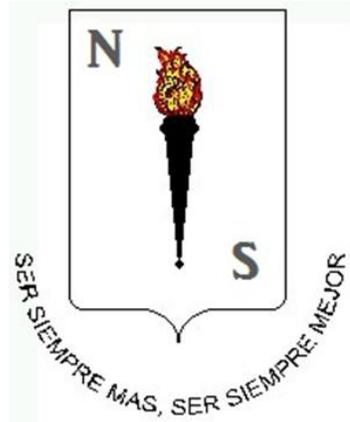


**ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA AL RECIEN NACIDO PREMATURO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

CINTHIA PAULINA CISNEROS ROSILES

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACAN 2018



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.

DEDICATORIA

A mis padres

Ma. De Lourdes Rosiles Martínez

Luis Gerardo Cisneros Malagón

A mis hermanos

Braulio Gerardo Cisneros Rosiles

Cesar Omar Cisneros Rosiles

A mi abuela

Tomasa Martínez Santacruz †

A mi asesora de tesis:

M.P. Yanitzia Álvarez Reyes

A todos los docentes que han sido participes de mi formación académica en cada una de las etapas, por impulsarme día con día a seguir superándome y brindándome cada uno de los conocimientos que hoy me forman.

Al médico cirujano Carlos Morillo Daza, al QFB Luis Miguel López Díaz y a la enfermera Martha Esmeralda López López, por ser quienes iniciaron con el apoyo para mi formación como enfermera brindándome los conocimientos, las herramientas y sobretodo el campo para comenzar a adentrarme a la enfermería e impulsarme a luchar por llegar a cumplir esta meta que hace 4 años comenzó.

AGRADECIMIENTOS

“Todo comenzó con esos juegos de infancia donde una niña entre osos y muñecas comenzó a brindar cuidados, ella robaba esas vendas que su padre utilizaba para el futbol y con ellas sanaba esas fracturas de sus pequeños muñecos, para los raspones ella tomaba esas banditas que su mama ocupaba para curar cualquier raspón, aprendió también de su madre que con amor toda herida sanaba mejor, ellos fueron partícipes de esta pasión y vocación pues regalaron a su pequeña un maletín de enfermera con el que ella podría atender ahora a sus muñecos, pasaron los años y el sueño creció, ¡ahora ella sabía que quería ser de grande! Ese sueño a sus 6 años parecía tan inalcanzable, ahora después de 16 años ella está por concluir, un sueño que no solo fue de ella si no de sus padres y de sus hermanos esos niños a los que también ella lograba sanar pues aprendió las palabras mágicas de toda mama: sana, sana colita de rana sino sana hoy sanara mañana (acompañado por un beso al terminar) y así fue como ella llena de motivación ha llegado hasta el lugar donde ella esta Hoy sus padres dicen esto no es el final, aquí la historia apenas está por comenzar mi pequeña gran Enfermera”

Primero que nada agradezco a Dios por darme la vida y permitirme llegar hasta esta etapa. Gracias a él también por enviar a mi lado a las maravillosas personas que me rodean.

A Ellos Luis Gerardo Cisneros Malagón y Ma. De Lourdes Rosiles Martínez

Quienes han estado siempre a mi lado y han sido mi mayor apoyo durante toda mi vida, ellos quienes me han visto triunfar pero también fracasar y han estado siempre junto a mí brindándome todo su apoyo y amor incondicional. Gran ejemplo de humildad y fortaleza.

No existen palabras para agradecer y describir todo lo que estos maravillosos seres han hecho por mí y a los cuales tengo la dicha de llamar Papi y Mami.

Gracias también a ellos por regalarme a dos seres más que serían mi mayor impulso para continuar y no darme por vencida, esos dos seres llamados hermanos Braulio Gerardo Cisneros Rosiles y Cesar Omar Cisneros Rosiles que en los momentos más difíciles han logrado robarme una sonrisa con cada uno de sus juegos y bromas, Mis cómplices y amigos por siempre.

A ella Tomasa Martínez Santacruz

A pesar de que ahora no está, me sigue dando las fuerzas para continuar, a ella que en vida me lleno de consejos y conocimientos pero sobretodo me lleno de amor y me enseñó a luchar por lo que quiero y no doblegarme ante nada.

Gracias por ese tiempo dedicado y por ahora cuidarme desde donde te encuentras y seguir guiando mi caminar. Siempre estás en mi mente y en mi corazón, cada uno de mis logros son en tu memoria mi querida abuelita.

Gracias a cada docente que me ha transmitido todo ese saber en cada etapa que he cursado para poder llegar hasta el día de hoy y concluir una etapa más de mi formación académica

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	V
INTRODUCCION	8
PLANTEAMIENTO	9
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	10
JUSTIFICACION	11
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	12
CRITERIOS DE INCLUSION	13
CRITERIOS DE EXCLUSION	13
CRITERIOS DE ELIMINACION	13
LIMITES	14
CAPITULO I	15
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	15
1.1 Definición de Intervenciones de enfermería	17
1.2 Intervenciones de enfermería	19
1.2.1 Para mantener el estado respiratorio en el recién nacido prematuro	19
1.2.2 Para mantener la temperatura del recién nacido prematuro	25
1.2.3 Para mantener el estado nutricional del recién nacido	28
1.3 Unidad de cuidados intensivos neonatales	32
1.3.1 Definición	32
1.3.2 Recepción del neonato a la UCIN	32
1.3.3 Participación del personal de enfermería en la UCIN	33
1.3.4 Equipamiento de la UCIN	34
CAPITULO II	35
RECIÉN NACIDO PREMATURO	35
TEORÍA DE LAS NECESIDADES	37
2.1 Definición	39
2.2 Clasificación	40
2.3 Etiología	40
2.4 Características físicas del producto pre-terminó	42

2.5 características fisiológicas del recién nacido	42
2.6 Características clínicas del prematuro	43
2.7. Valoración de enfermería	44
2.8 Signos vitales y su medición	44
2.8.1 Frecuencia cardíaca	45
2.8.2 Frecuencia respiratoria	45
2.8.3 Temperatura	46
2.8.4 Peso	47
2.8.5 Talla (longitud)	48
2.8.6 Circunferencia cefálica	48
2.8.7 Circunferencia torácica	49
2.9 Necesidades nutricionales del recién nacido	49
2.9.1 Alimentación	50
CAPITULO III	53
INSTRUMENTACION ESTADISTICA	53
CAPITULO IV	69
ETICA DEL ESTUDIO	69
CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA	70
DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA	73
LEY GENERAL DE SALUD	75
CRONOGRAMA	76
CONCLUSION	77
ANEXOS	78
GUION METODOLOGICO	78
CUESTIONARIO	79
IMÁGENES	82
TABLAS	84
GLOSARIO	85
BIBLIOGRAFIA	87

INTRODUCCION

Los cuidados intensivos en pediatría han evolucionado a través del tiempo, mejoran cada día más gracias a los avances tecnológicos y son de importancia básica para todos los sistemas de prestación de servicios pediátricos. Son innumerables los problemas en el suministro de asistencia para estos niños: recursos limitados, personal especializado insuficiente y constante aumento de la demanda, debido al incremento del número de embarazos complicados en madres adolescentes

Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término y tiene mayor riesgo de morbi-mortalidad. Por tanto su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales y es por ello la importancia de que cada.

En el servicio de UCI neonatal se requiere una estricta asepsia ante los procedimientos invasivos que se puedan presentar en el neonato, por lo que unos de los objetivos en los cuidados de enfermería que se le plantea a los enfermeros, es combatir contra las posibles apariciones de infecciones ante el alto riesgo que presenta este tipo de población, por lo que su prevención es de vital importancia.

El neonato prematuro requiere de una observación continua y de las intervenciones de enfermería las 24 horas.

El hecho de haber participado intensamente cada una las enfermeras en las intervenciones para la conservación de ese pequeño es la mayor recompensa final sobre los esfuerzos realizados.

PLANTEAMIENTO

El cuidado de un niño recién nacido constituye una clase muy especial de asistencia de enfermería, ya que es el único miembro del equipo de salud que es un observador de 24 horas del neonato.

Los recién nacidos prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina, pues ellos son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad por eso su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales.

Ellos requieren de más cuidados pues se enfrían con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse que los recién nacidos a término. Como su organismo todavía no está plenamente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, por ello es que es de suma importancia la intervención de enfermería con cuidados intensivos

El cuidado que enfermería debe brindar a recién nacidos prematuros es uno considerado crítico ya que ellos son pacientes que requieren de mayor atención y de un mayor número de cuidados para lograr que ellos puedan tener la completa maduración de sus órganos y el adaptamiento a la vida extrauterina después de haber sido un producto prematuro.

En el ámbito hospitalario muchas de las enfermeras tanto tituladas como estudiantes no saben del todo los cuidados que se le deben de brindar al recién nacido prematuro pues ellos requieren de cuidados especiales que les ayuden a su rápido desarrollo y es por esto que la mayoría de las veces el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales es uno de los más temidos o mejor dicho más respetados pues el trato con neonatos se llega a tornar con mayor grado de dificultad.

¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES QUE DEBE DE BRINDAR LA ENFERMERA AL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES?

OBJETIVOS

General: Describir las intervenciones que brinda enfermería al Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Específicos: Verificar que el personal de enfermería brinde de manera adecuada las intervenciones necesarios a los recién nacidos con prematuros y tenga todos los conocimientos acerca de estos estas.

HIPOTESIS

Las intervenciones que debe brindar la enfermera al recién nacido prematuro son la termorregulación, cuidados sobre el estado respiratorio (oxígeno terapia en sus distintas fases) el estado nutricional brindando la alimentación adecuada así como los cuidados higiénicos.

JUSTIFICACION

El recién nacido prematuro es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación, estos a su vez presentan una alta morbilidad y mortalidad debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, los cuales a esa temprana edad no están aptos para responder a las exigencias de la vida extrauterina. La calidad de atención que tienen que tener estos neonatos en los primeros momentos de vida influyen en la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros. Existen varios factores riesgosos que benefician al recién nacido a que lleve una vida saludable, entre ellas destacan: edad gestacional (entre menor sea la edad gestacional el pronóstico se ensombrece), peso bajo para la edad gestacional y enfermedades asociadas entre algunas otras.

Por ello el nacimiento de un nuevo ser es un gran reto para el personal de enfermería y el sistema de salud. Los cuidados de las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos de los recién nacidos es de suma importancia, es decir, el conjunto de competencias, destrezas, preparación específica o habilidades profesionales que pueda utilizarse como referente para el cuidado de esta actividad es vital ya que con esto se disminuye y se mejora la supervivencia, la mortalidad, morbilidad y las secuelas que estos niños pudieran llegar a presentar más adelante.

Toda actividad del personal de salud encargado de los cuidados del recién nacido debe estar capacitado a la prevención de las dificultades que surgen al nacimiento, así como también al diagnóstico precoz y el manejo temprano de las condiciones que van surgiendo.

El mantenimiento de las funciones vitales que regulan su homeostasis es la clave para lograr finalmente, que un recién nacido prematuro tenga una mejor calidad de vida.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Esta investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa. Se considera cuantitativa pues dentro de ella se implementó planteamiento de un problema y una hipótesis de manera concreta así como sus objetivos , posteriormente se llevó a cabo la recopilación de información mediante la literatura revisada para construir el marco teórico y los datos obtenidos se analizaron mediante métodos estadísticos (graficas) extraídos de la población.

Y es de forma cualitativa debido a que el instrumento de medición indica que se mencionen conocimientos que la muestra ya tiene en base a sus experiencias.

En base al objetivo esta investigación es de manera aplicada pues con ella se quiere saber la utilidad las intervenciones de enfermería en el recién nacido prematuro. El tiempo del fenómeno es descriptivo pues dentro de ella se habla sobre lo que es esta investigación y cada uno de los puntos tratados en ella.

Las fuentes de información utilizadas son bibliográficas y documentales pues la información se obtuvo mediante la investigación en libros archivos PDF y revistas las cuales a ayudaron a la elaboración del marco teórico.

El tiempo de estudio de dicha investigación es de tipo transversal pues no se le dará seguimiento al mismo, ni tampoco es continuación de investigaciones anteriores. El área del conocimiento es de tipo social debido a que se tomó una muestra para obtener los resultados que nos llevarían a la conclusión de dicha investigación.

