de datos-----	61
Análisis, procesamiento y presentación de los datos-----	62
Cuadros y gráficos-----	64-83
CAPITULO III	
Resultados, discusión y propuestas-----	84
Presentación de los resultados-----	85
Recomendaciones-----	86
Anexo-----	87-90
Referencias Bibliográficas-----	91

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

	Pág.
Cuadro y gráfico N-1-----	63
Cuadro y gráfico N-2-----	64
Cuadro y gráfico N-3-----	65
Cuadro y gráfico N-4-----	66
Cuadro y gráfico N-5-----	67
Cuadro y gráfico N-6-----	68-69
Cuadro y gráfico N-7-----	70-71
Cuadro y gráfico N-8-----	72-73
Cuadro y gráfico N-9-----	74
Cuadro y gráfico N-10-----	75
Cuadro y gráfico N-11-----	76
Cuadro y gráfico N-12-----	77
Cuadro y gráfico N-13-----	78-79
Cuadro y gráfico N-14-----	80-81
Cuadro y gráfico N-15-----	82-83

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

La incidencia de casos de recién nacidos pre términos que se han presentado en el primer semestre del año 2012 se ha constituido en un tema de gran importancia porque requiere de un personal capacitado y adiestrado para el cuidado de los recién nacidos pre términos.

Durante el primer semestre del año 2012 se han presentado 822 nacimientos, de los cuales 43 fueron recién nacidos pre términos, 11 nacimientos por cesárea y 32 a través de parto vaginal. Además de los nacimientos de la propia institución, el área de Neonatología recibe neonatos de otros centros derivadores para recuperación nutricional o para culminar con tratamiento de antibiótico.

Debido al incremento de recién nacidos pre términos se considera de gran importancia evaluar el grado de conocimientos que posee el personal de enfermería con respecto al protocolo de intervenciones mínimas. Algunas actividades o procedimientos resultan invasivos para los neonatos lo que puede comprometer su gasto de energía, oxigenación, glucosa, peso, signos vitales, por lo cual enfermería debe ser eficiente con sus actividades de tal manera que sus intervenciones sean de mínima manipulación.

El neonato pre término no está preparado para manejar el ambiente y la homeostasis debido a sus características anatómicas, fisiológicas y bioquímicas inmaduras y cualquier interferencia en el delicado equilibrio puede ser fatal. El número de profesionales que manipula los neonatos se ha incrementado al igual que los avances tecnológicos; de tal manera que las luces, los ruidos y procedimientos invasivos pueden ser productores de mala adaptación en el neonato, aunque a veces estos procedimientos, en algunas ocasiones sean necesarios.

El propósito de dicha investigación es determinar el conocimientos que posee el personal de enfermería, en el área de Neonatología del Hospital Scaravelli y a su vez conozcan cómo afectan sus intervenciones en las respuestas fisiológicas de los RNPT.

DESCUBRIMIENTO DEL PROBLEMA (PROBLEMATIZACION)

El Servicio de Neonatología del Hospital Antonio. J. Scaravelli pertenece al Nivel II de atención donde se reciben recién nacidos desde las 32 semanas con peso mayor a 1500 grs.

El planteo del problema está orientado a los pacientes pre términos que ingresan al servicio, ya que hemos detectado que la misma no cuenta con una norma explícita en cuanto a las intervenciones mínima que deben aplicarse en pacientes con estas características.

Algunas actividades o procedimientos resultan agresivos para los neonatos prematuros, aunque estas actividades sean necesarias para su supervivencia y adaptación. El objetivo que persigue esta investigación es detectar cuanto conoce el personal sobre las actividades que se llevan a cabo con los neonatos prematuros, tratando de que las intervenciones sean menos agresivas posibles, ya que la fragilidad de estos recién nacidos, sumado a los cuidados que reciben en estas unidades puede aumentar el riesgo de complicaciones. Por lo tanto se les debe ofrecer un ambiente lo más parecido al del útero materno, donde se favorezca tanto su desarrollo físico como emocional y las técnicas de manipulación mínima son una opción para minimizar el impacto que los cuidados intensivos le producen.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Qué conocimiento posee el personal de Enfermería con respecto a las intervenciones mínimas en el recién nacido pre término en el área de Neonatología del Hospital Scaravelli del departamento de Tunuyán durante el segundo semestre del año 2013?

JUSTIFICACIÓN

Luego de una recopilación, revisión e investigación de material bibliográfico relacionados con intervenciones de enfermería en el recién nacido prematuro y las intervenciones actuales que realiza el mencionado personal del servicio de Neonatología, las autoras consideramos sumamente importante determinar a través de dicha investigación los conocimientos que poseen los profesionales de Enfermería, sobre las intervenciones mínimas que deben aplicarse en los recién nacidos prematuros, ya que está comprobado que algunos procedimientos médicos y de enfermería, como lo son aquellos dolorosos, pueden producir cambios fisiológicos en los prematuros, y algunos con graves consecuencias a largo plazo.

Por lo tanto, la disminución de los estímulos externos facilita la estabilización del prematuro y se observa una menor incidencia de complicaciones, impactando en la reducción de días de estadía en la unidad.

Al reducir la estimulación, se han demostrado otros beneficios, tales como un mejor resultado en el incremento ponderal, comienzo temprano de la lactancia materna natural o artificial y mejora los vínculos entre los padres y el hijo.

Se considera que en esta área es fundamental esta variable ya que de ello depende la vida de una persona como lo es el recién nacido prematuro; por lo cual se requiere de recurso humano especializado y actualizado en forma continua.

Son estas razones meramente suficientes para la realización de esta investigación, con el fin de lograr por medio de la adquisición de nuevos conocimientos y capacitación, la elaboración de un plan de cuidados e intervenciones que se adecue a las necesidades reales de los recién nacidos pre términos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el protocolo de intervenciones mínimas en el recién nacido pretermo en el área de Neonatología del Hospital Scaravelli,
- Identificar acciones de enfermería pertenecientes al protocolo de intervenciones mínimas del recién nacido pre término. En el área de neonatología del hospital Scaravelli.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Demostrar si el personal de Neonatología conoce las intervenciones mínimas que deben aplicarse al recién nacido prematuro
- Descubrir el tipo de conocimiento que posee el personal de enfermería del servicio de Neonatología sobre las intervenciones mínimas en el neonato prematuro
- Comparar las acciones del personal de enfermería del área de Neonatología con el protocolo de intervenciones mínimas en el Recién nacido prematuro.
- Detallar el manejo de neonatos prematuros por parte del personal de enfermería en el servicio de Neonatología.

MARCO TEORICO

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de dirigir la atención en salud que se le brinda a toda la población, por medio de redes institucionales de salud entre las que se encuentra el Hospital Regional Dr. Antonio J Scaravelli, quien brinda asistencia gratuita a toda la población ya sea del departamento de Tunuyán, como así también de los departamentos de San Carlos y Tupungato, en las diferentes especialidades tales como: Clínica Médica, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Odontología, Nutrición, Fonoaudiología, Psicología, Oftalmología, Servicio Social, Otorrinolaringología.

Mencionada institución Hospitalaria está organizada en Departamentos, entre ellos se encuentran:

GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA, TRAUMATOLOGIA, CLINICA MÉDICA, CONSULTORIOS EXTERNOS Y MEDICINA INFANTIL, dentro de éste departamento se encuentra el área de Neonatología que atiende a todos los RN que por complicaciones al nacimiento necesitan de la atención médica y de los cuidados de enfermería. Además el servicio brinda atención a RN que presentan complicaciones durante la externación o a los RN derivados de un centro de mayor complejidad situado en la ciudad de Mendoza que no presentan mayores complicaciones sino que los padres son de la región donde se encuentra ésta institución, ya sea para recuperación nutricional o para culminar con tratamiento medicamentoso.

El área de Neonatología en cuanto a sus instalaciones se divide en dos sectores de internación (SECTOR A: atención de RN de la propia institución, SECTOR B: atención de RN externos a la institución); estar médico, office de enfermería, sector séptico y sala de recepción para familiares de los RN hospitalizados.

El equipamiento del servicio está constituido por 2 servo cunas, 3 incubadoras, 8cunas, 3 bombas de infusión, 1 bomba de jeringa, 1 monitor

cardiorrespiratorio, 1 neopuff, 3 detectores de apneas, 2 laringoscopios, 3 ambú neonatal, 8 flujómetros, 5 humidificadores y 5 halos.

El recurso humano se constituye por 2 médicos de piso, 1 jefe de unidad, 8 licenciados en enfermería, 10 enfermeros profesionales y 1 auxiliar en enfermería.

Los diagnósticos más frecuentes que se hallan en los RN son:

SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO, INJURIA POR FRIO, ONFALITIS, DESHIDRATACION, RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, BRONQUIOLITIS en época de receso invernal y en menor porcentaje pero no menos importante RECIENTES NACIDOS PRETERMINO.

El nacimiento implica la adaptación a un ambiente distinto, para algunos RN éste proceso se lleva a cabo de manera natural, en otros sucede todo lo contrario ya que requieren de intervenciones complejas para sobrevivir. El RN a término se encuentra fisiológicamente maduro para adaptarse al medio ambiente, no ocurriendo lo mismo con los RNPT ya que al no contar con la suficiente madurez para su adaptación al medio que lo rodea es muy susceptible y requiere de la atención y cuidados específicos.

El nacimiento prematuro es una situación de riesgo, considerándose prematuro a todo RN que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional, (259 días completos) y menos de 2.500 gramos, lo que hace que la prematurez se ubique entre las primeras 5 causas de mortalidad infantil a nivel nacional.

En el Hospital Antonio J Scaravelli del Departamento de Tunuyán, en los meses de enero a junio ingresaron 20 RNPT al servicio, de los cuales 8 fueron derivados a un centro de mayor complejidad. Es por esto indispensable que el cuidado que se brinda al RN por parte del personal de enfermería sea seguro,

tomando en cuenta los factores de riesgo a los que se expone desde el momento del nacimiento.¹

En los últimos años la supervivencia para los RNPT se ha incrementado de manera importante, por lo que el alto nivel de preparación y capacitación del personal que trabaja en éstas áreas fomentarán el aumento de éste nivel de supervivencia.

La teoría de Virginia Henderson es la que fundamenta éste estudio, en donde uno de los elementos más importantes de su teoría es la enfermera que asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.

La autora identifica 14 necesidades básicas, normalmente éstas necesidades son satisfechas por las personas cuando éstas tienen la fuerza, voluntad y conocimiento(independiente); pero cuando alguno de éstos se altera las necesidades no se satisfacen; por lo que surgen los problemas de salud. En estas situaciones las actividades que llevan a cabo el personal de enfermería para suplir o ayudar a cubrir estas necesidades, en las que Virginia Henderson denomina CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA, es donde se elabora un plan de cuidados básicos en función de las necesidades del paciente.

Florence Nightingale resaltó la importancia de la influencia que ejerce el medio ambiente en la recuperación de los pacientes. La autora describió que un ambiente tranquilo con luz tenue, la disminución del ruido, ambiente térmico neutro y el descanso sin ser molestados eran factores determinantes para la recuperación de los pacientes.

Bajo éste contexto el programa de estimulación mínima fue diseñado en 1995 en la UCIN del Instituto Nacional de Perinatología, se presentó como una propuesta de atención y cuidados por parte de los enfermeros para los RNPT ya que requerían de una atención y cuidados específicos más demandantes.

¹ Datos obtenidos del Serv. Estadística del Hosp. Scaravelli

En 1996 fue aceptado y se implementó como protocolo de estimulación mínima al RNPT, el cual está incluido dentro del programa de indicadores de calidad en la atención neonatal por la Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud.

CONCEPTO DE CONOCIMIENTO

El conocimiento es, por una parte el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la Humanidad. Es indispensable que el personal de enfermería tenga todo el conocimiento necesario en cuanto a los cuidados que se deben brindar a los recién nacidos prematuros.

El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber. Es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. Por lo que se puede decir que el conocimiento es todo lo aprendido o experimentado en distintas situaciones de la vida que hacen al ser humano día a día una persona más preparada y previsorá en base a dichas experiencias o conocimientos obtenidos con anterioridad.

A nivel de enfermería el conocimiento se basa en una ciencia que le permite al profesional enriquecer todas las prácticas que realiza, a través de conocimientos científicos que le permitirán desempeñar su trabajo de la mejor manera, siempre velando por el bienestar del usuario.²

Tipos de conocimientos

Existen diferentes tipos de conocimiento que guían y fundamentan el actuar de enfermería, los cuales se describen a continuación:

- **Conocimiento común**

² KERLINGER, F.N. (1988). Investigación del comportamiento

Es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados.

En la profesión de enfermería se adquieren conocimientos nuevos en cada momento, y no es necesario planificar dicho conocimiento es algo que surge de acuerdo al manejo que se le brinda a los recién nacidos prematuros.

- **Conocimiento científico**

Es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos.

- **Conocimiento empírico**

Habla de todo sin límites precisos. En cambio el conocimiento cinético es preciso y específico.

Fuentes de conocimiento

Los motivos para la búsqueda del conocimiento, no necesitan ser los mismos; pueden variar desde las necesidades físicas básicas hasta la satisfacción o sensación del dominio. Las siguientes son fuentes donde se pueden encontrar el conocimiento.³

- **Tradiciones**

Comprenden verdades o creencias que están basadas en costumbres o tendencias. Las tradiciones de las enfermeras del pasado han sido transferidas al presente por vía oral o escrita y con el modelado o creación de roles y continúan influyendo en el ejercicio de la profesión.

- **Autoridad**

En sociedad existen, en todos los campos “autoridades” esto es personas con conocimientos especializados. Constantemente el profesional de la salud necesita tomar decisiones en materias con las que jamás ha tenido experiencia directa y en consecuencia, le parece natural depositar su confianza en la

³ AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

opinión de personas que, en virtud de su entrenamiento o experiencia, representan una autoridad en el tema.

