

00921
76



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE
CAPACITACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN
EL MANEJO DEL PREMATURO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

BEATRIZ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS
MATRO. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN

MÉXICO, D.F.

2003

Instituto Nacional de
Maternidad y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DEDICATORIA.

PRIMERO A MI DIOS Y A MIS PADRES, MARIA Y ALFONSO.

Que me dieron la vida, la paciencia y la fuerza para llegar a mi meta

A MI DIRECTOR DE TESIS
Matro. Julio Hernández Falcón

El cual, supo guiarme en las mil y una correcciones que realice durante la elaboración del trabajo.

A MI ESPOSO: NOE

Que con su amor, apoyo y paciencia, respaldó esta misión y mi decisión de superación

A USTEDES HIJAS: MICHELLE Y VIRIDIANA

Las cuales fueron el mejor estímulo para ser mejor ser humano, madre y profesionista

A MIS HERMANOS

Los cuales fueron un ejemplo a seguir, ya que cada uno de ellos plantó la semilla de la constancia, y la fuerza del espíritu en mi ser.

A TI

Que con su apoyo incondicional, fuiste un apoyo invaluable en mi investigación

Y a todas aquellas personas que de alguna manera estuvieron apoyándome para el logro de este sueño.

GRACIAS.

BEATRIZ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

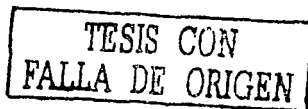
NOMBRE: Beatriz González Hernández

FECHA: 2/20/03

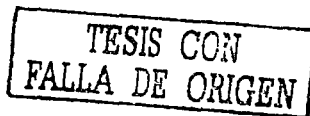
FIRMA: [Firma]

INDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN. | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| II. MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Historia de la neonatología | 12 |
| - Definición de prematuro | |
| - Epidemiología del prematuro | |
| 2.2. Norma Oficial Mexicana Nom007'SSA2'1993. Una consulta obligatoria para todo el personal de salud en las Unidades hospitalarias en el ámbito nacional. | 14 |
| 2.2.Evaluación de Riesgos Peri natales y Fetales, instrumentos y criterios en la enfermera profesional. | 17 |
| 2.3 Termorregulación y adaptación del prematuro | 24 |
| - Definición | |
| - Antecedentes | |
| - Mecanismos de regulación | |
| - Termorregulación | |
| - Factores que contribuyen a la pérdida de calor | |
| - Efectos del sufrimiento por frío | |
| - Precauciones importantes para la prevención de la pérdida de calor en los recién nacidos prematuros | |
| - Cuidados inmediatos del recién nacido pretérmino y la pérdida de calor | |
| 2.4 Alimentación enteral con la leche humana una alternativa de sobre | |



| | |
|--|-----------|
| vida para el prematuro | 29 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Principales características nutricias e inmunológicas de la leche humana - Diferencias entre la leche de término que la pretérmino - Programa de colección domiciliaria de la leche humana - Forma de iniciar la alimentación del neonato pretérmino | |
| 2.5 Control de infecciones nosocomiales fundamental para el niño pretérmino | 34 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades - Epidemiología - Etiología - Cuadro clínico | |
| 2.6 Perfil del profesional de enfermería | 38 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la Organización de la UCIN para el personal de enfermería - Orientación y seguimiento por parte del personal de enfermería a los Padres de niños prematuros - Plan en el hogar - Asistencia de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales al Recién Nacido pretérmino | |
| 2.7 Participación del personal de enfermería en la integración del binomio, con el nuevo programa de mamá canguro | 44 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades - Programa mamá canguro - Misión del personal de enfermería en programa - Concepto - Consideraciones generales - Criterios de selección - Finalidad - Ventajas y beneficios del método canguro | |



- Insumos que requiere el programa
- Características del Personal de enfermería
- Acciones de enfermería
- Para el R.N condiciones
- Participación del equipo multidisciplinario de Salud
- Precauciones
- Al egreso del neonato prematuro
- Elementos de una adaptación exitosa

III. MATERIAL Y MÉTODOS

| | | |
|------|--|----------|
| 3.1 | Justificación | 53 |
| 3.2 | Objetivos | 55 |
| 3.3 | Planteamiento del problema | 55 |
| 3.4 | Hipótesis | 56 |
| 3.5 | Definición de variables | 56 |
| 3.6 | Tipo de estudio | 61 |
| 3.7 | Unidades de Estudio | 61 |
| 3.8 | Unidades de Observación | 61 |
| 3.9 | Criterios de inclusión, exclusión y eliminación. | |
| 3.10 | Universo muestra | 61 |
| 3.11 | Instrumentos | 61 |
| 3.12 | Validez y confiabilidad | 62 |
| 3.13 | Procesamiento estadístico | 62 - 106 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. RESULTADOS

| | |
|---------------------------------|------------|
| 4.1 Generales | 107 |
| 4.2 Específicos | 107 |
| 4.3 Discusión y análisis | 109 |
| 4.4 Propuestas | 111 |
| 4.5 Conclusiones | 112 |
| BIBLIOGRAFÍA | 114 |
| ANEXOS | 117 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

La alta incidencia de nacimientos prematuros en México ha incrementado en los últimos años; Desde la aparición de la neonatología hasta nuestra época ha sido estudiada. El **objetivo** de este estudio ha sido identificar las características de la capacitación del personal de enfermería que brinda cuidados a los prematuros. Por tal durante el segundo semestre del año 2002 se realizó una investigación de tipo descriptivo prospectivo, transversal con el propósito de identificar las características de capacitación del personal de enfermería en el manejo* del prematuro.

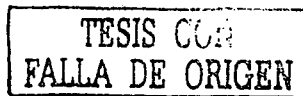
El estudio se realizó en el Hospital General de Tlalnepantla, siendo las unidades de observación las enfermeras del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica.

Los criterios de inclusión fueron, las enfermeras de base del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica de los diferentes turnos. Los criterios de exclusión serán las enfermeras de otro servicio, pasantes de nivel técnico, personal de enfermería que cubra interinatos, permisos, vacaciones o incapacidades.

El instructivo utilizado fue una encuesta, la cual demostró su validez y confiabilidad. Se realizó procesamiento estadístico con cuadros y gráficas, así como análisis descriptivos, obteniendo los siguientes **resultados**: De las 19 encuestas aplicadas el 80% fueron enfermeras Generales y solo el 5% Enfermeras especialistas, ubicadas equitativamente en los diferentes turnos.

Se encontró que el 100% de dicho personal proporciona los cuidados mediatos al recién nacido pretérmino, así mismo este profesional identifica plenamente en un 100% los problemas de tipo respiratorio así como la valoración de Silvermann. El 90% de dicho profesional, maneja adecuadamente la instalación del ventilador y solo el 10% no lo hace, el 100% coincide que en la eficacia del programa de mamá canguro, ya que se ha demostrado su efectividad con los prematuros egresados del servicio, a su vez considera la educación continua indispensable para el desarrollo intelectual y profesional. Cabe resaltar que solo el 5% destaca no tener la destreza en

* Manejo: Se entiende como cuidado integral por parte del personal de enfermería, al recién nacido prematuro.



situaciones críticas, mientras que el 95% sí. **Conclusiones.** El servicio de Medicina Perinatal Pediátrica cuenta con personal de enfermería para el cuidado integral del recién nacido prematuro, el cual tiene los conocimientos científicos regulares, la experiencia y la capacitación parcialmente adecuada que se ha visto reflejada en la atención del mismo. Se denota que llevando la normatividad adecuado ya que se ha disminuido la mortalidad. En comparación de los países del 1er mundo (desarrollados) la incidencia en infecciones nosocomiales es similar por lo inmunodeprimidos de los neonatos. Por último cabe mencionar que la hipótesis fue parcialmente verdadera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido incremento en los nacimientos de recién nacidos pretérmino. La incidencia en México de neonatos prematuros es alrededor del 13 % para población abierta.¹

Por lo anterior y en virtud de la importancia que tiene la problemática relacionada a la prematuridad, en especial las complicaciones y el seguimiento para una adecuada atención e identificación del neonato de alto riesgo, el profesional de enfermería tiene a bien estar adecuadamente capacitado para brindar una atención de alta calidad.

El marco teórico parte de una conceptualización del neonato prematuro, así como también de la historia de la neonatología, se denota la importancia de la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, así como evaluación de riesgo perinatal y fetal, los instrumentos y criterios del personal de enfermería, enmarcando la termorregulación, los antecedentes, mecanismos de regulación y termorregulación, etc. Continuando con algo fundamental para el crecimiento y desarrollo del prematuro como es la alimentación enteral con la leche humana, siendo ésta la mejor alternativa de vida para él.

Las infecciones intra hospitalarias en este tipo de pacientes tienen un papel importante en el manejo del paciente cuyo seguimiento es por parte del personal de enfermería y Médico. A sí mismo se aborda el perfil del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la participación del mismo en la integración del binomio en el programa de mamá canguro.

La investigación se realizó por medio de una recolección de datos con un instrumento (encuesta) cuyos resultados fueron plasmados en cuadros y gráficas respectivamente de cada reactivo. Los resultados obtenidos fueron también capturados en forma descriptiva.

Las propuestas se basan en el seguir con la normatividad llevada hasta el momento se sugieren puntos que considero importantes para brindar una mejor calidad de atención. Las conclusiones relatan en forma específica las características del personal de enfermería y del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica, la morbi-mortalidad y sobre todo la participación tan importante del profesional en enfermería.

¹ Temas de actualidad sobre el recién nacido. González Gómez Danglot Banck México 1997, pp.75

En los últimos veinte años el avance y desarrollo de los cuidados intensivos neonatales han permitido que sobrevivan niños muy inmaduros así como la mayoría de los recién nacidos pretérminos con patologías graves. Es un gran desafío por tal para el equipo de salud principalmente para la enfermera involucrada en los cuidados específicos de este tipo de pacientes, tanto desde la perspectiva de seguir disminuyendo la mortalidad, como mejorar las condiciones de vida de los RN de extremo bajo peso de nacimiento, por pertenecer al grupo con mayor riesgo de morir o quedar con secuelas. Partiendo del hecho de que el recién nacido prematuro en riesgo es susceptible de contraer enfermedades, leves y graves, resultado de inmadurez, trastornos físicos o complicaciones durante el parto o incluso después de éste. De ahí que los miembros del equipo médico principalmente el profesional de enfermería deban tener cierta capacitación para la atención de los posibles factores de riesgo a los que se enfrenta. Tales problemas pueden ser muy diferentes en un neonato de término que el pretérmino.

Pudiéndose advertir por tal que no obstante el riesgo absoluto que presenta el prematuro, la deficiencia de conocimientos del personal de enfermería ocasionaría un mayor incremento en la tasa de mortalidad de este tipo de neonatos.

Así pues considero que este tema es de suma importancia para el profesional de enfermería ya que podremos detectar la frecuencia de este problema y a su vez nos tocaría contribuir al cambio del futuro de estos pequeños.

Aunado a lo anterior la presente investigación consta de justificación, objetivos, un planteamiento del problema, en donde se desarrollará el marco teórico que consta de 8 capítulos con los temas de interés para tal proyecto, tales como: historia del prematuro, Norma Oficial Mexicana, evaluación de riesgo perinatal y fetal, termorregulación, alimentación enteral con leche humana, control de infecciones neonatales, perfil del profesional de enfermería, así como la participación de la misma en el programa de mamá canguro.

Por otro lado la hipótesis, la definición de las variables, siendo la variable en estudio, la capacitación del personal de enfermería que maneja prematuros, los indicadores así como la definición nominal.



A su vez la metodología sería que el tipo de estudio es descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental. El universo de trabajo es en el Hospital General de Tlalnepantla las unidades de observación son las enfermeras asignadas al servicio de Medicina Perinatal Pediátrica en donde se tomarán en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

La información se recopilará por medio de una encuesta, el plan de análisis se representa por cuadros específicos para el fin ya mencionado anteriormente.

Es si este proyecto pretende concienciar al personal de enfermería sobre la importante participación que tiene en el cuidado integral del recién nacido de término.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA DE LA NEONATOLOGÍA

La neonatología surge desde 1892, con las observaciones de Pierr médico de origen francés, considerado el padre de la Neonatología el cual escribió un libro para lactantes con problemas nacidos de un parto prematuro y diferenció a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional.² La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio, es decir el " estudio del recién nacido ".³

En 1914 el Dr. Julius Hess en Chicago, inició unidades de cuidados para recién nacidos prematuros en el Hospital Michael Reese.

En 1924 Albrecht Peiper se interesó en la maduración neurofisiológica de los recién nacidos prematuros,

En la década de 1940 se unifican los criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros y aparecen las primeras incubadoras para estabilización térmica de los mismos.

En 1953 Virginia Apgar contribuyó con la escala para la evaluación del grado de asfixia perinatal que se presenta la adaptación a la vida extrauterina.

Desde 1960 la cirugía neonatal ha evolucionado cada día más resolviendo algunas patologías que requieren de manejo quirúrgico, y actualmente se realizan algunos procedimientos quirúrgicos en forma intrauterina en el Instituto Nacional de Perinatología.

Desde la década de 1970 se ha insistido cada vez más en el cuidado especial de enfermería, así como en la calidad de atención sobre el recién nacido pretérmino, manejo adecuado de asepsia, antisepsia y lavado de manos para prevención de infecciones en las unidades de neonatología así como de los diferentes servicios de los hospitales.

² Historia de la neonatología.
<http://www.geocities.com/neopuertomontt/historia.html>

³ Neonatología.
<http://www.erha.com.mx/informa/neonato/neonatologia.htm>

1. DEFINICIÓN DE PREMATURO.

Se denomina nacimiento prematuro al que ocurre antes de que hayan terminado las 37 semanas de gestación.

Para definir al neonato prematuro se deben de considerar tres aspectos importantes;

- EDAD GESTACIONAL
- PESO AL NACER
- CARACTERÍSTICAS SOMÁTICAS Y FUNCIONALES.

La edad gestacional de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es menor de 37 semanas de gestación a partir del primer día de la fecha de la última menstruación. De acuerdo al peso se les considera de bajo peso al nacimiento a los menores de 2500g. Actualmente se basan en la clasificación de Lubchenco, quien clasifica la prematurez en tres estadios: prematuro extremo de las 26 a las 30 semanas; prematuro intermedio, de las 30 a las 34 semanas y prematuros límite de las 34 a las 36 semanas.

2. EPIDEMIOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.

El nacimiento de pretérmino constituye un problema de salud pública mundial, ya que da lugar a la mitad de las muertes neonatales, a un tercio de los casos de parálisis cerebral y ocupa más de la tercera parte de los servicios neonatales. La incidencia en MÉXICO del neonato pretérmino es alrededor del 13 % para población abierta.⁴

Las organizaciones Nacionales e Internacionales están buscando formas para disminuir la incidencia de recién nacidos con peso bajo al nacer, ya que al mejorar el peso se obtiene un efecto directo sobre la reducción de la morbilidad mortalidad perinatal. En investigaciones realizadas en el departamento de pediatría de la Universidad de Vermont Oxford, USA. Han Reflejado disminución en la morbilidad y mortalidad en los recién nacidos de pretérmino de muy bajo peso si se presta atención especial a los cuidados obstétricos y neonatales.⁵ Por lo que es de gran importancia que tanto el personal médico como de enfermería detecten oportunamente

⁴ Gómez Gómez-Danglot Banck, México 1997 pp.75

⁵ Hodbar JD, Badger Pediatrics 2002 Jul;110(1 Pt 1):143-51

embarazos de alto riesgo, para darle un seguimiento adecuado y tratar de evitar partos prematuros que conlleven a neonatos de pretérmino.

Antes del advenimiento de la terapia intensiva neonatal, los recién nacidos de peso menor de 800 gr sobrevivían sólo ocasionalmente.

Actualmente las tasas de supervivencia se han incrementado de manera impresionante, sin embargo la mortalidad para los neonatos que pesan menos de 2500 gr al nacer (peso bajo al nacer) sigue siendo elevada en comparación con aquellos recién nacidos de peso normal.

La prevención tanto de la prematuridad como de la hipotrofia ha sido abordada en los últimos años con diversas estrategias esencialmente terapéuticas, por lo que una vez que aparecen signos y síntomas de alerta durante el embarazo, se debe de realizar una vigilancia más estrecha del binomio madre producto y en caso necesario dar tratamiento oportuno con la finalidad de llevar el embarazo a término, evitando de esta forma posibles complicaciones que se pudieran presentar en el recién nacido prematuro.⁶

2.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 007'SSA2'1993. UNA CONSULTA OBLIGATORIA PARA TODO EL PERSONAL DE SALUD EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS en el ámbito NACIONAL.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito. mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevada a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

⁶ Asociación de Médicos neonatólogos del DF. Y Valle de México. Temas selectos de recién nacido de bajo peso, México 1993 pp.1.

No se trata de limitar el quehacer de los profesionales, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina debe ser utilizados.

De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicio y las instituciones.

ESPECIFICACIONES.

- La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores públicos, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.
- En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.
- Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
- La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención), de primero, segundo o tercer nivel de atención.
- Las unidades deben proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal.

- Toda unidad médica de segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudio de Mortalidad perinatal.
- ATENCIÓN DEL EMBARAZO, con el control prenatal a fin de detectar y controlar factores de riesgo.
- La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas. En caso de la prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.
- PREVENCIÓN DE BAJO PESO AL NACIMIENTO. En toda unidad se deben de establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematurez y el bajo peso al nacimiento.
- La detección oportuna incluye, etapas durante el embarazo y el nacimiento.
- Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.
- El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tenso activos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro)
- Atención del parto y puerperio.
- ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.
- La atención al R.N. vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control de los 7 días y a los 28 días.
- Toda unidad médica como atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K, 1 mg. Intramuscular y la prevención de la oftalmia purulenta,

examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración del Apgar. (ver anexo 7)

- En ningún caso se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberán remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.
- Protección y fomento a la lactancia materna exclusiva. Atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.
- MANEJO DEL NIÑO CON BAJO PESO AL NACIMIENTO
- Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.
- Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "BANCOS DE LECHE HUMANA" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.
- Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.
- Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

2.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS PERINATALES Y FETALES, INSTRUMENTOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERA PROFESIONAL.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los estudios realizados han demostrado que en el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o y tardía, los abortos previos y la desnutrición, entre muchas más son

factores de riesgo universales y estas características aumentan la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos (Ej. Ciertos grupos de edad)
- Ambientales (Ej. Abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuado sistema de disposición de excretas)
- De comportamiento (Ej. Fumar)
- Relación con la atención a la salud (Ej. Baja calidad de la atención, cobertura insuficiente)
- Sociales-Culturales (Ej. Educación); y
- Económicos (Ej. Ingreso)

Los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Un ejemplo de ello es el parto prematuro y precipitado.