UNIDADES DE ANALISIS

- Intervenciones de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Recién Nacido Prematuro

CRITERIOS DE INCLUSION

Forman parte de esta investigación:

- Jefa de enfermeras
- Supervisora de enfermería (turno matutino y vespertino)
- Enfermeras tituladas (turno matutino y vespertino)
- Enfermeras pasantes (turno matutino y vespertino)
- Estudiantes de enfermería (cuarto año)

CRITERIOS DE EXCLUSION

No forma parte de esta investigación:

- Supervisora de enfermería del turno nocturno
- Enfermeras tituladas del turno nocturno
- Enfermeras pasantes del turno nocturno
- Estudiantes de enfermería (primero, segundo y tercer año)
- Personal medico

CRITERIOS DE ELIMINACION

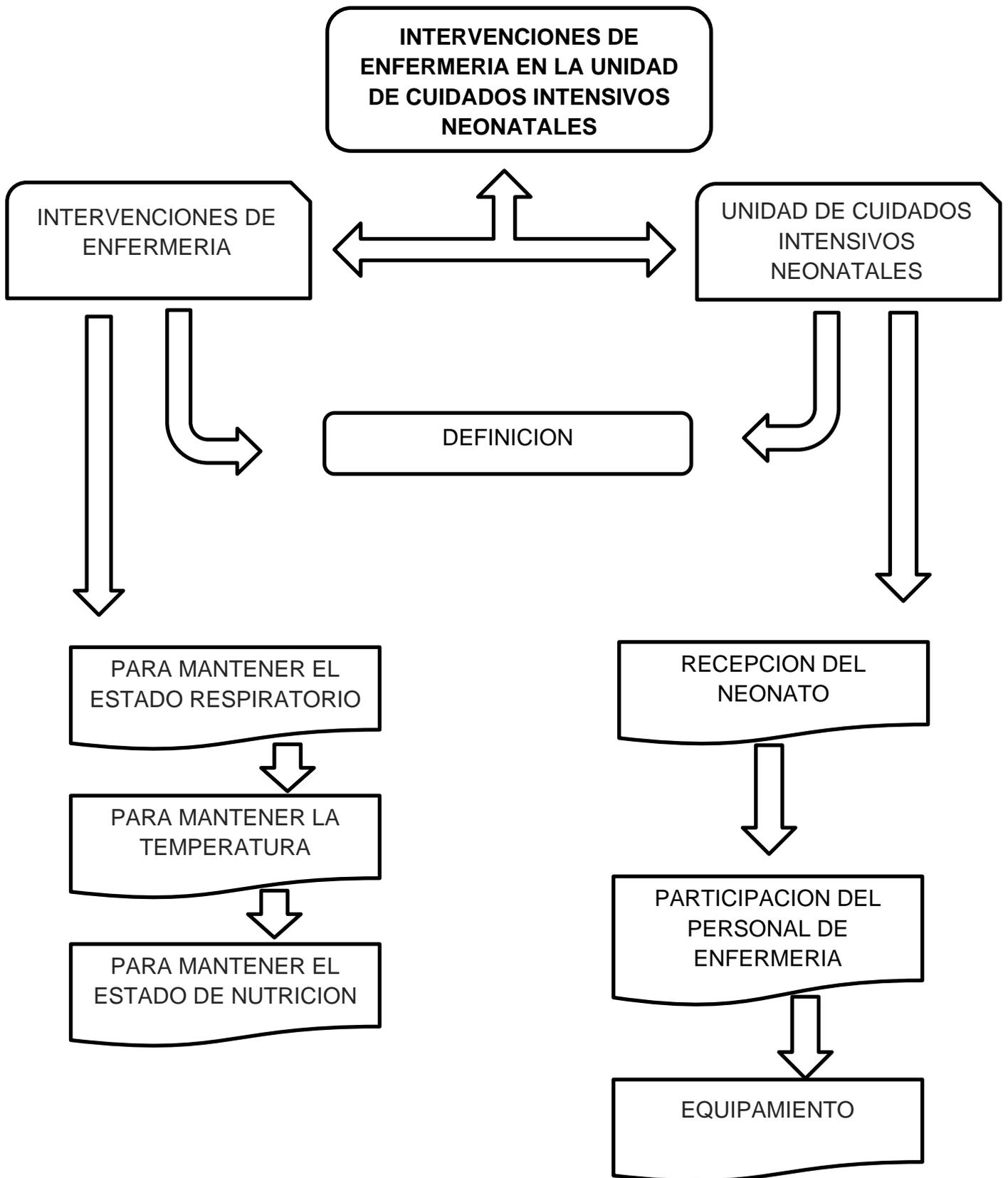
- Cuestionarios que no vengan con firma de consentimiento
- Más de dos respuestas marcadas
- Respuestas en blanco

LIMITES

La investigación se aplicara en el estado de Morelia Michoacán, en el hospital de nuestra señora de la salud en el área de unidad de cuidados intensivos neonatales en un tiempo comprendido del 25 de julio del 2016 al 31 de mayo del 2017.

CAPITULO I

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, se deben de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones. Dentro de este capítulo se mencionaran las intervenciones que la enfermera necesita realizar para brindarle una mejor atención al recién nacido prematuro dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Con este capítulo se intenta lograr el objetivo que implica que cada una de las enfermeras que consulten dicho protocolo de investigación tengan conocimientos más claros sobre cuáles son los cuidados que cada una de nosotras debemos brindar al recién nacido prematuro en el área de la UCIN y así con estos conocimientos lograr disminuir de manera notoria el índice de mortalidad neonatal prematuro por falta de conocimientos básicos que muchas de la veces no se saben o se desconocen.

1.1 Definición de Intervenciones de enfermería

Las actividades o intervenciones de enfermería según la OMS las define como las estrategias específicas diseñadas para un sujeto concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y fomentar, conservar y restaurar la salud.

Las intervenciones de enfermería incluyen todas intervenciones ejecutadas por las enfermeras, cuidados directos o indirectos, dirigidos a los individuos, la familia o la comunidad, ya sean tratamientos asociados por las enfermeras, los médicos o por otros profesionales proveedores de cuidados (McCloskey & Bulechek, 2004)

Las actividades de enfermería son las acciones específicas que realiza el personal de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a conseguir el objetivo planteado. (Intervenciones NIC)

Es definida también como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas. (Intervenciones NIC)

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (Intervenciones NIC).

Las actividades que la enfermería realiza es la directa ya que el tratamiento se realiza directamente con el paciente para así lograr la estabilidad del mismo, poniendo todo por parte de cada uno de los profesionales de enfermería para lograr primeramente la estabilidad del recién nacido prematuro, para con ello posteriormente nos lleve al egreso del recién nacido de una manera estable pudiendo así continuar con su vida dentro del hogar y con el menor número de riesgos, dando claramente también una buena educación a la madre sobre los cuidados que se debe de brindar dentro del hogar y las precauciones que debe llegar a tener; así es como se pasa a ser las intervenciones indirectas pero esas ya son una vez que él bebe egresa y sobre la educación brindada por cada una de nosotros personal de la salud a la madre e incluso también al padre pues muchas veces estará a su cuidado también.

1.2 Intervenciones de enfermería

La enfermera de la sala de cuidados intensivos es responsable de la atención del prematuro, cuya vida depende la mayoría de las veces de una vigilancia constante. Esta área de enfermería y sobre todo las intervenciones es una de las más desafiantes. En ocasiones puede ser excíate, desesperante, monótona, estimulante, cuando se puede constatar que todas las horas dedicadas a la atención cuidadosa de los detalles mínimos, han permitido lograr un ser normal que pueda ir a su hogar con una esperanza de vida completa.

Aquí se comienza las descripciones de las intervenciones que la enfermera debe de brindar al recién prematuro dentro de la UCIN

1.2.1 Para mantener el estado respiratorio en el recién nacido prematuro

El oxígeno es un gas muy utilizado en medicina con fines benéficos, especialmente en caso de urgencias, pero en neonatología, específicamente en los recién nacidos prematuros, este debe ser monitorizado, sobre todo en las unidades de cuidado intensivo, ya que su toxicidad en esta etapa de la vida es muy alta. La enfermera como encargada de las intervenciones sobre el recién nacido durante la mayor parte del día es quien debe encargarse de esta monitorización de oxigenación y respetar los parámetros que son indicados por el médico, ya que resulta importante para el bienestar del recién nacido y con ello evitar el riesgo de adquirir una nueva enfermedad o tener algún tipo de complicación debido a una alta ministración de oxígeno.

1.2.1.1 Oxigeno terapia

La oxigenoterapia es un método que la mayoría de las veces dentro de la práctica clínica se implementa tanto en adultos, como en este caso es en los recién nacidos prematuros, pues ellos requieren mayormente del oxigene ya que los niveles de

reserva de oxígeno en ellos es menos debido a la incapacidad pulmonar que tienen es por ello que es de suma importancia mostrar cada uno de los métodos por medio de los cuales se les puede administrar el oxígeno a cada uno de los recién nacidos.

El oxígeno es imprescindible para el metabolismo aeróbico, que es el único capaz de proporcionar al ser humano la energía necesaria para las funciones celulares, crecimiento, desarrollo y reproducción. La utilización de presión positiva en la vía respiratoria en prematuros provoca un incremento más rápido de la saturación de oxígeno arterial. Los prematuros con edad gestacional ≤ 28 semanas que precisen oxígeno en el período posnatal deberán mantenerse dentro de un rango de saturación de 90-95%.

Indicaciones de la oxigenoterapia:

Las indicaciones generales de la oxigenoterapia, independientemente de la causa que las provoque, son las siguientes:

- Prevenir o tratar la hipoxemia y la hipoxia tisular. La hipoxemia es la disminución de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial, mientras que la hipoxia consiste en el déficit de oxígeno en los tejidos, lo que se compensa aumentando las fracciones de oxígeno inspirado.
- Disminuir el trabajo del miocardio. El aparato cardiovascular también actúa como mecanismo compensador de la hipoxemia, hipoxia o ambas. La oxigenoterapia ofrece eficaz apoyo en muchos estados de enfermedad porque evita el excesivo trabajo miocárdico o reduce el trabajo miocárdico existente.
- Reducir el trabajo respiratorio. La hipoxemia genera un aumento del trabajo respiratorio a través del propio estímulo hipoxémico sobre la ventilación. El aumento de la fracción de oxígeno inspirado, además de aliviar el trabajo respiratorio, mantiene una oxigenación adecuada.

Métodos de administración de oxígeno

Son los dispositivos que llevarán el oxígeno al RN, y éstos deberán escogerse de forma individualizada en función de las necesidades de cada uno, tanto clínicas, de edad como de grado de tolerabilidad y cumplimiento. La oxigenoterapia suministra oxígeno suplementario a concentraciones que oscilan entre el 24 y el 100%. La velocidad del flujo de oxígeno se cuantifica en litros por minuto (lpm). La concentración, descrita en forma de porcentaje, es la mezcla de aire ambiente y oxígeno suministrado.

- *Incubadora (ver imagen no.1)*. Cumple la doble función de mantener la termoneutralidad y aportar la concentración de O₂ precisa en cada caso. En la práctica, en las incubadoras no se obtienen niveles estables de FiO₂ debido a las actividades de cuidado del neonato, que hacen bajar la FiO₂.
- *Cámara cefálica (ver imagen no.2)*: Sistema cerrado muy usado en las unidades de cuidados intensivos, que consiste en una cámara cilíndrica transparente que cubre la cabeza del neonato. Normalmente puede brindar hasta el 60% de oxígeno con flujos de 5-10 litros por minuto y con flujos de 10 a 15 litros por minuto hasta el 80%. Tiene dos orificios, una entrada para el oxígeno y una salida para el dióxido de carbono.

Ventajas:

- La cámara es un método bien tolerado en el recién nacido.
- Es un sistema que puede ser bien monitorizado.
- La fuente de oxígeno llega directamente a la cámara.
- Se consiguen concentraciones altas de oxígeno.

Desventajas:

- Una cámara mal colocada produce fugas y altera la concentración de O₂.

- Se debe tener el tamaño adecuado para el tamaño del neonato.
 - Se deben dejar permeables los orificios superiores a través de los cuales se busca eliminar el CO₂ espirado por el paciente.
 - Se interrumpe la oxigenación al sacar al bebé para alimentarlo y atenderlo.
- *Gafas nasales (ver imagen no.3).* Es el dispositivo más utilizado y consta de dos pequeños vástagos que dirigen el O₂ al interior de las fosas nasales (debe vigilarse que estén permeables). Puede suministrar una FiO₂ máxima del 40% y está condicionada por el patrón respiratorio del niño
 - *Mascarilla con efecto Venturi (ver imagen no.4).* Suministra una concentración exacta de O₂ independientemente del patrón respiratorio del niño, ya que en ella se produce un chorro de O₂ a alta velocidad que arrastra el aire del ambiente de forma proporcional a su velocidad, de modo que, aunque se modifique el flujo, la FiO₂ permanece estable. La mascarilla Venturi permite alcanzar una FiO₂ máxima del 50%. Deben ser blandas, de plástico flexible y transparente, para permitir ver la cara del niño.
 - *Presión positiva continua (CPAP ver imagen no. 5).* Administra O₂ y aire comprimido con presión continua a través de gafas nasales o mascarilla. Lo que consigue es mantener una presión positiva durante la espiración que mejora la distensión de los alveolos, y disminuye las apneas del prematuro.
 - *Cánula endotraqueal (TEC ver imagen no.6).* Se trata de la ventilación mecánica. Precisa de la intubación del neonato y la utilización de un respirador, que suministra el O₂ directamente en la vía aérea del neonato.

1.2.1.2 Monitorización respiratoria

Controla la frecuencia (respiraciones/minuto) y el patrón respiratorio: regular, superficial o irregular. El ciclo respiratorio comprende una fase inspiratoria que es activa y una fase de espiración (pasiva).

Se contabiliza de forma manual y aislada contando las contracciones torácicas producidas en un minuto,

De forma continua por medio de un monitor que nos ofrecerá un dato numérico (Fr) y una onda que nos indicará el tipo de respiración:

- Taquipnea: respiración rápida con FR superior a los valores establecidos como normales en el paciente.
- Bradipnea: lentitud en el ritmo respiratorio con FR inferior a los valores establecidos como normales en el paciente.
- Pausas respiratorias o de Apnea: ausencia de flujo de aire durante ≥ 20 segundos o asociadas a cianosis o bradicardia. (Enfermería Integral. 2011)

1.2.1.3 Monitoreo del oxígeno

Existen varios métodos por los cuales podemos valorar el intercambio gaseoso que ocurre a nivel pulmonar, como son:

- *Gasometría arterial.* Consiste en la obtención de una muestra sanguínea para medir la oxigenación y el equilibrio ácido-base en sangre:
 - Capilar: Es la más utilizada, se extrae la sangre puncionando el lateral del talón con una lanceta.
 - Arterial: A través del catéter arterial umbilical.
 - Venosa: Utilizando el catéter venoso umbilical, otro catéter central o aprovechando alguna punción venosa que debamos hacer.Es el patrón de referencia para conocer con precisión el grado de oxigenación y SatO₂, pero resulta un método poco práctico para la monitorización

continua y queda reservado para situaciones puntuales y para valoración del equilibrio acido-base.

- *Pulsoximetría o saturómetro* (ver imagen No. 7) en este método es en el que principalmente nos enfocaremos pues el que está al alcance de todos y en la unidad de cuidados intensivos neonatales es con el equipo con el que mayormente se cuenta.

La saturimetría es considerada hoy como el quinto signo vital; es un método rápido, continuo y no invasivo, que mide la frecuencia cardíaca e indirectamente la saturación de oxígeno arterial durante la pulsación de la sangre, estimando la saturación de oxígeno mediante la utilización de las características de absorción de la luz de la hemoglobina. Esta medición consiste en colocar una cinta adherente, la cual contiene por un lado dos diodos emisores de luz, que identifican la luz roja e infrarroja, y, por el otro lado, un fotodiodo detector que recibe la luz; con esto se mide la luz roja, la infrarroja y la ambiental. Para obtener una mejor lectura, los diodos deben estar colocados en un sitio bien perfundido.