Las autoridades no son infalibles, en particular si su experiencia se sustenta principalmente en vivencias personales; sin embargo, como sucede con la tradición, su conocimiento pocas veces es puesto en duda”

- **Prestamos**

Se refieren a la apropiación y el uso de conocimientos de otros campos o disciplinas que puedan servir en la práctica de enfermería. La enfermería ha tomado prestada información de otras disciplinas y las han aplicado directamente en su ejercicio profesional.

- **Ensayo y error**

La propia experiencia representa una fuente natural y funcional de conocimiento. La capacidad de generalizar, de identificar regularidades y de establecer predicciones con base en la propia observación, constituye una característica del comportamiento humano.

Es necesario que el personal de enfermería que labora con este tipo de pacientes, posean la experiencia necesaria para evitar así daños o patologías adicionales, deben poseer la práctica necesaria y el conocimiento para poder desempeñar con facilidad, eficiencia, eficacia y equidad los cuidados que brindan.

- **Experiencia personal**

Se trata de la obtención de conocimientos por el hecho de estar personalmente involucrado en un acontecimiento, una situación o una circunstancia. La experiencia personal permite a la enfermera mejorar en las habilidades y experiencia al momento que proporciona cuidados a los pacientes y a los familiares en los ámbitos clínicos.⁴

- **Modelado de roles**

⁴ AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

Consiste en aprender imitando las conductas de un experto. En enfermería el modelado de roles capacita a la enfermera principiante a aprender mediante interacciones o ejemplos con las enfermeras competentes y expertas. El utilizar este tipo de conocimiento en el personal de enfermería, se deben brindar los cuidados a prematuros en base a investigaciones o experiencias previas vividas en su estancia en dicho servicio, la cual es la base del conocimiento científico y el éxito en la recuperación de los pacientes.

- **Intuición**

Es una percepción o comprensión de una situación o acontecimiento como un todo que normalmente no podría ser explicado lógicamente. Como la intuición no puede ser explicada científicamente con facilidad, muchas personas no se sienten cómodas con ella.

- **Razonamiento lógico**

La solución de un gran número de problemas deriva de procesos lógicos de pensamientos. Como método de conocimiento, el razonamiento lógico combina la experiencia personal, las facultades intelectuales y los sistemas formales de pensamiento.

Si se habla de razonamiento lógico en el personal de enfermería del área de Recién Nacidos, debe basarse en la ética profesional que es el que guía el que hacer de enfermería y debe tener su base en la experiencia personal con fundamentación científica, intelectual, espiritual y con empatía.

CONCEPTO DE ENFERMERIA

Colliere, definió la enfermería como un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, familia o comunidad, a afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias. En cuanto a enfermería se refiere, se puede decir que se remonta al tiempo de la precursora de la enfermería Florence Nightingale, quien se dedicaba a cuidar la salud de los seres humanos y dicha acción ha ido evolucionando hasta la actualidad, en donde enfermería continua cuidando la salud de los individuos con conocimientos científicos, basados en

principios éticos y morales que guían nuestro actuar. La enfermería es un proceso y su rol en la atención que se brinda a los Recién Nacidos consiste en administrar y brindar la atención directa, valoran el estado de salud del paciente, su misión es cuidar la salud del ser humano en los diferentes procesos de salud- enfermedad que presenta.⁵

Niveles de formación del Personal de Enfermería

Enfermería como profesión se rige a varios niveles de preparación, los cuales son la base para el desenvolvimiento en la sociedad y se desarrollan de la siguiente forma:⁶

- **Auxiliar de Enfermería**

Es una persona egresada de un programa oficialmente reconocido que ha recibido una preparación teórica y práctica, que forma parte del equipo de enfermería y que bajo la supervisión de la enfermera da cuidado directo e individualizado a la persona enferma o sana, así como a la familia y comunidad, contribuyendo al fomento, protección y recuperación de la salud.

En relación a lo anterior puedo mencionar que el auxiliar de enfermería es un elemento esencial en la atención que reciben los Recién Nacidos Prematuros, contribuyendo a su pronta recuperación y disminuyendo el riesgo de infección a través de la aplicación de medidas universales.

- **Enfermera Profesional**

Es una persona preparada académicamente y con vocación al servicio, que cumple con una serie de funciones, capaz de enfrentar desafíos, aplicando para ellos principios éticos y científicos

- **Licenciada en Enfermería**

Tiene que realizar competencias tales como: asistencial, administrativo, docente, investigación y gremial, que lo acreditan como tal, por lo que asume su desempeño laboral en las diferentes instituciones de Salud pública y privada

⁵ COLLIERE MARIE, Promover la vida. Editorial Interamericana.

⁶ Rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermería

donde se requiere de su trabajo dentro de las unidades de salud, va a ejercer sus funciones en forma generalista, de acorde con los nuevos esquemas científicos y tecnológicos que surgen de la sociedad del siglo XXI del desarrollo regional y nacional.⁷

CONCEPTO DE CUIDADOS

Pinto Afandor cita a Colliere y define cuidado como el conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Colliere a su vez lo define como una promoción de vida, esto plasmado en un artículo de la revista mujer, a caminar por nuestra vida.

Cuidado de enfermería

Conjunto de acciones sistematizadas, organizadas, medibles y evaluables realizadas con el fin de garantizar que una persona con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención segura, eficiente y eficaz, cuya finalidad sea lograr su máximo bienestar bio-psico-social y espiritual, el amparo y protección de sus valores y derechos amenazados por su estado de carencia o enfermedad, junto a la promoción, mantención, restauración de la salud, prevención de enfermedades y lesiones y apoyo al bien morir

En cuanto al cuidado de enfermería puedo decir que es la base de la profesión, los cuales se deben brindar con conocimientos científicos, bases teóricas, equidad, ética y mística, brindando al paciente toda la atención que demanda, basándose en el respeto a la persona y cuyo fin es contribuir al restablecimiento de la salud, basándonos en las necesidades de Maslow, la cual permite satisfacer las necesidades en orden de prioridad.

CONCEPTO DE RECIÉN NACIDO

Se denomina recién nacido o neonato al proveniente de una gestación de 37 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que

⁷ www.portalesmédicos.com/perfil-ocupacional-del-enfermero

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-natal

Recién nacido normal

Un recién nacido normal o sano es aquel que tiene sus signos vitales y su

Actividad normal, llegan al término del embarazo, tiene peso adecuado o sea 2,500 gramos en adelante para su edad gestacional y sus antecedentes maternos, de trabajo de parto y al nacimiento son normales.⁸

Valoración del recién nacido

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

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento, para lo cual se aplican métodos cuantitativos para determinar la edad gestacional en los recién nacidos.

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

- pre término (edad gestacional < de 37 semanas),
- a término (edad gestacional entre 38 y 41+ 6 semanas) y
- pos término (edad gestacional > de 42 semanas).

Test de Capurro

Este permite identificar la edad gestacional y debe realizarse en las siguientes condiciones:

a. Entre las 12 y 48 horas de vida

⁸ AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT. Pág. 20

B. Dos horas después de la comida

c. En vigilancia tranquila

d. Evitando el enfriamiento

e. Evitando manipulaciones bruscas

- **Forma de la oreja:** Se trata de observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja. Asigne los valores de 0, 8, 16 ó 24 dependiendo de la incurvación.
- **Tamaño de la glándula mamaria:** Antes de palpar la zona correspondiente al nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario.
- **Formación del pezón:** Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro es apenas visible, <7,5 mm, >7,5 mm pero con el borde no levantado o > 7,5 mm pero con aréola punteada y bordes levantados.
- **Pliegues plantares:** Observe la planta de ambos pies y luego hiperextienda ambas de manera que se mantenga tensa la piel de la planta.

Se utiliza la fórmula

TOTAL DE PUNTOS + 204 = SEMANAS DE GESTACION

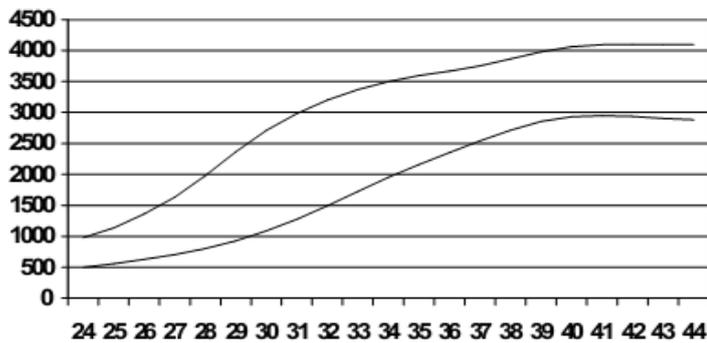
7 (días)

43 + 204 = 247 = 35 SEMANAS

(El método tiene un error de + una semana)

Clasificación por peso/edad gestacional

Este método permite clasificar la edad gestacional de acuerdo a las semanas gestacional y el peso de la siguiente manera:



9

- Todos los Recién Nacidos menores de 37 semanas se clasifican como pre término.
- Los comprendidos de 37 a 40 semanas son a término.
- Los comprendidos de 40 a 44 semanas pos término.
- Los que pesan de menos de 1500 gramos son considerados muy bajo peso al nacer.
- Los que pesan menos de 2,500 gramos son considerados de bajo peso al nacer.
- Los que pesan de 0 a 3000 gramos son considerados pequeños para edad gestacional.
- Los que pesan de 3000 a 4000 gramos, son adecuados para edad gestacional.
- Los que pesan de 4000 a 4500 gramos son grandes para su edad gestacional.¹⁰

Recién nacido prematuro por edad gestacional y por peso al nacer

Se considera prematuro a todo neonato con menos de treinta y siete semanas de edad gestacional, (menos de 259 días completos) y con un peso menor de 2,500 gramos. El niño prematuro nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo.) Esto le

⁹AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT. pág. 24

¹⁰ Ídem ,pág. 25

hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido.)

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación.¹¹

ETIOLOGÍA

En un 25-50 % de los casos se desconoce su causa. Se ha visto su asociación a una serie de factores, muchos de los cuales están relacionados entre sí, lo que hace incierto su significado etiológico:

- Nivel socioeconómico deficiente.
- Edad materna 16 años o 35 años.
- Actividad materna excesiva.
- Consumo de tóxicos.
- Enfermedad materna aguda o crónica.
- Historia de infertilidad, Embarazos múltiples o muy seguidos.
- Parto pre término previo.
- Embarazo múltiple.
- Malformaciones uterinas, incompetencia cervical, trauma uterino.
- Placenta previa, abrupto.
- Rotura prematura de membranas, amnionitis.
- Situaciones fetales que requieran parto precoz.

¹¹AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT. pág. 25

CAUSAS DE PREMATURIDAD

Problemas maternos

Enfermedades generales de la madre: Infecciones, anemias, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías.

- **Factores obstétricos y ginecológicos:** Toxemia, incontinencia cervical, hidramnios (más cantidad de líquido amniótico de lo normal), desprendimiento de placenta.
- **Edad:** Tener menos de 20 y más de 40 años.

Problemas sociales

Toxicomanías, tabaquismo, malnutrición, trabajo corporal.

Problemas fetales

Embarazo múltiple, malformaciones, cromosomopatías.

Iatrogenia

Inducción precoz del parto, cesárea selectiva.

Causas desconocidas

Una 3ª parte de los niños prematuros que no se sabe que lo son.

El 8% de los recién nacidos son prematuros.

Mortalidad media 6%.¹²

RNPT y sus características anatómico fisiológicas:

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

¹² MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención del RNPT

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

Los huesos del cráneo aún no están osificados, sobre todo el occipital y los parietales que son muy blandos. La cara es pequeña y en muchos casos parece arrugada, el pelo es muy escaso y posiblemente le faltarán las cejas. La piel deja entrever los vasos sanguíneos porque existe muy poca grasa subcutánea. Las palmas de las manos, los talones y los pies pueden estar enrojecidos o bien azulados. Toda la piel está recubierta de gran cantidad de lanugo.¹³

Características físicas:

Peso:

- Menos de 2,5kg. (Mayor pérdida fisiológica).

Talla:

- Menos de 47cm.

Perímetro torácico:

- Menos de 29cm.

Perímetro craneal:

- Menos de 34cm.

Actividad postural extremidades:

- Hipotonía y extremidades en extensión.

Cabeza:

¹³AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

- Grande. Craneotabes (huesos craneales blandos).
- Ojos prominentes: El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no. Pabellón auricular blando y mal desarrollado.

Tórax:

- Estrecho
- Mamilas o nódulos mamarios poco desarrollados.

Abdomen:

- Prominente

Piel:

- Delgada
- Resalte de relieves óseos.
- Color rojizo intenso.
- Ictericia precoz y persistente.
- Cianosis distal.
- Edemas
- Lanugo

Genitales:

- Testículos no descendidos.
- Escroto con pocas arrugas.
- Labios mayores poco desarrollados.

Extremidades:

- Cortas
- Delgadas (poco desarrollo muscular).
- Uñas blandas y cortas.

- Pliegue único transversal en plantas de los pies.¹⁴

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA PREMATUREZ

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

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

1. Aparato Respiratorio: Tendencia al síndrome de dificultad Respiratoria idiopático.

2. Aparato Digestivo: Dificultad para succionar, baja tolerancia gástrica, dificultad de metabolización, tránsito intestinal.

3. Sistema Nervioso Central: Crisis de apnea, dificultad para succionar y deglutir, etc.

4. Función Hepática: Tendencia a la Ictericia por falla en la conjugación, Hipoglucemia y manifestaciones hemorrágicas por déficit de Vit. K, fibrinógenos y protrombina.

5. Sistema Hematopoyético: Anemia hipocromía por falta principalmente de Fe.

6. Termorregulación: Falla para mantener temperatura corporal constante y normal: gran superficie corporal en relación al peso, déficit de tejido adiposo y glándulas sudoríparas mal desarrolladas; además existe inmadurez central.

