



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
Ciclo de Licenciatura en enfermería**

**TESIS FINAL:
TEMA: “Cumplimiento del protocolo de
intervenciones mínimas a RNPT”**

AUTORES: Cabral, Andrea
Pereyra, Laura
Rosas, Diego

Mendoza, febrero 2012

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

Integrantes del tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....Nota:.....

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Dios, quien nos ha guiado y bendecido en ésta etapa de nuestra vida.

A nuestra familia y amigos, que con empeño y de una manera incondicional, nos ayudaron y apoyaron durante el transcurso de nuestra formación profesional y que siempre nos animaron a seguir adelante.

A todos nuestros docentes que nos han acompañado durante estos años y nos han brindado sus conocimientos científicos y su calidez humana.

Al personal de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Humberto Notti por la amabilidad, disposición y colaboración en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. Planteo problema.....	1
Introducción.....	2
Definición del Problema.....	4
Planteamiento del Problema.....	5
Objetivos del estudio.....	5
Justificación.....	6
Marco Teórico.....	7
CAPÍTULO II: Diseño Metodológico.....	31
Tipo de Estudio.....	32
Área de estudio.....	33
Universo y Muestra.....	33
Variables: definición y operacionalización.....	36
Técnica e Instrumentos de recolección de datos.....	40
Análisis, Procesamiento y Presentación de datos.....	42
CAPÍTULO III: Resultados, Discusión y Propuestas.....	79
Discusión.....	80
Propuestas de acción	82
BIBLIOGRAFÍA.....	83
APÉNDICE Y ANEXOS.....	84

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°1.....	43
Gráfico N°1.....	45
Tabla N°2.....	46
Gráfico N°2.....	46
Tabla N°3.....	48
Gráfico N°3.....	48
Tabla N°4.....	50
Gráfico N°4.....	50
Tabla N°4-2.....	52
Gráfico N°4-2.....	52
Tabla N°5.....	54
Gráfico N°5.....	54
Tabla N°6.....	56
Gráfico N°6.....	56
Tabla N°7.....	57
Gráfico N°7.....	57
Tabla N°8.....	59
Gráfico N°8.....	59
Tabla N°9.....	60
Gráfico N°9.....	60
Tabla N°11.....	61
Gráfico N°11.....	61
Tabla N°11.....	62
Gráfico N°11.....	62
Tabla N°12.....	64
Gráfico N°12.....	64
Tabla N°13.....	65
Gráfico N°13.....	65
Tabla N°14.....	66
Gráfico N°14.....	66
Tabla N°15.....	67
Gráfico N°15.....	67
Tabla N°16.....	68
Gráfico N°16.....	68
Tabla N°17.....	69
Gráfico N°17.....	69
Tabla N°18.....	70
Gráfico N°18.....	70
Tabla N°19.....	71
Gráfico N°19.....	71
Tabla N°20.....	72
Gráfico N°20.....	72
Tabla N°21.....	74
Gráfico N°21.....	74

CAPITULO I

PLANTEO PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una propuesta de enfoque cualitativo-exploratorio-transversal que surge como resultado de la sistematización de conocimientos científicos, modelos y teorías de enfermería, habilidades y destrezas, en la aplicación del Protocolo de Intervención Mínima al Recién Nacido Pretermino, el cual se ha desarrollado en periodo agosto-octubre 2011 con la finalidad de reconocer las vivencias del personal de enfermería sobre el cumplimiento de este Protocolo (PIM) en el RNPT en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti en la Provincia de Mendoza, Argentina.

Esta propuesta se fundamenta en nuestra experiencia como enfermeros del servicio de neonatología donde observamos que a pesar de estar fundamentado y estudiado el Protocolo de Intervención Mínima en RNPT no es aplicado o respetado por el personal del servicio.

El estudio se inicia a partir de la identificación de los neonatos pretérmino aptos para realizarse el PIM, valorando a través de una ficha de observación las acciones emitidas por el personal de enfermería y obtener de ese modo la información sobre el accionar de los enfermeros con respecto al PIM. Luego se estableció un Grupo Focal en cada uno de los turnos para tratar temas de PIM y debatir sobre su aplicación, conocimientos y vivencias.