Los valores del 97% de saturación son los normales en bebés de término que respiran aire ambiente, pero, en neonatos prematuros o con dificultad respiratoria que reciben oxígeno suplementario, estos valores pueden significar hiperoxia; dado esto, hay que individualizar cada caso y establecer una saturación objetivo en las alarmas del monitor y, aunque no se ha establecido todavía una saturación ideal, se puede pensar en un rango seguro con niveles entre el 88 y 92%. Para que la lectura sea confiable, tome en cuenta que la frecuencia cardíaca del pulsímetro debe coincidir con la frecuencia cardíaca del paciente. (Enfermería Integral. 2011)

Ventajas:

- Fácil de usar.
- No requiere calibración.

Desventajas:

- Mide solo la saturación y no el suministro de oxígeno a los tejidos.
- No es confiable en caso de mala detección de la señal de pulso por alteraciones fisiológicas (hipotermia, hipovolemia, choque), artefactos en movimiento, luz ambiental (fototerapia) o mala colocación.
- No es sensible a la hiperoxia ($\text{PaO}_2 > 100 \text{ mmHg}$) ni a la hipoxemia severa.
- Los monitores convencionales pueden reportar un valor de memoria que no es en tiempo real cuando están haciendo la lectura.

Riesgos de la administración de oxígeno:

El oxígeno no es un tratamiento inocuo. Su administración en exceso puede dar lugar a efectos adversos significativos. Evitar la hipoxia es importante, pero mantener situaciones de hiperoxia puede dar lugar a estrés oxidativo y daño tisular. Esta toxicidad depende de tres factores: la concentración del gas inspirado, la duración de la exposición y la predisposición individual. Para intentar atenuar la toxicidad del oxígeno se recomienda utilizar siempre la menor concentración posible. Actualmente se sabe que, en los recién nacidos prematuros, niveles de oxígeno suficientes para mantener saturaciones de 95-100% son potencialmente peligrosos. Además, repetidos episodios de hipoxia/hiperoxia pueden producir alteraciones significativas en el tono vascular que podrían ser evitados con un correcto manejo del oxígeno, actuación en la que el papel del personal de enfermería es fundamental. (Enfermería Integral. 2011)

1.2.2 Para mantener la temperatura del recién nacido prematuro

En los niños la mayor superficie corporal en relación a su masa provoca pérdida de calor con mucha facilidad; este hecho se agudiza cuando se tiene un recién nacido prematuro. Las reservas de un niño son menores y el panículo adiposo es

insuficiente como mecanismo de termorregulación, aumentando más el riesgo de pérdida de calor.

Cuando el niño sufre hipotermia aumenta el consumo de oxígeno. Debido a la labilidad en la termorregulación del niño existe también riesgo de sobrecalentamiento en los casos en que el niño está en entornos que lo favorezcan

1.2.2.1 Regulación de la temperatura

La enfermera juega un papel muy importante en la regulación de la temperatura pues gracias a ellas se logra alcanzar la correcta regulación

La regulación térmica es uno de los factores críticos de la supervivencia y estabilidad del recién nacido. Los avances tecnológicos y un mejor conocimiento del mecanismo de termorregulador del recién nacido contribuyen a lograr un control térmico más eficiente en esta población tan vulnerable.

El control térmico y el mantenimiento de la temperatura corporal en un ambiente térmico neutro estable debe ser una de las prioridades del personal de enfermería responsable de la atención al recién nacido. Por lo tanto es necesario que tengan un amplio conocimiento de los mecanismos de control térmico de la pérdida de calor y de los riesgos que la inestabilidad térmica produce en estos pacientes.

El prematuro debe ser atendido en una incubadora en donde la temperatura corporal pueda controlarse con precisión entre 36° y 37°. Cualquier desviación de estos límites debe valorarse cuidadosamente (Waechter-Blake, 1998)

1.2.2.2. Definición de termorregulación

Habilidad del cuerpo para lograr el equilibrio entre la producción de calor y su pérdida y mantener así la temperatura dentro de los límites normales.

1.2.2.3 Pérdida de calor

Es necesario tener en cuenta que: - La cantidad de calor que se pierde y la rapidez con que se pierde es proporcional al gradiente de temperatura entre el RN y el medio que le rodea (aire, líquido, sólido u objetos cercanos). - Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor. Existen cuatro mecanismos por los cuales el calor es transferido desde y hacia la superficie corporal. (Ver tabla No. 1)

1.2.2.4 Producción de calor

La producción de calor en el recién nacido tiene dos componentes. El primero es la “termogénesis no termorreguladora”, que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción térmica de los alimentos. Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético. A esta forma de producción de calor se denomina “termogénesis termorreguladora”, termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estrés térmico. En condiciones de estrés por frío, la temperatura corporal central es inicialmente normal a expensas de un gran costo energético. Cuando el niño pierde la capacidad para mantener su Temperatura corporal normal, cae en hipotermia. Las respuestas neonatales primarias al estrés por frío son la vasoconstricción periférica y la termogénesis química (metabolismo de la grasa parda). Por este mecanismo, el recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia. Cuando un recién nacido debe producir calor por medio del metabolismo de la grasa parda, pone en funcionamiento mecanismos que en el corto plazo lo llevarán a hipotermia y los riesgos que esto implica

1.2.3 Para mantener el estado nutricional del recién nacido

Es importante la participación del personal de enfermería en la alimentación del niño pretermino, pues por su inmadurez, los reflejos de succión y deglución pueden ser débiles o estar ausentes siendo necesaria una alimentación forzada o nutrición parenteral. Se debe alimentar de manera correcta al recién nacido para lograr incrementar su peso

1.2.3.1 Alimentación enteral

Se refiere a la administración de cualquier alimento en el tracto gastrointestinal esto incluye alimentación mediante sonda nasogástrica o seno materno.

Métodos de administración de la alimentación enteral

Existen varios métodos para administrar la alimentación enteral al niño que nos ayudan a darle una correcta nutrición en este caso algunos de ellos es cuando el niño ya puede de mejor manera deglutir la comida o que ya a comenzado la tolerancia a la vía oral algunos de los métodos de admiración ya se conocen pero son mencionados dentro de esta investigación.

- Nutrición enteral por bolos o intermitente o gavage

Administración de volúmenes fraccionados cada 2 o 3 horas por una jeringa a través de la sonda por caída sin ejercer presión, manteniendo la jeringa elevada.

- Nutrición enteral continua o gastroclisis continua

Administración de volúmenes por sonda orogástrica o nasogástrica con bomba de infusión, en períodos de 4 a 5 horas con una 1 hora de descanso. Puede ser útil en niños con mala tolerancia al gavage, que presentan residuos post-alimentación. Las jeringas y tabuladoras se deben reemplazar con cada ciclo de alimentación y no más allá de las 4 horas. El sistema de administración continua (sonda y prolongador)

deben ser del menor calibre y longitud posible Dado que la grasa de la leche humana se acumula en las capas superiores y se adhiere a los plásticos, se aconseja colocar la bomba de infusión en posición inclinada (25-40°) para permitir que el pico de la jeringa quede hacia arriba.

- ✓ Sonda orogástrica: En general es la más utilizada para los primeros días, es de fácil colocación y no interfiere con la respiración nasal. Tienen como desventaja que tienden a desplazarse con facilidad, aumentando el riesgo de aspiración, por lo que debe evaluarse su posición antes de cada alimentación.
- ✓ Sonda nasogástrica Es la fijación preferida cuando los niños comienzan a probar succión. No interfiere con la suficiencia respiratoria en pacientes estables. Una revisión sistemática realizada en 2013 no encontró evidencia suficiente para definir ventajas entre la vía oro o nasogástrica en niños prematuros. Los escasos datos disponibles no mostraron diferencias en relación al tiempo necesario para alcanzar la alimentación enteral completa ni en la incidencia de apneas, desaturaciones o bradicardia

- Lactancia materna

La lactancia materna tiene múltiples beneficios nutricionales, gastrointestinales, inmunológicos, psicofísicos y neuro-madurativos. Es por ello que se recomienda fomentar el uso de leche humana de la propia madre como prioridad en la alimentación de los niños prematuro y en cualquier otro lactante de riesgo. Es importante que el equipo de salud, conozca los beneficios de la lactancia materna y los riesgos para la salud del binomio derivados del uso de fórmulas artificiales.

Múltiples son los beneficios de la lactancia materna tanto para el niño y su madre, como para la sociedad en su conjunto. En especial, la lactancia disminuye el riesgo de diarrea, otitis media aguda, infecciones respiratorias bajas y la mortalidad relacionada con éstas. También disminuye el riesgo de entero - colitis necrotizante y sepsis, especialmente en prematuros. La administración de leche humana en

prematuros ha sido relacionada con menores tiempos de internación, menor cantidad de re-internaciones y mejores condiciones de salud post-alta.

1.2.3.2 Nutrición parenteral

La nutrición parenteral total es un procedimiento bien sistematizado que requiere de cuidados específicos por parte del personal de salud en especial de enfermería este método terapéutico ha demostrado su utilidad al disminuir la morbilidad y tiempo de estancia en el hospital.

La NPT se administra por vía endovenosa a través de una vena de gran calibre: esta provee todos los nutrientes necesarios, cantidades y proporciones adecuadas para cubrir los requerimientos diarios del organismo y permitir el funcionamiento normal de sus procesos metabólicos.

Cabe mencionar que la enfermera desempeña un papel esencial en la nutrición parenteral: por tal motivo es indispensable que tenga conocimiento de las técnicas de enfermería en la preparación, administración y manejo, así como las posibles complicaciones que esta presenta para los pacientes.

La NPT debe ser administrada por un acceso vascular central. Inicialmente, podría ser la vena umbilical. Luego se continúa por una vía percutánea si la administración se prolonga por más de 7 días.

Accesos venosos centrales: Son de suma importancia para el aporte de sustratos parenterales en cantidades lo suficientemente elevadas. Cuando no es bien tolerada la alimentación enteral completa a corto plazo, debe garantizarse un acceso venoso central. Una de las vías que puede utilizarse es la vena umbilical o en el caso de un prematuro estable que no requiere canalización venosa se debe programar precozmente (en general no más allá del segundo día de vida), la colocación de una catéter venoso central de inserción percutánea por una vena periférica.

Accesos venosos periféricos: Los accesos venosos periféricos son adecuados (a corto plazo) pero el aporte de soluciones con osmolaridad superior a 600 mOsm, puede asociarse con complicaciones como flebitis y extravasación con necrosis. El cuidado de los catéteres debe ser realizado por personal altamente capacitado y condiciones asépticas, ya que estos accesos vasculares pueden asociarse a complicaciones graves como sepsis, trombosis y derrame pericárdico o pleural.

Recomendaciones generales para la administración:

- Las bolsas de NP de almacena en heladera exclusiva para NP entre 4° y 8°C.
- Verificar rotulo, nombre, apellido, estado, integridad, fecha de elaboración y vencimiento.
- Retirar la bolsa de la heladera entre 20 y 30 min antes de efectuar la instalación para que tome temperatura ambiente.
- No exceder las 24 horas luego de iniciada la infusión; pasado dicho lapso deberá desecharse
- No desconectar hasta la finalización de la bolsa excepto en situación de emergencia de tipo quirúrgica o inestabilidad hemodinámica. Si por cualquier motivo se desconectó la bolsa o el sistema de infusión, de descarta el equipo colocando uno nuevo.
- Utilizar una vía exclusiva para la NPT
- No colocar soluciones en paralelo
- Registrar el procedimiento: fecha, hora de inicio, volumen colocado, velocidad de infusión, abrir hoja de balance, sistema de control de flujo, observación de enfermería, tolerancia del procedimiento, complicación y forma de resolución, curaciones
- Vigilar la presencia de precipitación o turbidez de la mezcla
- Utilizar filtros en línea
- Implementar lista de cotejo para la conexión de la NPT

1.3 Unidad de cuidados intensivos neonatales

La unidad de cuidados intensivos neonatales tienen como finalidad preservar la salud de aquellos recién nacidos catalogados como de alto riesgo y que requieren de una atención y tratamiento altamente especializado.

La participación de la enfermera es fundamental en la asistencia de estos neonatos y que además exige de cada una de nosotras conocimientos profundos de sus acciones y que deben poseer.

Es importante mencionar que en algunos de los hospitales la UCIN está integrada por tres secciones que son:

- a) sección de incubadoras
- b) sección de crecimiento y desarrollo (niños pretermino que están en condiciones de egresar del servicio)
- c) sección de aislamiento (niños con problemas infecciosos)

1.3.1 Definición

Unidad Médica destinada a atender a todo recién nacido (0 a 28 días de vida) con cualquier proceso mórbido o enfermedad que ponga en peligro su vida (estado crítico) y que tiene la posibilidad de resolverse mediante la intervención de un equipo humano y tecnológico diseñado específicamente para este propósito.

El servicio de UCIN es el encargado de dar atención a todo paciente menor de 29 días con enfermedades que ponen en riesgo su vida, pero que además sea susceptible de recuperarse. (<http://www.hnm.org.mx/Servicios/UCIN.html>)

1.3.2 Recepción del neonato a la UCIN

Al ingresar al servicio el niño debería ser trasladado por una enfermera en incubadora portátil. Este ingreso muchas veces no se puede realizar por la falta de incubadoras portátiles y esto hace que el trabajo de la enfermera deban ser más

rápido, pues se tienen que llevar al recién nacido de manera inmediata al servicio sin el apoyo de una incubadora portátil.

Antes de ingresar al servicio se deben hacer los preparativos necesarios para la recepción del recién nacido pretermino y así poder proporcionar los cuidados inmediatos de enfermería, para ello es de suma importancia la comunicación es decir si se sabe que se tendrá un parto con condiciones que favorecerán al paso del RN a la UCIN se debe de informar desde antes por el personal de la unidad tóco quirúrgica al personal de la UCIN para que así este todo preparado para su ingreso. Tomando en cuéntalo siguiente:

- A) tener preparada la incubadora (verificando que se encuentre limpia y en correcto funcionamiento)
- B) Tener preparado el equipo de:
 - Peso
 - Termometría
 - Respirador mecánico
 - Monitores
 - Equipo para lavado gástrico (si se indica)

Trasladar al neonato a la sección asignada y colocarlo en la incubadora, cuna de calor radiante o según indicación.