Por ello y para modificar estos factores de riesgo la enfermera profesional es un recurso adecuado ya que se encuentra preparada para intervenir en la acción preventiva de los factores de riesgo, así como recomendaciones tendientes a evitar los intervalos inter genésicos cortos y el embarazo en los extremos de la vida reproductiva, etc.

La enfermera debe asegurarse de las habilidades y destrezas de su profesión para hacer frente a las demandas de servicio de salud de la población de bajo riesgo que tendrá a su cuidado.

La forma de detectar estos riesgos es a través de la atención prenatal que se define como: " la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del Recién Nacido".⁷

En otras palabras durante la atención prenatal cuando esta es oportuna y consistente permite identificar los factores que pueden propiciar daño perinatal, está demostrado que solo así es posible brindarle una atención más cuidadosa a la mujer embarazada durante la gestación. Es

⁷ SS Maternidad Saludable y sin Riesgos p.52

necesario una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo, con base a los factores de riesgo detectados. De acuerdo a estos el embarazo se puede clasificar en Riesgo Bajo, Riesgo Medio y Riesgo Alto.

Sin embargo el que nos interesa en este momento es él:

Riesgo Alto: En este nivel se encuentran las mujeres en las cuales se han identificado factores de riesgo, ya sean previos y/o actuales que aumenten la probabilidad de daño a la mujer en el momento de la concepción el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel de atención. Para con ello, llegar a una Salud Perinatal. El cual constituye un componente básico del Programa de Salud Reproductiva que tiene como misión garantizar una maternidad saludable y sin riesgos a todas las mujeres mexicanas, y contribuir ala disminución de la mortalidad materna y perinatal.⁸

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, establece que se debe aplicar sistemáticamente el enfoque de riesgo en la atención a la salud perinatal, especialmente cuando se identifican antecedentes familiares o personales, condiciones o circunstancias que representan factores que puedan poner en riesgo la evolución normal de la gestación.⁹

EVALUACIÓN DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

1. LA EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO.

Las mujeres de 20 a 29 años de edad tienen los índices más bajos de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y de lactantes; en tanto que las mujeres menores y de más edad tienen índices más altos.

2. EL PESO CORPORAL.

Las mujeres que pesan menos de 45 Kg cuando no están embarazada tienen mayores probabilidades de dar a luz un lactante PEG, por lo cual se les debe incentivar a que aumenten de peso.

⁸ Op cit SS p.9

⁹ Ibidem p.16

3. LA TALLA

La talla de la madre se relaciona con su capacidad de pélvica. Las mujeres que miden menos de 150 cm tienen mayor probabilidad (al menos 50% de los casos) de desproporción feto pélvica.¹⁰

4. EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

En los países en desarrollo la pobreza, las tradiciones culturales y las leyes nacionales restringen el acceso a la mujer a las herencias y a los recursos económicos. Sin dinero, no pueden decidir independientemente sobre su salud ni buscar los servicios necesarios. La pobreza es un estilo de vida caracterizado por hacinamiento, higiene y educación deficientes, ignorancia, indiferencia y medios inadecuados para mantener la salud personal. Es por ello que si un recién nacido durante el periodo gestacional no fue bien nutrido y las condiciones socioeconómicas en que vivía la madre fueron inadecuadas, el recién nacido puede ser pretérmino, con bajo peso, desnutrición in útero o bien con alguna malformación congénita debido a que fue gestado en un medio hostil y no tuvo la opción de contar con un adecuado control prenatal.

5. LA ESCOLARIDAD MATERNA

La baja escolaridad de la mujer se asocia con la frecuencia de hijos prematuros, mediada por la posición, el ingreso y la ocupación lo cual influye para que la mujer (o inclusive antes de la concepción) busque asistencia adecuada.

6 EL ESTADO CIVIL

En nuestra sociedad por tradición cultural, el embarazo fuera del matrimonio se considera como un factor de riesgo, ya que la mujer carece del apoyo de una pareja, lo que condicionará que realice trabajos inadecuados que le impedirá tener el reposo óptimo, tendrá un estado nutricional deficiente, angustia y estrés, todo ello se verá reflejado en la evolución del embarazo.¹¹

¹⁰ DeCHERNEY " Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos " Cáp. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 338

¹¹ SUA-ENEO-UNAM " Obstetricia I antología "

7. LA ACTITUD MATERNA

Es importante conocer la respuesta de la mujer gestante, ante su embarazo, ya que este pudo ser planeado o no planeado, en cuyo caso la futura madre puede rechazar su estado y tener problemas emocionales serios. El rechazo al embarazo en forma constante destruye y perjudica la salud mental de la madre quebrantando su salud física poniendo en riesgo la salud de su hijo.

8. LA MULTIPARIDAD

En las multiparas pueden ocurrir trabajos de parto y parto precipitados, con traumatismo de tejidos blandos y hemorragia resultantes. Es más común la placenta previa en la mujer multipara.¹²

9. PARTOS ANTERIORES, ABORTOS O CESÁREAS PREVIAS.

Existen factores de riesgo con base en antecedentes de embarazos previos, entre ellos están embarazos rápidamente sucesivos (menos de tres meses entre el parto y la concepción); partos operatorios (cesáreas, Fórceps medio, etc.); trabajo de parto prolongado o distocia y trastornos psicológicos graves relacionados con el trabajo de parto y parto.¹³

10. PARTO PRETÉRMINO COMO FACTOR DE RIESGO

Cuando mayor el número de partos previos antes del término, mayor el riesgo actual y la necesidad de vigilar más estrechamente a la paciente con la finalidad de identificar la iniciación temprana de contracciones.

11. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO

Estos trastornos incrementan el riesgo de hipertensión en el embarazo actual, en especial si hay hipertensión crónica subyacente o enfermedad renal.

12. HIJOS DE 2500Grs O MENOS (PEG)

Cuando la mujer que haya tenido un lactante PEG está en mayor peligro de tener otro. Existe un aumento entre 2 y 4 veces el riesgo de nacimiento de PEG después de 1 o 2 nacimientos PEG, respectivamente las mujeres parientes en primer grado de la paciente tienen un riesgo doble de dar a luz un lactante de esta clase.¹⁴

13. HIJOS DE 4000g.

¹² Op.cit. Decherney Cáp. Métodos de valoración para el embarazo con riesgos p. 336

¹³ Op.cit. DECHERNEY. Cáp. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo p.336-337

¹⁴ Ibit. Cáp. Crecimiento fetal desproporcionado p.433

El lactante macrosómico previo (mayor de 4000 g) sugiere diabetes sacarina materna. En la actualidad se recomienda que todas las mujeres se sometan a estudios de detección entre las 24 y 28 semanas gestacionales, con una prueba de provocación a la glucosa oral de 1 hora con 50g.

14. MUERTE PERINATAL

Cuando existe el antecedente de pérdida perinatal la frecuencia de nacimientos prematuros e mayor y se incrementa progresivamente conforme más perdidas perinatales se hayan registrado en embarazos previos.

15. HIJO MALFORMADO

A la mujer que ha tenido un lactante de esta clase debe ofrecérsele asesoramiento genético, ya que las malformaciones pueden ser por herencia directa de los padres, o familiares y por factores ambientales que pueden ser de diversos tipos, estos condicionan el factor precipitante.

16. CIRUGÍA PREVIA

Son de importancia especial los antecedentes de operaciones ginecológica. Las intervenciones uterinas previas pueden requerir parto por cesárea. El antecedente de abortos múltiples inducidos o de pérdidas durante el segundo trimestre puede sugerir cuello uterino insuficiente, Las pacientes con partos por cesárea previos pueden ser candidatas para parto vaginal se reciben asesoría adecuada y satisfacen requisitos establecidos.¹⁵

17. LA CONSANGUINIDAD

La consanguinidad aumenta el riesgo de que ocurran las enfermedades recesivas (enfermedades genéticas) y se observa con más frecuencia entre las parejas que han tenido algún hijo afectado que en la población general. Esto obedece a que cuanto más cercano es el parentesco entre dos individuos mayor es el número de genes que tienen en común.

18. EL FACTOR RH

El problema de incompatibilidad de Rh surge cuando la madre Rh negativo se embaraza de un hombre Rh positivo y el hijo es también Rh positivo. Si algunos eritrocitos fetales Rh positivos atraviesan la barrera placentaria y llegan a la circulación materna, el factor Rh actuará como antígeno y estimulará la formación de anticuerpos contra los eritrocitos fetales Rh positivos. En los

¹⁵ Opcit Decherney. Cáp. Embarazo normal y cuidados prenatales p.229

siguientes embarazo con fetos Rh positivos, algunos de los anticuerpos maternos entraran a la circulación fetal y atacaran y destruirán los eritrocitos del feto. Esto produce anemia en el feto y en casos graves, un padecimiento llamado eritroblastosis feta. A veces mortal.

19. EL TABAQUISMO.

Causa una disminución en el peso de los bebés al nacer de entre 150 a 200 gramos.

Solo en Estados Unidos de Norteamérica, el número de partos prematuros debido al tabaquismo es de alrededor de 1'250,000.¹⁶

20. EL ALCOHOLISMO

Las madres que consumen alcohol durante la gestación arriesgan al feto de padecer el síndrome de alcoholismo fetal. Los neonatos muestran un patrón alterado de crecimiento, en estatura y peso. Se calcula que muchos neonatos (1 a 2% de nacimientos vivos) tienen diversos trastornos psicosociales, de conducta y neurológicos como hiperactividad, debido a consumo de materno de alcohol. Además, muchos embarazos terminan en aborto o partos con feto muerto.¹⁷

21. AMENAZA DE ABORTO.

Se considera factor de riesgo por ser la posibilidad de que se vea interrumpido el embarazo, antes de que el feto llegue a la etapa de viabilidad. Este problema obstétrico a su vez puede ocasionar en la mujer trastornos psicológicos como el temor a ser incapaces e incompetentes como mujeres para dar a luz ansiedad que se agudizaría en caso de sucesos repetitivos.

22. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

El trabajo de parto prematuro es una de las causas principales de muerte perinatal en el mundo, ya que los niños prematuros tienen mayores posibilidades de padecer traumatismos y sufrimiento respiratorio durante el nacimiento.¹⁸

23. HEMORRAGIA GINECOLÓGICA

Las causas que producen hemorragia en el embarazo son consideradas complicaciones de este que lo califican como embarazo de alto riesgo.

24. CARDIOPATIA.

¹⁶ www.es.intertux.com

¹⁷ Operat BURROUGSH Cáp. Cuidado de la salud durante el embarazo p.112-113

¹⁸ Ibidem. Cáp. Complicaciones p.426.

Las enfermedades cardiovasculares son las causas no obstétricas más importantes de incapacidad y muerte en embarazadas.

25. NEFROPATIA

Los trastornos renales más comunes son: bacteriuria asintomática, cistitis aguda y plelo nefritis. Los cuales pueden causar múltiples problemas tanto a la madre como al producto, (parto prematuro, lactante pequeño para la edad gestacional.

26. DIABETES.

Una embarazada diabética tiene mayor incidencia de complicaciones. Pueden surgir complicaciones maternas a causa de problemas metabólicos, vasculares e infecciones. Entre las complicaciones fetales se incluyen el parto prematuro, etc.¹⁹

27. HIPERTENSIÓN CRÓNICA Y DEL EMBARAZO.

Ambas son consideradas como factores de riesgo tanto para la madre como para el producto.

28. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Se considera un signo de riesgo, ya que el trabajo de parto se prolonga al no contar con la fuerza hidrostática de la bolsa de las aguas que favorece el borramiento y la dilatación, tiende al moldeamiento y al cÁPÚT succedaneum con las posibles lesiones del producto. Trayendo como complicaciones, infecciones maternas, fetales o neonatales; parto y nacimientos prematuros, e hipoxia ya asfisia secundarias a compresión del cordón umbilical.

2.3 TERMORREGULACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL PREMATURO.

DEFINICIÓN.

La termorregulación es el balance entre la producción y la pérdida de la energía acalórica corporal.

ANTECEDENTES.

Diversos autores han estudiado la fisiopatología de la termorregulación desde 1958, son clásicas las observaciones de Budin sobre la influencia de la temperatura ambiental en la mortalidad de los niños prematuros así como el punto de vista de Lacomme, quién al verificar la dificultad que tenían los prematuros para conservar una temperatura entre 36.5 y 37.5 grados centígrados pensó que

¹⁹ *Ibidem.* P.398.

hasta podría ser normal e inocuo para ellos tener temperaturas rectales inferiores a 36 grados centígrados (1964.)

Históricamente el conocimiento y el buen manejo de la termorregulación ejercieron una importante influencia sobre el descenso de la mortalidad de los recién nacidos pretérmino.

La pérdida de calor en los prematuros es mayor que en los recién nacidos a término y su capacidad para producir calor es limitada. Los prematuros no cuentan con una reserva adecuada de grasa para su metabolismo por lo que presentar hipotermia muy fácilmente, sé metabolizan rápidamente tanto las reservas de glucógeno como las de grasa para producir calor. El prematuro tiene una superficie corporal grande, siendo la cabeza proporcionalmente mayor que el cuerpo, a diferencia del niño a término. Su actividad muscular es tenue y nace con las extremidades extendidas, mientras que el niño a término generalmente las recoge, de modo que respecto de su postura, el prematuro pierde más calor porque queda expuesta una superficie corporal mayor.

MECANISMOS DE REGULACIÓN:

El ser humano es un organismo homeotérmico, es decir mantiene su temperatura corporal entre los 36.5 a 37 grados Centígrados constantemente; independientemente de que en el exterior exista temperatura ambiental alta o baja. El concepto esencial para la homeotermia es el equilibrio preciso del intercambio de calor entre el organismo viviente y su entorno por lo que el contenido calórico total del cuerpo y las temperaturas corporales varían muy limitadamente. Para poder conseguir una temperatura corporal interna constante se debe equilibrar el flujo calórico entre las profundidades del cuerpo y la superficie por un lado, y entre la superficie corporal y su entorno por el otro. Para lograr el control térmico debemos producir calor, esto es perder calorías, y por ende consumir oxígeno, el cual es esencial en el período neonatal, máxime si se encuentra en periodo de adaptación de la vida intrauterina (con temperatura promedio de 38 grados centígrados) a la vida extrauterina con un medio relativamente frío, pero que podemos fácilmente controlar con calor ambiental.

Para la supervivencia de los prematuros es esencial mantener un ambiente térmico neutro constante. Los recién nacidos a término pueden modificar la temperatura del cuerpo

incrementando la actividad muscular y adoptando una posición flexionada para minimizar la pérdida de calor. En general, el niño prematuro es colocado en una cama o incubadora de calor radiante, además de que se utiliza un dispositivo cutáneo censor para vigilar su temperatura.

TERMORREGULACIÓN.

La regulación térmica es la habilidad del recién nacido para producir calor y mantener una temperatura corporal normal. Es una función metabólica vital y constituye un desafío constante. Antes del nacimiento, el feto se mantiene a una temperatura estable ideal dentro del útero. En contraste, al nacer, el medio ambiente del neonato puede cambiar rotundamente. Cuando se le expone a un ambiente frío, el recién nacido requiere de calor adicional. Los mecanismos fisiológicos que elevan la producción de calor se denominan termogénesis. Estos incluyen aumento del metabolismo basal, actividad muscular y termogénesis química también llamada termogénesis sin estremecimiento.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA PERDIDA DE CALOR.

Los recién nacidos prematuros son susceptibles a la pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación con su peso. Su piel es delgada, los vasos sanguíneos están cercanos a la superficie, y hay poca grasa subcutánea que los aisle. Debido a estos factores, los recién nacidos experimentan una mayor transferencia de calor al ambiente externo que los adultos. Adicionalmente, al nacer, la piel de los recién nacidos está húmeda por el líquido amniótico y la temperatura ambiente es más baja que la del medio uterino.

a) Pérdida de calor al ambiente.

La pérdida de calor hacia el medio conducción, **convección** e irradiación ambiente tiene lugar en cuatro formas:

Evaporación. La evaporación ocurre cuando las superficies húmedas se exponen al aire. Se produce pérdida de calor cuando el agua se convierte en vapor. El recién nacido pierde calor de inmediato al evaporarse el líquido amniótico de la piel. También se produce evaporación durante el baño. Por consiguiente, es importante secar al niño tan rápido como sea posible para evitar la pérdida de calor. Es de singular importancia secarle la cabeza por se una gran superficie del

cuerpo. En muchos hospitales se pone una gorra de tejido de media a los recién nacidos para reducir la pérdida de calor, y es frecuente demorar el primer baño hasta que la temperatura corporal se haya estabilizado. Se produce pérdida adicional de calor por evaporación mediante la pérdida imperceptible de agua a través de la piel y por la respiración.

Conducción. La conducción es la transferencia de calor hacia una superficie más fría por el contacto de la piel. La conducción se produce cuando el recién nacido entran en contacto con objetos fríos. Las manos, básculas, mesas de exploración y estetoscopios fríos pueden causar pérdida de calor por conducción. Deben tomarse precauciones para evitar tocar a los niños con objetos a menor temperatura que su piel. Las medidas para reducir la pérdida de calor por conducción incluyen colocar al niño en una frazada precalentada y el uso de un calefactor radiante.