El incremento en la supervivencia de los niños menores de 1,500g, y mayores de 28 semanas de gestación en nuestro medio, justifica ciertas modificaciones en los cuidados y actitudes de enfermería. Estos recién nacidos (RNPT) son tremendamente frágiles y la asistencia a las que están sometidos en las unidades de cuidados intensivos los llevan a situaciones límite para los que no están preparados. La enfermera debe intentar mantenerlos en un ambiente lo más parecido al "útero materno", favoreciendo su desarrollo físico y emocional, para lo cual se justifica el desarrollo de un plan de cuidado integral para mantener a éstos recién nacidos en un "estado de equilibrio", entendiéndose como estado de equilibrio la ausencia de situaciones de estrés. Si bien es cierto que la mortalidad ha disminuido pero la proporción de sobrevivientes con secuelas graves como retraso mental, parálisis cerebral, ceguera y sordera no

ha cambiado. Optimizar el cuidado integral del RNPT sigue siendo un reto para la enfermería.

Por lo anteriormente dicho, nuestro trabajo de investigación está abocado al cambio en el accionar de enfermería para el óptimo desarrollo de los RNPT recibidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti.

Una vez concluido el análisis, se confeccionó un plan con diversas estrategias para lograr, de algún modo, llevar a la práctica dicho protocolo para satisfacer los cuidados y requerimientos de los neonatos.

TEMA:
**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIONES MÍNIMAS A
RNPT (RECIÉN NACIDO PRE-TÉRMINO)**

DEFINICION DEL PROBLEMA

Hemos observado en el servicio de UTIN (unidad de terapia intensivos neonatales) del Hospital Dr. Humberto Notti en el que trabajamos, que si bien este protocolo de intervenciones mínimas que esta, por de mas, fundamentado, estudiado y comprobado no es cumplido ni respetado en algunos casos.

Este fenómeno viene sucediendo desde hace mucho tiempo prácticamente desde su implementación. Es claro que esto afecta a los pacientes tanto en su crecimiento como en su neuro-desarrollo, y como efecto dominó por diferentes motivos, a su familia, al personal que lo asiste y a la institución.

La investigación que queremos llevar a cabo en el servicio consideramos que es de mucha importancia, porque a lo que queremos llegar con ella, es identificar si las acciones de enfermería realizadas diariamente a los RNPT son las adecuadas al Protocolo de Intervención Minima

Como el origen del problema es asistencial y nosotros los enfermeros estamos las 24 hs. del día todos los días siendo responsables de los pacientes, sin duda sí formamos parte del grupo interdisciplinario que debemos analizar en pro de identificar las causas que influyen en este fenómeno.

Las características que presenta la falta del cumplimiento del protocolo de intervenciones mínimas (PIM) se ve reflejada en la lenta evolución del paciente, provocando un aumento del riesgo asociados a las internaciones prolongadas que pueden agravar aún más las patologías asociadas a los RNPT tales como, retinopatía, hemorragia intracraneal, displasia broncopulmonar, retardando en el crecimiento, sepsis, etc.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Son adaptables al Protocolo de Intervención Mínima (PIM) las acciones que realiza enfermería a los Recién Nacidos Preterminos (RNPT) del Servicio de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Humberto Notti de Mendoza durante el año 2011?

OBJETIVO GENERAL

Reconocer las vivencias del personal de enfermería sobre el cumplimiento del Protocolo de Intervención Mínima (PIM) en el RNPT del Servicio de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Humberto Notti de Mendoza durante el periodo agosto- octubre del año 2011

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de compromiso del personal de enfermería del servicio sobre la aplicación del PIM
- Identificar el manejo brindado a los neonatos sujeto a estudio.
- Analizar la instrucción del personal de enfermería
- Observar a los RNPT en estudio
- Observar el grado de cumplimiento del PIM

JUSTIFICACIÓN:

El servicio de Neonatología del Hospital Humberto Notti es centro de derivación regional de alta complejidad de la Provincia de Mendoza, al cual llegan desde otros centros de menor complejidad de la periferia, un alto número de RNPT. El mismo cuenta con un servicio de traslado neonatal único en toda la provincia.