Proporcionar los cuidados mediatos al recién nacido

1.3.3 Participación del personal de enfermería en la UCIN

Debido al estado crítico del recién nacido de pretermino que ingresa a la UCIN, la enfermera debe desarrollar una capacidad de valoración física que incluye la observación de posibles datos clínicos fundamentales, como distención abdominal,

cambios en el estado neuromuscular, temblores, crisis convulsivas, ictericia, palidez, cianosis, lesiones dérmicas como petequias, equimosis y características de ruidos cardiacos y respiratorios.

Es importante que la enfermera tenga clara una comprensión y conocimiento de los procesos patológicos de cada uno de los neonatos, para actuar de inmediato en situaciones de emergencia. Es de suma importancia que la también conozca el equipo técnico como monitores, bombas de infusión, ventiladores, así como saber interpretar cada una de las alarmas para reconocer rápidamente un mal funcionamiento de los dispositivos.

Otra de las responsabilidades que son de gran importancia dentro de la unidad de cuidados intensivos es la toma y registro de la signología del neonato como lo son la temperatura, el pulso y la respiración. Que para una manera más exacta se debe realizar mediante monitores cardiorrespiratorios electrónicos con alarmas que indiquen apneas, bradicardia o taquicardia. Es de suma importancia también la medición de la presión arterial mediante el método Doppler (ver imagen no.) o por medio de un traductor de presión conectado a un catéter arterial permanente (ver imagen No.)

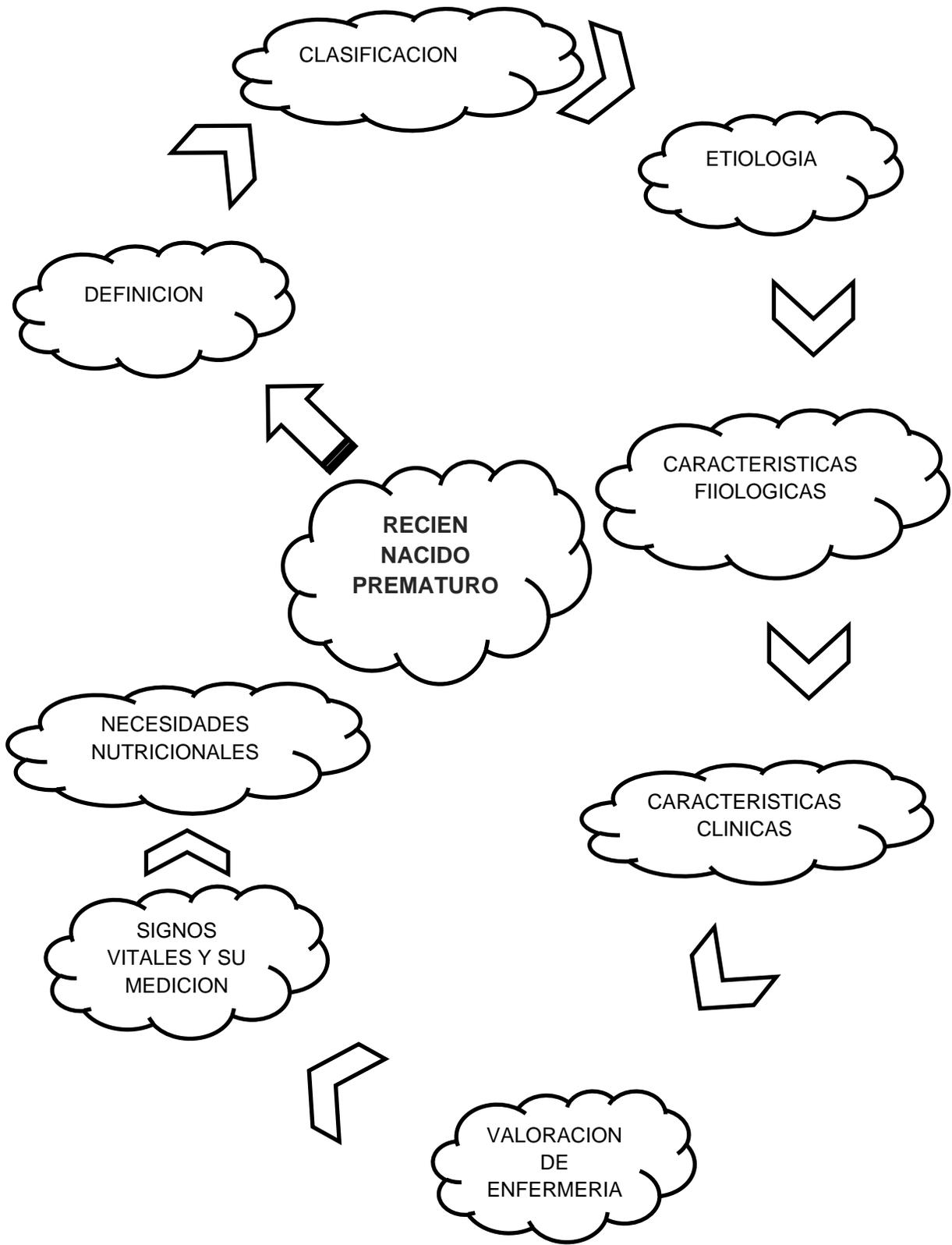
1.3.4 Equipamiento de la UCIN

Cunas: Se elige según el tiempo del bebe y de su estado de adaptación al ambiente (ver imagen no.)

Incubadora: son camas cerradas con fuente de calor húmedo, que concentra el calor, poseen fuentes de oxígeno, presentan un sistema de control de temperatura interior y de piel del neonato, sistema

CAPITULO II

RECIÉN NACIDO PREMATURO



TEORÍA DE LAS NECESIDADES

Virginia Henderson

De acuerdo con Virginia Henderson, los receptores de los cuidados de enfermería son seres humanos que comparten necesidades fundamentales (Balderas, 2015). Dentro de esta investigación esta teoría se relaciona en gran aspecto pues el recién nacido prematuro requiere de todos estos cuidados que ella menciona dentro de su teoría para así poder tener una mejora en su salud, es decir cada uno de los cuidados contribuirá de una gran forma al mejoramiento de la salud del recién nacido prematuro. Dentro de ella realizaremos las acciones que el paciente aun no puede realizar u en este caso no es por falta de fuerza que no lo realiza si no por la edad que ellos tienen y que para muchas de las cosas requieren de ciertas intervenciones para lograr cumplir estas necesidades.

Las necesidades básicas de los individuos en las cuales tiene su base la práctica de enfermería son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber de manera adecuada
- Eliminar los residuos corporales
- Moverse y mantener una postura conveniente
- Dormir y descansar
- Seleccionar ropa apropiada, vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales
- Mantener el cuerpo limpio
- Evitar peligros ambientales
- Comunicarse con otros
- Rendir culto de acuerdo a su propia fe
- Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro
- Participar en actividades recreativas
- Aprender, descubrir o satisfacer las curiosidades que conducen el desarrollo normal a la salud (Balderas, 2015)

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

En este caso el nivel de relación que aquí se ejecutara es el nivel de sustitución pues cada uno de nosotros como profesionales de la salud sustituiremos totalmente al paciente es decir logramos que se satisficen estas necesidades con cada una de las intervenciones que tendremos sobre su estancia hospitalaria para lograr así un buen egreso del mismo con una buena calidad de vida.

Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad. Por tanto su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales que es algo en donde enfermería está completamente involucrado pues como ya se sabe es enfermería quien pasa las 24 horas en vigilancia de todos estos niños y es ella también quien desempeña el papel más importante sobre cada uno de ellos. Como bien se sabe el recién nacido prematuro sufre serios problemas al no poder mantener de manera adecuada sus funciones vitales sobretodo y lo más importante el mantener la temperatura corporal, esto es debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa y menor cantidad de masa muscular.

La función pulmonar también se encuentra en algunos altamente comprometida es por ello que requieren de una asistencia respiratoria de la cual también enfermería es responsable de administrar de manera adecuada.

El comportamiento alimenticio es otra de las funciones que el prematuro no tiene desarrollado al cien por ciento es por ello que debemos darle una estimulación para que logre completar este desarrollo de estos reflejos y pueda tener así una

alimentación adecuada en determinado caso que el recién nacido sea extremadamente prematuro se recurrirá a otro tipo de alimentación pero que también enfermería es quien desempeña esta acción de la alimentación.

RECIEN NACIDO PREMATURO

El parto pre-termino es el principal problema obstétrico en la actualidad, y ocurre entre un 8-10% de los nacimientos, su diagnóstico y tratamiento oportunos son de importancia básica dentro del manejo de la prematurez (Mercer, 1998).

La prematurez afecta entre el 5 y 10 % de todos los nacimientos a nivel internacional. La mayoría de las enfermedades serias y muerte se concentra en el 1-2 % de los recién nacidos prematuros de 32 semanas y peso <1 500g (Yurdakok, 1998)

Los nacidos antes de las 33 semanas son los que plantean los principales problemas médicos, ocupando el 50 % de las camas de las UCIN (Saling, 2003).

El nacimiento prematuro es causa directa del 27% de las muertes neonatales que ocurren cada año a nivel mundial. La experiencia de países tanto desarrollados como no desarrollados señalan claramente que los cuidados apropiados de los niños con bajo peso al nacer, incluyendo alimentación, mantenimiento de la temperatura, higiene, así como detección y tratamiento temprano de las infecciones que pueden reducir sustancialmente la mortalidad en este grupo tan vulnerable. (WHO, 2006)

2.1 Definición

Para la clasificación según edad gestacional se adopta la clasificación propuesta por la OMS, que define como prematuro a todo niño nacido antes de las 37 semanas

completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación.

2.2 Clasificación

El nacimiento prematuro a su vez según la OMS, puede subdividirse según la edad gestacional en: Prematuro extremo:

- Prematuro extremo: menos de 28 semanas
- Muy prematuro: 28 a 32 semanas
- Prematuro moderado: 32 a 34 semanas
- Prematuro tardío: 34 a 37 semanas

Se clasifica también al neonato por su peso al nacimiento y se toma como parámetro de referencia:

- Bajo peso al nacer inferior a 2.500gr
- Muy bajo peso al nacimiento inferior a 1,500gr
- Extremado bajo peso inferior a 1000gr

Al establecer la relación entre los parámetros de peso y edad gestacional, se puede dividir a la población de pretermino, en peso elevado, peso adecuado y bajo peso para su edad gestacional, situación que condiciona la probabilidad de determinada morbilidad postnatal (S. Rellan Rodriguez, 2008)

2.3 Etiología

La causa real del nacimiento prematuro de un niño se desconoce en la mayoría de los casos, pero existen varios factores maternos que pueden condicionar a un mayor número de estos nacimientos. (Frank 2007)

Algunos de los factores maternos son:

- Condiciones uterinas variables
- Interferencias externas sobre el curso del embarazo
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Ruptura prematura de membranas
- Multiparidad
- Desnutrición
- Nivel socioeconómico bajo
- Infecciones de vías urinarias
- Tabaquismo
- Embarazos múltiples
- Síndromes hipertensivos del embarazo
- Diabetes
- Cardiopatías
- Nefropatías
- Traumatismo uterino
- Poli hidramnios
- Cesárea electiva con estimación incorrecta de la edad gestacional

Factores sociales:

- Pobreza económica
- Bajo nivel cultural
- Hiperactividad materna
- Tabaquismo y alcoholismo
- Gestaciones muy frecuentes
- Mala nutrición
- Baja talla
- Edad materna inferior a los 16 años o superior a los 35
- Toxicomanías
- Falta de control prenatal

2.4 Características físicas del producto pre-terminó

- Pequeños y de aspecto delgado debido a que los depósitos de grasa subcutánea son nulos o mínimos
- Inactivos y de poca movilidad
- Piel roja o rosa con venas visibles y cubiertas de lanugo (pelo fino, plumoso)
- Extremidades extendidas
- Cartílago de la oreja poco desarrollado (orejas planas y deformes)
- Pocos pliegues en las palmas de los pies y palmas de las manos
- Clítoris prominente y labios mayores pequeños (en mujeres)
- Escroto poco desarrollado, con arrugas mínimas y testículos no descendidos. (en hombres)
- Articulaciones laxas
- Reflejos de presión, succión, deglución y faríngeo ausentes o débiles.
- Respiración periódica
- Frecuentes periodos de apnea
- El nódulo mamario aun no es palpable
- Los rasgos son filosos y angulares
- Llanto débil
- Poca vermix caseosa
- Cabeza grande en relación con el cuerpo.

2.5 características fisiológicas del recién nacido

Debido a que el neonato no completa su crecimiento y desarrollo in útero, al momento de nacer presenta un grado de madurez menor que un recién nacido a término.

Algunas de las manifestaciones de esta inmadurez se denotan en:

- Tórax blando e inmadurez pulmonar
- Presencia de ictericia en la primera semana de vida, secundaria principalmente a una Incapacidad del hígado para conjugar bilirrubinas.
- Disminución de la capacidad funcional renal. El número de nefronas funcionales es más reducido
- Respiración periódica que consiste en periodos de respiración alternados con periodos de apnea.
- Incapacidad del aparato digestivo. El prematuro presenta mala absorción en las vitaminas liposolubles
- Mantenimiento de la temperatura corporal. La dificultad de esta se presenta por que tienen una piel delgada
- Susceptibilidad a infecciones: menor actividad fagocitaria, disminuida en la actividad bacteriostática y bactericida del suero sanguíneo, deficiencia de las inmunoglobulinas.