7. Cardiovascular: Aumento de la fragilidad capilar que predispone a hemorragias.

8. Sistema Inmunitario que predispone a la alta incidencia a las infecciones: piel, entéricas, respiratorias y sepsis.

9. Alta frecuencia de malformaciones congénita

¹⁴ AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

Un aspecto de extraordinaria importancia de analizar es la morbilidad del embarazo asociado a la prematurez.¹⁵

VALORACION DEL NEONATO PREMATURO

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

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

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

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

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

- **Valoración Física**

Cabeza

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

¹⁵ MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención del RNPT. Págs., 26-27.

Fontanelas: La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm, un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.¹⁶

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

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

Cara

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

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

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

Boca: Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el

¹⁶ MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención del RNPT.

paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Estén en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistes epiteliales). No tiene significado patológico.

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

Cuello

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

Tórax

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

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

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

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

Corazón: Frecuencias cardiacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El ápex está lateral a la línea medio-clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

Abdomen

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

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

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

Genitales

Masculinos: En el RN de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

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

Caderas

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

Extremidades

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones puede palpase fracturas.¹⁷

Valoración neurológica

Reflejos:

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

- Moro: se obtiene mediante estímulos sonoros, táctiles o propioceptivos al someter al niño a un cambio leve de posición de su cabecita. Consiste en la abducción y extensión simétrica de las cuatro extremidades, con pulgar y el dedo índice formando una C, consecutivamente una abducción de las extremidades en forma de un abrazo y retorno a la posición relajada. Se integra aproximadamente hacia el segundo mes de edad.

¹⁷ MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención del RNPT.

- Succión: el lactante succiona al recibir roce con el pezón de la madre o con un elemento suave que puede ser el dedo del examinador alrededor de su boca o la mejilla. Se complementa con los cuatro puntos cardinales, que consiste en que el niño gira su cabeza y lleva la boca en dirección hacia el sitio del estímulo, abre la boca y comienza la succión. Se integra hacia el segundo o tercer mes de vida.

Presión plantar y palmar: al colocar un dedo o un objeto en la palma de la mano del niño, éste flexiona sus dedos con gran vigor sobre el mismo. Algo semejante sucede al colocar el pulgar del examinador en la unión metatarso falángico, al hacer presión, el niño extiende sus dedos y luego los flexiona, abrazando el dedo que examina. Se integran hacia el cuarto mes de vida.

- Marcha refleja: consiste en apoyar las plantas de los pies sobre una superficie plana, el niño ejecuta movimientos alternativos de sus dos miembros inferiores a la manera de marcha o ascenso por una escalera. Se integra hacia el segundo mes de vida.

- Babinsky: consiste en la apertura de los dedos de los pies con dorsiflexión de los gruesos artejos ante un estímulo en la planta del pie o a través del borde externo del mismo. ¹⁸

Cuidados del recién nacido prematuro

Tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. La supervisión del proceso de adaptación implica detección de alteraciones que se salen del rango normal. Estas deben ser evaluadas para precisar si son expresión de una patología o una variación del proceso normal.

Para esto se requiere una cuidadosa observación de la alteración y de las condiciones clínicas globales del recién nacido. El cuidado de todo recién

¹⁸ MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención de RNPT.

nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida:

- la atención inmediata al nacer,
- durante el período de transición (primeras horas de vida)
- al cumplir alrededor de 6 a 24 horas
- previo a ser dado de alta con su madre del hospital.¹⁹

Con el número creciente de prematuros que se atienden hoy en día en unidades de recién nacidos, es esencial que la enfermera entienda la transición y adaptación fisiológica que estos recién nacidos deben hacer, para que les pueda proporcionar un ambiente que les ayude a mantener su estabilidad térmica.

Por lo anterior resulta necesario revisar aspectos de la termorregulación neonatal, tales como mecanismos de pérdida y ganancia de calor, respuesta a la injuria por frío, formas de mantener al recién nacido en un ambiente térmico óptimo con la tecnología disponible actualmente.

El RNPT y sus características, cuidados de Enfermería que ayudan a la adaptación fisiológica

TERMORREGULACIÓN

Es la habilidad del neonato para producir calor y mantener el cuerpo a temperatura normal, es una función metabólica vital mediada por el sistema neuroendocrino, los neonatos son especialmente susceptibles a la pérdida de calor por una combinación única de hechos anatómicos y los factores ambientales del nacimiento.²⁰

El objetivo de la termorregulación es evitar la caída brusca de la temperatura ya que el enfriamiento produce mayor incidencia de hipoglucemias, mayor consumo de oxígeno y acidosis metabólica.

¹⁹AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

²⁰ GONZÁLES L. Luis Hernán, Termorregulación en el recién nacido, Edición servicio de Neonatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, año 2001

El calor se gana o se pierde por convección, conducción, radiación y evaporación, el entendimiento de estas formas de intercambio calórico proporciona las bases científicas para las intervenciones de enfermería destinadas a modificar el ambiente, los cuales describo a continuación.²¹

Mecanismo y fuentes de pérdida de calor

Por convección: Es la transferencia de calor entre una superficie sólida (niño) aire o líquido, ejemplo (durante el baño)²²

Corrientes de aire provenientes de puertas, ventanas, ventiladores, corredores, sala fría, flujo de oxígeno frío.

Por conducción: Es la transferencia de calor entre dos objetos sólidos que están en contacto, se refiere al flujo de calor entre la superficie corporal del niño y otra superficie sólida.

Colchón frío. Balanza, placas de rayos x, ropa frazadas y manos en contacto con el recién nacido.

Por radiación: Es la transferencia del calor entre dos superficies sólidas que no están en contacto, debido a que el flujo de calor radiante no implica contacto físico y no es medido por termómetro ambiental.

Paredes frías de la incubadora, cercanía con paredes frías o ventanas, y exteriores.

Evaporación: Produce pérdida de calor a través de la energía gastada en la conversión de agua a estado gaseoso, la pérdida puede ser insensible por piel, respiración y sudoración.

Aplicación de soluciones, lociones, compresas húmedas.²³

Concepto de la temperatura y manejo del ambiente

²¹ AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.

²² REVISTA ENFERMERIA NEONATAL, FUNDASAMIN. El ABC de Enf. En los bebes prematuros.

²³ REVISTA ENFERMERIA NEONATAL, FUNDASAMIN. El ABC del cuidado de Enfermería en los bebes prematuros.

Debido a la inmadurez de las habilidades motoras y cognitivas limitadas, el recién nacido tiene una respuesta de termorregulación. Para proporcionarle un ambiente

térmico conducente a estabilidad y crecimiento, es necesario tener claro que la temperatura normal según las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología son 36.5°C- 37.5°C para temperatura axilar / rectal 36°C - 36.5°C.⁴⁴

Ambiente térmico neutral

Este se define como el rango de temperatura del ambiente en la cual el consumo de oxígeno es mínimo y la termorregulación se logra sin control vasomotor. Dentro de este rango el niño está en equilibrio con el ambiente. Las investigaciones que definen la temperatura corporal normal del recién nacido, los cuales son: 36.5°C- 37.5°C para temperatura axilar / rectal y 36°C - 36.5°C.
.45

Uso de incubadoras

Las incubadoras son los aparatos destinados a brindar a los recién nacidos condiciones ambientales relativamente optimas, a la vez que lo aíslan del medio exterior, su función es mantener constante la temperatura y lograr en su interior altas concentraciones de oxígeno, permitir regular la humedad a voluntad, brindar perfecta visibilidad del recién nacido.²⁴

Además permite el acceso al recién nacido sin que se produzcan pérdidas importantes de oxígeno, la incubadora debe precalentarse a 34°C-36°C, la temperatura prefijada se alcanzará en 30-45 min. Los recién nacidos que han estado severamente estresados por frío deben ser calentados lentamente para evitar hipotensión y acidosis. Debido a que el consumo de oxígeno es mínimo cuando la gradiente de temperatura es menor que 1.5°C, la temperatura de la incubadora debe programarse 1.5°C más alta que la temperatura corporal del recién nacido y ajustarla cada 30-60 minutos. El recién nacido debe estar

²⁴R. CEREZO, R. FIGUEROA, Manual de atención del recién nacido, año 1976, Guatemala

desnudo para permitir que el calor de la incubadora sea efectivo. Vestirlo o cubrirlo puede frustrar los esfuerzos por calentarlo.

Deben hacerse todos los procedimientos a través de las entradas o ventanas de la incubadora para evitar pérdidas insensibles de calor y el estímulo exagerado para el recién nacido prematuro, excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes: Colocación de sensor: alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. La ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizar preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda. Programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C. Vigilar el nivel de agua.²⁵

Manejo de la temperatura de la incubadora

Durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora, para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-0°C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos, finalizada la manipulación, volver a servo control, todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el recién nacido dentro de la incubadora.²⁶

OXIGENACIÓN

Es un factor determinante en el momento del nacimiento, debido a la inmadurez en el sistema respiratorio, el cual nos puede alertar ante una posible alteración en el intercambio gaseoso, estos signos pueden ser: cianosis, quejido, aleteo nasal y dificultad respiratoria, los cuales se pueden deber a

²⁵ R. CERZO, R. FIGUEROA, Manual de atención del recién nacido, año 1976, Guatemala

²⁶ GONZALEZ L. Luis Hernán. Termorregulación en el Recién Nacido. Edición servicio de Neonatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, año 2001

hipotermia, la meta ideal de saturación para los prematuros aún no ha sido definida, pero se debe mantener entre 88 y 95%.²⁷

Frecuencia cardíaca

Se define como las veces que el corazón realiza el ciclo completo de llenado y vaciado de sus cámaras en un determinado tiempo. Por comodidad se expresa siempre en contracciones por minuto, ya que cuando se toma el pulso, lo que se nota es la contracción del corazón (sístole), es decir cuando expulsa la sangre hacia el resto del cuerpo, y el rango normal en un recién nacido es entre 120 y 160 latidos por minuto. Puede descender hasta 100 durante el sueño profundo y aumentar hasta 180 con el llanto. Debe auscultarse el latido apical durante un minuto completo, y se localiza en el tercer o cuarto espacio intercostal en línea media clavicular.²⁸

CUIDADOS HIGIÉNICOS

Son acciones de enfermería cruciales para la recuperación oportuna del recién nacido prematuro, a través de las medidas necesarias que no pongan en riesgo la estabilidad del mismo, para ello se realiza lo siguiente:

Baño

El baño en el recién nacido prematuro es de suma importancia en los cuidados higiénicos que se brindan, pero se deben tomar medidas previas tales como:

Preparar el equipo necesario (gasas, sabanitas, ropa) de 5 a 10 minutos antes de iniciar el procedimiento y colocarlo dentro de la incubadora. El baño se inicia cuando la temperatura axilar es igual o superior a 36.5°C, y se aumenta la temperatura de la incubadora de 1 a 2 °C.²⁹

Durante el baño la limpieza del recién nacido debe hacerse por partes (cabeza hacia extremidades inferiores) secando inmediatamente cada zona, la ropa

²⁷ MUÑOZ REQUENA Juan José, guía de cuidados del recién nacido, Córdoba, Editado por dirección de enfermería, unidad de docencia y calidad Hospital Universitario Reyna Sofía Córdoba

²⁸ Ministerio de Salud , Guías nacionales de neonatología , Enfermería en la adaptación neonatal a la vida extrauterina

²⁹ T MONTES BUENO, P DE LA FUENTE CALLE, Aseo cutáneo y estabilidad térmica en el prematuro

húmeda se retira lo antes posible de la incubadora y se debe evitar manipular al recién nacido hasta que alcance una temperatura axilar igual o superior a 36.5°C.

Si el recién nacido presenta mucho esfuerzo respiratorio y se encuentra con oxígeno, se debe evitar al máximo el baño por 48 horas hasta que este estable.³⁰

Cambio de pañal

Cuidado importante de realizar en el recién nacido para satisfacer la necesidad de higiene y confort a través de la revisión frecuente del pañal, se debe cambiar tantas veces sea necesario, para procurar el bienestar y comodidad, al mismo tiempo evitar áreas de presión.

CUIDADO DE LA PIEL

En los recién nacidos prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión. Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente. El pH de la piel al nacimiento es de 6.34, durante los cuatro primeros días disminuye a 4.95 este manto ácido protege frente a microorganismos.

Aproximadamente a las 2 semanas de vida, la función protectora de la piel es parecida a la de los recién nacidos a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis.³¹

Recomendaciones importantes:

1. Utilizar guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra (mínimo una semana)

³⁰ T MONTES BUENO, P DE LA FUENTE CALLE, Aseo cutáneo y estabilidad térmica en el prematuro

³¹ MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

2. Cremas hidratantes específicas (Eucerín): para evitar sequedad, fisuras y descamación, previniendo la aparición de dermatitis. No aplicar sobre lesiones ya existentes. Sólo algunas se pueden utilizar con fototerapia.

3. Telas adhesivas y apósitos: utilizarlos siempre del tamaño más pequeño posible y para retirarlos humedecer antes con agua destilada templada o aceite vegetal; procurar esperar 24hs antes de retirar una tela, es menos doloroso.