Convección. La convección es la pérdida de calor de la superficie caliente del cuerpo por el aire en movimiento a menor temperatura. El flujo de aire producido por el aire acondicionado y las personas moviéndose en la habitación aumentan la pérdida de calor. Las corrientes de aire y las mascarillas de oxígeno pueden aumentar la pérdida de calor por convección, suele colocarse a los pequeños bajo calefactores radiantes o en incubadoras (alejados de la corriente de aire) hasta que su temperatura se haya estabilizado. Asimismo, los niños son transportados por los pasillos en incubadoras cerradas y calentadas.

Radiación. La pérdida por radiación se produce de un objeto caliente a uno más frío y con objetos que no están en contacto uno con otro. Por ejemplo, si la cuna está próxima a una ventana fría o si las paredes de la incubadora están frías se pierde calor por irradiación.

EFFECTOS DEL SUFRIMIENTO POR FRIO.

Cuando un neonato se enfría o es sometido a sufrimiento por frío, se desencadena una serie de eventos que pueden ser dañinos o incluso fatales. Enfriar al niño tiene efectos adversos en el consumo de oxígeno, el uso de glucosa, el pH de la sangre, la producción de agente pulmonar tenso activo, la circulación fetal y los niveles de bilirrubina. Cuando disminuye la temperatura del cuerpo de los recién nacidos, su metabolismo aumenta para producir calor con lo que aumentan las demandas de oxígeno y glucosa. Incluso un pequeño aumento en el metabolismo puede aumentar la necesidad de oxígeno. Además, el niño puede sufrir hipoxia al consumir el oxígeno

para producir calor. Para mantener un ambiente térmico neutro, un medio en el cual el consumo de oxígeno del infante y su metabolismo sean mínimos, se requiere una temperatura de 32 a 34° centígrados.

Cuando el niño es sometido a sufrimiento por frío prolongado, sus reservas de glucógeno pueden agotarse y provocar hipoglucemia. El metabolismo de la glucosa en presencia de insuficiencia de oxígeno produce un aumento de ácido láctico que es liberado en la sangre.

PRECAUCIONES IMPORTANTES PARA LA PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DE CALOR EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.

- Secar al niño inmediatamente después de nacer
- Secarle la cabeza después de nacer y cubrirla con un gorro
- Colocar al recién nacido prematuro en una frazada precalentada. Reemplazarlas por otras frazadas adicionales precalentada en caso que la temperatura sea menor a la óptima.
- Evitar el contacto del niño con paños húmedos. Cambiar los paños húmedos con frecuencia.
- Alentar el contacto piel a piel de la madre con su hijo luego que a sido secado o en su diferencia colocarlo a una cuna de calor radiante o incubadora.
- Proteger al neonato prematuro de corrientes de aire; Evitar que esté cerca de los aparatos de aire acondicionado, puertas y ventanas.
- Alejar o mover los calefactores radiantes, incubadoras y cunas de ventanas y paredes exteriores.
- Poner una frazada tibia entre el cuerpo del niño y superficies frías
- Calentar las manos, el estetoscopio y las ropas antes de tocar al recién nacido prematuro.
- Vestir y envolver al pequeño rápidamente después de los procedimientos.

CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO PRETÉRMINO Y LA PERDIDA DE CALOR

Es importante tomar en cuenta los cuidados inmediatos al R.N. en la unidad tóco quirúrgica, ya que principalmente los neonatos prematuros tienden a perder calor y por ende pueden tener mayor número de complicaciones.

Al nacimiento es importante:

- Observar hora de nacimiento
- Secar inmediatamente al neonato con una frazada seca, (ya que la hipotermia aumenta el consumo de oxígeno y favorece la aparición de acidosis e hipoglicemia), al mismo tiempo se estimula. Colocarlo en decúbito dorsal con la cabeza dirigida al explorador con el cuello extendido (posición de Dossier) bajo una fuente de calor radiante. Limpiar las vías respiratorias.
- Calificar el APGAR transcurrido uno y cinco minutos posteriores al nacimiento
- Tomar signos vitales verificando que se encuentren dentro de los parámetros normales.
- Toma de tamiz neonatal por cordón umbilical.

Debido a la inmadurez de los órganos y sistemas del neonato prematuro se deberá de realizar una valoración minuciosa, verificando grado de asfixia para en caso necesario realizar reanimación cardiopulmonar. Todo esto se realiza en 20 segundos. Evaluando la condición del paciente, observando la respiración, la frecuencia cardíaca y el color, nos indicara los pasos a seguir.

2.4 ALIMENTACION ENTERAL CON LA LECHE HUMANA UNA ALTERNATIVA DE SOBREVIVENCIA PARA EL PREMATURO.

Investigaciones recientes han establecido que la leche materna es la mejor fuente de nutrición para los recién nacidos prematuros, la madre necesita ser orientada en forma adecuada acerca de los beneficios que le proporcionara al niño al amamantarlo ella misma. La enfermera tiene la

oportunidad de educar a la madre en la importancia de la leche materna para el niño prematuro y apoyarla durante el proceso.²⁰

El recién nacido prematuro presenta una serie de factores de alto riesgo y severidad variable, que condicionan un elevado índice de morbilidad, a sí mismo, se requiere utilizar un gran porcentaje de los recursos económicos y humanos de las instituciones, ameritando una estancia hospitalaria prolongada y un manejo especializado de un equipo multidisciplinario de trabajadores de la salud. El porcentaje de prematuridad no se ha podido abatir en las unidades médicas de alta especialidad, continua presentándose en un 12 % de todos los nacimientos, por tanto las alteraciones condicionadas por la inmadurez durante la etapa de adaptación a la vida extrauterina en los sistemas cardiorrespiratorio y neurológico requieren de un manejo prioritario.

Es una etapa de grandes necesidades energéticas sin reservas orgánicas suficientes para cubrir sus requerimientos, sin olvidar la alta incidencia de procesos infecciosos adquiridos directamente de la madre o del ambiente hospitalario por los múltiples procedimientos a que se ven sometidos aún en condiciones asépticas independientemente de que el neonato pretérmino cuense o no con alguna enfermedad, el propósito de su permanencia hospitalaria, es ofrecer un apoyo nutricional lo más temprano y apropiado posible que satisfaga todos los requerimientos, para que en el menor tiempo pueda ser manejado por su madre en su domicilio. Es prioritario valorar la posibilidad de nutrición parenteral total en aquellos neonatos que por sus condiciones no sea factible el inicio de la vía oral dentro de las primeras 72 hrs. de vida. Actualmente se recomienda que en recién nacidos pretérmino de muy bajo peso se inicie con Nutrición Parenteral y posteriormente más se aproximan al ideal son la leche de la propia madre y las fórmulas lácteas especialmente diseñadas para niños pretérmino.

Asimismo, sabemos que la frecuencia de amamantamiento se encuentra en declinación favorecida entre otros factores por las rutinas alimentarias establecidas en la mayoría de los hospitales para los recién nacidos, que facilitan la separación madre-hijo, y con mayor razón cuando el niño tiene que prolongar su estancia hospitalaria por motivos de salud o inmadurez. Contar con leche humana de la propia madre como recurso alimentario para esta etapa de la vida es lo ideal, sin

6 Neonatal News 2002 Jun;20(4):35-41 (PubMed - Indexed for MEDLINE)

embargo la realidad muestra que dar leche de la propia madre para el niño hospitalizado, requiere de un banco de leche humana.

Cuando se dispone de la leche humana de la propia de la madre es muy importante ya que además de aportar los nutrimentos convenientes por su gran biodisponibilidad, otorga al niño un conjunto de elementos inmunológicos, celulares y humorales, los cuales son útiles ya que disminuyen de las complicaciones infecciosas.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS NUTRICIAS E INMUNOLÓGICAS DE LA LECHE HUMANA.

La leche humana es una mezcla líquida de más de doscientos compuestos con funciones nutricias y no nutricias, distribuidas en solución (fase acuosa), en emulsión (fase líquida) y acompañada por células vivas, ocasionalmente estéril.

El calostro es la leche inmadura o temprana que se excreta en las últimas semanas del embarazo y los primeros días post-parto, de color amarillento por el elevado contenido de carotenos, con efecto laxante para facilitar la expulsión de meconio, alto contenido en proteínas, menos carbohidratos y grasas, mayor cantidad de vitamina A y elevada concentración de anticuerpos principalmente IgA elementos celulares, todo lo anteriormente expresado en comparación a la leche madura.

DIFERENCIAS ENTRE LA LECHE DE TÉRMINO Y LA LECHE PREMATURA.

La leche de madres que han tenido el nacimiento de su hijo antes de término de la gestación tiene características distintas a la leche de término, se conoce como leche de pretérmino. Se caracteriza por un alto contenido en IgA concentraciones más alta de nitrógeno total, nitrógeno proteico, sodio y cloruro. Proporciona un mayor aporte energético sobre la base de una mayor concentración de proteínas (15-20%) y lípidos (40-50%), con una menor concentración de lactosa (15%).

Las concentraciones de calcio, fósforo, magnesio, potasio, cobre, hierro y zinc es semejante a las de la leche de término. Es de alto valor nutritivo para los niños de pretérmino por su riqueza en las proteínas del suero y de las sustancias nitrogenadas como la taurina y el factor de crecimiento epidérmico que no son proteínas, pero que desempeñan importantes funciones biológicas.

Las concentraciones de proteínas en la leche humana de pretérmino son de 1.2 a 1.8 g/dl. El 70-80% del total está en el suero de la leche, representadas principalmente por alfa lactoalbúmina, IgA secretora, lisozima, lactoferrina y albúmina sérica, mientras que las caseínas constituyen

únicamente el 20-30%, el 5% restante son proteínas que forman parte de la estructura de los glóbulos de grasa de la leche.

La concentración de calcio y fósforo en la leche de pretérmino son de 28 y 14 mgs/dL. Respectivamente. Teóricamente los aportes de éstos minerales están muy por abajo de los requerimientos necesarios para lograr un crecimiento longitudinal, semejante al que tendría intrauterinamente, por lo tanto, el aporte de calcio y fósforo son necesarios. con Nutrición Enteral²¹ Es de gran importancia iniciar la nutrición enteral del recién nacido prematuro, los alimentos que

PROGRAMA DE COLECCIÓN DOMICILIARIA DE LECHE HUMANA

El programa de colección de leche humana se encuentra funcionando en el Hospital General de Tlalnepantla y ha demostrado su factibilidad y sus beneficios, si la madre no requiere permanecer hospitalizada, se informa a los padres sobre la posibilidad de alimentar al niño con leche humana de su propia madre, al aceptar y reunir las condiciones establecidas, recibe adiestramiento para coleccionar la leche en su domicilio en las mejores condiciones posibles de higiene, conservación y transporte en frío. La madre se extrae la leche y la conserva en refrigeración. Al día siguiente, la leche obtenida se entrega en el servicio, manteniéndose en refrigeración, hasta su utilización.

La leche es identificada con los datos del neonato prematuro para ser proporcionada al niño correspondiente, asimismo se colecta otra cantidad de leche de la madre para evitar que se agote.

FORMA DE INICIAR LA ALIMENTACIÓN DEL NEONATO PRETÉRMINO

La alimentación enteral se inicia hasta que el niño ha logrado estabilizar sus condiciones generales, siendo el promedio al 3er día, dando una primera y única toma de 3 a 6 ml. De calostro o leche humana prematura 12 hrs. antes de la iniciación de la alimentación formal. La Estimulación

Oral en pacientes Pretérmino es importante ya que acelera la transición entre alimentación por sonda a la alimentación oral con menos complicaciones.²²

El inicio formal de la alimentación se efectúa por sonda oro gástrica de plástico desechable, calibre k 372, proporcionando en promedio 5 a 7 ml/kg/toma, cada 3 hrs. , Exclusivamente de leche

²¹ Early Evans RA, Thureen P., feeding strategies in preterm and critically ill neonates. Neonatal Netw 2001 Oct;20(7):7-18

²² Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. J Pediatr 2002 Aug;141(2): 230-6

humana prematura, SIN PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL CON SOLUCIONES GLUCOSADAS.

21

El paso de leche con jeringa al estomago, es a gravedad al final de la alimentación se retira la sonda. Los incrementos lácteos son de 1 a 2 ml por toma por día sin incremento por cada toma en un día.

a) ALIMENTACIÓN POR SONDA.

- La alimentación enteral se aplica a productos que tienen menos de 32 semanas de gestación al nacer, a aquellos que no han podido ser alimentados de manera segura por la boca, o que poseen ambas características
- Comparación entre alimentación por sonda buco gástrica y por sonda naso gástrica. Cuatro estudios han sugerido que el empleo de sondas naso gástricas a permanencia origina deterioro de la capacidad respiratoria en productos pretérmino de muy bajo peso (Greenspan y col.) 1990; Shiao y col. 1995; Ban Someren y col. , 1984) Shiao y colaboradores (1995) señalaron disminución de la ventilación por minuto y del volumen ventilatorio cuando el niño tenía una sonda nasal colocada así como disminución de la saturación de oxígeno y de la frecuencia de pulso.
- Sin embargo la vía nasal es más fácil de usar y puede disminuir el riesgo de bronco aspiración.²⁴
- Las enfermeras, antes de introducir alimentos por la sonda, deben de corroborar que no haya residuo de comida.
- Durante la sesión alimentaria hay que vigilar detenidamente al lactante en busca de intolerancia y complicaciones como: de saturación de oxígeno, vomito, bradicardia, apnea.

²¹ Pediatric 2002 Aug;110(2 Pt 1):389-93

²⁴ Jane, O'Neil Patricia, Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos, México 2001 pp.360

- Ventajas de la alimentación por sonda. Los niños que no pueden recibir alimentos por boca de manera segura, reciben los beneficios de la nutrición enteral.
- Desventajas de la alimentación por sonda.
 - Posible inoculación bacteriana de las vías gastrointestinales por medio de la sonda y la leche.
 - Riesgos vinculados con la colocación inadecuada de la sonda.
 - Escasa participación de los padres en algunas salas de cuna.

Se recomienda que los pacientes pretérmino utilicen en sus formulas de pretérmino se agregue lactosa y Arginina, el infante deberá consumir 120 kcal/kg y 150mls. ²⁵

2.5 CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, FUNDAMENTAL PARA EL NIÑO PRETÉRMINO

GENERALIDADES.

Antes y después del nacimiento los neonatos tienen un riesgo elevado para adquirir infecciones, principalmente aquellos con peso menor a 2500grs. Además de diversas entidades y procedimientos que incrementan dicho riesgo. Si bien la presencia de infecciones in útero en el neonato de bajo peso al nacer se presentan con mayor frecuencia en los menores de 28 semanas de gestación. Las infecciones nosocomiales igualmente aumentarán tanto a mayor tiempo de estancia hospitalaria como a menor edad gestacional; es importante el conocimiento de las características epidemiológicas relacionadas a la infección del recién nacido a fin de establecer el tratamiento antimicrobiano acorde a la condición y tipo de infección. ²⁶

Así como también se debe recordar que la transmisión de microorganismos que normalmente afectan al neonato es la de "transmisión horizontal": Desde el personal de salas de cunas y el equipo del hospital, al producto se conoce como infección nosocomial." ²⁷

²⁵ Klein CJ. Nutrient requirements for preterm infant formulas
1: J Nutr 2002 Jun;132(6 Suppl 1):1395S-577S

²⁶ M. Soule Bárbara, et al. Infecciones y practicas de enfermería, pp.22

²⁷ Deacon. O Neil. Cuidados intensivos de Enfermería en Neonatología pp.473

EPIDEMIOLOGIA

Las tasas de infecciones nosocomiales en México son variables, reportándose tasas por 100 egresos en hospitales pediátricos de 3-4 a 31.3, sin embargo en los hospitales con características similares al Instituto Nacional de Pediatría, la tasa que se reporta es similar a estos.²⁸

La frecuencia de infección en los Estados Unidos del Norte América varía entre 1 y 8 casos por cada 1000 recién nacidos vivos, con una mortalidad del 10-40%. En nuestro medio se reporta desde un 9-36%, con una mortalidad mayor del 23 al 65%.²⁹

Con relación al sexo, las infecciones predominan en los varones, en una relación aproximada de 2:1 causadas PRINCIPALMENTE POR ENTEROBACTERIAS. Los factores implicados son los siguientes: A) Neonatales: se considera al neonato un paciente inmunodeficiente de manera transitoria con relación a la deficiencia cuantitativa de inmunoglobulinas, especialmente IgM e IgG, sintetizada la primer a partir del nacimiento y con niveles muy bajos en aquellos de menor de 32 semanas de gestación, B) maternos: relacionados principalmente a las condiciones de colonización microbiana cervicovaginal, donde se ha demostrado una frecuencia de colonización tanto para bacterias aerobias (Gram. , Positiva del tipo Streptococcus grupo B, grupo D ó de Staphylococcus tanto coagulasa positivo como negativo, del 10-25%, E. Coli, Klebsiella-Enterobacter, con una frecuencia de una 40-55% o hasta de Pseudo monas sp, con una frecuencia del 5-10%, etc.³⁰

Se presentaron 70.9% de infecciones en 5 de los 22 servicios del INP, de los cuales el 50% de estas correspondieron al servicio de infectología, seguidos de Neonatología y otros servicios (32.5%), no obstante el servicio que presentó las tasas más altas de infecciones fue neonatología (32.6 por 100 ingresos), por lo tanto la tasa de infecciones presentadas en los servicios infectología y neonatología es significativa.³¹

A nivel intra hospitalario existe gran cantidad de material contaminado o colonizado por su permanencia prolongada, así como por los procedimientos invasivos como: cánula oro traqueal,

²⁸ González Saldaña, et al. , Infectología Clínica Pediátrica, México 1997, pp. 962

²⁹ Asociación de Médicos neonatólogos del DF y Valle de México, A.C. Temas selectos del recién Nacido, México 1983 pp.107

³⁰ Ibid. , pp.107-108

³¹ Deacon, O Neil, Cuidados Intensivos en Enfermería en Neonatología, México 2001 pp. 470

venocaths, catéteres, sondas de alimentación, que favorecen la colonización bacteriana. El papel que el personal paramédico con infección activa desempeña en la transmisión horizontal es de gran importancia en la génesis de las infecciones nosocomiales, al igual que la higiene inadecuada, condiciones que deben de evitarse a fin de disminuir la frecuencia de infección nosocomial en general.