2.6 Características clínicas del prematuro

Las características clínicas son un punto clave para la valoración del estado de salud del recién nacido prematuro (Frank 2007)

- Crecimiento: el peso es frecuentemente inferior a 2,500 g
- Longitud: es proporcional a su inmadurez y siempre es inferior a 47 cm
- Circunferencia torácica y cefálica: disminuida notoriamente
- Extremidades: delgadas
- Piel: fina y lisa
- Relieves óseos: más prominentes
- Desarrollo muscular: tienen escaso desarrollo y una disminución de tejido adiposo
- Huesos craneales: son más blandos
- Mujeres: los labios menores no protruyen

- Hombres: los testículos no están descendidos totalmente
- Reflejos primarios disminuidos, están en función de la edad gestacional

2.7. Valoración de enfermería

La valoración de enfermería se centra en la identificación de las alteraciones en las funciones vitales del recién nacido prematuro.

Como parte de las funciones vitales se encuentra también la identificación de los problemas relacionados con:

- Termorregulación
- Respiración
- Alimentación
- Seguridad y protección.

2.8 Signos vitales y su medición

La monitoria neonatal permanente de los signos vitales del recién nacido en la Unidad de cuidado intensivo (UCI) favorece la identificación temprana de alteraciones y de eventos potencialmente catastróficos, facilita una intervención oportuna y adecuada al tiempo que permite la evaluación de la respuesta a dichas intervenciones y la disminución de los efectos deletéreos de estos en el paciente. - La identificación de posibles alteraciones orgánicas del niño de alto, mediano y bajo riesgo a través del control de las constantes vitales, el establecimiento de un control horario de cada uno de los signos vitales y la monitoria de los límites de las alarmas según las necesidades y parámetros basales de cada recién nacido y la corrección de los factores que estén alterando la frecuencia o características de los signos vitales en el neonato, son los objetivos de la monitoria neonatal

2.8.1 Frecuencia cardiaca

Frecuencia cardiaca: Es la velocidad del pulso expresada en latidos por minuto. Se puede obtener de forma manual y aislada (mediante estetoscopio), o de forma continua mediante un monitor con ECG. Es el registro electrocardiográfico continuo que nos permite ver la frecuencia cardíaca y el ritmo. El pulso varía con la edad.

Alteraciones clínicas:

- Bradicardia: FC por debajo de los límites considerados normales en el paciente.
- Taquicardia: FC superior a los límites considerados normales en el paciente.
- Arritmia: trastorno en la conducción de los impulsos eléctricos del corazón que provoca una alteración en la secuencia regular del ritmo cardíaco.
- Asistolia: ausencia de pulso cardíaco. – Cambios en la morfología de la curva: trastornos de la conducción.

2.8.2 Frecuencia respiratoria

Se define como la observación de los movimientos de entrada y salida de aire a los pulmones, denominados inspiración y espiración. En los neonatos se observa respiración abdominal dada principalmente por el esfuerzo de los músculos abdominales y el diafragma.

Los factores que regulan y mantienen el ritmo de la respiración son: el centro respiratorio, el bulbo, las fibras del sistema nervioso autónomo y la concentración del CO₂ en los gases sanguíneos

En el neonato el ritmo respiratorio es menos estable que en el adulto y especialmente en el prematuro es frecuente observar respiración periódica con episodios de apnea. El recién nacido normal responde con aumento importante en la ventilación frente al aumento de la presión de CO₂ en la sangre arterial.

La frecuencia respiratoria se puede controlar mediante electrodos que se ponen en el tórax del neonato, los cuales por el método de impedancia, transmiten la información al monitor, la cual es representada en la pantalla del monitor por una onda y el valor en cifras. Cuando no se dispone de monitor el control de la frecuencia

respiratoria se realiza mediante la observación directa de los movimientos respiratorios del neonato durante un minuto.

- Mediante la auscultación, valorar la entrada y salida de aire en ambos campos pulmonares. Escuchar los ruidos respiratorios y determinar si existen diferencias entre la parte superior e inferior de un mismo hemitórax y entre los dos hemitórax. Las enfermeras son las profesionales que se ocupan de los cuidados inmediatos y continuos del neonato, por tanto es imprescindible que estén familiarizados con las alteraciones de la función respiratoria, con el fin de advertir al médico y tomar las medidas correctivas. Dichas alteraciones pueden presentarse en la frecuencia y ritmo respiratorio tales como taquipnea (respiración acelerada superficial), polipnea (respiración rápida) y apnea (ausencia de movimientos respiratorios o abdominales) en un tiempo mayor de veinte segundos causando, según su severidad, disminución de la frecuencia cardíaca y saturación. (Revista actualizaciones en enfermería)

2.8.3 Temperatura

El análisis de la curva de temperatura del niño debe hacerse considerando el ambiente térmico real y el que teóricamente le corresponde junto con las condiciones ambientales. Se recomienda que los recién nacidos prematuros de 30 semanas de gestación y/o con peso menor de 1 kg sean colocados en incubadoras cerradas con humedad del 50% o más durante los primeros 21 días de vida. El uso de cuna radiante (ver imagen No. 8) debe considerarse solo por periodos cortos ya que es difícil mantener un ambiente de neutralidad térmica puede haber grandes pérdidas insensibles en prematuros extremos.

La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la supervivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar

aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.

Valores normales de temperatura en el recién nacido a término (OMS 1997)

Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar y rectal. El valor normal es de 36,5 - 37,5 °C.

Temperatura de piel: Se considera a la temperatura abdominal. El valor normal es de 36,0 -36,5 °C). Academia Americana de Pediatría (AAP).

La hipotermia se puede clasificar de acuerdo a su severidad:

Hipotermia leve: Temperatura corporal → 36 - 36,4 ° C. Temperatura de piel → 35,5 - 35,9 ° C

Hipotermia moderada: Temperatura corporal → 32 - 35,9 ° C. Temperatura de piel → 31,5 - 35,4 ° C

Hipotermia grave: Temperatura corporal de < 32 ° C. Temperatura de piel < 31,5 ° C

2.8.4 Peso

La evaluación diaria del peso es un estándar de cuidado en la atención de los recién nacidos de bajo peso. En un niño con un adecuado aporte nutricional, los cambios en el peso durante la primera semana de vida reflejan fluctuación en el agua corporal total; mientras que los cambios más allá de la segunda semana muestran el crecimiento en respuesta al cuidado nutricional. La pérdida de peso inicial se debe fundamentalmente a la pérdida de agua corporal que en términos relativos es mayor a menor edad gestacional del recién nacido. Una vez que se recupera el peso al nacer, se observan bajas velocidades de crecimiento durante las primeras semanas de vida. (Dirección nacional de maternidad e infancia 2015)

Tomar el peso con exactitud en el niño pretermino es de vital importancia, ya que representa un dato indispensable para valorar el ascenso o descenso de la curva ponderal, que es una evaluación del peso según la edad.

Se debe considerar que al niño pretermino debe evitarse la pérdida innecesaria de energías. El procedimiento de la toma de peso debe ser cada tercer día a la misma hora y antes de ingerir alimento, siempre en la misma báscula y de preferencia por la misma persona.

Técnica de medición del peso:

Se realizará utilizando una balanza digital calibrada y el niño se pesará sin pañales. En los pacientes críticos se deberá tener en cuenta el peso de los tubos endotraqueales, CPAP (presión continua en la vía aérea), accesos vasculares, drenajes, etc. y estandarizar el momento de la medición. (Dirección nacional de maternidad e infancia 2015)

2.8.5 Talla (longitud)

Si bien la técnica correcta es aquella que se realiza con un neonatómetro, habitualmente se realiza la medición dentro de la incubadora en decúbito supino y con un podómetro. Para ello se coloca la cabeza de forma que el plano de Frankfurt quede vertical y se procura que la columna quede en contacto con la parte fija del instrumento mientras un ayudante coloca la palma de su mano izquierda sobre ambas rodillas del niño, con la finalidad de evitar su separación y flexión. Una vez alcanzada estas condiciones, el medidor desliza la pieza móvil del podómetro hasta hacer contacto con los pies del niño. La medición debe realizarse al último milímetro completo. (Dirección nacional de maternidad e infancia 2015)

2.8.6 Circunferencia cefálica

Se realizará con una cinta métrica inextensible plana de 5 a 7 mm de ancho, con escala en milímetros y el cero desplazado no menos de 3 cm respecto del extremo.

Se deben quitar gorros o cualquier objeto o dispositivo que dificulte la medición. Se sostiene la cinta como un lazo pasando por sobre el arco superciliar y la protuberancia occipital. Una vez colocada la cinta correctamente la lectura se realiza al último milímetro completo. (Dirección nacional de maternidad e infancia 2015)

2.8.7 Circunferencia torácica

La circunferencia torácica promedio es de 35.5 cm (unos 2 a 3 cm menor que la cefálica para su medición se coloca una cinta métrica a través del borde inferior de los omoplatos y sobre los pezones. (Manual de enfermería)

2.9 Necesidades nutricionales del recién nacido

La mayoría de los neonatos prematuros acumulan déficit significativo de energía, proteínas, minerales y de otros nutrientes

Desde el periodo neonatal, la comida y la alimentación no solo satisfacen las necesidades nutricionales y de energía si no también forman la base del desarrollo saludable de la personalidad. La alimentación también constituye la base para la primera exploración del pequeño con el medio que lo rodea y para superar su primera tarea de desarrollo en la vida, es decir que confié en sí mismo y en el mundo que lo rodea (Waechter-Blake 1998)

Como bien lo sabemos ya el recién nacido prematuro debe ser estimulado para que logre la correcta alimentación y muchas de las veces debe ser asistida la alimentación por medio, ya sea de alguna sonda nasogástrica u orogástrica o por vía parenteral y para ello es de suma importancia la intervención de la enfermera encargada del área de UCIN. Pero sobretodo que sepa la importancia que tiene brindarle una alimentación adecuada al recién nacido prematuro

2.9.1 Alimentación

La pequeña capacidad del estómago del RN prematuro, junto con la inmadurez de los reflejos de succión y de deglución. Es decir entonces la inmadurez de los sistemas hormonales y fisiológicos en edades gestacionales tempranas, son las razones más comunes por las que se retarda el inicio de la vía oral y se limita al incremento de la alimentación enteral de los recién nacidos. (WW, 2008)

Según S. Rellan en sus investigaciones en 2008 decía que la maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas es por ello entonces que el recién nacido debe tener una buena estimulación para que logre completar esa coordinación de deglución y sobretodo esa maduración que logre hacer que el prematuro pueda tener una correcta alimentación y con ello pueda tener un crecimiento y desarrollo mucho más rápido.

Esta inmadurez entonces Impide la adecuada alimentación oral o mediante una sonda nasogástrica y conlleva riesgo de aspiración.

Casi todos los prematuros toleran la leche materna, fórmulas comerciales o fórmulas especiales para prematuros, estas fórmulas contienen los nutrientes que necesitan para poder desarrollarse de manera adecuada.

Durante el primero o segundo días de vida, si no se puede administrar la cantidad adecuada de líquido y calorías por la boca o por una sonda nasogástrica o naso duodenal, pueden administrarse por vía intravenoso y este es otro tipo de alimentación que el pediatra valorara y que también requiere de la intervención de enfermería para ser ministrado.

Es importante mencionar también que el inicio de la vía oral en las primeras 48 horas de vida extrauterina no está contraindicado en neonatos con soporte ventilatorio (CPAP) pero esto ya es el criterio de su pediatra quien valorara si ya puede iniciar la vía oral o es recomendable el ayuno.

2.9.2 Métodos de alimentación

Deberá elegirse el mejor método de alimentación en cada recién nacido tomando en cuenta la edad gestacional y la presencia de patología.

No existe diferencias significativas en el crecimiento de los recién nacidos prematuros alimentados con sonda en forma continua o en bolo, hay que considerar que el tiempo que se emplea en la alimentación en infusión continua es mucho más largo.

El prematuro menor de 32 semanas no tiene succión coordinada, la alimentación por succión consume mucha energía por lo que es conveniente alimentarlo por sonda orogástrica. Después de las 32 semanas puede iniciarse la succión cada 3 horas, siempre y cuando el prematuro sea capaz de coordinar la succión, la deglución y la respiración. (Manejo del recién nacido prematuro, guía rápida)

Los prematuros necesitan recibir un aporte nutricional muy grande para continuar creciendo, pero estos requerimientos no pueden satisfacerse muchas veces mediante la alimentación normal debido a la inmadurez de su sistema digestivo.

Hasta las 34 semanas de gestación no se perfecciona la coordinación entre la succión y la deglución, por lo que si nacen antes de estas fechas, la alimentación debe realizarse mediante una sonda. Aunque existen leches especialmente elaboradas para adaptarse a sus necesidades, lo ideal es que puedan tomar leche materna

2.9.2.1 Nutrición enteral

La alimentación enteral se refiere a la administración de cualquier alimento en el tracto gastrointestinal, esto incluye alimentación mediante sonda, vaso o seno materno. Y este tipo de alimentación proporciona los siguientes beneficios:

(WW, 2008)

- Plazos cortos para alcanzar la alimentación enteral total.
- Ganancia rápida de peso
- Menor intolerancia a la alimentación

- Disminución de la necesidad de fototerapia
- Mayor concentración de gastrina sérica
- Mejor maduración de la función intestinal
- Disminución de la concentración de bilirrubina
- Menor tiempo de hospitalización

2.9.2.2 Nutrición parenteral

Es una técnica nutricional que nos permite aportes de nutrientes por vía endovenosa cuando los aportes enterales no son suficientes o están contraindicados. Debido a la inmadurez del aparato digestivo y a las interurrencias que obligan a suspender o no permiten aumentar los aportes por esta vía, los recién nacidos prematuros requieren aportes parenterales con el objetivo de disminuir el catabolismo y promover el crecimiento con una composición corporal que se asemeje a la del feto intrauterino de igual edad gestacional.

Existe el consenso general que los lactantes extremadamente prematuros o con muy bajo peso al nacer (inferior a 1500 g), se verán beneficiados por la NP, pero no es tan evidente si los beneficios nutricionales superan a los riesgos en lactantes más grandes y estables como, por ejemplo, aquellos con más de 32 semanas de gestación. Ningún estudio ha definido los parámetros poblacionales óptimos para las indicaciones de NP, pero la mayoría de las unidades en los países desarrollados utilizan la NP en lactantes menores 32 semanas o menores de 1500 g.