4. Realizar cambios posturales frecuentes para prevenir la aparición de escaras, ya que la presión prolongada del peso corporal disminuye la circulación local y favorece lesiones a la piel.³²

CONTROL DE PESO

A menos que sea ordenado de otra manera, los pesos deben hacerse una vez por día, a las 06:00 AM para ayudar a evaluar en forma precisa los requerimientos de líquidos y tratamientos establecidos. Si el recién nacido está en ventilador el peso debe involucrar a dos personas para realizar un procedimiento seguro, suave y rápido. Debe usarse un calefactor radiante para precalentar la balanza y para mantener al recién nacido en un ambiente térmico a lo largo de todo el procedimiento.³³

MOVILIZACIÓN

Cuando un recién nacido nace prematuramente los músculos no han adquirido el tono adecuado y por ello la acción de la gravedad les hace adoptar una postura en extensión que es absolutamente contraria a la que ellos hubieran adquirido de haber continuado dentro del útero. Además el tejido cartilaginoso aún está en proceso de maduración y hay una disminución de movimientos espontáneos, lo cual incide para que ocurran deformidades. Por lo mismo es de suma importancia la movilización adecuada en los recién nacidos prematuros debido a su misma situación especial y sus objetivos principales son:

³²MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

³³MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

- Promover la estabilidad fisiológica y facilitar la flexión de extremidades y del tronco.
- Favorecer el equilibrio y la capacidad de centralización, que es un movimiento que sirve como base para otras funciones como succionar, sentarse, gatear y caminar.
- Mantenerlo lo más relajado posible disminuyendo el stress.
- Disminuir el gasto calórico.
- Disminuir el riesgo de áreas de presión o laceraciones
- Prevención de la hipotermia e hipertermia
- Estimular el desarrollo motor óptimo³⁴

Posturas

Las intervenciones en la postura pueden provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Utilizaremos posturas en flexión, cambios posturales y nidos acolchados (como piel de cordero) que les proporcionarán límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables.

Posición prona: Es la posición más cómoda para el prematuro, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación. Técnica: caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas, éstas más altas que los hombros, brazos flexionados con las manos cerca de la boca para facilitar la succión, de esta manera el niño respira mejor, si regurgita no corre peligro de aspiración, su vía aérea está extendida disminuyendo apneas. Además brinda comodidad y disminuye el dolor.³⁵

Posición lateral: Facilita la flexión, favorece la actividad de la mano en la boca y evita la posición de arqueado, permite mantener los miembros superiores en línea media. Técnica: caderas y rodillas flexionadas, brazos suavemente flexionados

³⁴MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

³⁵MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

hacia los hombros y la cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada, además le da mayor posibilidad de auto organizarse.³⁶

Posición supina: Necesaria para intervenciones médicas y de enfermería, permite el desarrollo de procedimientos como colocación de catéteres, promueve la asimetría, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión. Técnica: caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el abdomen, hombros doblados con manos sobre el pecho o el abdomen, brazos y piernas simétricas, cabeza en línea media o cómodamente vuelta a un lado.³⁷

Nidos y barreras

El feto se ve constantemente arrojado por las paredes uterinas que le sirven de apoyo y referencia de sus movimientos. Cuando el prematuro está dentro de una incubadora, se siente desprovisto de estos límites físicos, lo que le causa inseguridad, aumento de la actividad motora, mayor gasto calórico e irritabilidad. Cuando no se dispone de nidos confeccionados, se pueden hacer con toallas o mantas pequeñas, éstos deben ser proporcionales al tamaño del prematuro, mantiene al recién nacido en posturas adecuadas sin inmovilizarlo. Sin dejar de considerar el hecho fundamental de que el nido se creó para brindar contención, calma y apoyo al prematuro aprovechamos las propiedades del mismo junto con el cobertor plástico para lograr buena termo-regulación y disminuir las pérdidas insensibles. Se sugiere colocar un rollito de gasa en las manos para impedir un cierre muy acentuado, en forma intermitente. Esto facilita el reconocimiento de las distintas superficies. No se recomienda la inmovilización, ya que limita posibilidades de auto-organización.³⁸

Posición de la cabeza: Mantener la cabeza del recién nacido prematuro en la línea media o lo más cerca posible de la línea media. Esto disminuirá la presión intracraneal del recién nacido al disminuir la ectasia cerebral venosa. Esto también mantendrá la posición de la cabeza durante la Radiografía de tórax bastante uniforme para disminuir las reposiciones innecesarias de tubos

³⁶MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

³⁷MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

³⁸MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

endotraqueales que pueden estar relacionadas con la posición de la cabeza. Nunca debe flexionarse la cabeza del recién nacido, ni siquiera para una punción lumbar.³⁹

CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

La enfermera en la unidad de neonatología es un agente multiplicador en el sentido de prevención y control de infección, por tal motivo, debe cumplir ampliamente y con exactitud las normas de asepsia y antisepsia para prevenir infecciones. Debido a que las infecciones bacterianas y virales pueden ser devastadoras para los neonatos, la prevención y la detección precoz son los elementos principales del cuidado general.

Los microorganismos pueden transmitirse a los recién nacidos a través del contacto directo con personas colonizadas o infectadas (madre, personal), por contacto indirecto con objetos contaminados (equipos de reanimación, incubadoras, mascarillas de oxígeno), por gotas de saliva de sus cuidadores, y por productos contaminados (leche, sangre, emulsiones grasas).

Al respecto, Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I (1999) señala que:⁴⁰

Las infecciones en los neonatos tienen efectos impredecibles y se acompañan de un alto índice de mortalidad, situación que se exagera en los recién nacidos prematuros, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico. De igual manera el hacinamiento y alto índice niño: enfermera deben ser evitados, pues aumenta el riesgo de infección nosocomial.

Es por ello, que la unidad de cuidados Neonatales es un servicio donde las medidas de asepsia y antisepsia deben ser muy rigurosas, con el objeto de mantener los niveles mínimos de contaminación y prevenir los diferentes

³⁹MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile

⁴⁰LOADERMILK D; PERRY, S Y BOBAK, I; Perry, S y Bobak, I. Tratado de Enfermería Materno Infantil.

focos de infección hospitalaria, manteniendo la limpieza y desinfección del ambiente y a través del lavado de manos.

Una de las medidas de prevención y control de infección es el lavado de las manos. Constituye el proceso de eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y brazos por medio de un lavado mecánico desinfección con productos químicos antes de manipular al neonato pre término.

Malagón, G y Hernández, (1998) mencionan que ⁴¹ “el profesional de enfermería tiene el deber de realizar el lavado de las manos como lo indican las normas de Precaución Universal, debido a que el tratamiento quirúrgico de tejidos, cavidades u órganos y la reparación de heridas traumáticas mayores, son procedimientos que exigen la protección del personal de salud.

En consecuencia, el profesional de enfermería debe seguir el procedimiento recomendado, dedicando el tiempo necesario al lavado de manos para lograr que la técnica sea realizada de manera efectiva, y prevenir la propagación de infecciones al recién nacido pre término.

El personal debe lavar y secar sus manos antes y después de manipular a cada bebe y después de tocar cualquier objeto que tenga probabilidad de estar contaminado. Por otra parte, Arango, M (2000)⁴² señala “si existe la posibilidad de entrar en contacto con líquidos corporales, el personal debe protegerse a sí mismo y debe proteger a otros pacientes siguiendo las precauciones universales.”

Otra de las medidas de evitar infección, señaladas por Atkinsons, L (1.998) es el aislamiento o separación de los recién nacidos en cohortes según su condición y diagnóstico”. Esto, permite prevenir la diseminación de agentes patógenos, así mismo se debe proporcionar a cada recién nacido su

⁴¹MALAGÓN, G. Hernández, E. (1998). Infecciones Hospitalarias.

⁴²ARANGO, R (2000). Enciclopedia de Estimulación al Recién Nacido Pre término.

propia ropa, pañales, y material para limitar la contaminación cruzada y en esencia se aísla a cada recién nacido con su propio equipamiento. Es responsabilidad de las enfermeras imponer las normas para prevenir las infecciones hospitalarias y vigilará que el resto del equipo de salud sigan con meticulosidad los procedimientos y precauciones para la infección.

Continuando con los cuidados para la prevención de infecciones es la cura de la cicatriz umbilical, en relación a esto, Loadermilk, D.; Perry, S. y Bobak, I. (2002) exponen que:⁴³

El cuidado del cordón umbilical es el mismo que el de cualquier herida quirúrgica. Sus objetivos son la prevención y la detección precoz de la hemorragia o la infección. Si observa hemorragia por los vasos del cordón, la enfermera debe revisar la pinza y aplicar una segunda pinza cerca de la primera. Para la cura del cordón umbilical, debe realizarse una limpieza con alcohol absoluto en la base del cordón y después de cambiar el pañal. El alcohol debe colocarse de manera que solo moje la cicatriz, sin que toque el resto de la piel del abdomen para evitar quemaduras en la delicada piel del bebé. La humedad que éste produce puede originar un crecimiento bacteriano y una prolongación en el tiempo de secado de éste, produciendo así infecciones en esta región que puede poner en peligro la vida del recién nacido.

La enfermera debe extremar los cuidados al realizar la cura del cordón umbilical, ya que constituye una puerta de entrada de bacterias al organismo del recién nacido pre término. Durante la realización de la cura, la enfermera debe aprovechar para explicarle a la madre el modo adecuado de realizarla, de tal forma que una vez que egrese el niño, pueda ella hacerla en casa sin ningún inconveniente.

ALIMENTACION

⁴³LOADERMILK D; PERRY, S Y BOBAK, I; Perry, S y Bobak, I (2002). Tratado de Enfermería Materno Infantil.

El alimentar al Recién Nacido Prematuro es una función vital del personal de enfermería, dependiendo el criterio médico en cuanto al momento de iniciar la alimentación.⁴⁴ Para poder ser alimentado vía oral el paciente no debe presentar insuficiencia respiratoria y debe tener bien desarrollados los reflejos de succión y deglución. Antes de alimentarlo se debe observar su comportamiento.

Tipos de Comportamiento del Recién Nacido Prematuro:

Comportamiento previo a la alimentación: Acciones que indican que el recién nacido tiene hambre, movimientos corporales, estiramiento, llanto.

Comportamiento de búsqueda: Incluye la orientación de la cabeza y la boca hacia donde proviene el alimento.

Comportamiento de vinculación: Incluye los intentos que el recién nacido hace por tomar el chupón con la boca y atraparlo en forma segura.

Comportamiento de consumación: Permite al recién nacido succionar y deglutir de forma coordinada.

Comportamiento de sociedad: Indica que el recién nacido se encuentra satisfecho después de ser alimentado.⁴⁵

Tipo de alimentación

Todo Recién Nacido Prematuro, presenta la succión más corta, y en ocasiones tragan antes o después de esto, ello se debe a la falta de coordinación con el funcionamiento de varios mecanismos, por lo cual se utilizan los diferentes tipos de alimentación, que son por sonda orogástrica a gravedad y por succión cuando el peso sea el adecuado.⁴⁶

Alimentación por vía oral

⁴⁴BRIGHT ROBERTS, Florence. Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia.

⁴⁵BRIGHT ROBERTS, Florence. Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia.

⁴⁶BRIGHT ROBERTS, Florence. Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia.

El tiempo y la naturaleza de los primeros alimentos varía según el reglamento del hospital, y la preferencia del médico tratante, sin embargo hay tendencia a alimentar desde el principio tanto con lactancia materna, como con soluciones intravenosas para prevenir hipoglucemia. La lactancia materna se debe iniciar 48 horas después del nacimiento si el recién nacido tiene estímulo de succión y se da la primera prueba con agua estéril, para evitar la irritación, luego de que se ha comprobado la permeabilidad del esófago, se inicia lactancia materna, si el recién nacido puede succionar directamente del seno materno, es según lo indique el médico tratante.

Se puede utilizar también el gotero de plástico o una jeringa con punta de hule, todo con técnica estéril. Se debe observar si el recién nacido se cansa rápidamente al succionar, si presenta cianosis distal o peri bucal, evaluar si hay presencia de apneas, y regurgitaciones.

La cantidad de alimentación que se debe dar al recién nacido varía de acuerdo al tamaño y al estado del recién nacido cuando es muy pequeño se inicia con 1 a 2 ml, incrementando la cantidad gradualmente de acuerdo a la capacidad gástrica.⁴⁷

Alimentación natural (lactancia materna)

El alimento de elección para el prematuro es la leche fresca de la propia madre, esta tiene una composición más rica en proteínas y sodio, y es así más concordante con las necesidades nutricionales del prematuro. Sus ventajas inmunológicas son imposibles de reproducir con una fórmula artificial, La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa.

⁴⁷BRIGHT ROBERTS, Florence. Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia.

Beneficios de la lactancia materna exclusiva

Los recién nacidos a quienes se les da lactancia materna tiene menos posibilidades de contraer infecciones de oído, diarreas graves y desarrollar reacciones alérgicas, esto se puede evitar brindando lactancia materna y a su vez favorece a la madre ya que reduce la probabilidad de contraer cáncer y de tener fractura de cadera.⁴⁸ Cuando una madre amamanta a su recién nacido, debe tener las siguientes precauciones:

- Para dar lactancia materna segura al recién nacido, cada vez que se amamanta al recién nacido, debe realizarse limpieza de los pezones, luego como protección, colocarse una crema hidratante o manteca de cacao.
- Se debe realizar limpieza adecuada de la mama cada vez que se amamante al recién nacido, cada 3 o 4 horas, según lo desee el recién nacido, así se evita agrietamientos en las mismas y es más cómodo para la madre brindar lactancia materna por primera vez a su recién nacido, para obtener una mejor comodidad la madre puede optar por adquirir una posición para dar lactancia a su recién nacido. tórax de la madre, esta posición es preferible en paciente post operadas.

Alimentación artificial

Este tipo de alimentación se utiliza cuando no es posible la lactancia materna en los recién nacidos prematuros y deben recibir fórmulas diseñadas especialmente teniendo en cuenta las necesidades específicas. Estas leches tienen más calorías y una cantidad superior de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una cantidad reducida de lactosa y de un 20 a un 50% de la grasa en forma de ácidos grasos de cadena media. El niño prematuro tiene que tomar este tipo de leches después del alta hospitalaria hasta que llegue a un peso próximo al peso normal al nacimiento (alrededor de los 3.000 gr.).