Es interesante mencionar, que en investigaciones recientes realizadas, se llegó a la conclusión que el tratamiento a infantes prematuros y de alto riesgo en un ambiente protegido y libre de patógenos y la colonización intencionada de E.Coli a patógena redujeron significativamente el número de agentes patógenos aislados, el número de infecciones hospitalarias, la necesidad de antibióticos y el tiempo de hospitalización en comparación con los infantes en ambientes convencionales.³²

ETIOLOGÍA

Varía en relación directa, del país, centro hospitalario, el uso de antimicrobianos de amplio espectro o no, al tiempo de administración, al tipo de sala cerrada (con población controlada desde el punto de vista obstétrico) o abierta (sin control previo de las condiciones del neonato desde el nacimiento.) En Latinoamérica los gérmenes predominantes son entero bacterias para infección congénita o in útero y su frecuencia relaciona a la población neonatal, mientras que para infecciones nosocomiales la etiología bacteriana consiste principalmente en Gram Positivos (Staphylococcus s.p) seguido por enterobacteria. Gérmenes como L. Monocytogenes ó Strptococcus grupo B tienen frecuencia en nuestro medio de 1X 1000 recién nacidos vivos respectivamente. ligeramente menor a la población de Estados Unidos de Norte América. Otro germen importante es E. Trachomatis presente en el 60% de neonatos con displasia bronco pulmonar en nuestro medio.

CUADRO CLÍNICO.

El diagnóstico clínico de infección en el neonato prematuro es muy difícil, debido a que es inespecífico. Aunque algunas manifestaciones clínicas como: hepatomegalia, ictericia, hemorragia

³² Ceska Gynekol, 2002 Apr; 67 Suppl 1:23-8

intra ventricular, afección meníngea y pulmonar son signos clínicos comunes en las infecciones bacterianas adquiridas durante el parto.

El cuadro clínico puede presentarse como:

1. Manifestaciones generales, mal estado general, rechazo al alimento, letárgica o irritabilidad, distermias, detención en el aumento de peso.
2. Manifestaciones neurológicas presentan datos de letargo o irritabilidad, hipotonía o hipertonia, convulsiones, succión débil o apneas.
3. Manifestaciones respiratorias constituyen el 90% de los prematuros con sepsis, en el 40-60% de casos: Caracterizada por cianosis, apnea, dificultad respiratoria, estertores, hipersecreción bronco pulmonar.³³
4. Manifestaciones gastrointestinales del 40-70%: distensión abdominal, vómito, diarrea, residuo gástrico ó hemorragia de tubo digestivo alto.
5. Manifestaciones dérmicas en el 20-40% de casos pueden existir esclerodermia, celulitis, petequias, exantema, pústulas, piel marmórea y cambios vasculares.
6. Metabopatías: Manifestaciones de hipo o hiperglucemia, acidosis metabólica o bien una combinación de varias.
7. Manifestaciones hematológicas: anemia, plaquetopenia, datos de coagulación intra vascular diseminada, puede presentarse leucocitosis o leucopenia, bandemia.
8. Alteraciones de Termorregulación: Fiebre, hipotermia.

Con el objeto de mejorar los mecanismos de defensa en el recién nacido infectado se han buscado medidas terapéuticas complementarias y es así que se ha desarrollado métodos que implican ayuda a la inmunidad pasiva. En los pacientes pretemino con infección secundario a Ruptura prematura de membranas sé recomendada manejo con triple esquema antimicrobiano.³⁴

No olvidar la necesidad del control estricto del ambiente y personal que entra en contacto con el paciente con el fin de prevenir infecciones, disminuir la frecuencia al mínimo, abatir el promedio de días estancia/cama y favorecer la calidad en la prestación de servicios.

³³ Guenna, N.G: *Bacterial and fungal infections in Clohety*, J.p an Stark, A.R. (Eds): *Manual of Neonatal Care*, 4 th Ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998, p. 271

³⁴White BA, Labsetwar SA, Mian AN: *Streptococcus bovis bacteremia and fetal death*. *Obstet Gynecol* 2002 Nov;100(5 Pt 2):1126-9

Es importante que todo el personal del servicio se realice LAVADO ESTRICTO DE MANOS al entrar a la sala de cunero, terapia intensiva etc., así como el uso de bata y no introducir alimentos.

Por lo tanto debemos de considerar que la infección es una causa importante de muerte en el primer mes de vida y contribuye de 13 a 15%, de todos los fallecimientos del Recién Nacido de pretérmino.³⁵

2.6 PERFIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería deberá de ser exclusivo de esta área, y deberá someterse a entrenamiento previo a su designación a esta sala, y posteriormente a cursos de actualización a reuniones cuando menos cada mes para discutir los aspectos más importantes sobre el funcionamiento de la misma.

Debe de existir un mínimo de personal y auxiliar, de acuerdo con el número de niños internados, en general se acepta que no sea menos de una enfermera por cada 5 niños y aun más cuando las condiciones de gravedad de un niño así lo requieran.³⁶

A sabiendas de que el neonato prematuro es un paciente de alto riesgo y cuyo personal debe tener una educación y adiestramiento incluyendo la capacitación y supervisión del personal auxiliar, ya que el R.N. prematuro tiene características físicas y bioquímicas que lo distinguen del recién nacido de término, una de estas muy importantes son la disminución de sustancias tensioactivas pulmonares y con el llamado síndrome de insuficiencia o dificultad respiratoria.³⁷

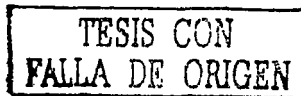
La enfermera a cargo de dicho paciente debe tener la capacidad para conocer e identificar los principales problemas que puede afectar al prematuro, tales como la temperatura corporal que se traduce en su inestabilidad térmica.

Por otro lado la identificación de la ictericia, también y no menos importante el R.N puede presentar anemia por la disminución de eritropoyetina por el gran crecimiento de masa corporal con

³⁵ Deacon, O Neil. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatología pp.40

³⁶ Aceves Flores Ignacio. Salud del niño y adolescente Ed. Salvat 1996. Méx. Pp. 90

³⁷ Aceves Flores Ignacio. Salud del niño y adolescente Ed. Salvat 1996 Méx. Pp.287



respuesta insuficiente de los órganos hematopoyéticos y por disminución de las reservas de hierro.³⁸

La enfermera que tiene a su cuidado al prematuro debe estar habilitada en procedimientos de cuidado intensivo así como en valoración física y del comportamiento para que reconozca oportunamente las complicaciones.

También deberá conocer los problemas a los que se enfrenta en los diferentes sistemas como por ejemplo: respiratorio, circulatorio, gastrointestinal, endocrino, renal e inmunológico así como también regulación de temperatura, función hepática y función metabólica. Para que con ello pueda realizar una valoración y tratamiento del prematuro.³⁹

IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA UCIN PARA EL PERSONA DE ENFERMERIA

Las unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) Se iniciaron hace 35 años en los países desarrollados y 30 en el nuestro, tratando en aquella época de cumplir con tres aspectos básicos:

a) un espacio destinado a reunir pacientes muy graves en peligro de morir, b) tener personal entrenado en el manejo de estos pacientes y c) contar con equipo especialmente construido para los tratamientos y vigilancia de este tipo de pacientes.⁴⁰

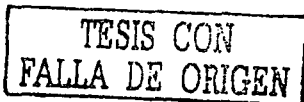
La UCIN ubicada en los hospitales de segundo nivel de atención tienen como característica fundamental la de integrar los servicios ginecoobstétricos y pediátricos y de contar con un número importante de ellos, con cirujano pediatra, ortopedista, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, endocrinólogo, y neurólogo, que apoyan la resolución de problemas de diagnóstico o terapéutica que se escapan al pediatra general, quien habitualmente se hace cargo de las UCIN en el segundo nivel de atención.

En el caso del Hospital General de Tlalnepanitla La UCIN (Medicina Pennatal Pediátrica) cuenta primeramente con 4 áreas primordiales tales como, terapia intensiva, terapia intermedia, observación y aislados. Las cuales son necesarias, ya que según las complicaciones de recién

³⁸ Ibid. Pp.288

³⁹ Burroughs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. McGraw Hill Mex. Pp.440.

⁴⁰ Jasso Luis. Neonatología práctica Ed. Manual Moderno. P. 25



nacido será el área asignada al mismo, para con ello, no poner en riesgo a los otros neonatos hospitalizados en el servicio.

EQUIPO BIOMÉDICO

- 4 Cunas de calor radiante
- 14 Incubadoras
- 7 Cunas abiertas
- 3 Ventiladores Sechrist
- 2 Ventiladores Baby-log
- 4 Oxímetros de Pulso
- 1 Monitor
- 1 Incubadora de traslado
- 7 Lámparas de fototerapia
- 2 Gasómetros
- 1 Monitor para apneas

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tiene capacidad para dar asistencia ventilatoria simultánea a 4 o 5 niños.

En los países en vías de desarrollo como es el nuestro, con los insumos que nos otorgan se tiene que prestar una atención de calidad al prematuro y a todo recién nacido que amerite de la UCIN.

ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A LOS PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Los infantes prematuros requieren de varios grados de cuidado intensivo. El cuidado ambulatorio subsecuente para estos infantes, es a menudo complejo. Aunque los hospitales de tercer nivel a menudo proveen clínicas de seguimiento multidisciplinario la enfermera pediátrica practicante responsable para el cuidado primario tiene una oportunidad única para influenciar las vidas de estos bebés especiales y sus familias. Mientras que los principios básicos del buen cuidado del infante y el mantenimiento de la salud aplican a esta población especial, existen varios retos inherentes. La transición de la unidad de cuidados intensivos neonatales a casa puede ser

estresante para la familiar. El crecimiento debe de estar moni toreado, ajustado para la prematuridad, y la nutrición debe de ser adecuada a la medica del nivel físico y del desarrollo del infante. El conocimiento de las complicaciones comunes de los infantes prematuros será útil para la enfermera pediátrica practicante a cargo. Estas incluyen dificultades de crecimiento y alimentación reflujo gastroesofageal, apnea y bradicardia, enfermedades pulmonares crónicas, anomalías motrices leves y fuertes, y otros problemas de aprendizaje.

El proveer el cuidado para la unidad de cuidados intensivos neonatales es uno de los retos enfrentados por la enfermera pediátrica prácticamente en el cuidado primario, pero a la vez es satisfactorio y agradable. ⁴¹

Es frecuente que los padres muestren ansiedad respecto de la llegada a casa de su hijo prematuro. Una enfermera externa le ayudará a familiarizarse con la tensión del bebé. Serán informados sobre las expectativas realistas en cuanto a que se ponga al corriente su desarrollo. Por otra parte, necesitan ayuda para usar el equipo especial, como el monitor de apneas. Otra alternativa es que una enfermera puede llamar al domicilio de esta familia para verificar el estado del paciente o bien por medio de la clínica de mamá canguro

Para algunos padres es difícil enfrentarse al hecho de que tienen un niño prematuro que necesita atención especial y aceptar que no tenían control sobre el nacimiento de una criatura antes del término. Después de establecer el vínculo inicial, se enfrentan al problema de conocer las necesidades especiales de su hijo. Los dos componentes de la interacción madre-hijo que resultan mas afectados por tener a un niño prematuro son el componente sensorial. Por tanto la enfermera es la encargada de iniciar este vínculo que se cree perdido, mediante el acercamiento de la madre y el niño, mediante permitir el acceso a la sala a los padres de los pequeños internados ya que cada vez se reportan más datos acerca de los trastornos emocionales que se propician al romper la relación madre-hijo, tan importantes en esta primera etapa de la vida, amén de las dificultades para el manejo ulterior de los niños en su domicilio, por lo cual cada vez se acepta más permitir al

⁴¹ 1:MCN Amj Enfermería Materno Infantil Marzo-Abril-2002;27(2):76-85



padre el manejo de sus niños dentro de las salas, siempre y cuando la gravedad del neonato lo permita y se llenen los requisitos de Ingreso ya señalados⁴²

Por último cabe mencionar que en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, puerperio y R.N dentro de sus apartados, denota " Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del R.N de bajo peso al nacer".⁴³

PLAN EN EL HOGAR

Para algunos padres el hecho de que se lleven a su hijo a su hogar les causa incertidumbre y miedo. Por tanto, es responsabilidad tanto del Médico tratante, como el personal de enfermería proporcionar a los padres una orientación sobre el grado de madurez alcanzado de su hijo así como de las condiciones generales del mismo.

Es importante permitir la entrada a los padres a la UCIN con la finalidad de instruirlos y orientarlos en el manejo subsecuente del niño en su domicilio.

La alimentación del prematuro será de acuerdo a la presencia de lactopoyesis positiva en las madres, de tener leche materna se alimentará con seno materno a libre demanda, de lo contrario se enseñará a la madre la alimentación con vaso, cuchara o gotero.

Se debe recordar que la leche ideal es la materna. Con la alimentación al seno se cubre también el aspecto emocional.

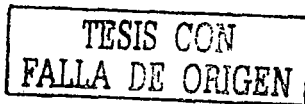
Es importante aconsejar la asistencia periódica a consultas regulares, con el fin de vigilar su crecimiento y desarrollo, alimentación y a las posibles secuelas que pueda presentar.

En el caso de los prematuros que tuvieran algunas secuelas, la rehabilitación del mismo se hará de acuerdo con la patología desencadenante en el hospital que lo requiera. Esto se informa a los padres del neonato ya que es responsabilidad de estos.

Se tomará la temperatura constantemente al neonato con la finalidad de detectar hipotermia.

El baño del prematuro será diario a menos que presente hipotermia.

⁴² Aceves Flores Ignacio, Salud del niño y adolescente Ed. Salvad 1996, pp. 91
⁴³ . N.O.M.- 007-SSA2-1993



En caso de egresar con el programa de mamá canguro la madre fungirá como una incubadora portátil la cual será la responsable directa del prematuro. (ver capítulo de atención de enfermería en la integración del binomio, con el nuevo programa de mamá canguro)

Vigilará la presencia de Apneas. Se explica a la progenitora sobre posibles lapsos de respiraciones periódicas, ya que de presentarlas deberá acudir de inmediato al servicio de urgencia.

Cualquier alteración por mínima que sea se tendrá que valorar al Neonato en la consulta externa o en el servicio de urgencias del hospital.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AL NIÑO PRETERMINO.

Los niños prematuros o de bajo peso al nacer necesitan hospitalización prolongada, y se requiere de tecnología costosa para proporcionar cuidados de salud tanto a la mujer embarazada durante el embarazo y el parto, como al recién nacido.

El personal de enfermería que padece de una infección o han atendido a un paciente infectado no debe atender a paciente prematuro.

Es requisito indispensable lavarse meticulosamente las manos, esterilizar materiales y equipo y llevar a cabo la técnica individual (lavado de manos después de atender a un niño y antes de pasar al siguiente.)

Además, cualquier prematuro que pudiera estar infectado, debe ser aislado de inmediato de los otros recién nacido.

Los prematuros son susceptibles a lesiones y deben ser manejados con extrema suavidad y discreción, a sabiendas de esto la enfermera debe estar capacitada para detectar signos que nos hablen de la enfermedad de la membrana hialina o síndrome de sufrimiento respiratorio ya que es una enfermedad, la causa más común de muerte de los bebés prematuros. Cuyo tratamiento se orienta hacia el apoyo del bebe por medio de una ayuda en la oxigenación y la ventilación hasta que los pulmones empiecen a producir el factor surfactante. (Generalmente es al término de 2 a 3 días.⁴⁴

⁴⁴. En Ingalls, A. Juy et al, *Enfermería Materno Infantil y Pediatría* E. Noriega ed. Limusa, México 1991 1ª ed. P.316



La atención de enfermería de estos bebés debe ser sumamente cuidadosa, diestra y precisa y se necesita mucho tiempo para adquirir la capacidad.⁴⁵

A sabiendas de las necesidades especiales del Neonato pretérmino se puede requerir niveles de oxígeno mayores a los ambientales (21%) para satisfacer las necesidades del prematuro. La forma más precisa de evaluar el estado de oxigenación es por medio de terminaciones de gases sanguíneos arteriales⁴⁶

La asistencia en la unidad de cuidados intensivos, la atención cuidadosa hacia los detalles y la monitorización frecuente son los componentes básicos de la asistencia a los prematuros, dado que pueden producirse cambios críticos con mucha rapidez. Las pérdidas grandes de líquidos, el equilibrio entre el aporte de líquidos y los niveles e de glucemia, el delicado estado pulmonar y la inmadurez y mayor sensibilidad de diversos sistemas orgánicos, son elementos que requieren estrecha monitorización. Sin embargo la propia monitorización introduce factores de riesgo por el pequeño volumen sanguíneo, el diminuto calibre de los vasos y la limitada integridad de la piel. Las cuestiones que requieren especial atención en el cuidado sistemático de los prematuros.⁴⁷

2.6 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA INTEGRACIÓN DEL BINOMIO, CON EL NUEVO PROGRAMA DE MAMÁ CANGURO.

GENERALIDADES.