En general en la mayoría de los prematuros sanos la NPT es utilizada hasta que la nutrición enteral alcance un adecuado aporte de nutrientes, tiempo que en general es de una a dos semanas. En cambio, en aquellos pacientes que tienen una limitación para el aporte enteral, el tiempo de utilización es mayor y la aparición de complicaciones relacionadas con la NPT más frecuente. (Dirección nacional de maternidad e infancia 2015)

2.9.3 Vacunaciones del pretermino

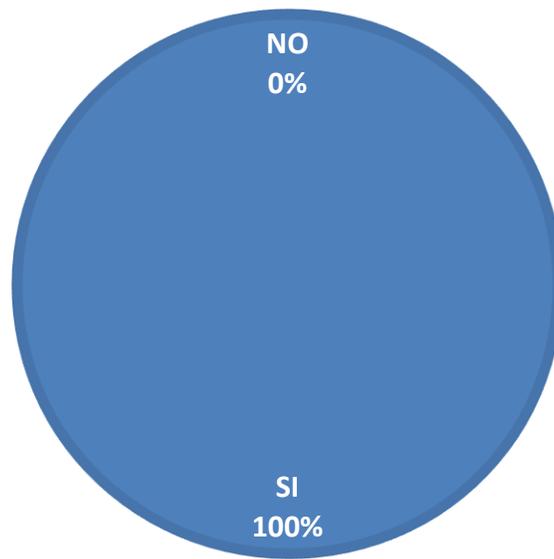
Los niños prematuros deben recibir las vacunas a la misma edad cronológica y con las mismas pautas y dosis que sus coetáneos, cualquiera que sea su edad gestacional. La respuesta inmune de estos pacientes no difiere significativamente de los recién nacidos a término. (S. Rellan Rodríguez, 2008)

CAPITULO III

INSTRUMENTACION ESTADISTICA

1. ¿SABE EL SIGNIFICADO DE LAS SIGLAS UCIN?

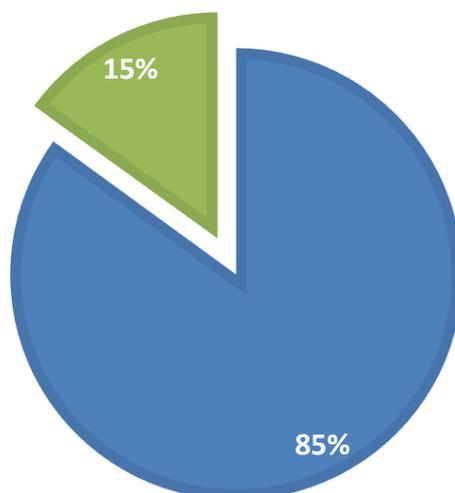
■ SI ■ NO



Un 100% del personal de enfermería que fue encuestado sabe cuál es el significado de las siglas UCIN y al decir que lo mencionaran todas las respuestas son iguales pues su concepto sobre estas siglas es el correcto esto quiere decirnos que sobre lo que es el servicio no hay menor dudas, se tiene bien en claro lo que estas siglas quieren decir dentro de la unidad hospitalaria. Ellas mencionan que es la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales.

2. ¿CONOCE LA DEFINICION DE RECIEN NACIDO PREMATURO?

■ SI ■ NO



Un 85 % de la población menciona que conoce lo que es la definición, aunque dentro de la misma al decir que se haga mención de ella tienen ciertas fallas o deficiencias pues no saben por completo lo que es la verdadera definición tienen ciertas ideas sobre ella pero no por completo el significado pues la gran mayoría concuerda con que es cuando se tiene parto antes de las 37 semanas de gestación

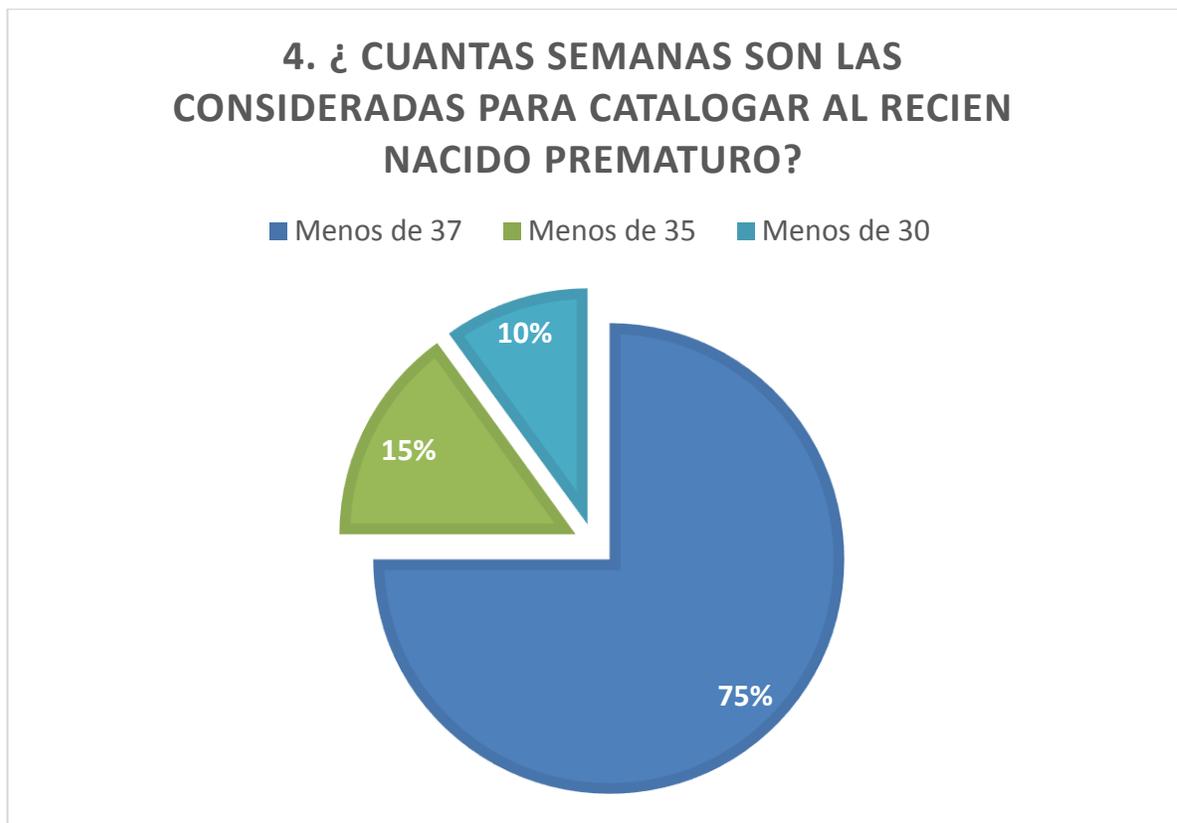
Por otro lado el 15% de la población no sabe la definición.



40% del personal de enfermería señala que si sabe cuáles son las intervención que deben de brindar al recién nacido prematuro

Un 10 % no sabe las intervenciones, principalmente el personal que no ha rotado por dicho servicio

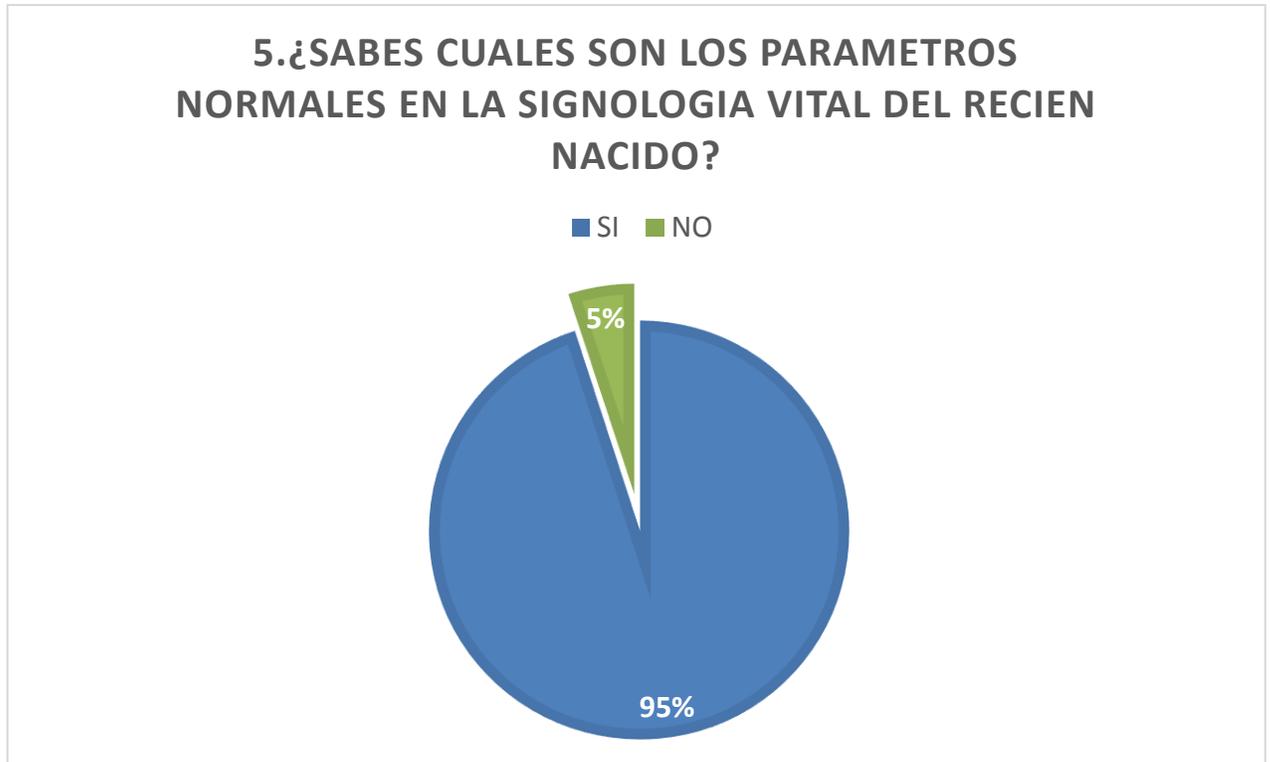
Y la mayor parte del personal que comprende el 50 % saben solamente algunas pues no consideran tener todos los conocimientos sobre cuáles son las verdaderas y más importantes intervenciones que deben brindarse a todos los recién nacidos prematuros dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales



75% de la población enfermeril tiene el conocimiento de que las semanas para catalogar al recién nacido como prematuro son menos de 37

15 % menciona que son menos de las 35 semanas de gestación y un 10 % considera que son menos de las 30 semanas con ello comprobamos que en cuestión de la definición de recién nacido prematuro hay deficiencias pues algún

porcentaje de la población no tiene bien definido esto y al no saberlo entra en cuestionamiento las semanas de gestación que son las consideradas para el recién nacido prematuro.

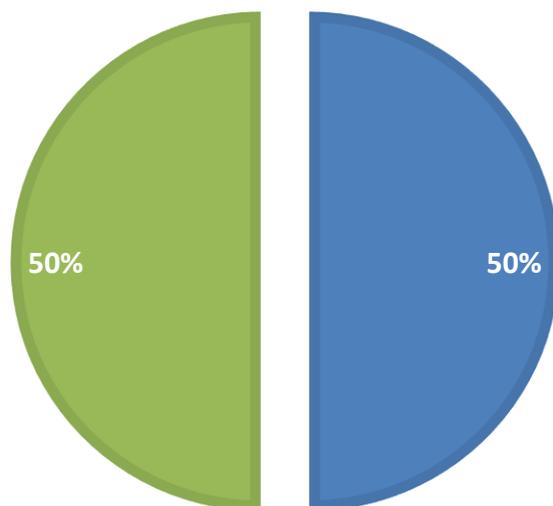


95% de enfermería dicen saber cuáles son los parámetros normales, pero al pedir la mención muchas de ellas aún tienen cierta deficiencia sobre algunos de ellos, aunque tienen una idea que oscila entre el parámetro normal, pero debe quedar bien establecida las cifras normales.

5 % de la población enfermeril no saben cuáles estos parámetros.

6. ¿CONOCES LAS CLASIFICACIONES DEL RECIEN NACIDO SEGÚN SU PESO AL NACER Y SU EDAD GESTACIONAL?

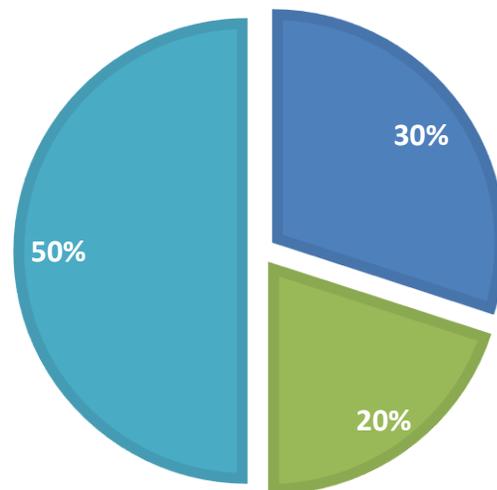
■ SI ■ NO



Aquí se puede observar que la población enfermeril encuestada se encuentra dentro de un 50 % que si conocen las clasificaciones y un 50 % no sabe de estas clasificaciones del recién nacido prematuro. Aunque la población que las sabe solo menciona conocer las clasificaciones de la edad gestacional pero algunas desconocen la clasificación según el peso del recién nacido.

7. ¿SABE USTED CUALES SON LOS FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN A QUE SE LLEGUE A PRESENTAR UN PARTO PRE-TERMINO?

■ SI ■ NO ■ ALGUNOS



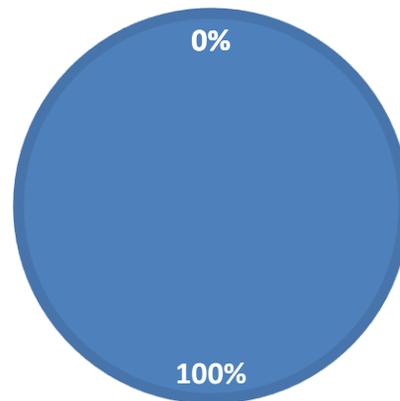
50% del personal de enfermería conoce algunas de causas por las que se llegan a presentar los partos prematuros, pues no consideran tener todos los conocimientos sobre ellos.