⁴⁸STEVEN P. Shelov, M.D., F.A.A.P., Editor Jefe. Guía Completa de un equipo de expertos "El Cuidado de su Hijo Pequeño " Edición Única 1999

Existen también leches para prematuros llamadas también “fortificadas” o para recién nacidos de bajo peso. Estas leches proporcionan unos aportes de calorías, proteínas, calcio y fósforo intermedio entre las leches específicas para prematuros y las fórmulas e inicio para recién nacidos a término.⁴⁹

Uso de sonda orogástrica

Es necesario el proporcionar alimento por medio de una sonda a todo recién nacido prematuro que presenta complicación para la succión, para lo cual se utiliza una técnica estéril, se coloca al bebé en posición supina, con el cuello flexionado, o bien en decúbito lateral. Debe utilizarse sondas de alimentación número 5 y 8 dependiendo el peso del recién nacido, debe medirse la distancia entre la boca y la oreja y de allí al extremo distal del esternón, la sonda debe lubricarse con agua y colocar dentro de la boca hasta que se coloque dentro del estómago, todo ello con cuidado de no producir lesión al recién nacido, luego que la sonda está colocada se procede a aspirar contenido gástrico lo cual nos va a dar la confirmación que la sonda está en estómago, fijar con micropore.⁵⁰

El alimento debe gotearse por gravedad, al estar la parte más alta del líquido a no más de 30 centímetros de la cabeza del recién nacido, debe hacerse lentamente, aproximadamente en 15 a 20 minutos, luego se procede a lavar la sonda con agua estéril con 1 a 2 centímetros. Cuando se alimenta al bebé, debe colocarse de manera que la cabeza conserve una posición ligeramente superior al resto del cuerpo, en la mayoría de los casos el recién nacido debe colocarse sobre su lado derecho, para evitar la aspiración en caso de regurgitación. La sonda debe cambiarse cada 24 a 48 horas para evitar el estímulo cada tres horas en los recién nacidos prematuros y disminuir el riesgo de complicaciones gastrointestinales.⁵¹

APEGO MATERNO

⁴⁹R. CEREZO, R. FIGUEROA, Manual de atención del recién nacido

⁵⁰BRIGHT Roberts, Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia

⁵¹BRIGHT Roberts, Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia

El apego materno consiste en el contacto inmediato madre niño desde el momento del nacimiento, lo cual favorece el desarrollo sensorial del recién nacido, no dejando atrás que todo período neonatal es un tiempo muy importante para la relación de los padres con su hijo.⁵²

Para la madre es un momento especialmente sensible e importante para el fortalecimiento de sus vínculos maternales. Esto adquiere gran relevancia para el recién nacido muy prematuro que requiere de períodos largos de hospitalización.

Por eso este contacto debe ser estimulado y facilitado en las unidades de prematuros y de cuidados intensivos neonatales. Quien ha podido observar el cariño y la abnegación que van desarrollando las madres en contacto con sus niños prematuros, se da cuenta de la importancia que esto tiene para el desarrollo del niño dentro de la Unidad y para el cuidado futuro después del alta.⁵³

En el año 1996 se comienza a implementar el protocolo de estimulación mínima en RNPT el cual está incluido dentro del programa de indicadores de calidad en la atención Neonatal por la Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN MÍNIMA EN EL RNPT

Descripción del protocolo

El protocolo de estimulación mínima comprende básicamente la primera semana de vida, ya que en este periodo la incidencia de HIV es alta (90% de los casos ocurre en las primeras 72 horas) y el RN es más vulnerable debido a la inestabilidad y agudeza de la enfermedad. Sin embargo, el programa puede ser aplicado todo el tiempo que el neonato se encuentre hospitalizado. Se individualizará de acuerdo a las necesidades de cada RN. Si se cuenta con una UCIN con tecnología de punta, la aplicación del programa se facilitará. De

⁵²BRIGHT Roberts, Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia

⁵³BRIGHT Roberts, Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia

cualquier forma, puede ser adaptado de acuerdo a los recursos y necesidades de cada sala de UCIN o UCIREN.

La coordinación y el éxito del programa es responsabilidad de todo el personal de salud que interviene en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Es necesario que exista un coordinador que idealmente debe ser personal de enfermería, pues es quien está directamente con el neonato hospitalizado las 24 horas del día y puede programar y coordinar todas las intervenciones y cuidados del RN. Para el desarrollo y éxito de este programa es fundamental contar con un personal altamente calificado y experimentado que conozca específicamente el programa.⁵⁴

El programa tiene tres ejes fundamentales:

1. Establecer horas de contacto (cada 4, 6 y 8 horas)

Todos los procedimientos e intervenciones que no sean de urgencia se programarán y deberán seguir un orden y frecuencia, concentrando las actividades para ser realizados cada 4, 6 y 8 horas, lo cual será determinado de acuerdo a la patología y estado del neonato según sea el caso.

Así, se realizará la estimulación mínima necesaria, que requiere de coordinación y sincronización de todo el equipo de salud que intervenga en la atención y tratamiento del RN. El principal objetivo es evitar la sobreestimulación.

2. Permitir periodos suficientes de descanso y recuperación

Tiene la finalidad de favorecer y no interferir en los ciclos de sueño-despertar que el neonato requiere para su normal crecimiento, desarrollo fisiológico y ahorro de calorías.

Debe mantenerse al RN el mayor tiempo posible sin ser molestado, favoreciendo la posición prona sobre un costado. Las intervenciones deben ser

⁵⁴ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

mínimas, la manipulación y estímulos se realizarán lo más suavemente posible, evitando el exceso de maniobras terapéuticas.

Debe considerarse el tiempo necesario para que el neonato se recupere del procedimiento anterior, antes de volverlo a manipular.

Debe observarse la tolerancia a la estimulación táctil, auditiva y visual.

Al egreso del paciente deberá educarse a los padres, hasta que el lactante sea capaz de procesar múltiples interacciones.

El personal deberá reconocer los signos y síntomas que los neonatos pueden presentar como respuesta de estrés ante la amplia gama de intervenciones y procedimientos a los que son sometidos.

Deben identificarse los principales signos de malestar, como el incremento de la actividad motora, extensión de extremidades y artejos, palidez, moteado de la piel, ojos abiertos, etc.

Se deberá asistir al RN durante los procedimientos dolorosos con abrigo y arropándolo, succión no nutritiva, contener sus piernas y confortarlo. Se debe usar analgesia y sedación cuando sean necesarias.

3. Disminuir la exposición a riesgos innecesarios

Debe aislarse al RN del medio y no al medio del RN, omitiendo la sobreestimulación al disminuir el exceso de maniobras terapéuticas con procedimientos innecesarios que permitan controlar los factores causantes de la fluctuación del flujo sanguíneo cerebral que aumenta el riesgo de HIV e infecciones nosocomial.

Por lo tanto, se requiere de una evaluación individualizada, adecuada, oportuna y continua del estado del neonato. La enfermera y en general el personal de salud, debe estar capacitado para valorar y determinar en qué momento su intervención es más oportuna y menos estresante al RN.⁵⁵

⁵⁵ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

Monitoreo clínico no invasivo

Técnica de vigilancia y control de enfermos graves mediante el uso de dispositivos electrónicos.

Es de suma importancia aprovechar al máximo este tipo de recursos, ya que son de gran utilidad para identificar el inicio y evolución de un problema. Los registros correspondientes deberán ser tomados directamente del monitor, sin molestar al neonato. Sólo se utilizará el estetoscopio y termómetro cuando se tenga duda sobre los datos reportados por el monitor, o bien al iniciar el turno, para constatar el buen funcionamiento del equipo.

Todo el equipo electro médico debe mantenerse dentro de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo continuo que nos asegure su buen funcionamiento.

Deben monitorearse en forma continua los siguientes parámetros.

- Función cardiaca · Presión venosa central
- Función respiratoria · PO₂ transcutáneo
- Presión arterial · FiO₂ (concentración de O₂ inspirado)
- Temperatura corporal

Estimulación táctil

El estímulo táctil al neonato de bajo peso lo mantiene en una constante actividad motora como consecuencia de un mayor consumo de oxígeno y de mayor gasto calórico. Le limita en forma importante en su incremento de peso y le somete a riesgos innecesarios de complicaciones clínicas. Estudios recientes en la UCIN del INPer han demostrado que un neonato no incluido en el programa recibe entre 100 y 120 estímulos táctiles durante 24 horas como producto de intervenciones terapéuticas o de monitoreo, lo que indica que un neonato es estimulado cada 10 o 15 minutos en forma intermitente, generando episodios de hipoxia, hipercapnia y riesgo de acidosis. Estos cambios causan

dilatación de los vasos de la matriz germinal en el área subependimaria, lo que favorece las HIV.⁵⁶

Compresión vesical

La compresión vesical en estos neonatos está contraindicada, ya que ocasiona una elevación importante de cambios en la circulación sistémica y presión intracraneana, es menos riesgoso instalar una sonda vesical si el niño no orina.

Procedimientos invasivos

Deben limitarse a tiempos mínimos de acuerdo al tipo de intervención, si no se logra realizar un procedimiento al segundo intento, éste se suspenderá permitiendo la recuperación del neonato y será realizado por otra persona, los procedimientos deberán realizarse por personal experimentado, evitando periodos prolongados de estrés, irritabilidad y cambios en el flujo sanguíneo cerebral.

Lavado de catéteres Intra-arteriales y/o intravenosos

Está contraindicado el lavado de catéteres periféricos o centrales que contengan agentes vaso activo, ya que existe el riesgo de provocar aumentos dañinos de la presión sanguínea.

Administración de fármacos

La administración de fármacos endovenosos debe realizarse muy lentamente, de preferencia utilizando bomba de infusión. Tomando en cuenta la toxicidad, se deben diluir y respetarse la velocidad de infusión indicada por el médico, evitando así modificaciones a la presión arterial y al volumen sanguíneo. También se reducen las secuelas por toxicidad como isquemia peri ventricular, daño renal, mesentérico y al oído interno, complicaciones comunes cuando los fármacos son administrados en bolo.⁵⁷

Transfusión de hemoderivados

⁵⁶ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

⁵⁷ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

La transfusión de hemoderivados se administrará durante periodos de 2 horas. Así se evitan modificaciones rápidas de volumen y flujo sanguíneo cerebrales. Antes de transfundir cualquier hemoderivados, éste se ambientará previamente a la temperatura, identificando datos específicos del paciente, corroborando grupo y Rh. Al mínimo dato de reacción durante la transfusión, ésta se suspenderá y se desechará el sobrante, de acuerdo a la norma establecida.

Debe existir una coordinación directa y sistematizada con los servicios y áreas correspondientes para la realización de procedimientos, estudios especiales o interconsultas, de tal manera que se puedan programar y realizar durante las horas de contacto.

Es muy importante recordar que si un RN prematuro estable es acariciado, mecido, mimado y se conversa con él, disminuyen su estado de estrés y los episodios de apnea, hay un incremento en su ganancia ponderal, y se favorece el funcionamiento del SNC, reduciendo de esta forma su estancia hospitalaria.

En los RN estables es de suma importancia la estimulación mediante masajes suaves y rozamientos lentos en cada parte de su cuerpo. Se debe favorecer el contacto con sus madres, sobretodo en el área de terapia intermedia, mediante la técnica piel a piel (madre canguro) promoviendo la lactancia natural con todos sus beneficios afectivos, inmunológicos y nutricionales.

Posición

Los prematuros <30 SEG tienen mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo postural y motor debido a la debilidad del tono de sus músculos e incapacidad para mantener flexión por sí mismos. Una posición adecuada favorece los parámetros fisiológicos, neuroconductuales, un estado de calma y estabilidad psicológica. En cambio, una mala posición puede afectar el vaciamiento gástrico y la integridad de la piel, incrementar el riesgo de HIV o extensión de la hemorragia, al mantener un inadecuado retorno venoso.⁵⁸

⁵⁸ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

En la posición prona o reclinado sobre un costado con las extremidades hacia la línea media el RN tiene mejor oxigenación, mejora el volumen circulante y la distensibilidad pulmonar, gastando menos energía; promueve el vaciamiento gástrico y minimiza los efectos del reflujo gastroesofágico; induce un sueño más tranquilo y el RN duerme más.

Para mantener esta posición es necesario ayudarse de almohadillas rellenas de bolitas de unicel o rodillos de tela como soporte. Los nidos acolchonados le proporcionan límites en sus movimientos de búsqueda de contacto y seguridad al sentir su espacio limitado, favoreciendo el acondicionamiento más parecido al ámbito intrauterino. Los nidos y barreras serán proporcionados al tamaño del prematuro, permitiéndole una postura adecuada sin impedirle el movimiento.

La posición supina que normalmente se utiliza en el neonato gravemente enfermo tiende a causar retracción con abducción de hombros, hiperextensión de cuello, rotación externa de extremidades, abducción de cadera, eversión de tobillos y moldeamiento craneal (dolicocefalia).

Es importante elevar la cabeza después de la alimentación, ya que así se reduce la presión del estómago contra el diafragma y mejora la capacidad respiratoria. Los cambios de posición siempre deben ser gentiles y suaves; promueven el flujo sanguíneo y previenen las escaras por presión.⁵⁹

⁵⁹ M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Tipo de estudio: La presente investigación es descriptiva porque permite describir los conocimientos que posee el personal de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Antonio J. Scaravelli sobre los cuidados mínimos al recién nacido prematuro.

En cuanto a la finalidad de esta investigación será básica porque solo vamos a tener en cuenta los conocimientos que posee enfermería.

Teniendo en cuenta la amplitud es micro sociológica porque está determinado el tamaño de la muestra.

De acuerdo a la naturaleza de sus datos es un estudio cualitativo

Tiene un corte transversal porque se realizó durante el primer semestre del año 2013.

Considerando el lugar donde se desarrolla dicha investigación es de campo, porque se estudian los hechos en el ámbito hospitalario.

Población y muestra: La población objeto de nuestra investigación estuvo conformada por todo el personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Neonatología.

La unidad de análisis se constituyó por 8 Licenciados de enfermería, 10 enfermeras profesionales y 1 auxiliar de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Dr. Antonio J. Scaravelli del departamento de Tunuyán.