Uno de los principales problemas en los países subdesarrollados es la alta incidencia de recién nacidos con peso bajo al nacer, en donde las posibilidades de vida son bajas. Por lo tanto, en 1979 las condiciones de infraestructura que presentaba el Instituto Materno Infantil de Bogota (Colombia) no hacia posible proveer de incubadoras el tiempo suficiente a todos los niños que nacían antes de las 37 semanas de gestación, entonces el pediatra Edgar Ruy Sanabria Ideo este sistema que ahora en nuestros días es una filosofía de tratamiento para los prematuros. Siendo una alternativa al método tradicional conocido como engorde del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, supliendo la escasees de incubadoras, evitar el abandono frecuente en esta población después de

⁴⁵ Butnarescu, Tillotson, Villareal. Enfermería Perinatal Riesgos en la Reproducción Vol. 2 Ed. Limusa, México 1983, 1ª ed. pp.- 34

⁴⁶ ibid Ingalls, pp.320

⁴⁷ Cloherty, Manual de cuidados intensivos 3a ed. Ed. Masson pp. 81

una larga separación madre hijo y disminución de las infecciones nosocomiales debido al hacinamiento de los servicios.⁴⁸

Inspirado en los marsupiales cuyas crías terminaban su gestación durante su bolsa materna. Se da cuenta que los pequeños se desarrollaban mejor y más rápido de lo esperado que si hubieran permanecido con apoyo tecnológico. La madre es empleada como una incubadora y como la fuente principal de comida y estimulación.

El manejo de los recién nacidos y especialmente de aquello de bajo peso al nacer de 2000 g requiere para el exacto cumplimiento de la misión un equilibrio entre la aplicación las sofisticadas técnicas usadas en neonatología y la alternativa al método conocido como mamá canguro, evitando con ello el abandono frecuente en esta población después de una larga separación madre e hijo, y disminuir las infecciones intra hospitalarias.

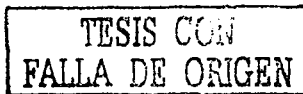
En esta modalidad, la técnica canguro permite la utilización de los recursos existentes y promueve el acercamiento madre e hijo. Siendo ideal para los países en vías de desarrollo que poseen recursos humanos y técnicos, pero en cantidad insuficiente para garantizar el manejo inadecuado del recién nacido prematuro.

Todo esto permita una humanización de la Neonatología, devolviendo a la madre su derecho a ser no sólo el mejor sino la más responsable de los cuidados del hijo, una vez que este haya superado los problemas de adaptación a la vida extrauterina.

Por todo lo anterior y debido al rol que desempeña el Hospital General de Tlalnepantla y específicamente el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica, se integra a dicho programa el 8 de diciembre de 1997. En cuyo programa esta involucrado todo un equipo multidisciplinario, principalmente el personal médico y de enfermería.

Por esta razón, la enfermera debe trabajar en el método mamá canguro y programa de lactancia materna ya que están considerados como una pieza clave para lograr con ello una lactancia exitosa.

⁴⁸ [http://aupec.unvele.educo/infomes/mayo97/boletin 36/canguro.html](http://aupec.unvele.educo/infomes/mayo97/boletin%2036/canguro.html).



PROGRAMA MADRE CANGURO

- Plan canguero es la humanización de la Neonatología.
- Demuestra que no sólo el acto médico, sino el efecto la dedicación y el amor son necesarios para hacer una mejor medicina. El método es más humano, seguro, efectivo ya que favorece la sobre vivencia, el crecimiento y desarrollo del niño prematuro de bajo peso y a la vez bajo costo. ⁴⁹

Figueroa y Charpak

1. MISIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA MAMÁ CANGURO

Proporcionar un manejo de alta calidad al binomio madre hijo con el método mamá canguero para que con ello ayudar al R.N. de alto riesgo a evitar Infecciones intra hospitalarias, abatir costos intra hospitalarios y brindar una atención eficiente, mejorando con ello la intervención del profesional de la salud en dicho programa.

CONCEPTO.

- Es la prevaencia de la vida extrauterina del recién nacido prematuro, en contacto permanente piel a piel con el pecho de la madre en "postura rana", sostenido con un "Marsupial".
- Es un contacto piel a piel temprana, prolongado y continuo entre la madre (o un sustituto de la madre) y el bebé prematuro o de bajo peso, con lactancia materna exclusiva (idealmente), en el hospital y después del alta.

CONSIDERACIONES GENERALES.

- El programa nace en Colombia en 1978.
- Hay una rápida normalización de la función respiratona por parte del recién nacido pretérmino, disminuyendo con ello los periodos de apnea.
- El programa continuará hasta que el neonato no tolere más (esta incómodo, y grita cada vez que la madre trata de colocarlo en posición de rana.)

⁴⁹La prensa-Febrero 2002 <http://www.medilegis.com/natarc/o2o2/n01006.htm>. Titular Principal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Si la madre ha de dormir debe de hacerlo semisentada.
- Debe entrenarse a varios miembros de la familia independientemente el sexo.
- No requiere de recursos económicos para su establecimiento.
- La implementación del programa mamá canguro establece un mejor vínculo afectivo entre Madre e Hijo.
- Promueve la lactancia materna.⁵⁰

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- 1) Tener un peso menor de 2000 g.
- 2) Haber sido observado y/o estudiado para descartar cualquier riesgo.
- 3) Haber superado cualquier patología existente.
- 4) Tener una ganancia de peso en la incubadora consecutiva.
- 5) Tener una buena coordinación, succión y deglución (especialmente los menores de 34 semanas de edad gestacional.)
- 6) Tener una madre o familia capaz de cumplir las indicaciones de la técnica mamá canguro.
- 7) Haber tenido una adaptación intra hospitalaria exitosa.
- 8) Tener una Hb y una HTO reciente que descarte anemia (para los niños de más de 15 días de hospitalización.)

FINALIDAD.

- Ayudar a la vinculación madre e hijo con la práctica diariamente por varias horas al día.
- Disminuir la frecuencia de apnea y bradicardia, mejorando con ello la oxigenación.
- La frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno en el bebé canguro aumenta linealmente.
- Disminuir el gasto de energía innecesaria por el recién nacido prematuro.
- Proporcionar al prematuro calidad de atención en los cuidados de la salud.
- Abatir los altos costos institucionales basados en tecnología costosa y personal especializado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵⁰ Murguía Pozzi Roberto, Vol. 1 No.8 Agosto 1996
<http://www.mi.pediatra.com.mx/boletin/pedago.htm> mi.pediatra

Murguía Pozzi Roberto

- El tiempo de permanencia en los recién nacidos en el hospital disminuye a la mitad el número de infecciones graves.

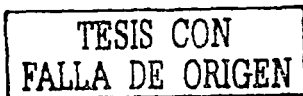
Con todo lo anterior se podrá garantizar niños más sanos, mejor cuidados y por consiguiente, seres humanos con una mejor calidad de vida.

VENTAJAS Y BENEFICIOS DEL METODO CANGURO.

- La temperatura alcanzada por el recién nacido prematuro integrada a dicho programa ha sido de 37° a 37.5°. Esto sugiere que la temperatura de la piel se eleva o conserva decido al calor de la madre y como resultado del aumento de la producción del niño.
- Por otra parte, la colocación de los niños debajo de la blusa o rebozo mejora el aislamiento y previene la perdida de calor del cuidado canguro materno.
- Parece ser aceptable en diferentes culturas y entorno.
- Contribuye al control de costos; salaricos funcionamiento e infraestructura, para la institución ya que estas disminuyen en forma considerable.
- Los bebés canguro presentan una rápida normalización de la función respiratoria y menos cantidad de periodos de apnea.
- La hipoglucemia se evita debido a la capacidad de succionar directamente a su madre.
- Además del contacto piel a piel, la madre se siente más segura en el manejo de su bebé, promoviéndose el amamantamiento, el crecimiento y la adaptación extrauterina. Por ello aumenta la confianza, la capacidad y el grado de participación de la madre en el cuidado del R.N.
- Disminución gradual de la estancia hospitalaria del neonato, ya que la madre puede ser egresada a su casa cuando ya aprendió a reconocer los signos de alarma, y amamanta a su bebé e incrementa 20 grs. por día.

INSUMOS QUE REQUIERE EL PROGRAMA.

- Pañal
 - Gorro
 - Calcetas
 - Blusa o playera holgada
- * Rebozo que servirá de marsupial



CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- El profesional de enfermería debe estar capacitado y encargado de participar en el entrenamiento de dicho programa, debe estar directamente involucrado con la madre y el R.N.
- Tener motivación, disponibilidad, paciencia, para la asistencia tanto de la madre como del neonato ya que este programa se realizará dentro del centro hospitalario, hasta su egreso del paciente
- Poder capacitar a la madre y proporcionarle elementos que ayuden al convencimiento de esta, para la entrega total al programa de mamá canguro, ya que esto, no debe ser una obligación sino una elección informada

ACCIONES DE ENFERMERIA.

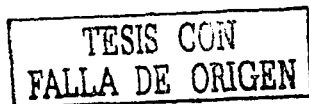
INFORMACIÓN A LA MADRE CANGURO AL INICIAR EL PROGRAMA

Se explicara a la madre las diferentes técnicas que pueden estimular la succión de su bebé si este es muy inmaduro.

- Informar a la madre la importancia y beneficio del programa mamá canguro y lactancia materna, así como el tiempo de permanencia de ella en el servicio
- Informar a la madre sobre el insumo necesario para llevar a cabo dicho programa siendo este (gorra, calcetines tipo medias, y pañal para el R.N.), para la madre (rebose preferentemente de algodón y blusa con botones al frente.)
- Deberá llegar al servicio bañada, cabello recogido, con blusa de botones al frente, rebose.
- Antes de ingresar al servicio deberá lavarse las manos y colocarse una bata.
- Una vez dentro de este, se le proporcionará al neonato.
- Se informará a la madre que ella es la responsable de transmitir el calor al recién nacido, que es necesario hablar con el bebé tocarlo y fundamentalmente alimentarlo con su propia leche, con amor calor y alimentación al seno materno, le proporcionará una atención adecuada al R.N.

PARA EL RECIEN NACIDO CANDIDATO AL PROGRAMA MAMA CANGURO.

- Tomará peso diario al igual que perímetro cefálico, y en caso de haber modificaciones se avisará al médico.



- Vigilará la temperatura del prematuro antes de iniciar el apego a la madre, durante y después.
- El monitoreo de su respiración, de la alimentación y del crecimiento es responsabilidad de la enfermera.
- Registrarlo en la libreta correspondiente de MAMA CANGURO.
- Se anotará el tipo de técnicas de alimentación proporcionada al R.N.
 - o Seno materno
 - o Suplementador
 - o Gotero
 - o Vaso
 - o Preferentemente seno materno.
- Verificar que el recién nacido tenga una adecuada succión y deglución al pezón de la madre, que el niño no se cansé demasiado teniendo con ello una adaptación exitosa. La alimentación en promedio se dará cada hora y media en el día mientras que por la noche cada dos horas.
- Colocar al R.N. una gorra, calcetines tipo medias y pañal (esto evitará la pérdida de calor por la cabeza y los pies.)
- Sacar de incubadora y ponerlo en contacto piel con piel sobre el pecho de la madre en posición de rana (Con el cuello ligeramente extendido y la cabeza entre los senos), posteriormente la madre sostiene al bebé con su ropa bien cerrada o con rebose de licra o algodón que le ayude a sostener al bebé dejándole a la madre las manos libres.⁵¹
- La madre puede hacer lo que ella quiera pero, debe poner atención, a la posición del bebé que no debe estar nunca horizontal para evitar vomito y/o problemas con la respiración.
- Una vez que el bebé este con su madre, el sentido del olfato del R.N se despierta olfateando el pecho de la madre, las gotas de leche salen del pezón espontáneamente. La madre le ayudará a que succione.

⁵¹ <http://www.snoticias.com.ve/ediciones/2001/11/01/pagn1.htm>.madres sustituye.

- La madre deberá permanecer el mayor tiempo con su bebé.
- Una vez que la madre se retira del servicio.
 - o Tomar temperatura al R.N.
 - o Colocarlo en su unidad, cómodo y seguro.

PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD.

Proporcionará la ayuda necesaria y las facilidades a la madre para evitar el abandono de este programa.

Es responsabilidad compartida tanto del médico como de la enfermera que se lleve a cabo el programa de mamá canguro al 100% de los prematuros candidatos ideales para este.

PRECAUCIONES

- Si el niño tiene más de 10 días de vida, no sube de peso y se cansa demasiado. se alternan las comidas seno/gotero o vaso con la propia leche de la madre.
- Si esta medida no tiene éxito, se intenta la técnica de la leche por cada dos comidas.
- Si no logramos una subida de peso de 20 grs. al día, se complementa esta repartida en las 24 hrs. y se administrará con un gotero o vaso para no interferir con la lactancia materna.
- Si el niño tiene menos de 34 SDG. a la entrada al programa recibirá teofilina.

AL EGRESO DEL NEONATO PREMATURO

- Informar a la madre que debe continuar con la misma técnica antes mencionada en su hogar. Se necesita apoyo del papá el cual llamaremos papá canguro por tener un papel importante al igual que la madre, así como la familia canguro.⁵²
- La madre debe acostumbrarse a dormir semisentada.
- Cuando ella por varias razones tiene que separarse del bebé, lo puede dejar en posición canguro con otra persona (siempre en posición inclinada.)
- Idealmente deberá llevarse dicho programa mamá canguro las 24 hrs. al día.
- Las visitas de control al hospital deben ser regulares y continuas.
- La alimentación del recién nacido debe ser seno materno.

⁵² Frenk Mora Julio, mensaje del secretario de Salud "programa acción arranque parejo en la vida" México 2002 http://www.ssa.gob.mx/dgcs/sala_noticias/discursos/2002/MORELOA.htm.



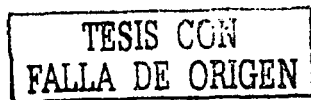
- Informar que el contacto piel a piel favorecer la lactancia materna
- Al egreso del recién nacido se hará un seguimiento adecuado mediante el servicio de consulta externa, específicamente con el profesional de enfermería de la casita de mamá canguro y el consultorio del pediatra con un médico neonatólogo. El niño debe asistir a la consulta del programa en forma periódica. Inicialmente cada 2 a 3 días y cada vez con mayor espaciamiento según el progreso y aumento del peso del recién nacido prematuro.⁵³
- Dicho personal tendrá una comunicación, monitoreo y seguimiento del programa así como de la lactancia materna hasta complementar 40 semanas después de su nacimiento y un seguimiento general durante el primer año de vida como mínimo, con el fin de poder detectar problemas neurológicos.

ELEMENTOS DE UNA ADAPTACIÓN EXITOSA

- a) Subir de peso piel a piel con la leche materna.
- b) Succlonar el seno adecuadamente.
- c) Contar con una madre o familiar que sepa alimentarlo

El programa mamá canguro es una alternativa segura y adecuada para el cuidado de los niños de bajo peso al nacer, después de su estabilización.

⁵³ <http://salud.discovery.espanol.com/vertic/ah/h238/dseh/23802.asp>



III MATERIAL Y METODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

En el Hospital General de Tlalnepantla se ha presentado un incremento en la realización de la operación cesárea, observando a los siguientes factores como causas etiológicas: amenaza de parto prematuros, rompimiento prematuro de membranas amnióticas, embarazo de alto riesgo, (eclampsia, preclamsia), entre otras. Lo que ha originado un incremento en nacimientos prematuros que son atendidos en el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica; este tipo de pacientes por lo general presentan diversas alteraciones como: problemas cardiorrespiratorios por falta de maduración pulmonar, infecciones de vías respiratorias inferiores, problemas digestivos como enterocolitis necrosante, alteraciones neurológicas severas secundarias a hemorragia intracraneal, lo que hace que este tipo de pacientes requieran de un cuidado muy especial por parte del personal de enfermería encargado de este servicio, el cual debe de contar tanto con los conocimientos científicos necesarios para el cuidado de prematuros así como con habilidad para el equipo biomédico.

Por otro lado el prematuro generalmente nace con un peso menor a los 1500grs, por lo que requiere de una alimentación especial, el cual deberá ser otorgada por el personal de enfermería.

Antes del advenimiento de la terapia intensiva neonatal, los recién nacidos prematuros de un peso bajo como de 800gr. Sobrevivían sólo ocasionalmente, eran una rara excepción a la regla. De ahí, que tal problema tenga una trascendencia en la morbilidad del mismo, así como una repercusión en la economía nacional ya que el costo estancia hospitalaria es muy elevada.

Por todo lo anterior, se puede considerar un cambio radical por parte de la calidad de atención del personal de enfermería para estos niños, reflejado por su amplio conocimiento en dicho campo.

Las políticas que apoyan el manejo del niño prematuro es la norma NOM-007-SSA2-1993.

En donde las instrucciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino y el Recién Nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel por personal capacitado de enfermería.

Por lo que consideramos necesario realizar un estudio para conocer el estado actual, conocimiento y destreza el personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 OBJETIVOS.

GENERAL:

- Identificar las características de la capacitación del personal de enfermería que maneja* prematuros.

ESPECÍFICOS:

- Identificar si existe el manejo adecuado del prematuro, por parte del personal de enfermería.
- Reconocer si en el manejo del prematuro la enfermera se apega a los principios científicos.
- Identificar necesidades de capacitación del personal de enfermería para la asistencia a cursos monográficos.
- Describir las habilidades y destrezas con las que debe contar el personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla se observó durante el 2º semestre del 2002, que la atención prestada por el servicio de enfermería al neonato prematuro no ha sido la ideal. Lo que ha reflejado con un incremento tanto en la morbilidad y la estancia hospitalaria del prematuro en este servicio.

¿ Cuales son las características del personal de enfermería que manejan prematuros?

* Manejo: Se entiende como cuidado integral al recién nacido prematuro.

3.4 HIPÓTESIS

Las características de la capacitación del personal de enfermería, son el manejo* adecuado del neonato, apego a los principios científicos, manejo actualizado, práctica libre de riesgos, solvencia técnica, habilidad y destreza en el manejo del equipo.

3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

A) VARIABLE ESTUDIO

Características de la capacitación del personal de enfermería que maneja prematuro

B) INDICADORES

- Manejo* adecuado del personal de enfermería al prematuro
- Apego a los principios científicos
- Educación continua neonatal al personal de enfermería
- Habilidad y destrezas del manejo del equipo así como también de las técnicas.

C) DEFINICIÓN NOMINAL

MANEJO ADECUADO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PREMATURO.