Un 30 % menciona que si conoce las causas por las que se dan los partos

Y un 20 % no sabe cuáles son los factores que condicionan a que este se presente.

8. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA APLICADAS DE MANERA ADECUADA SON FUNDAMENTALES PARA LA MEJOR EVOLUCION DEL PREMATURO DENTRO DE LA UCIN?

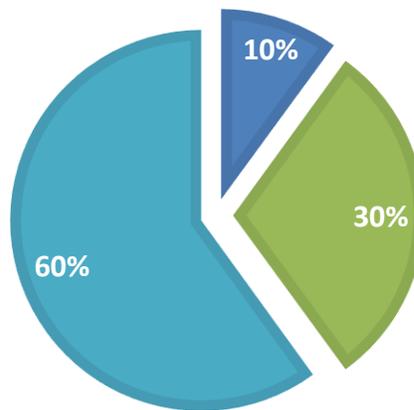
■ SI ■ NO ■ ALGUNAS VECES



Dentro de esta cuestión el 100% de la población enfermeril considera y concuerda con que es de suma importancia y que las intervenciones son fundamentales para la buena evolución del recién nacido pretermino dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

9 .¿CONSIDERA USTED QUE TIENE TODOS LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INTERVENCIONES QUE DEBE BRINDAR AL RECIEN NACIDO PREMATURO?

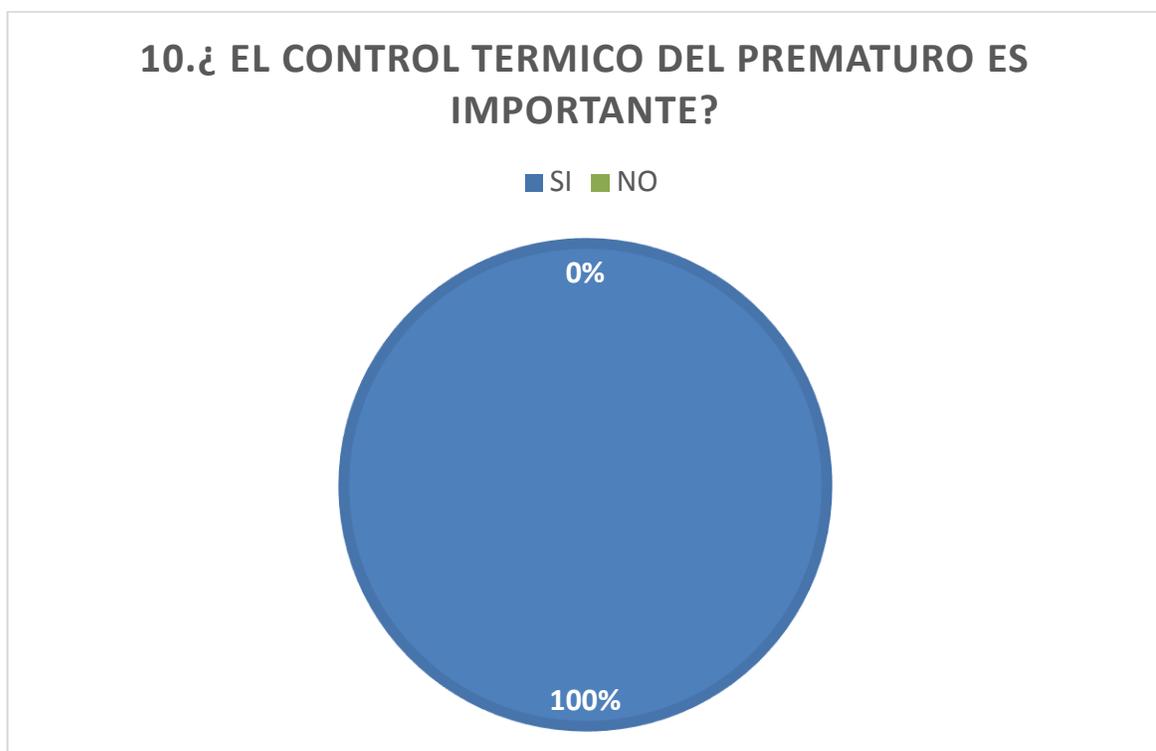
■ SI ■ NO ■ SOLO CONOCIMIENTOS BASICOS



El 60% de la enfermeras encuestadas consideran que solo cuentan con los conocimientos básicos sobre las intervenciones que dé deben de brindar al prematuro

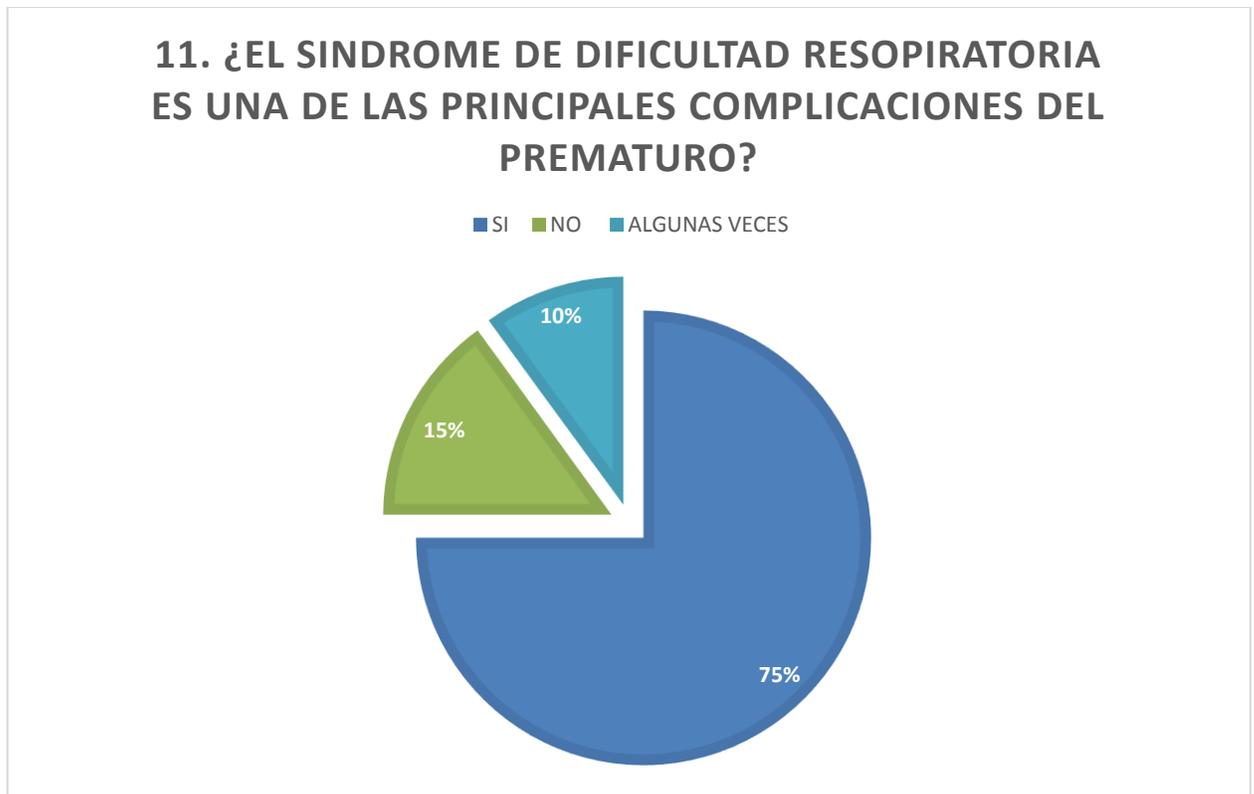
Un 30 % menciona que no creen tener todos los conocimientos sobre la intervención que este mismo debe realizar

Y un 10% menciona que si tienen todos los conocimientos principalmente el personal que se encuentra de base en el servicio y que está capacitado para estar en dicho lugar.



El 100% del personal está de acuerdo en que es de suma importancia el control término del recién nacido, pues consideran en una visión general de cada respuesta al pedir que se mencione el ¿por qué? que es de suma importancia para el

mantenimiento de muchas funciones del recién nacido principalmente en lo que su signología vital y la pérdida o ganancia de peso que está muy relacionado también con el control térmico del mismo

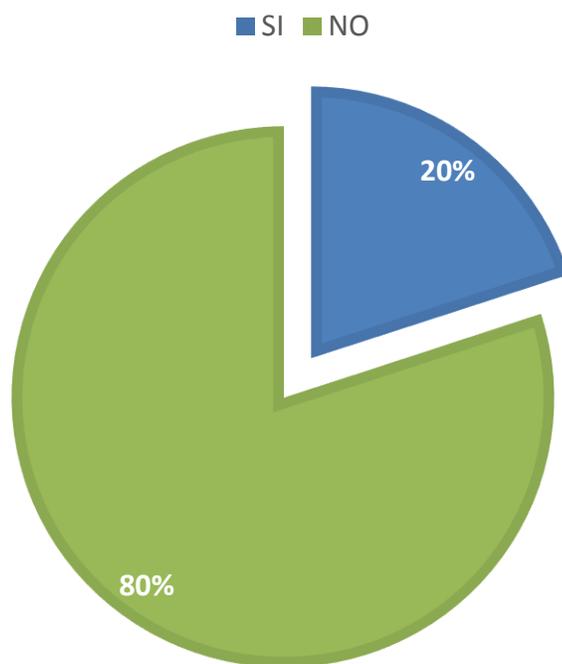


75% del personal mencionan que en efecto la dificultad respiratoria es una de las principales complicaciones del recién nacido prematuro.

15 % considera que solamente algunas veces los niños pudieran llegar a presentarla

Un 10 % cree que esta no es una de las principales

12.¿ SABE CUALES SON LAS FASES DE OXIGENACION PARA UN RECIEN NACIDO?

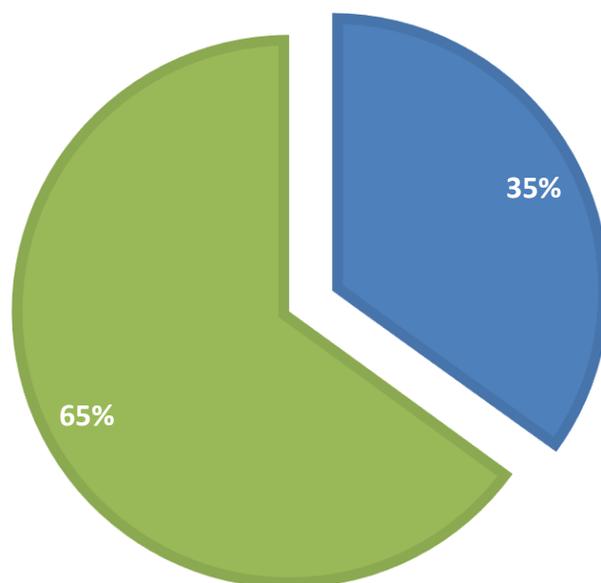


80 % de las enfermeras encuestadas tienen solamente conocimientos básicos sobre la oxigenación pero no saben es si cuales son las fases que se pudieran utilizar en pacientes prematuros

Un 20 % menciona que si sabe cuáles son las fases y describen cada una de ellas

13. ¿CONOCE LAS CARACTERISTICAS FISICAS QUE TIENEN LOS RECIEN NACIDO PREMATUROS ?

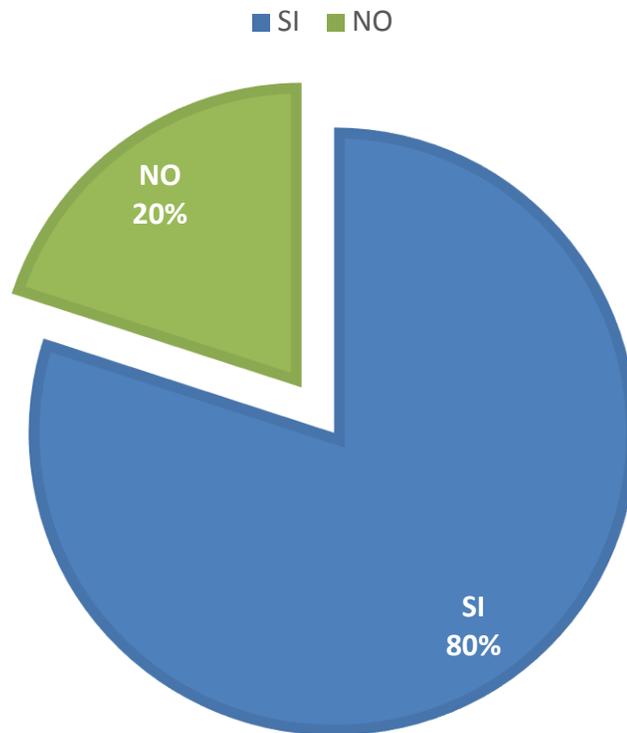
■ SI ■ NO



65 % de las encuestadas no saben cuáles son las características físicas que los recién nacido prematuros tienen y que son de suma relevancia pues son características que todos los prematuros tienen aunque a pesar que su respuesta fue no tienen cierta idea de cuáles son algunas características

Y un 35 % tiene los conocimientos casi completos pues se mencionó casi la mayoría de las características que tiene el prematuro.

14. ¿SABE USTED LOS METODOS DE ALIMENTACION AL RECIEN NACIDO?