VARIABLES: Definición y Operacionalización

VARIABLES	VARIABLES INTERMEDIAS	INDICADORES
Conocimiento del Personal de Enfermería	Antigüedad en el Servicio	De 0 a 15 años De 15 a 20 años De 20 años y más.
	Grado de Capacitación	Licenciado en Enfermería Enfermero Profesional Auxiliar de Enfermería
	Participación en Capacitaciones	Jornadas Talleres Seminarios, etc.
	Adquisición de conocimientos	Empírica Artículo 7 Carrera de grado
		Vigilar el rango de la

Intervenciones mínimas en el cuidado del recién nacido pre término	Termorregulación	<p>temperatura en el recién nacido</p> <p>Proporcionar ambiente térmico neutro</p> <p>Uso de incubadora o termocuna</p> <p>Evitar complicaciones por hipotermia o hipertermia</p>
	Oxigenación	<p>Identificar los signos: cianosis-quejido-aleteo nasal-dificultad respiratoria</p> <p>Saturación de oxígeno: parámetros normales</p>
	Cuidados Higiénicos	<p>Realización del baño</p> <p>Cuidado de la piel</p> <p>Cambios de pañal</p>
	Movilización	<p>Adoptar posturas adecuadas</p> <p>Utilización de nidos y barreras</p> <p>Posicionar la cabeza en la línea media (disminuye la presión intracraneana)</p> <p>Control de peso</p>

	<p>Alimentación del recién nacido pre término</p>	<p>Alimentación parenteral, nasogástrica o por succión</p> <p>Identificar tolerancia</p> <p>Proporcionar a los recién nacidos ,a través de vía parenteral, los nutrientes no aportados con la lactancia materna</p> <p>Iniciar la alimentación por succión cuando el recién nacido coordine el proceso de succión- deglución</p> <p>Promover la lactancia materna</p>
--	---	---

Clasificación de variables

Las variables se pueden clasificar, según:

*la **naturaleza** son cualitativas, referido a los conocimientos que posee el personal de enfermería con respecto a los cuidados mínimos del recién nacido pre término;

*la **posición del investigador**: la variable dependiente es el conocimiento del personal de enfermería del servicio de neonatología;

La variable independiente, son los cuidados mínimos del recién nacido pre término.

*la **escala de medida** es nominal porque solo queremos definir los conocimientos del personal de enfermería sin darle un orden o valor numérico.

*la **amplitud** es individual porque la unidad de observación son las enfermeras del servicio de neonatología.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como parte del diseño metodológico se integran los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el instrumento que se utilizará. El método es el medio a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos, en la presente investigación se utilizó la observación y la encuesta. Para la búsqueda de datos e información de la variable en estudio se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario. Dicho instrumento se estructuró con los datos demográficos de los participantes y por 10 ítems con alternativas de selección simple dirigidos a establecer las acciones de enfermería en el cuidado del neonato pre término, en lo que se refiere a termorregulación, oxigenación, prevención de infecciones, vínculo afectivo, nutrición, movilización y cuidados higiénicos.

Análisis, procesamiento y presentación de los datos

A fin de presentar la información recolectada se utilizaron técnicas gráficas para la presentación de los datos. El análisis estadístico, es el descriptivo, a objeto de resumir y comparar las variables estudiadas. Una vez recopilada, organizada y tabulada la información, se presentan mediante cuadros y gráficos en los cuales se reflejan las frecuencias absolutas y porcentuales de cada variable, luego se interpreta el comportamiento de cada categoría en cada una de las variables en estudio.

A continuación se dan a conocer los resultados de la presente investigación en el cual se emplearon gráficos de tipo circular en los cuales se verifican y visualizan los resultados obtenidos mediante el cuestionario.

CUADRO Nº 1

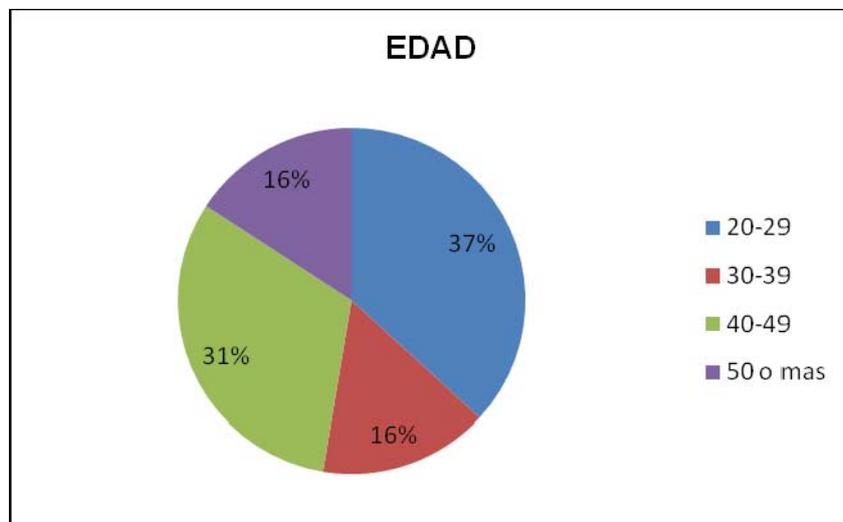
Distribución Absoluta y Porcentual de la edad del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

EDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
20-29	7	37%
30-39	3	16%
40-49	6	31%
50 o mas	3	16%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por los propios autores a través de Encuesta realizada durante los meses de Enero a Junio, en el Hospital Antonio J Scaravelli, Mendoza.

GRÁFICO Nº 1

Distribución Porcentual de la edad del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: datos obtenidos por los propios autores a través de Encuesta realizada durante los meses de Enero a Junio, en el Hospital Antonio J Scaravelli, Mendoza.

Comentario: En el cuadro número 1 se observa que el 37% del personal encuestado tiene una edad comprendida entre 20 y 29 años, el 16% entre 30 y 39 años, el 31% entre 40 y 49 años y el 16% 50 años o más.

CUADRO N° 2

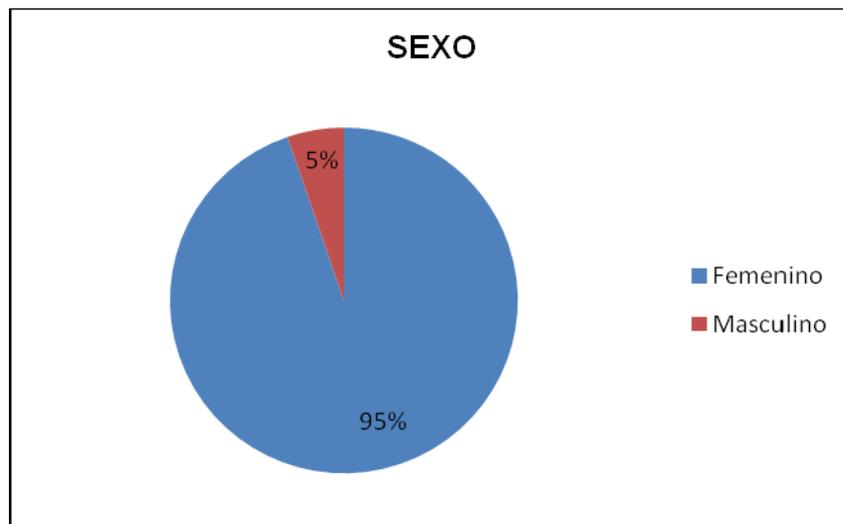
Distribución Absoluta y Porcentual según el sexo del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

SEXO	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Femenino	18	95%
Masculino	1	5%
Total	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N°2

Distribución Porcentual según el sexo del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

CUADRO Nº 3

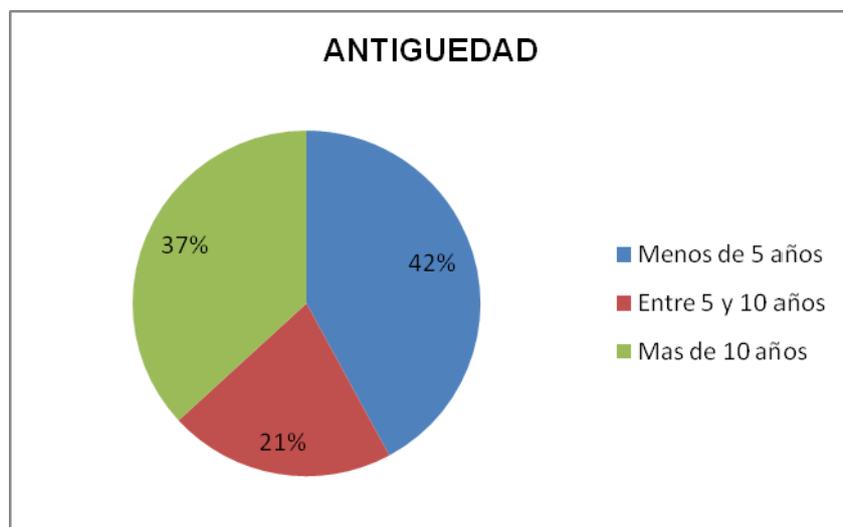
Distribución Absoluta y Porcentual de la antigüedad del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 5 años	8	42%
Entre 5 y 10 años	4	21%
Más de 10 años	7	37%
Total	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 3

Distribución Porcentual de la antigüedad del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro Nº 3 se observa que el 42% del personal encuestado tiene una antigüedad menor de 5 años, el 37% de más de 10 años y el 21% entre 5 y 10 años.

CUADRO N°4

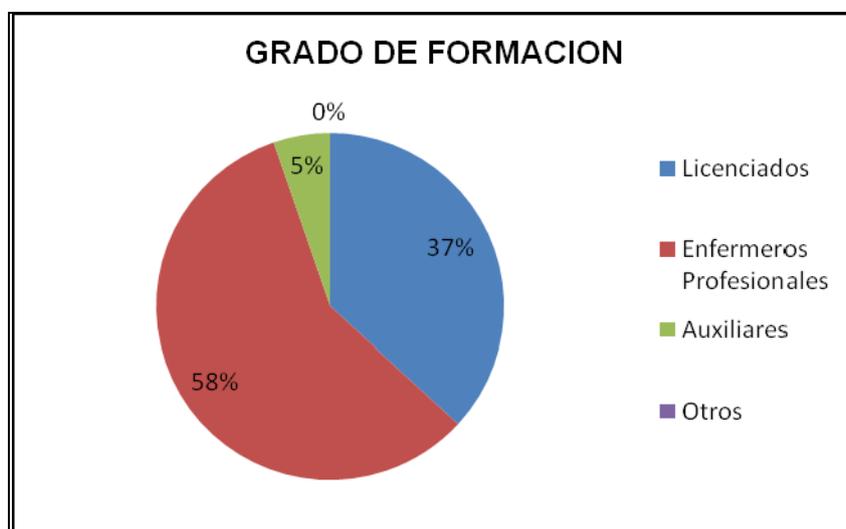
Distribución Absoluta y Porcentual según el grado de formación del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Licenciados	7	37%
Enfermeros Profesionales	11	58%
Auxiliares	1	5%
Otros	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N°4

Distribución Porcentual según el grado de formación del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro N° 4 se observa que el 58% de los participantes tienen una formación como Enfermeros Profesionales, el 37% como Licenciados Y el 5% como auxiliares de Enfermería.

CUADRO N° 5

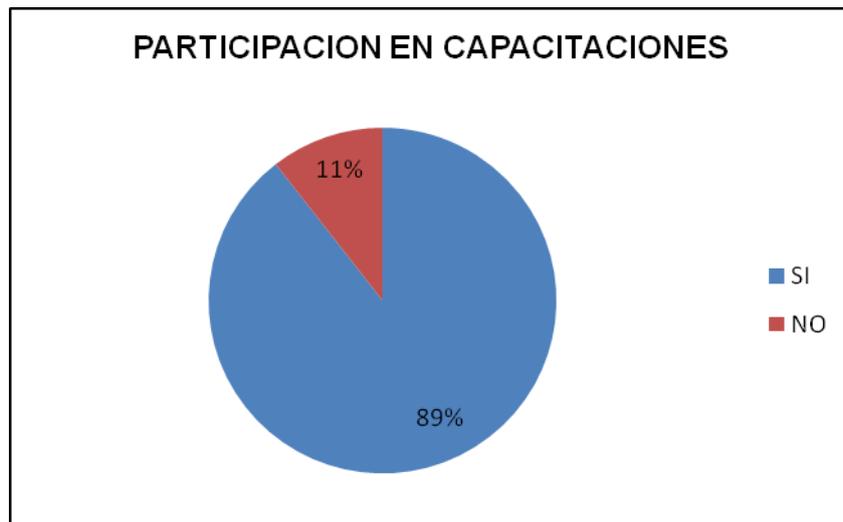
Distribución Absoluta y Porcentual de la participación en capacitaciones del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	89%
NO	2	11%
Total	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N° 5

Distribución Porcentual de la participación en capacitaciones del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro N° 5 se observa que el 89% de los encuestados ha participado en capacitaciones, mientras que el 11% no lo ha hecho.

CUADRO Nº 6

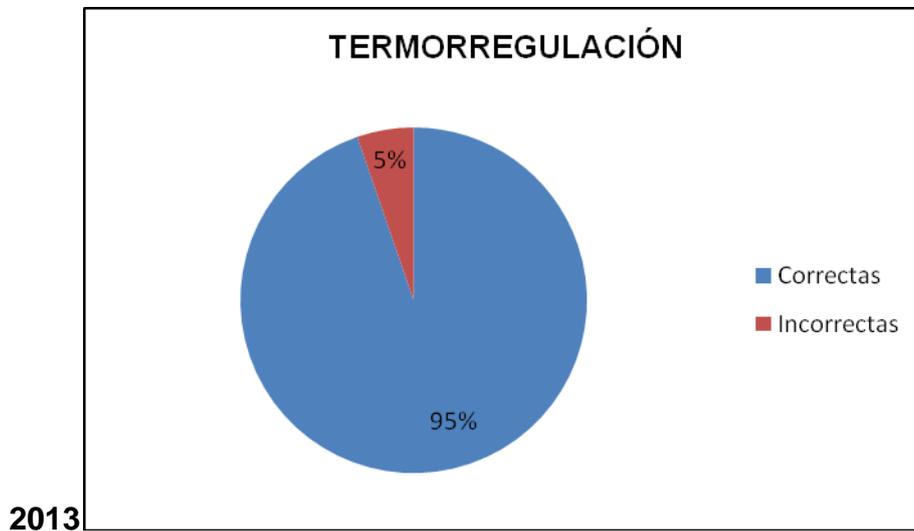
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la TERMORREGULACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Correctas	36	95%
Incorrectas	2	5%
Total	38	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 6

Distribución Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la TERMORREGULACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 6 se observa que el 95% del personal encuestado respondió de manera correcta en cuanto a los cuidados y manejo de la termorregulación, mientras que el 5% restante lo hizo de manera incorrecta.