Cuidado: Se refiere a la asistencia en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, la cual deberá ser adecuada, cuidadosa hacia todos los detalles que involucren la atención integral del Recién Nacido prematuro, ya que estos son componentes básicos de asistencia. Dado que puede producirse cambios críticos con mucha rapidez.

* Manejo: Se entiendo como cuidado integral al recién nacido prematuro.

APEGO A LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.

Partiendo del hecho de que, principios, es la base y fundamentos, la regla a seguir, la primera parte de una cosa o acción, el comienzo.⁵⁴

Por tal los principios científicos son aquellos que todo profesional de enfermería deba conocer y llevar a la práctica, con ética y respeto. Ya que de ahí se emana la verdadera calidad de atención. La aplicación de un método para resolver problemas, método que se espera que la enfermera empleará al hacer sus decisiones exige que pueda disponer de los hechos y conocimientos que le permitan analizar y solucionar problemas.

EDUCACIÓN CONTINUA NEONATAL, AL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Es necesario preparar enfermeras competentes para desempeñar funciones que demuestren su capacidad de afrontar todas las situaciones y problemas que se plantean a todo nivel en la atención del neonato prematuro, familia y comunidad

Se propone que su formación continua, adquiera conocimientos científicos, humanistas que ayuden a los Recién Nacidos neonatales y familia a encarar los cambios en la salud y desarrollen competencias, habilidades y actitudes específicos a su hacer y ser profesional.

Los criterios innovadores de los programas de estudio y de los métodos de enseñanza/aprendizaje está basado en la concepción del personal de enfermería. Participante activo y creativo de sus saberes y alcances hacia el aprendizaje significativo.

HABILIDADES Y DESTREZAS DEL MANEJO DEL EQUIPO ASÍ COMO TAMBIÉN DE LAS TÉCNICAS.

Todo personal profesional de enfermería debe desarrollar conocimientos y aptitudes para utilizar racionalmente las tecnologías. De este modo se garantiza la consolidación de los conocimientos adquiridos y el dominio de las habilidades técnicas. nunca concluye la fase de formación, siempre hay algo que aprender y la tecnología avanza día a día.

⁵⁴ García Pelayo Ramón, Diccionario Básico escolar Larousse, México 2002, pp.261

Es indudable que en las últimas décadas se han producido en el área de la atención de la salud, avances tecnológicos con una rapidez, no imaginable, el hombre y la maquina evolucionan, con forme pasa el tiempo.

**D) DEFINICIÓN OPERATIVA.
MANEJO ADECUADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

- ¿ Usted cree que brinda los cuidados mediatos en forma oportuna al recién nacido prematuro?
SI () NO ()

¿CUÁLES?

- Se lava las manos antes y después de manejar al recién nacido prematuro
SI () NO ()

¿PORQUÉ?

- Considera las constantes vitales para brindar una atención integral al prematuro.

SI () NO ()

¿PORQUÉ?

- Identifica problemas respiratorios para la aplicación de oxígeno.

SI () NO ()

¿PORQUÉ?

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

- ¿Conoce que valora la escala de Silvermann?

SI () NO ()

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

- En caso de que el prematuro requiera ventilación asistida ¿conoce el manejo adecuado de los ventiladores en lo concerniente a enfermería?

SI () NO ()

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

- ¿Cuál alimentación considera que es la idónea para el recién nacido prematuro?

A) LECHE INDUSTRIALIZADA B) LECHE HUMANA C) LECHE DE VACA

TIPO: CUALITATIVA
ESCALA: NOMINAL
CATEGORÍA: A), B), C)

- Una vez estabilizado el prematuro, estando únicamente para incremento de peso ¿Cree usted indispensable la cercanía del binomio madre-hijo?

SI () NO ()

¿PORQUÉ? _____

- ¿Conoce el programa de mamá canguro que se lleva a cabo en el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica?

SI () NO ()

TIPO: CUALITATIVA
ESCALA: NOMINAL
CATEGORÍA:

SI () NO ()

- ¿Cree usted que funciona el programa de mamá canguro?

SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

TIPO: CUALITATIVA
ESCALA: NOMINAL
CATEGORÍA: SI () NO ()

APEGO A LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.

- ¿Conoce los principios científicos de Enfermería?

SI () NO ()

¿CUÁLES? _____

- ¿Considera que estos principios científicos son indispensables para el manejo del recién nacido prematuro?

SI () NO ()

¿PORQUÉ? _____

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

EDUCACIÓN CONTINUA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- ¿Cree usted que la educación continua es indispensable para brindar una atención de calidad de atención adecuada al neonato prematuro?

SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

- ¿ Cuantos cursos monográficos referentes al manejo del paciente neonato prematuro, al año, considera usted debe tomar para brindar una atención adecuada?

A) 1 - 2 B) 2 - 3 C) + DE 3

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: A) 1 - 2 B) 2 - 3 C) + DE 3

HABILIDADES Y DESTREZAS DEL MANEJO DEL EQUIPO ASI COMO TAMBIÉN DE LAS TÉCNICAS.

-¿ Considera Usted que conoce el manejo adecuado del equipo biomédico existente en el servicio de Medicina Perinatal Pediatría?

SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

- En caso de una urgencia del Recién Nacido prematuro ¿ Cree usted tener la destreza para la atención del mismo?

SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

- ¿Considera usted conocer las técnicas para la atención del recién nacido prematuro?

SI () NO ()

TIPO: CUALITATIVA

ESCALA: NOMINAL

CATEGORÍA: SI () NO ()

3.6 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo
Prospectivo
Transversal
No experimental

3.7 UNIVERSO ESTUDIO

Hospital General de Tlalnepantla

3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Enfermeras adscritas al servicio de Medicina Perinatal Pediátrica

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermería de base que laboren en el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica en los diferentes turnos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras de otros servicios
- Enfermeras pasantes nivel técnico
- Enfermeras que solo cubran permisos o vacaciones
- Enfermeras con incapacidad.

3.10 UNIVERSO MUESTRA:

19 enfermeras del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla.

3.11 INSTRUMENTO

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para la realización del estudio se diseño una encuesta un total de 22 reactivos, la primera parte son los datos generales tales como (categoría, turno, edad, antigüedad en el puesto y estado civil) con un total de 5 reactivo, que constituyen los datos del trabajador.

La siguiente parte es de datos específicos siendo 17 reactivos tales como (cuidados inmediatos del recién nacido, lavado de manos, consideraciones de las constantes vitales, identificación de problemas respiratorios, valoración de Silvermann, manejo de ventilador, alimentación idónea del prematuro, apego de la madre al prematuro de peso adecuado, conocimiento del programa de mamá canguro, principios científicos de enfermería, consideración de los principios para el manejo del recién nacido prematuro, educación continua, asistencia a cursos monográficos, manejo del equipó biomédico, destreza del personal y conocimiento de técnicas específicas para el recién nacido prematuro.)

(VER ANEXO)

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Para fijar la validez y confiabilidad se realizó una prueba piloto a 8 enfermeras del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica, Mostrando el instrumento validez y confiabilidad.

Se realizaron modificaciones en la encuesta tales como: en la pregunta No. 1 teniendo que aclarar sobre la atención de los cuidados mediatos del recién nacido prematuro al ingreso al servicio. Y la No. 6 en donde se especifico, el manejo del ventilador concierne al área de enfermería. A sí pues se aclararon las preguntas que ocasionaron un poco de duda y se modificó dicha encuesta para alcanzar dicha validez y confiabilidad.

3.12 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el procesamiento estadístico se diseñaron cuadros, gráficas y se aplicó estadística descriptiva.

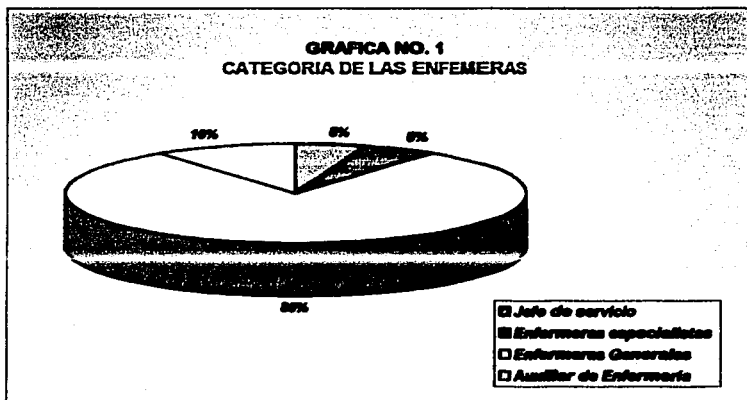
CUADRO No.1

CATEGORÍA DE LAS ENFERMERAS

| CATEGORIA | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------------------|---------------|-------------------|
| Jefe de servicio | 1 | 5 |
| Enfermeras especialistas | 1 | 5 |
| Enfermeras Generales | 15 | 80 |
| Auxiliar de Enfermería | 2 | 10 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pedriátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal-Pedriátrica del Hospital General de Tlaxtepec. 2002

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

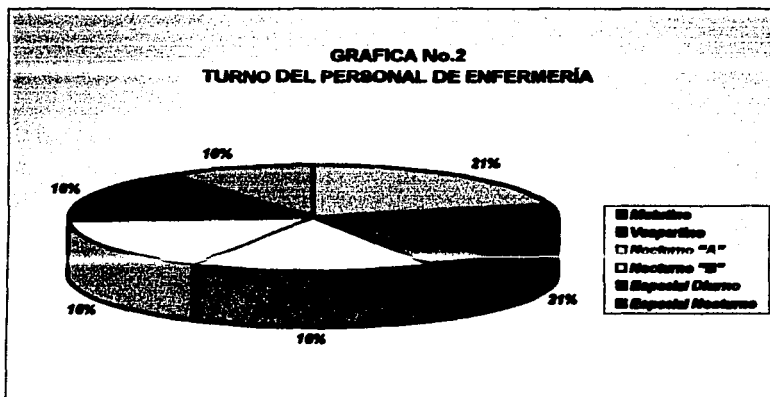
CUADRO No. 2

TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

| TURNO | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-------------------|-----------|------------|
| Matutino | 4 | 21 |
| Vespertino | 4 | 21 |
| Nocturno "A" | 3 | 16 |
| Nocturno "B" | 3 | 16 |
| Especial Diurno | 3 | 16 |
| Especial Nocturno | 2 | 10 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalneantla. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalampantla. 2002.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 3

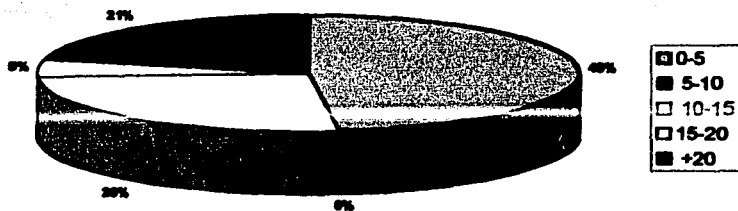
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE LAS ENFERMERAS.

| ANOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|-------------------|
| 0-5 | 9 | 48 |
| 5-10 | 0 | 0 |
| 10-15 | 5 | 26 |
| 15-20 | 1 | 5 |
| + 20 | 4 | 21 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pedriátrica del Hospital General de Tlalnepantla, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUADRO NO. 3
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE LAS ENFERMERAS.**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxiapalpa, 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

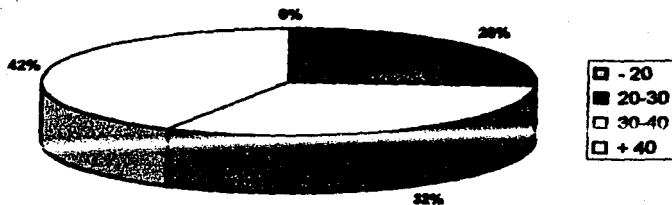
CUADRO No. 4
EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

| AÑOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|-------------------|
| - 20 | 0 | 0 |
| 20-30 | 5 | 26 |
| 30-40 | 6 | 32 |
| + 40 | 8 | 42 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalneantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUADRO No. 4
EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA .**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxiapa. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

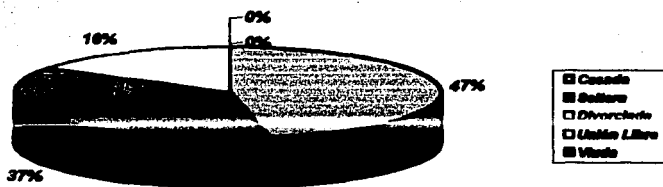
CUADRO NO. 5
ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

| ESTADO CIVIL | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| Casada | 9 | 47 |
| Soltera | 7 | 37 |
| Divorciada | 3 | 16 |
| Unión Libre | 0 | 0 |
| Viuda | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
 Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No.5
ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 6

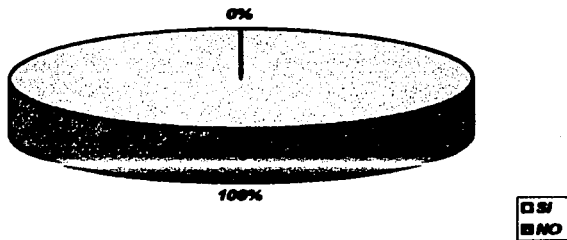
**CUIDADOS MEDIATOS AL RECIEN NACIDO PREMATURO POR PARTE
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| CUIDADOS INMEDIATOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

**FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 6
CUIDADOS MEDIATOS PROPORCIONADOS AL PREMATURO POR
EL PERSONAL DE ENFERMERIA



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pedétrica del Hospital General de Tlaxtepec. 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7

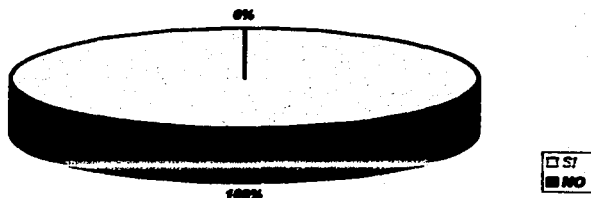
LAVADO DE MANOS PARA EL MANEJO DEL PREMATURO.

| LAVADO DE MANOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-----------------|--------|------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pedriátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No.7
LAVADO DE MANOS PARA EL MANEJO DEL PREMATURO



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalneantla. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 8

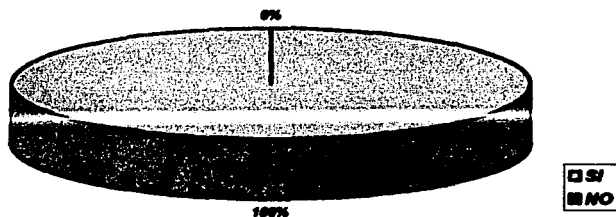
**IMPORTANCIA DE LAS CONSTANTES VITALES PARA LA ATENCIÓN DEL PREMATURO
POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| CONSTANTES VITALES | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

**FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalneantla, 2002**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 8
IMPORTANCIA DE LAS CONSTANTES VITALES PARA EL
PERSONAL DE ENFERMERIA



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxiempala. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 9

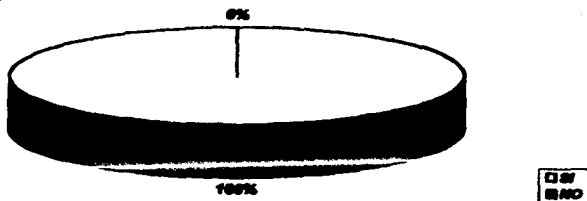
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL PREMATURO POR PARTE DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA.

| PROBLEMAS RESPIRATORIOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|----------------------------|--------|------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No.9
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL
PREMATURO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalapantla. 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BARRA DE OTTEC

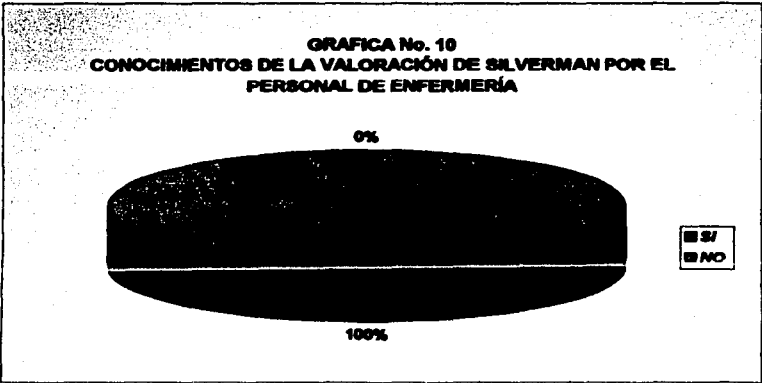
CUADRO No. 10

**CONOCIMIENTO DE LA VALORACIÓN DE SILVERMAN POR PARTE
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| CONOCIMIENTO DE LA VALORACIÓN DE Silvermann | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

**FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxiapantla. 2002.

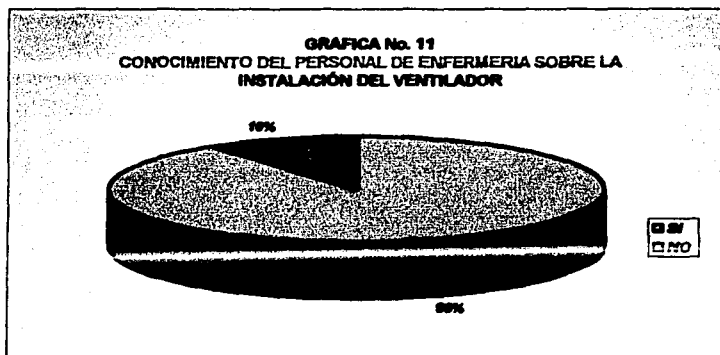
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 11
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA INSTALACIÓN DEL
VENTILADOR.

| INSTALACIÓN DE VENTILADOR | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 17 | 90 |
| NO | 2 | 10 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pedriátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pedátrica del Hospital General de Tlalampantla. 2002.