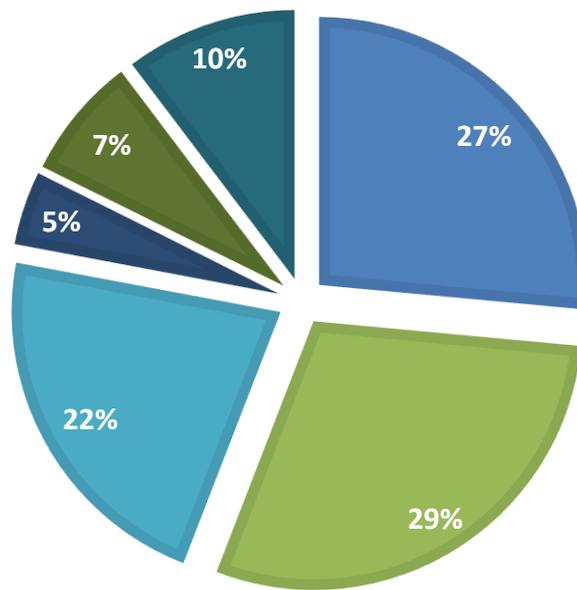


80 % afirman su respuesta mencionando los métodos de alimentación para el recién nacido siendo estos correctos

20 % de la población solo conoce algunos de los métodos y es por ello que su respuesta de negativa pues solo mencionan algunos y no todos los métodos de alimentación.

15.¿ CUALES SON LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA QUE REALIZA A UN RECIEN NACIDO PREMATURO?

■ Oxigenacion ■ Alimentacion ■ Control de temperatura
■ Control de peso ■ nula ■ Otras



Dentro de esta cuestión que se realizó de manera abierto se extrajeron las intervenciones que tuvieron mayor número de menciones en cada uno de los cuestionarios observando dentro de la gráfica que:

29% de la población menciona que la alimentación es una de las intervenciones de enfermería

27 % toman en cuenta lo que es la oxigenación como intervención que debe brindar

22% nos mencionan el control de la temperatura

10 % otras como lo son el baño, somatometria y signologia vital.

7% anulaban su respuesta pues no respondieron nada dentro de ella

5% mencionan lo que es el control de peso

CAPITULO IV

ETICA DEL ESTUDIO

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Elaboración del protocolo.	*	*								
Elaboración del marco teórico	*	*	*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrumento					*	*				
Recopilación de información							*			
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.										*
Publicación del artículo.										*

CONCLUSION

Al inicio de esta investigación se planteó una situación específica que resulta de interés dentro del ámbito hospitalario específicamente del personal de enfermería, de dicha situación se formuló una pregunta para así comenzar a reunir todos los datos necesarios para dar respuesta a la misma.

¿Cuáles son las intervenciones que debe de brindar la enfermera al recién nacido prematuro en la de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

Basado en los objetivos planteados en la investigación, primeramente en base a los generales se logra dar a conocer y describir a cada una de las personas que accedan al presente documento cuales son las intervenciones que se deben de brindar al recién nacido prematuro dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales para así lograr la mejoría.. Dentro de los específicos y en base al instrumento de medición se pudo percibir que el personal de enfermería brinda de manera adecuada las intervenciones que resultan necesarias para el prematuro. Los conocimientos que el personal tiene sobre las intervenciones se ve reflejada en los resultados arrojados donde se observó que un 80% del personal cuenta con las bases para poder brindar de manera adecuada dichas intervenciones pero un 20% no logra aun describir y ejercer de manera adecuada los mismos pues consideraron que requieren de más información sobre el tema y experiencia dentro del servicio, para con ello poder incrementar o reforzar los conocimientos con los que ya cuentan.

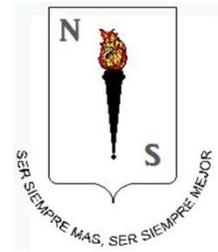
La hipótesis plateada antes de dar inicio a la investigación resulta de manera aceptable al término de la misma, pues en base a los datos recolectados se pudo observar que cada una de las intervenciones planteadas, son las que resultan para el personal de enfermería cuestionado importantes para la mejoría de la salud del recién nacido prematuro, es decir en dicha investigación se obtuvo un resultado positivo en base a la pregunta planteada

ANEXOS

GUION METODOLOGICO

TEMA	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPOTESIS
“intervenciones de enfermería al recién nacido prematuro”	¿Cuáles son las intervenciones que debe de brindar la enfermera al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales?	Intervenciones de enfermería en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales Recién Nacido Prematuro	son los procedimientos que realiza la profesional dentro de esta área para la mejora de la salud del paciente Según la OMS dice que un niño prematuro es aquel cuya edad gestacional es mayor de 20 semanas e inferior a las 37 semanas de gestación. normalmente el embarazo dura 40 semanas	GENERAL Describir las intervenciones que brinda enfermería al Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ESPECÍFICO Verificar que el personal de enfermería brinde de manera adecuada los cuidados necesarios a los recién nacidos prematuros y tenga todos los conocimientos acerca de estos cuidados.	Las intervenciones que debe brindar la enfermera al recién nacido son la termorregulación, cuidados sobre el estado respiratorio (oxígeno terapia en sus distintas fases) el estado nutricional brindado la alimentación adecuada así como los cuidados higiénicos para la prevención de infecciones.

CUESTIONARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL RECIEN NACIDO PREMATURO

Responsables: Cinthia Paulina Cisneros Rosiles

Asesora: M.P. Yanitzia Álvarez Reyes

En la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería de Ntra. Sra. de la Salud se está realizando un estudio sobre cuidados de enfermería al recién nacido prematuro, cuyo objetivo es Describir las intervenciones que brinda enfermería al Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán _____ de _____ del 2017

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo



ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO PREMATURO”

Objetivo: Describir las intervenciones que brinda enfermería al Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Instrucciones: lea cuidadosamente cada una de la cuestiones y marque o circule la opción que considere más importante según sus conocimientos. Así como también mencione o explique lo que se pide.

1. ¿Sabe el significado las siglas UCIN?

- A) SI B) NO

explique_____

2. ¿Conoce la definición de Recién nacido prematuro?

- A) SI B)NO

Menciónelo_____

3. ¿Sabe cuáles son las intervenciones de enfermería al recién nacido prematuro?

- A) SI B) NO C)ALGUNAS

4. ¿Cuántas semanas son las consideradas para catalogar al recién nacido prematuro?

- A) Menos de 37 B) Menos de 35 C)Menos de 30

5. ¿Sabes cuáles son los parámetros normales en la signología vital del recién nacido?

- A) SI B) NO

Establézcalas_____

6. ¿conoce las clasificaciones del recién nacido según su peso al nacer y su edad gestacional?

- A) SI B) NO

Menciónelas_____

IMÁGENES



Imagen No. 1 en esta imagen se muestra una incubadora, aunque existen muchos tipos debido a que con el paso de los años cambian contienen características similares. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 2 se muestra un neonato con un casco o cámara cefálica donde se aprecia como abarca perfectamente a cubrir la cabeza del neonato. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 3 se muestran lo que son las puntas nasales que son el sistema con el que se administra el oxígeno. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 4 mascarilla de Venturi método utilizado para la administración de oxígeno al recién nacido. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 5 recién nacido con método de oxigenación denominada presión positiva o CPAP. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 6 dentro de esta imagen se puede observar diversos tamaños de cánulas endotraqueales utilizadas para administración de oxígeno mecánico al recién nacido. (Enfermería Integral. 2011)



Imagen no. 7 Se muestra un sensor de pulsímetro colocado en la extremidad inferior de un recién nacido con lo que se lleva a cabo el monitoreo de la saturación y la frecuencia cardíaca del mismo (Enfermería Integral. 2011)



Imagen No. 8 la imagen que se puede apreciar nos muestra una cuna radiante la cual es utilizada para brindar calor al recién nacido. (Manual de enfermería)

TABLAS

Modo	Mecanismo	Proceso físico	Prevención
Conducción	Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido	Contacto con objetos no precalentados (balanzas, colchones, placas radiológicas y estetoscopios)	Valorar temperatura de objetos que entran en contacto con el recién nacido - precalentar
Convección	Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido	Circulación de aire frío hacia un área expuesta del recién nacido. La inmersión en agua con Tª inadecuada	Evitar corrientes de aire. Calentar oxígeno y aerosoles Aseo con Tª agua controlada. Levantar paredes laterales de calor radiante
Evaporación	Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor a la necesaria	Características de la piel húmeda y fina al nacimiento. (Hasta las dos semanas de edad postconcepcional)Proceso normal de respiración	Secado de la piel. Mantenerla seca. Utilización de humedad ambiente en incubadora según EG, días de vida. Calentar y humidificar gases respirados
Radiación	Pérdida de calor corporal hacia un objeto más frío que no está en contacto directo con el niño	Recién nacido rodeado de objetos o superficies más frías	Prevenir cercanía con objetos más fríos. Interponer elementos que eviten pérdida. Precalentar la incubadora antes de introducir al niño. Evitar incubadoras cerca de puertas, ventanas y aire acondicionado que enfríe sus paredes

Tabla no. 1 Dentro del contenido de esta tabla se muestra los cuatro mecanismos por los cuales el calor es transferido desde y hacia la superficie corporal.

GLOSARIO

Aire ambiente: Es el aire que respiramos. Contiene 21% de oxígeno. Se le puede aumentar a tu bebé hasta 100% según necesidades.

Alimentación por sonda: Alimento que se da a través de una sonda por la boca o nariz hacia el estómago en forma directa.

Apgar: Una calificación que mide las condiciones de nacimiento del bebé. Se mide de 0 al 10 y se toma en intervalos de tiempo definidos.

Apnea: Una pausa de la respiración de 20 segundos o más. Puede durar menos, pero debe acompañarse de bradicardia, palidez o cianosis (cambios hemodinámicos).

Bomba de infusión: Una bomba conectada a un tubo intravenoso para administrar líquidos y medicamentos por ésta vía al bebé en cantidades minúsculas medidas con precisión.

Bradicardia: Disminución de la frecuencia cardíaca. En su mayoría, asociadas con apneas en prematuros.

Cánula de oxigenación: Tubo delgado y flexible usado para conducir oxígeno a los pulmones del bebé. Usualmente de color verde transparente.

Cánula endotraqueal: Tubo colocado a través de la boca y directamente hacia la tráquea. Conectado a un ventilador para asistir a la respiración. Se fija alrededor de la boca.

Catéter umbilical: Pequeño tubo de plástico muy flexible que se coloca por la vena y/o arterias umbilicales. Se usan como sondas intravenosas.

Cianosis: Coloración azulada de los bebés debido a disminución de la oxigenación.

CPAP: por sus siglas en inglés (Continuous Positive Air Pressure). Se pronuncia SIPAP. Aire presurizado, con oxígeno graduado, que se entrega a los pulmones del bebé a través de unos tubos pequeños en las narinas o una máscara suave que cubre nariz y boca. Ayuda a mejorar la oxigenación de los bebés.

Gasometría: Muestra de sangre para determinar las funciones respiratoria y metabólica.

Incubadora: Es una cuna aislada con paredes transparentes, donde se regulan la temperatura y humedad de los bebés. Acelera el incremento de peso en prematuros muy pequeños.

Monitor: Un aparato que registra signos vitales tales como latidos, respiración y temperatura corporal.

Neonatología: Una especialidad médica y de enfermería que se ocupa del cuidado de recién nacidos prematuros y enfermos.

Nutrición parenteral total: Si tu bebé no puede tolerar la vía oral, debe recibir nutrientes y calorías para que crezca. Son las calorías, proteínas, vitaminas y minerales administrados intravenosamente.

Taquicardia: Frecuencia cardíaca elevada, generalmente por arriba de 180 latidos por minuto.

Taquipnea: Frecuencia respiratoria elevada, generalmente por arriba de 60 respiraciones por minuto.

Ventilador: Una máquina que ayuda a respirar a los bebés. Hay de varios tipos.

BIBLIOGRAFIA

Administración de los servicios de enfermería, séptima edición, María de la Luz Balderas Pedrero, 2015

El recién nacido y la enfermera, Mary Lou Moore, primera edición en español 1975

El recién nacido prematuro, S. Rellan Rodríguez, C. García de Ribera y M. Paz Aragón García, asociación española de pediatría 2008.

Enfermería materno infantil, Sharon R. Reeder, Luigi Mastroianni Jr., Leonide L.Martin, Elise Fitzpatrick versión española de la decimotercera, edición inglesa

Enfermería pediátrica, Irma Valverde Molina, editorial el manual moderno 2013.

Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales asistencia del recién nacido de alto riesgo, 3° edición, Tamez-Silva, editorial panamericana

Enfermería pediátrica ma. Concepción Mendoza, Ma. Isabel Gaona, Ma. Adela Rivas, primera edición 26 de Octubre del 2006.

Enfermería pediátrica Eugenia H. Waechter, Florence G. Blake, novena edición, nueva editorial interamericana 1998.

Intervenciones de enfermería al recién nacido prematuro. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

Manual de la enfermería nueva edición, océano centrum.

Manual de enfermería en neonatología, Frank W castro López, Omayda Urbina Laza y otros. Editorial Ciencias Médicas La Habana 2007.

Monitorización en pediatría, Antonio Cuñarro Alonso, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 2008.

Neonatología práctica, 4° edición, editorial médica panamericana.

Oxigenoterapia en el recién nacido, Máximo Vento Torres, España 2004.

Protocolo del manejo de oxígeno y control de saturación en recién nacido prematuro Pérez Lafuente E, Ros Navarrete R, Mimón Rahal I, López Cócera VC.. Enfermería Integral. 2011

Saling, E., Schreiber, M. (2003). Generalidades en abortos y partos prematuros.

SSA. (1993). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. México, D.F.: SSA.

Revista mexicana de pediatría clasificación de los niños recién nacidos, Manuel Gómez- Gómez, Cecilia Danglot-Banck, Manuel Aceves-Gómez, enero-febrero 2002 pág. 32-39.

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-de-enfermeria-en-uci-neonatal/> (fecha de consulta 29-nov-2016)

https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/NICU_Photo_Tour_SP_7_10.pdf (fecha de consulta 29-nov-2016)

<http://www.funlanguia.org.ar/Herramientas/Manejos-integrales-en-neo-II/3.-Guias-Asistenciales/3.4.-Alimentacion-RN-muy-bajo-peso/3.4.1.-Nutricion-parenteral>

<http://www.hnm.org.mx/Servicios/UCIN.html>

<http://enfermeriaactual.com/> Actualizaciones en enfermería, NANDA, NIC, NOC, metodología Enfermera (fecha de consulta 20-Abril-2017)

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve91/enfermeria9106-monitoreo/#sthash.GHTARiwr.dpuf>