El 95% del personal de enfermería encuestado respondió de forma correcta el manejo que debe llevarse a cabo en cuanto al ambiente, temperatura, luminosidad y humedad adecuada para que el recién nacido prematuro mantenga su termorregulación. El 5% restante que respondió de forma incorrecta refleja que no posee los conocimientos sobre la termorregulación, por lo tanto se considera que no realizan las acciones pertinentes en el manejo de los recién nacidos prematuros.

CUADRO Nº 7

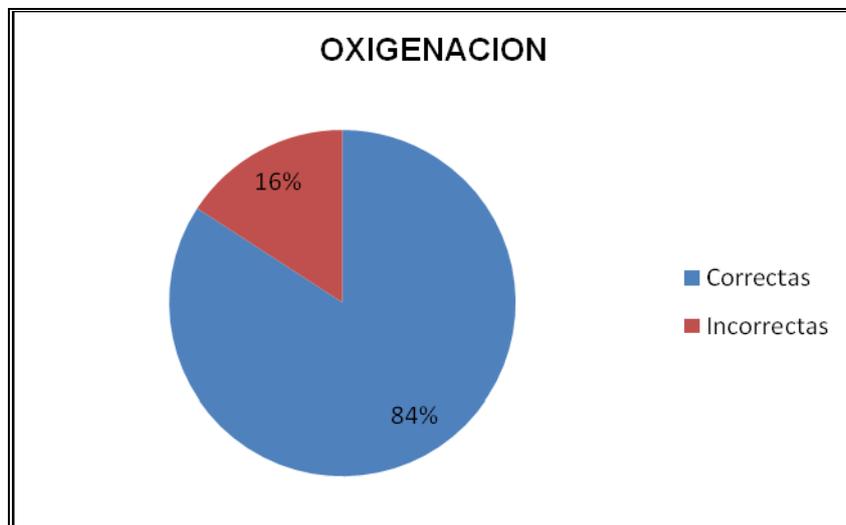
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la OXIGENACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correctas	16	84%
Incorrectas	3	16%
TOTAL	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 7

Distribución Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la OXIGENACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro Nº 7 se observa que el 84% de los encuestados respondieron en forma correcta y el 16% respondieron en forma incorrecta.

El 84% del personal encuestado respondió en forma correcta sobre las consecuencias que acarrearán una inadecuada oxigenación, esto demuestra que

el personal posee los conocimientos necesarios sobre la importancia de la oxigenación en el RNPT.

En cuanto al 16% restante del personal de enfermería encuestado que respondió de forma incorrecta refleja que posee un déficit en el conocimiento, lo que se convierte en una limitación del cuidado respecto a las consecuencias de no mantener una correcta oxigenación del RNPT.

CUADRO Nº 8

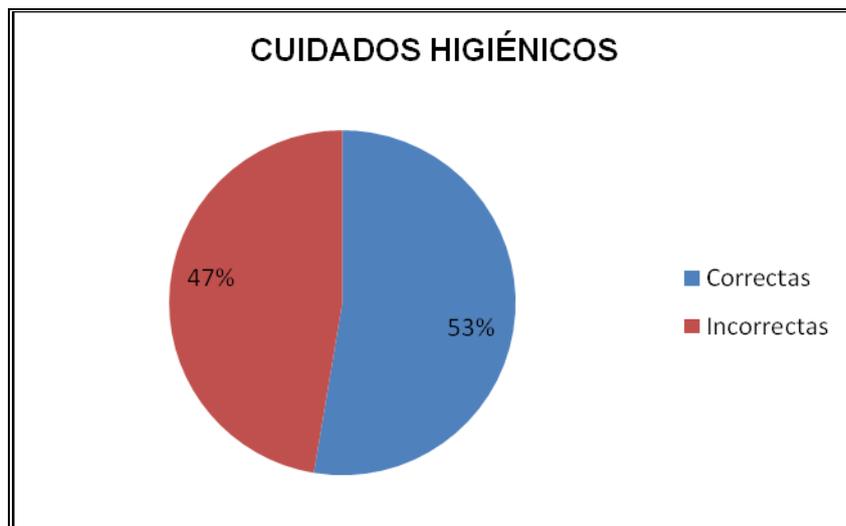
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a los CUIDADOS HIGIÉNICOS del RNPT por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Correctas	10	53%
Incorrectas	9	47%
Total	19	100

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 8

Distribución Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a los CUIDADOS HIGIÉNICOS del RNPT por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 8 se observa que el 53% del personal encuestado respondió de manera correcta sobre los cuidados higiénicos, y el 47% lo hizo de forma incorrecta.

En cuanto a los cuidados higiénicos que se le deben brindar a los RNPT solo el 53% respondió de forma correcta lo que demuestra que gran parte del personal de enfermería encuestado no coincide con los cuidados higiénicos que se

deben llevar a cabo con estos recién nacidos. El 47% que no respondió correctamente refleja la deficiencia del conocimiento en cuanto a los cuidados higiénicos que se deben brindar al RNPT, por no tener claros cuáles son esos cuidados necesarios en el RNPT.

CUADRO Nº 9

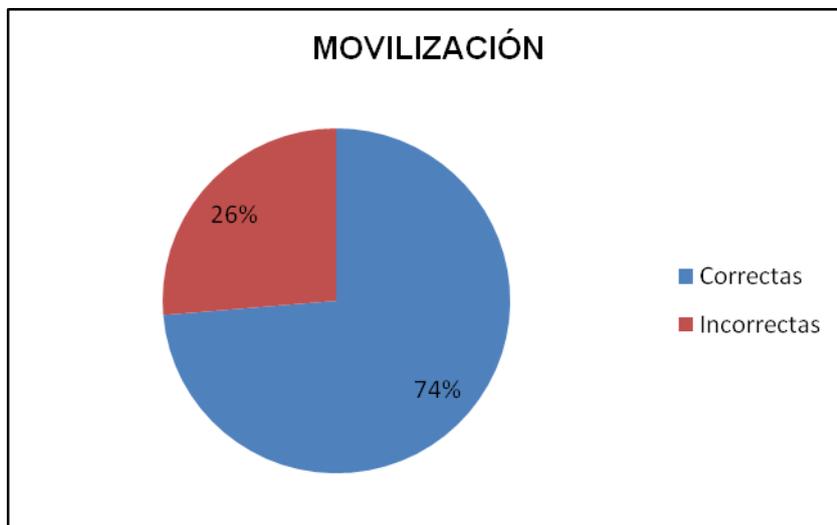
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la MOVILIZACIÓN del RNPT por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correctas	14	74%
Incorrectas	5	26%
TOTAL	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 9

Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la MOVILIZACIÓN del RNPT por parte del Personal de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 9, se observa que del total de encuestados, el 74% respondió de forma correcta, mientras que el 26% restante lo hizo de forma incorrecta.

CUADRO N° 10

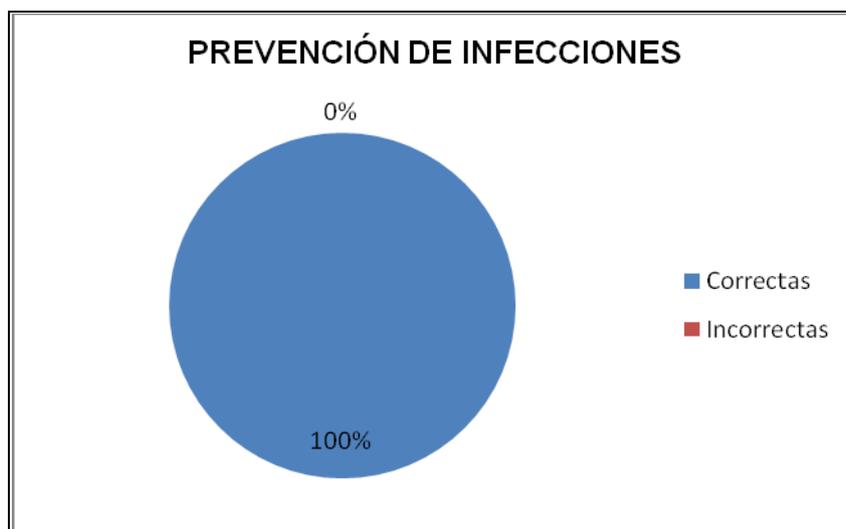
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la PREVENCIÓN DE INFECCIONES del RNPT por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correctas	19	100%
Incorrectas	0	0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N° 10

Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la PREVENCIÓN DE INFECCIONES del RNPT por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 10, se observa que del total de encuestados el 100% respondió de forma correcta.

CUADRO Nº 11

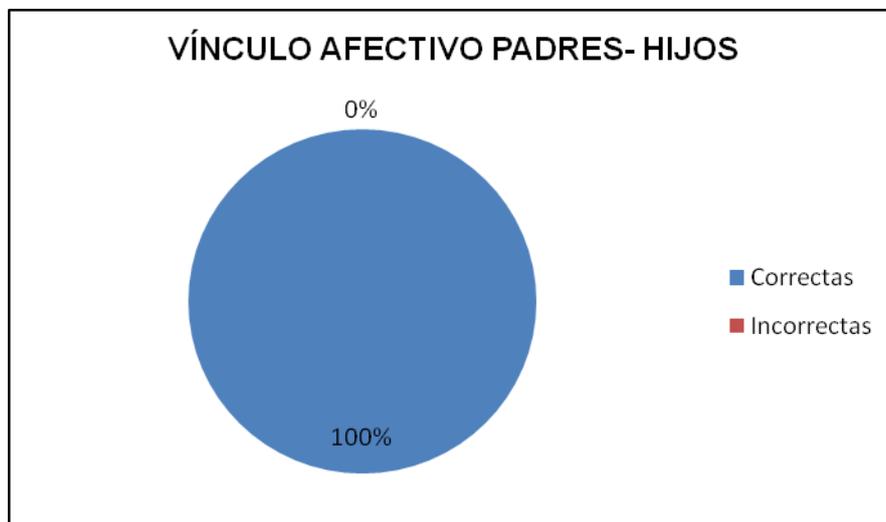
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto al VÍNCULO AFECTIVO PADRES- HIJO por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correctas	19	100%
Incorrectas	0	0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 11

Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto al VÍNCULO AFECTIVO PADRES- HIJOS por parte del Personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 11 se observa que de la totalidad de encuestados, el 100% respondió de forma correcta.

CUADRO Nº 12

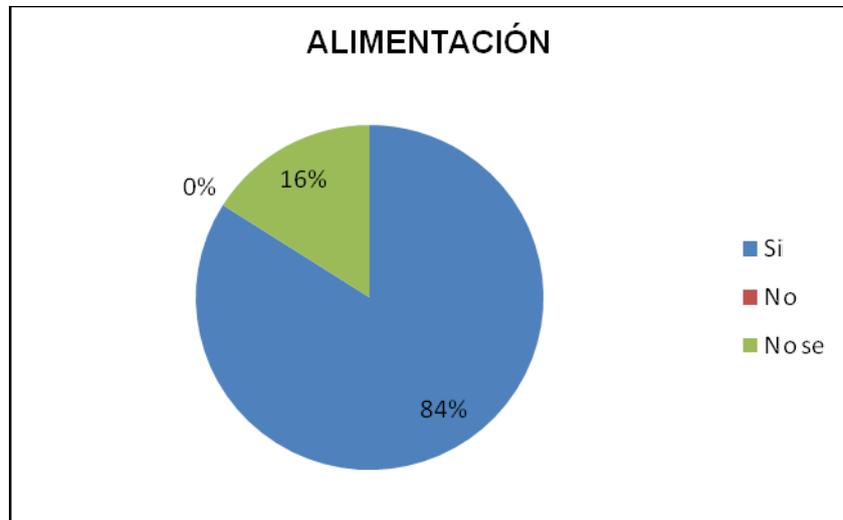
Distribución Absoluta y Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la ALIMENTACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	84%
No	0	0%
No se	3	16%
Total	19	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO Nº 12

Distribución Porcentual de las respuestas obtenidas en cuanto a la ALIMENTACIÓN del RNPT, por parte del personal de Enfermería del Área de Neonatología, año 2013



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 12 se observa que del total de encuestados, el 84% respondieron de forma correcta, mientras que el 15% restantes lo hicieron de forma incorrecta.