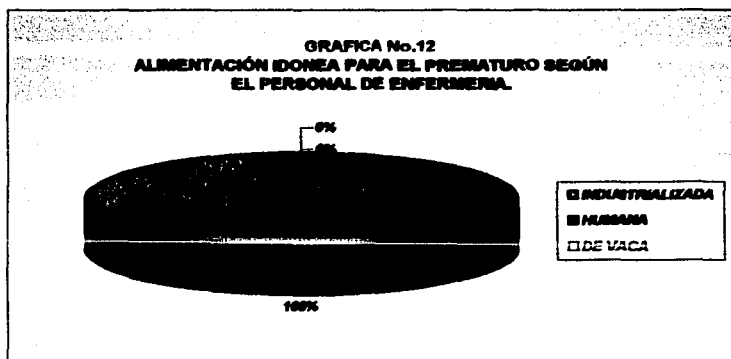
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO No.12
ALIMENTACIÓN IDÓNEA PARA EL PREMATURO SEGÚN
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

| TIPO DE LECHE | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-----------------|--------|------------|
| INDUSTRIALIZADA | 0 | 0 |
| HUMANA | 19 | 100 |
| DE VACA | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
 Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxcapán. 2002.

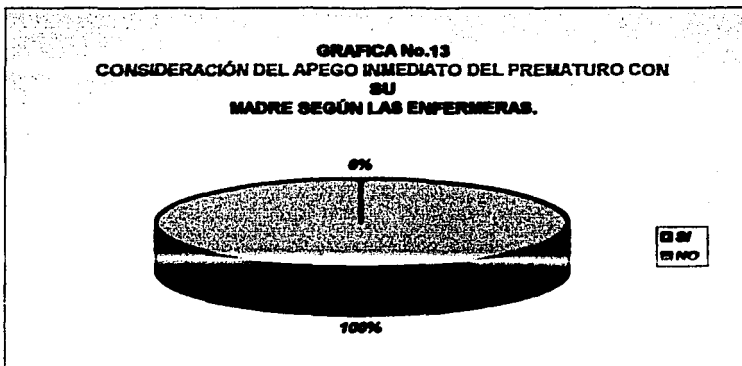
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 13
CONSIDERACIÓN DEL APEGO INMEDIATO DEL PREMATURO CON SU
MADRE SEGÚN LAS ENFERMERAS.

| APEGO INMEDIATO | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-----------------|--------|------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
 Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla, 2002

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxtepec. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

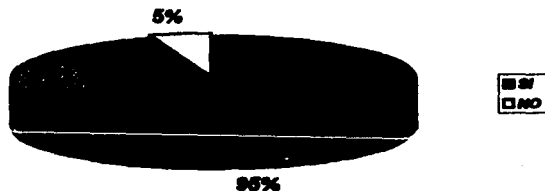
CUADRO No. 14
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA MAMÁ CANGURO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

| PROGRAMA MAMA CANGURO | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------|-----------|------------|
| SI | 18 | 95 |
| NO | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
 Pedátrica del Hospital General de Tlalnepanitia, 2002

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 14
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE MAMÁ CANGURO
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxtepan. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 15

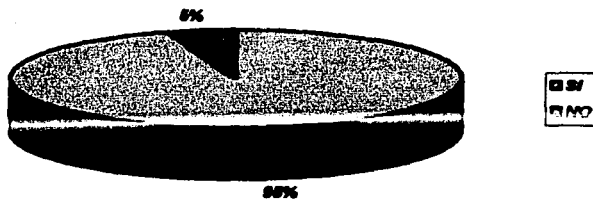
**FUNCIONALIDAD DEL PROGRAMA DE MAMÁ CANGURO SEGÚN
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| FUNCIONA EL PROGRAMA | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-----------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 18 | 95 |
| NO | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalneantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No.15
FUNCIONALIDAD DEL PROGRAMA DE MAMÁ CANGURO SEGÚN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA.



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxtepec. 2002.

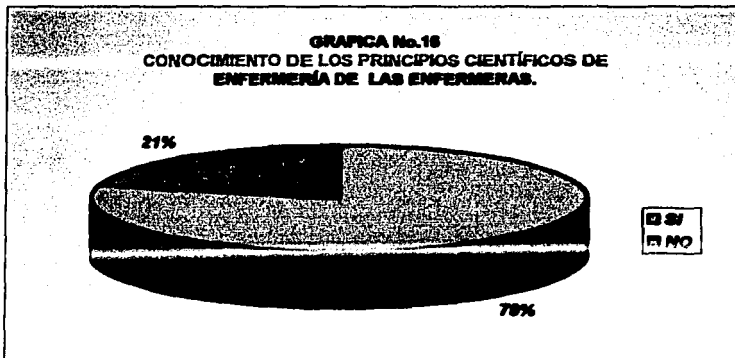
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO. No.16
CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS DE
ENFERMERÍA DE LAS ENFERMERAS.

| CONOCE LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| SI | 15 | 79 |
| NO | 4 | 21 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepanitla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediatría del Hospital General de Tlaxtepec. 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 17

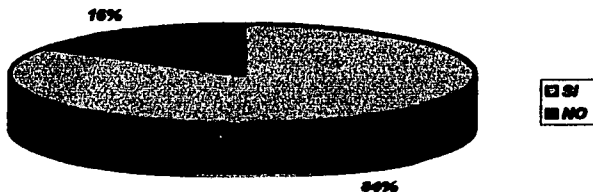
**CONSIDERACIÓN DE LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS DE ENFERMERÍA PARA LA
ATENCIÓN AL PREMATURO.**

| PRINCIPIOS CIENTÍFICOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 16 | 84 |
| NO | 3 | 16 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No.17
CONSIDERACIÓN DE LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS DE
ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN AL PREMATURO



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepeantla, 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 18

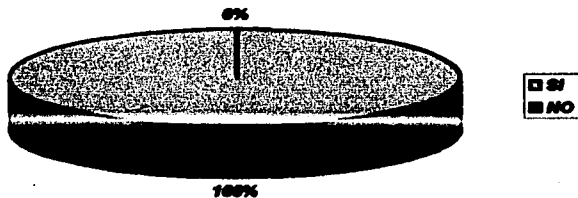
**IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN CONTÍNUA PARA LA ATENCIÓN DEL
PREMATURO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| EDUCACIÓN CONTINUA | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 19 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 18
IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN CONTINUA PARA LA ATENCIÓN
DEL
PREMATURO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxtepan. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

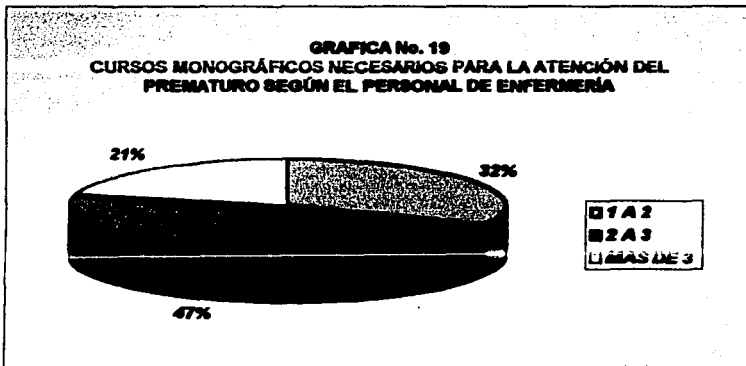
CUADRO No. 19

**CURSOS MONOGRÁFICOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN AL
PREMATURO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

| CURSOS MONOGRÁFICOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|----------------------------|---------------|-------------------|
| 1-2 | 6 | 32 |
| 2-3 | 9 | 47 |
| 1 DE 3 | 4 | 21 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxpanitla. 2002.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

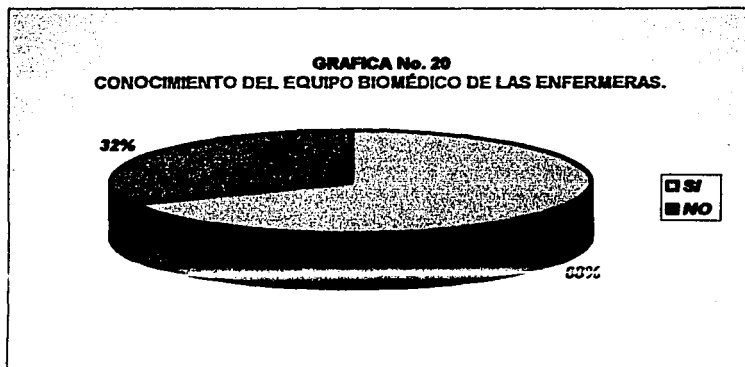
CUADRO No. 20

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO BIOMÉDICO DE LAS ENFERMERAS.

| CONOCIMIENTO DEL EQUIPO BIOMÉDICO | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| SI | 13 | 68 |
| NO | 6 | 32 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlaxtepan. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 21

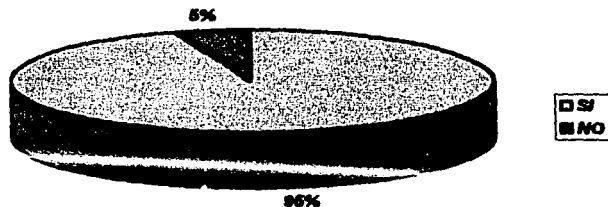
DESTREZA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN CASO DE URGENCIA.

| DESTREZA DEL PERSONAL | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 18 | 95 |
| NO | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100 |

**FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla. 2002**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 21
DESTREZA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CASO DE UNA
URGENCIA



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepantla, 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

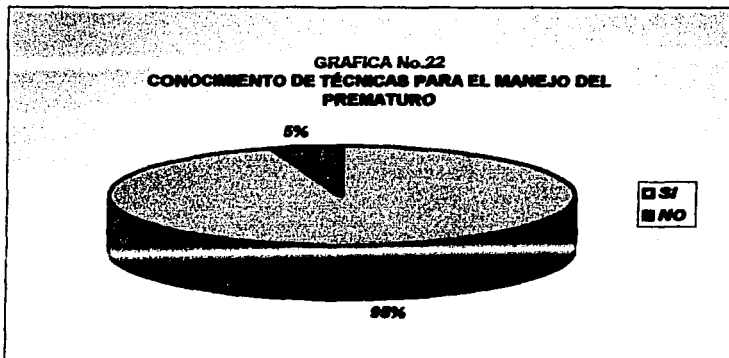
CUADRO No. 22

CONOCIMIENTO DE TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE
PREMATUROS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

| CONOCIMIENTOS DE TÉCNICAS. | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------------|--------|------------|
| SI | 18 | 95 |
| NO | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina perinatal
Pediátrica del Hospital General de Tlalnepanitla. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FUENTE: Estadísticas aplicadas al personal de enfermería del servicio de Medicina Perinatal Pediatría del Hospital General de Tlalneperantla. 2002.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

V. RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES

Después de haber aplicado 19 encuestas al personal de enfermería del Servicio de Medicina Perinatal Pediátrica del Hospital General de Tlalnepanla, se encontraron los siguientes resultados. Con relación a las categorías el 80% son enfermeras Generales, el 10% Auxiliares de enfermería, especialistas el 5% y jefe de servicio 5% (Ver cuadro No. 1).

En lo concerniente a la distribución del Personal de Enfermería por turnos es el siguiente, el 21% en el matutino, 21% vespertino, el 16% nocturno A y el Nocturno "B" 16%. el 16% especial diurno y el 10% nocturno especial. (Ver cuadro No 2).

Respecto a la antigüedad en el puesto de las enfermeras de dicho servicio, se encontró que el 48% tiene de 0 a 5 años, mientras que el 26% de 10 a 15 años, el 5% de 15 a 20 y por último el 21% de más de 20 años. (Ver cuadro No 3.)

En cuanto a la edad de las enfermeras es del 21% fluctuando entre 20 a 30 años el 26% de los 30 a 40 años y más de 40 años el 43% (Ver cuadro No.4)

Con relación al Estado Civil el 47% son casadas, mientras que el 37% solteras y el 16% divorciadas. (Ver cuadro No.5)

4.2 LAS CARACTERÍSTICAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO* PREMATURO

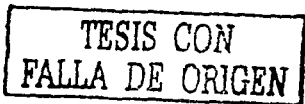
En lo concerniente a si el personal de enfermería proporciona los cuidados mediatos al recién nacido prematuro el 100% considera que sí. (Ver cuadro No. 6)

En cuanto al lavado de manos del personal de enfermería para la atención al Recién Nacido prematuro el 100% contesto que lo realizan. (Ver cuadro No. 7)

Respecto a la importancia de las constantes vitales para la atención al prematuro el 100% del personal del servicio considero que sí. (Ver cuadro No.8)

En la detección e identificación de los problemas respiratorios el 100% del personal considera que los toma en cuenta para la atención del prematuro (Ver Cuadro No.9.

*Manejo: se entiende como cuidado integral al recién nacido



En cuanto al conocimiento del personal de enfermería a la valoración de Silvermann, se obtuvo que el 100% lo sabe. (Ver cuadro No.10)

En el conocimiento de la instalación de ventilador al Prematuro se denoto que el 90% lo conoce satisfactoriamente, mientras que el 10% no (Ver cuadro No.11)

Respecto a la alimentación idónea para el prematuro, el personal en un 100% considero que es la leche humana. (Ver cuadro No. 12)

En el apego inmediato del prematuro con la madre, el 100% consideró que eral lo mejor para el neonato. (Ver cuadro No. 13)

En cuanto al conocimiento del programa de mamá canguro por parte de las enfermeras asignadas en el servicio es de 95% que si lo conocen y el 5 % no (Ver. cuadro No.14)

Con relación a la funcionalidad del programa de mamá canguro el 95% considera que es eficaz, mientras que el 5% menciona que no, ya que lo desconocen. (Ver cuadro No. 15)

En cuanto a los principios científicos por parte del personal de enfermería el 79% los conocen, mientras que el 21% no (Ver cuadro No 16)

Con respecto a la consideración de los principios científicos en [Enfermería para la atención del prematuro, el 84% los toman en cuenta mientras que el 16% restante no (Ver cuadro No. 17)

En la importancia de la educación continua para la atención adecuada al prematuro, se denota que el 100% del personal considera que es indispensable. (Ver cuadro No. 18)

Con relación a la asistencia anual a cursos monográficos para brindar una mejor atención al prematuro se obtuvo que el 32% considera que se debe de asistir a 1 o 2 por año, mientras que el 47% de 2 a 3 y por último el 21% respondió que a más de 3 cursos al año. (Ver cuadro No. 19)

Observándose con respecto al conocimiento del equipo biomédico que el 68% lo conoce y el 32% no (Ver el cuadro No.20)

Respecto a la destreza del personal para la atención del prematuro en caso de urgencia, fue que el 95% la tiene y el 5% no (Ver cuadro No. 21)

El conocimiento de técnicas para el manejo de prematuro por parte del profesional de enfermería fue del 95% que si lo tiene y el 5% restante no (Ver cuadro No. 22)

4.1 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Debido al incremento considerable de nacimientos de niños prematuros en México, siendo del 13% a nivel nacional, se ve la necesidad de abrir en los hospitales, áreas de cuidados intensivos neonatales. Por tanto que en el Hospital General de Tlalnepanlla se instala un servicio de Medicina Perinatal Pediátrica; con una plantilla de personal de enfermería, repartida estratégicamente en los diferentes turnos, el 21% Matutino, 21% vespertino, 16% nocturno A y B respectivamente al igual que en es especial Diurno y nocturno. Actualmente se cuenta con el 80% de enfermeras Generales, 10% auxillare, 5% Especialistas y 5% jefe de servicio Con ellos se pretende proporcionar una adecuada atención a los neonatos que requieran de un cuidado especializado. Se observa que solo el 5 % de estas, son enfermeras especialistas, sin embargo por la experiencia, dedicación y antigüedad en el servicio hacen que las enfermeras tanto generales como auxillares brinden un cuidado integral, aún cuando no tienen los conocimientos científicos suficientes para ello, ya que solo el 16% de ellas acudieron en este último año a cursos monográficos inherentes al manejo del prematuro, el 27% a cursos de otra índole y el 57% a ninguno(ver anexo No. 5)

En esta unidad hospitalaria se observó que durante el año 2002 hubo un índice de 3055 nacimientos, de los cuales 260 (8.5%) fueron nacimientos prematuros, de los que el 136 (4.4%) Presentaron un peso mayor al nacimiento de 2,500grs. Y 124 (4.1%) menor de 2500grs De ahí que se necesite personal de enfermería capacitado para el manejo del prematuro, es por ello que se pretende detectar, si se brindan los cuidados esenciales para el seguimiento de dicho paciente, así pues el 100% del profesional de enfermería proporciona los cuidados mediatos al neonato; toman en consideración las constantes vitales para la atención del pequeño. Cabe resaltar que a pesar de que la hipotermia es una de las causas más importantes que presenta el prematuro, no se ha reportado hasta el momento mortalidad por dicho problema.

En cuanto a los problemas respiratorios, el profesional de enfermería detecta oportunamente tales problemas, a los cuales, se proporciona de manera oportuna las acciones para tratar de resolverlos.

La unidad de Perinatología de este nosocomio ocupa el 1er lugar de infecciones intra hospitalarias (ver anexo No. 4. Lo cual es resultado de la inmunodepresión con que nacen dichos pacientes. Esto comparado con el Instituto Nacional de Perinatología es similar ya que ocupa el segundo lugar después de infectología.

El lavado de manos es la primera norma para evitar infecciones intra hospitalarias, por tanto se pretende que el 100% del personal de enfermería así como médicos se laven oportunamente las manos; sin embargo se observa que en los turnos nocturnos y especiales, debido al ausentismo del personal y a la sobre carga de trabajo esto no se está llevando como debiera

Por otro lado el Profesional de enfermería debe tener un entrenamiento adecuado en la instalación del ventilador y en el manejo de equipo biomédico, ya que el recién nacido pretérmino tiende a presentar mayor número de complicaciones, en nuestra unidad la primera es la asfisia neonatal, siguiéndole el síndrome de mala adaptación pulmonar, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, etc. (Ver anexo No. 2). La enterocolitis se ve relacionada con la alimentación del neonato, que por lo regular la leche humana es la idónea para su alimentación, por tal motivo la enfermera la considera como la primera opción, seguida de la leche industrializada. El apego inmediato así como el programa de mamá canguro es lo siguiente. Después de que el prematuro presente reflejo de succión adecuado, así como el control de la temperatura con la madre y un incremento de 25 a 30grs por día, es importante que entre en dicho programa para su pronta recuperación y el egreso inmediato, esto ayuda tanto a la economía del hospital, como a la de los padres del niño, y por supuesto al bebe ya que se evita que se infecte dentro del servicio.

Se considera que la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se encuentra dentro de lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana, ya que se cuenta con la normatividad específica para el manejo del neonato y de la destreza del personal de enfermería, así como con los conocimientos técnicos prácticos para el manejo del prematuro, pero se observa la falta de conocimientos científicos completos y actualizados, ya que como se menciona anteriormente se necesita

estimular más al personal de enfermería para la asistencia a cursos monográficos y de especialización para la atención del recién nacido prematuro.

4.4. PROPUESTAS.

En base a los resultados obtenidos en dicha investigación se propone lo siguiente:

-Fortalecer la atención prenatal sobretodo con los embarazos de Alto Riesgo, se sugiere un seguimiento continuo, una hospitalización oportuna y una monitorización adecuada por parte del Ginecólogo, la Enfermera Materno Infantil y la Licenciada en enfermería y Obstetricia. Con la finalidad de evitar complicaciones posteriores tanto a la madre como al producto.

-Reforzar las acciones para que la madre reciba la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente, ya que la educación para la salud perinatal debe entonces ser efectiva para provocar un cambio de actitud a los padres

- Fortalecer las acciones del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, vigilando el adecuado funcionamiento de los comités de Lactancia Materna, etc.

-Crear grupos de personal de enfermería expertas en la reanimación neonatal, ya que con ello el recién nacido pretérmino tendrá una mejor calidad de vida.

- En cuanto a la capacitación del personal de enfermería debe ser constante, con temas inherentes al neonato prematuro, ya que con esto se garantizará un servicio de calidad en la atención neonatal. Así mismo se debe conocer enteramente la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, puerperio y recién nacido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-En lo referente a los cultivos de leche humana e industrializada, que sean en forma más regular. se sugiere cada 15 días o cada mes. Así como también continuar con el banco de leche humana ya que ha sido importante para los recién nacidos prematuros.

-Promover acciones de prevención para evitar o disminuir al mínimo infecciones nosocomiales. Haciendo énfasis en las políticas del servicio, ya que estas han sido importantes para el control de las mismas.

-Que continúe el programa de mamá canguro, ya que se ha visto una recuperación más afectiva y menos costosa tanto para la madre como para la institución.

-Reforzar la capacitación del programa de mamá canguro con el personal del turno nocturno.

4.5 CONCLUSIONES.

Sobre la base de los objetivos trazados para el estudio, podremos afirmar en conclusión que:

1. Los cursos de actualización a los que asiste el profesional de enfermería de la unidad, es limitada ya que es poco el personal que acude a ellos, más sin embargo la experiencia en el área ha reflejado que se detectan oportunamente las complicaciones del neonato prematuro.

2. El personal de enfermería cuenta con los conocimientos científicos limitados para el manejo* integral del recién nacido pretérmino de bajo peso. En su totalidad el profesional de enfermería considera la capacitación necesaria, pero no acude la gran mayoría a cursos monográficos para la atención del neonato crítico.

3. El cuidado otorgado por el personal de enfermería al prematuro es oportuno ya que proporciona los cuidados mediatos al R.N. detecta oportunamente datos de Silvermann y se apega a la normatividad establecida en la institución.

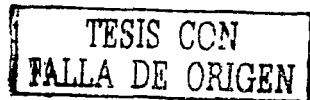
*Manejo: se entiende por cuidados integrales al recién nacido prematuro.

4. En cuanto a la destreza y habilidad por parte del personal de enfermería, se cuenta con ella, pero sería de mejor calidad, si asistiera a cursos monográficos para su actualización profesional.

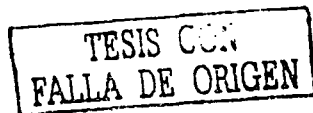
Por todo lo anterior se concluye que se lograron los objetivos establecidos en la investigación. Así como la hipótesis fue parcialmente verdadera, ya que no se apegan en su totalidad a los principios científicos, el manejo no es actualizado por que hay un mínimo de este personal que acude a cursos de actualización, hay una practica libre de riesgos ya que esto se observa al apego de la Norma Oficial Mexicana. En cuanto a la solvencia técnica se tienen 4 ventiladores, oxímetros de pulso, cunas de calor radiante e incubadoras para la atención del paciente y por último el personal tiene la destreza para el manejo del equipo solo el 10% considera que le falta experiencia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Aceves Flores Ignacio, et al. La salud del niño y del adolescente, ED.Salvad, 2ª reimpresión, México, 1986.
2. Asociación de Médicos Neonatólogos del DF, y valle de México, A.C. Temas selectos del Recién Nacido de Bajo Peso, México, DF. 1993.
3. Borroughs, Ariene, Enfermería Materno Infantil. ED. McGraw-Hill Interamericana, 7ª ed. México DF, 1999.
4. Butnarescu, Tillotson, Villarreal. Enfermería Perinatal riesgo en la reproducción. Vol. 2 ED. Limusa, 1ª ed. México 1983.
5. Ceska, Gynekol 2002, Apr. 67 Suplemento 1:23-8
file://A:/guery_fogi 4.htm
6. Cloherty, John P, R. Stork Ann, Manual de Cuidados Neonatales, ED. Barcelona Masson, 3a e. México DF, 1999.
7. Deacon, Ó Neil, Cuidados intensivos de Enfermería en Neonatología, ED. McGraw-Hill Interamericana, 2ª ed. México DF, 2001.
8. Decherny, Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico".
9. Early Evans RA, Thurren P., Feeding strategies in preterm and critically ill neonates, Neonatal Netw2001Oct; 20(7): 7-18.
10. En. Ingall, A Joy et al, Enfermería Materno Infantil y Pediátrica ED. Noriega ,Limusa, 1ª ed. México DF, 1991
11. Frenk Mora Julio. Mensaje del secretario de Salud " Programa acción arranque parejo en la vida. Cuautla morelos.
www.ssa.gob.mx/dgcs/salanoticias/discursos2002-02-02MORELOS.htm
12. Fusile S, Gisel E, Law C. Oral Stimulation Accerelate the transitions from tube to oral feeding in preterm infants.
13. González Saldaña, et al, Infectología Clínica Pediátrica ED. Trillas 6ª ed. México DF, 1997.
14. Gómez Gómez-Danglot Bank, Temas de actualización sobre el Recién Nacido, México DF 1997
15. Guerina,N.g: bacterial an Fungal infections. In Cloherty, J.p. and Stark, A.R (Eds): Manual of Neonatal Care, 4a Ed. Philadelphia, Lippin-Cott-Raven, 1998.
16. Hay, Jr. William, Groothuis, Hayward, Diagnostico y Tratamiento Pediátrico. Manual Moderno, 7ª ed. México, 1997.
17. http://www.masnoticias.com.ve/ediciones/2001/11/01/pag_n1.htm Madre sustituye.



18. <http://www.aupec.Unvelle.educo/informes/mayo97/biketub36/canguro.html>.
encia al día.
19. <http://www.Saluddiscoveryespanol.com/verticalh/h238/dseh23802.asp>.
Discovery Salud.
20. Jasso, Luis. Neonatología Práctica, Ed. Manual Moderno, Edic. 4ª. México DF. 1995.
21. Kein C J. Nutrient requirement for preterm infant formulas I. J Nutr 2002 Jun; 132(6 suppl 1): 13955-775.
22. La Prensa-febrero 2002. <http://www.medilegis.com/notarc/0202/n01006.htm>
títular principal.
23. MCMAMHNatcmChildNurs2002, MarApr; 27(2): PNID: 11984275(PubMed-
indexed for MEDLINE). PP.76-85.
24. Murguía Pozzi Roberto. Vol1 NO.8 Agosto 1996
<http://www.mipediatra.com.mex/boletín/pedago.htm> mi pediatra
23. M. Soule Bárbara, et, al, Infecciones y práctica de enfermería, Ed.Mosby,
España, 1996.
24. Nahón Vázquez, Rosa Alba, et al, Enfermería Pediátrica, Manual ilustrado de
procedimientos, ED. UNAM, 1ª ed. México, 1998.
25. Neonatal Netw2001 Jun;20 (4):35-41 file://A:/query fcgi.htm
26. N.O.M.007. SSA2 1993.
27. Ortega Gutiérrez Armando y Vázquez González Ma. Estela, Recién Nacido de
alto riesgo, ENEO, UNAM, México DF 2002.
28. Patterson C.H Bases para una teoría de la Enseñanza y Psicología de la
educación. ED. El manual moderno, SA de CV, México. 1982
29. Pediatrics 2002 Jul;110 (1 Pt j):143-51 file: //A://fcgi 3.htm.
30. Pediatric 2002 Aug;110 (2 Pr 1):393
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/utills/fref.fcgi?>
<http://www.pediatrics.org/cgi/pmidlookup?view=full&fpmid=12165596>
31. Pérez Palacios Gregorio, et al Maternidad Saludable y sin Riesgos, Dirección
General de Salud Reproductiva, ED. SSA, Marzo 2000.
32. Rubio Domínguez Severiano, et, al Obstetricia I, UNAM, México 2001
33. Soule M. Barbara, et al, Infecciones y Práctica de Enfermería (Prevención y
control) ED. Mosaby España 1996.
34. SUA-ENEO-UNAM Obstetricia I, México DF. Oct. 2001
35. Taesch William, Ballard Roberta A, Tratado de Neonatología, ED. Harcourt, 7ª
ed. Madrid España 2000.

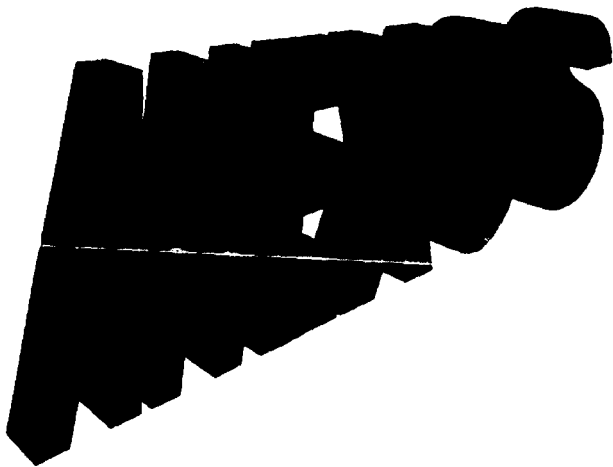


36. White BA, Labhsetwar S. A., Mian AN. Streptococcus bovis bacteremia and fetal death. *Obstet Gynecol* 2002 Nov, 100(5p/2): 1126-9.

37. www.ns.intertux.com

38. Archivos del servicio de Epidemiología del Hospital General de Tlalnepantla(2002)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO (1)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Questionario de las características de capacitación del personal de enfermería en el manejo del prematuro.

OBJETIVO: Identificar las características de la capacitación del personal de enfermería que maneja prematuros

INSTRUCTIVO DE LLENADO.

Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una "X" la respuesta que considere la más adecuada. Sea lo más honesto (a) posible.

DATOS GENERALES

CATEGORÍA _____ TURNO _____ EDAD _____
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO _____ EDO CIVIL _____

DATOS ESPECÍFICOS.

1. Brinda cuidados mediatos en forma oportuna al recién nacido prematuro al ingreso al servicio

¿CUÁLES? SÍ () NO ()

2. ¿Se lava las manos antes y después de manipular al Recién Nacido prematuro?

¿POR QUÉ? SÍ () NO ()

3. ¿Considera las constantes vitales para brindar una atención integral al prematuro?

¿POR QUÉ? SÍ () NO ()

4. ¿Identifica problemas respiratorios al recién nacido pretérmino para la aplicación de oxigenoterapia?

 SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

5. ¿ Conoce qué valora la escala de Silvermann?

 SÍ () NO ()

6. En caso de que el prematuro requiera ventilación asistida ¿Usted conoce el manejo del ventilador en lo concierne a enfermería?

 SÍ () NO ()

7. ¿Cuál alimentación considera que es la idónea para el recién nacido prematuro?

- a) leche industrializada
- b) leche humana
- c) leche de vaca.

8. Una vez estabilizado el recién nacido prematuro, únicamente para incremento de peso. ¿Cree Usted indispensable el apego inmediato con la madre?

SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

9. ¿Conoce el programa de mamá canguro que se lleva a cabo en el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica?

SÍ () NO ()

10. ¿Cree usted que funciona el programa de mamá canguro?

SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

11. ¿Conoce los principios científicos de enfermería?

SÍ () NO ()

¿CUÁLES? _____

12. ¿Considera que estos principios científicos son indispensables para el manejo del recién nacido prematuro?

SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

13. ¿Cree Usted que la educación continua es indispensable para brindar una atención de calidad al neonato prematuro?

SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

14. ¿Cuántos cursos monográficos referentes a la atención del neonato prematuro, considera usted que debiera asistir al año?

- a) 1 - 2
- b) 2 - 3
- c) + de 3

15. ¿Considera que conoce el manejo adecuado del equipo biomédico existente en el servicio de Medicina Perinatal Pediátrica?

SÍ () NO ()

¿POR QUÉ? _____

16. En caso de una urgencia del Recién Nacido prematuro ¿ Cree Usted, tener la destreza para la atención del mismo?

¿POQUÉ? SÍ () NO ()

17. ¿Considera usted conocer las técnicas, para la atención al recién nacido prematuro?

¿CUÁLES? SI () NO ()

OBSERVACIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUÍA DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Para la aplicación de la encuesta, previa autorización de la institución, se acudirá al servicio de Medicina Perinatal Pediátrica en los diferentes turnos.

Se presentará con el personal de enfermería de base y se procederá a realizar la encuesta que nos llevará aproximadamente 20 min.

Se deberá hacer lo posible para ganar la confianza del entrevistado, haciéndole saber que la información que se proporcione será estrictamente confidencial.

No se deberá ser a conocer su propia opinión respecto de los temas que se tratan, sin aprobar o desaprobar lo que el entrevistado diga, con objeto de que las respuestas no se distorsionen por el hecho de que los entrevistados quiera complacer o antagonizar al entrevistador. Es necesario que éste tenga cuidado de no irritar con su apariencia, conducta, vocabulario u opiniones respecto de los patrones culturales de los entrevistados. Debe mostrar respeto para ganar su confianza y poder obtener información veraz y confiable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

**TABLA DE MORTALIDAD DEL EGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
PERINATAL PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA
5 PRINCIPALES CAUSAS
ANUAL 2002**

| LUGAR | CAUSA |
|-------|---|
| 1 | Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal |
| 2 | Asfisia del neonato |
| 3 | Sepsis bacteriana del Recién nacido |
| 4 | Hemorragia intracraneana no traumática del feto y del recién nacido |
| 5 | Enterocolitis necrosante del feto y del recién nacido |

FUENTE: Datos obtenidos del servicio de Epidemiología del Hospital General de Tlalnepantla.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 3

TABLA DE MORBILIDAD DE EGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
PERIANTAL PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE Tlalnepantla
CINCO PRINCIPALES CAUSAS
ANUAL 2002

| LUGAR | CAUSA |
|-------|---|
| 1 | Asfixia al nacimiento |
| 2 | Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas |
| 3 | Dificultad respiratoria del recién nacido |
| 4 | Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido |
| 5 | Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte. |

FUENTE: Datos obtenidos del servicio de Epidemiología del Hospital General de Tlalnepantla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4

**SERVICIOS INVOLUCRADOS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL
GENERAL DE TLALNEPANTA
AÑOS 2002**

| LUGAR | SERVICIO |
|--------------|--|
| 1 | Medicina Perinatal Pediatría |
| 2 | Pediatría |
| 3 | Unidad de Cuidados Intensivos y Medicina Interna |
| 4 | Cirugía General |
| 5 | Ginecología |

FUENTE: Datos obtenidos del servicio de Epidemiología del Hospital General de Tlalnepantla.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 5

**ASISTENCIA A CURSOS MONOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
SERVICIO DE MEDICINA PERINATLA PEDIATRICA.**

| TIPO DE CUROS MONOGRÁFICOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|
| Cursos de Perinatología | 3 | 16 |
| Cursos de otra indole | 5 | 27 |
| Ninguno | 11 | 57 |
| Total | 19 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos de Estadísticas de la jefatura de Enseñanza del Hospital General de Tlalnepantla, Año 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 6

**NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE
MEDICINA PERINATAL PEDIATRICA.**

| NIVEL DE ESTUDIOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---------------|-------------------|
| Auxiliar de Enfermería | 1 | 5 |
| Nivel Técnico en Enfermería | 14 | 73 |
| Nivel técnico con Bachillerato | 2 | 12 |
| Nivel Técnico con Licenciatura en Psicología | 1 | 5 |
| Nivel Técnico con Pos técnico | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100% |

FUENTE: Datos obtenidos del personal de enfermería del Hospital General de Tlalnepanitla.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 7

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO METODO APGAR.

| SIGNO | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|---------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| FRECUENCIA CARDIACA | AUSENTE | MEJOR DE 100 | MAYOR DE 100 |
| ESFUERZO RESPIRATORIO | AUSENTE | REGULAR E HIPOVENTILACIÓN | BUENO LLANTO FUERTE |
| TONO MUSCULAR | FLACIDO | ALGUNA FLEXIÓN DE LAS EXTREMIDADES | MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXIÓN. |
| IRRITABILIDAD REFEJA | SIN RESPUESTA | LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD | LLANTO VIGOROSO |
| COLOR | AZUL PALIDO | CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES | COMPLETAMENTE SONROSADO |

De acuerdo a los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos a menos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**