CUADRO N° 13

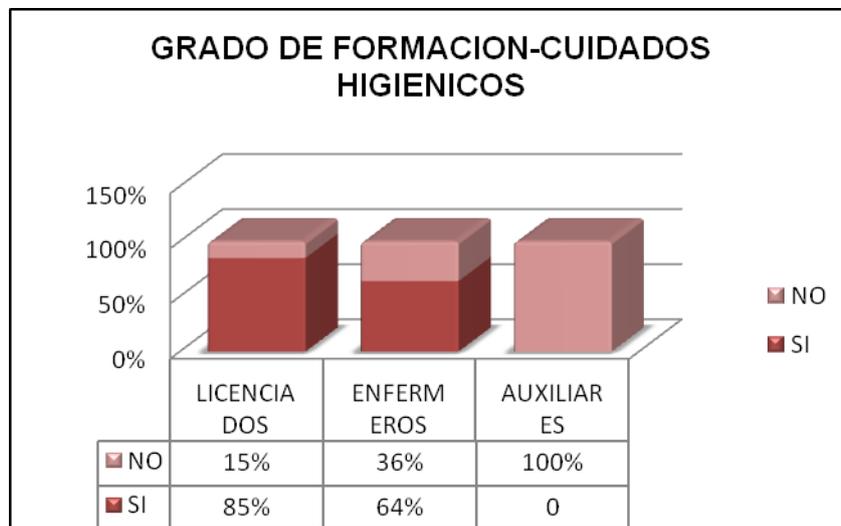
Cuadro comparativo entre el GRADO DE FORMACION y las respuestas dadas sobre LOS CUIDADOS HIGIENICOS EN EL RNPT

GRADO DE FORMACION	CUIDADOS HIGIENICOS	
	SI	NO
LICENCIADOS	85%	15%
ENFERMEROS	64%	36%
AUXILIARES	0%	100%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N° 13

Gráfico comparativo entre el GRADO DE FORMACION y las respuestas dadas sobre LOS CUIDADOS HIGIENICOS EN EL RNPT



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro número 13 se puede observar que del total de personal encuestado el 85% de los Licenciados si conoce los cuidados higiénicos que se le brindan al RNPT, mientras que el 15% restante lo

desconoce. En cuanto a los Enfermeros Profesionales el 64% conoce sobre estos cuidados, mientras que el 36% restante no.

En lo que respecta a los auxiliares se puede apreciar que tienen un desconocimiento de los cuidados higiénicos que deben llevarse a cabo con los RNPT.

CUADRO N°14

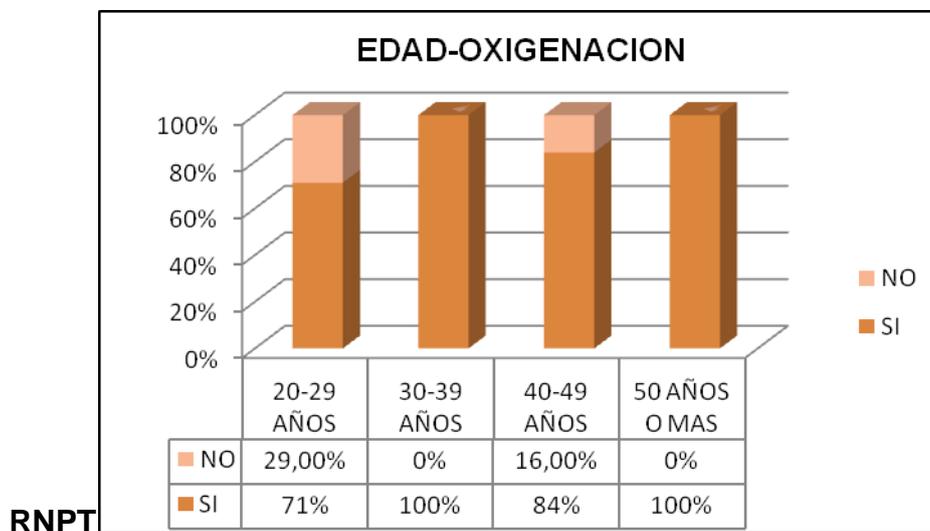
Cuadro comparativo entre la EDAD de los encuestados y respuestas dadas en cuanto a la OXIGENACION EN EL RNPT

EDAD	OXIGENACION	
	SI	NO
20-29 AÑOS	71%	29,00%
30-39 AÑOS	100%	0%
40-49 AÑOS	84%	16,00%
50 AÑOS O MAS	100%	0%

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N° 14

Gráfico comparativo entre la EDAD de los encuestados y las respuestas dadas en cuanto a la OXIGENACION EN EL



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro comparativo número 14 se puede observar que del personal encuestado según la edad comprendida entre 20 y 29 años el 71% respondió de forma correcta en cuanto al manejo de la oxigenación del RNPT, mientras que el 29% restante lo hizo de forma incorrecta. Entre la edad de 30 y 39 años el 100% del personal respondió de forma correcta.

Entre la edad de 40 y 49 años el 84% respondió conocer el manejo de la oxigenación, mientras que el 16% restante lo desconoce. Finalmente el personal que posee más de 50 años de edad respondió en un 100% de forma correcta.

CUADRO N° 15

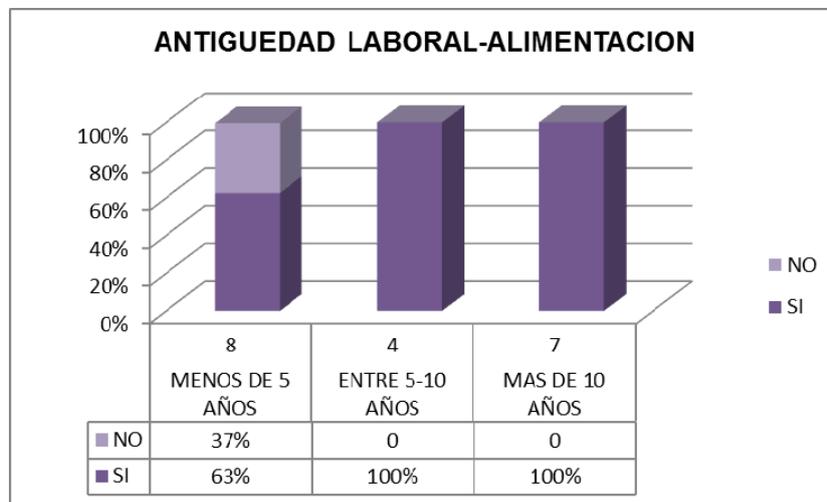
Cuadro comparativo entre la ANTIGÜEDAD LABORAL del personal encuestado y las respuestas obtenidas sobre la ALIMENTACION EN EL RNPT

ANTIGÜEDAD LABORAL	ALIMENTACION	
	SI	NO
MENOS DE 5 AÑOS	63%	37%
ENTRE 5-10 AÑOS	100%	0
MAS DE 10 AÑOS	100%	0

Fuente: Ídem cit número 1

GRAFICO N 15

Cuadro comparativo entre la ANTIGÜEDAD LABORAL del personal encuestado y las respuestas obtenidas sobre la ALIMENTACION EN EL RNPT



Fuente: Ídem cit número 1

Comentario: En el cuadro comparativo número 15 se puede apreciar que del total del personal encuestado según la antigüedad laboral correspondiente a menor de 5 años el 63% conoce sobre el manejo de la alimentación que se le debe brindar a los RNPT, mientras que el 37% restante no. El personal con

antigüedad de entre 5 y 10 años el 100% respondió de forma correcta, como así también el personal que tiene más de 10 años de antigüedad respondió en su totalidad adecuadamente, es decir el 100% de los encuestados conoce el manejo de la alimentación de los RNPT.

CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

RESULTADOS

Con base al objetivo planteado y las investigaciones realizadas en el presente estudio se puede concluir:

1. Un 100% del personal de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Antonio J Scaravelli, tiene los conocimientos sobre los cuidados de enfermería que se deben brindar a los recién nacidos prematuros, tales como: Control en la prevención de infecciones y el Vínculo afectivo padres- hijos.
2. El 95% del personal posee los conocimientos sobre las actividades que deben llevar a cabo con el RNPT en cuanto al manejo de la Termorregulación.
3. El 84% del personal encuestado tiene los conocimientos para el manejo del RNPT en lo que se refiere a la Oxigenación y la Alimentación.
4. Finalmente en menor porcentaje pero no significativo en forma negativa el 74% del personal respondió de forma correcta en cuanto a los cuidados de enfermería y los beneficios que acarrear la Movilización en el RNPT.
5. Lo que se pudo observar y obtener es que solo el 53% del personal respondió de forma correcta en cuantos a los Cuidados Higiénicos que se le deben brindar a los RNPT.

Al realizar los cuadros comparativos se puede demostrar que el personal que posee mayor formación profesional está más actualizado en cuanto a las nuevas técnicas, elementos etc., que se utilizan para la higiene de los RNPT; por lo tanto los que mayormente respondieron de forma correcta son los Licenciados en Enfermería.

Un porcentaje considerable del personal encuestado manifiesta que debe actualizar permanentemente sus conocimientos, para adquirir habilidad y destreza en los procedimientos y técnicas de enfermería, consideran de suma importancia el manejo de la termorregulación, oxigenación, alimentación y el vínculo afectivo de los prematuros, los cuales son la base para la recuperación y adaptación optima del mismo.

RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos, se hacen las siguientes recomendaciones:

- 1.** Elaborar un manual de procedimientos de enfermería sobre cuidados mínimos que se le deben brindar al Recién Nacido Prematuro.
- 2.** Incluir en el programa de educación permanente para personal de enfermería intraservicio que se realiza mensualmente contenidos sobre cuidados de enfermería al recién nacido prematuro.
- 3.** Realizar talleres para actualizar conocimientos al el personal de enfermería que desempeña sus tareas en el servicio de Neonatología.
- 4.** Incluir una evaluación del desempeño con aspectos que reflejen el conocimiento y habilidades en el cuidado al Recién Nacido Prematuro.
- 5.** Aplicar una evaluación al personal de nuevo ingreso acerca de los conocimientos sobre el manejo de los RNPT para brindar un cuidado de calidad a los mismos y a su vez facilitar la actividad del equipo para que no haya un agotamiento o sobrecarga del personal en cuanto a la educación del nuevo personal.
- 6.** Hacer conocer a todo el personal los resultados de la presente investigación para que los demás servicios complementarios puedan colaborar para brindar una óptima calidad de atención-, ya que en el Área de Neonatología del Hospital Scaravelli se permite el ingreso de otros sectores del hospital, los cuales son uno de los pilares para la pronta recuperación de NUESTROS PEQUEÑOS.

ANEXOS

Técnicas de análisis y presentación de los resultados

Una vez recolectada la información, se procedió a vaciar los datos de en una matriz de datos. Posteriormente, dichos datos serán categorizados por medio de frecuencias y porcentajes.

MATRIZ DE DATOS

UNIDAD DE ANALISIS	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	V 11	V 12
UA 1	4	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 3	4	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 4	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 5	3	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1
UA 6	4	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1
UA 7	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 8	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 9	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 10	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 11	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1
UA 12	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 13	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 14	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
UA 15	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
UA 16	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	3
UA 17	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3
UA 18	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	3
UA 19	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1

REFERENCIA DE LA MATRIZ DE DATOS

U A: Unidad de Análisis

V: Variables

(V1)VARIABLE: EDAD

1-20/29años

2-30/39años

3-40/49 años

4-5 años o más

(V2)VARIABLE: SEXO

1-Masculino

2-Femenino

(V3) VARIABLE: ANTIGUEDAD LABORAL

1-Menos de 5 años

2-Entre 5 y 10 años

3-Más de 10 años

(V4)VARIABLE: GRADO DE FORMACION

1-Licenciados

2-Enf Profesional

3- Auxiliar de Enfermería

(V5)VARIABLE: CAPACITACION:

1-Si

2-No

(V6) VARIABLE: TERMORREGULACION

1-Correctas

2-Incorrectas

(V7)VARIABLE: OXIGENACION

1-Correctas

2-Incorrectas

(V8)VARIABLE: CUIDADOS HIGIENICOS

1-Correctas

2-Incorrectas

(V9)VARIABLE: MOVILIZACION

1-Correctas

2-Incorrectas

(V10)VARIABLE: PREVENCION DE INFECCIONES

1-Correctas

2-Incorrectas

(V11) VARIABLE: VINCULO AFECTIVO PADRES-HIJO

1-Correctas2-Incorrectas

(V12)VARIABLE: ALIMENTACION EN EL RNPT

1- Si

2- No

3- No se

BIBLIOGRAFIA

- KERLINGER, F.N. (1988). Investigación del comportamiento
- AGUSTIN BARILLAS, TELMA Y. (2011). Conocimiento del pnal de Enf. Del Hosp. Nacional San Juan de Dios de Amatillan, Tesis sobre Cuidados al RNPT.
- COLLIERE MARIE, Promover la vida. Editorial Interamericana.
- Rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermería
- www.portalesmédicos.com/perfil-ocupacional-del-enfermero
- MARIUXI, JOHANA Z. (2009-2010). Rol de la Enfermera en la atención del RNPT
- GONZÁLES L. Luis Hernán, Termorregulación en el recién nacido, Edición servicio de Neonatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, año 2001
- REVISTA ENFERMERIA NEONATAL, FUNDASAMIN. El ABC del cuidado de Enfermería en los bebés prematuros.
- R. CEREZO, R. FIGUEROA, Manual de atención del recién nacido, año 1976, Guatemala
- MUÑOZ REQUENA Juan José, guía de cuidados del recién nacido, Córdova, Editado por dirección de enfermería, unidad de docencia y calidad Hospital Universitario Reyna Sofía Córdova
- Ministerio de Salud , Guías nacionales de neonatología , Enfermería en la adaptación neonatal a la vida extrauterina
- T MONTES BUENO, P DE LA FUENTE CALLE, Aseo cutáneo y estabilidad térmica en el prematuro
- MILLANAO Karina, Enfermería Neonatal para el desarrollo integral, Rancagua Chile
- LOADERMILK D; PERRY, S Y BOBAK, I; Perry, S y Bobak, I .Tratado de Enfermería Materno Infantil.
- MALAGÓN, G. Hernández, E. (1998). Infecciones Hospitalarias.
- ARANGO, R (2000). Enciclopedia de Estimulación al Recién Nacido Pretérmino.
- BRIGHT ROBERTS, Florence. Perinatología, Cuidados del Recién Nacido y su familia.
- STEVEN P. Shelov , M.D., F.A.A.P., Editor Jefe . Guía Completa de un equipo de expertos "El Cuidado de su Hijo Pequeño " Edición Única 1999
- M. JOVITA PLASCENCIA ORDAZ. Protocolo de Estimulación mínima para el RNPT y de Bajo Peso.