Estos recién nacidos prematuros son pacientes altamente frágiles, y muchas veces la asistencia a las que están sometidos en las unidades de cuidados intensivos son procedimientos que producen grandes cambios fisiológicos en el neonato, lo que los conducen a graves complicaciones, produciendo alteraciones tanto en su desarrollo físico, como neurológico. Las complicaciones en la mayoría de los casos significa prolongar la estadía en la institución, lo que no afectan solo al recién nacido, sino también a todo su entorno. A sus padres ya que el solo hecho de tener a su hijo prematuro es un factor de estrés importante, esto aumenta aun más la incertidumbre, los temores, la desazón y en algunos casos esto les genera malestar y desconfianza en su relación con el equipo de salud. A todo esto se le debe agregar el gasto monetario que les implica a los mismos.

La Institución se ve afectada con el acrecentamiento de días de internación, en muchos aspectos, tales como la saturación del servicio lo que retroalimenta las probabilidades de que se prolonguen las internaciones de los pacientes por sobreinfecciones, infecciones cruzadas, infecciones intrahospitalarias, etc. Lo que genera para la institución un alto costo económico por el aumento en el consumo de medicamentos, insumos, estudios, etc.

El equipo de enfermería se ve afectado por la sobrecarga de trabajo, con el aumento de requerimientos de cuidados de los pacientes, la necesidad de contención a los padres y el deterioro psicológico que produce el detrimento de los pacientes.

Por este motivo, es importante implementar un plan de cuidado especializado, que suponen una disminución de la agresividad de los cuidados intensivos, manteniendo a estos pacientes en un estado de equilibrio.

MARCO TEORICO

RECIEN NACIDO PRETERMINO

De acuerdo a la definición de de la OMS., se considera prematuro a todo niño que nace después de de las 20 semanas y antes de las 37 semanas completas de gestación. También es común que se considere prematuro al RN. con peso menor a 2500 gramos, aunque esta estimación no es correcta, ya que hay prematuros que pesan más de 2500 gramos y RN. de menos de 2500 gramos que son de término. A los RN. con peso menor de 2500 gramos se los denomina “bajo peso”, a los menores de 1500 gramos “muy bajo peso” y a los de menos de 1000 gramos “prematuros extremos” si la edad gestacional es menor a 26 semanas.¹

Es conveniente resaltar los siguientes términos:

Gestación a término: convencionalmente se admite como a término toda gestación que ha cumplido 37 semanas. La media de las gestaciones a término es de 40 semanas. La gestación que dura 42 semanas cumplidas o más se considera pos término.

Límite de la viabilidad: actualmente pueden sobrevivir prematuros a partir de la 22 – 24 semanas de gestación. Dada la dificultad que se tiene a veces en establecer con precisión el tiempo de gestación, se ha considerado siempre que el grupo de niños menores de 1.500 gramos (también referido como de muy bajo peso) es el que tiene un riesgo de discapacidad que hace necesario un seguimiento prolongado.

Edad corregida: se entiende por edad corregida la que tendría el niño si hubiera nacido a la 40ª semana de gestación. Si se valora a los niños prematuros según la edad cronológica, se estará viendo a cada uno de ellos en un momento diferente del desarrollo.

¹ Ceriani Cernadas, José María, Neonatología Practica – 4ª ed.- Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana,2009

CLASIFICACION DE LOS RN SEGÚN SE EDAD GESTACIONAL

- a. Pretérmino: <37 semanas de edad gestacional
- b. A término: 37 - 41 + 6/7 semanas de edad gestacional
- c. Postérmino: 42 semanas de edad gestacional o más.

CLASIFICACIÓN DEL RN SEGÚN PESO AL NACER²

1. Macrosomía: RN con un peso al nacimiento de 4000 g ó más. Se definen igualmente como grandes para la edad gestacional
2. Peso apropiado para la edad gestacional = PNN (2500-3999 g)
3. Peso bajo al nacer = PBN (< 2500 g). Estos, a su vez pueden subclasificarse en:
 - a. Prematuros con peso adecuado para la edad gestacional (PAEG)
 - b. Prematuros con bajo peso para la edad gestacional (BPEG)
 - c. A término con bajo peso para la edad gestacional
 - d. Peso muy bajo al nacer (PMBN)

CAUSAS DEL PARTO PREMATURO³

La etiología se desconoce en muchos casos, pero se asocia a:

- Bajo nivel socioeconómico.
- Mujeres de raza negra.
- Mujeres < 16 años y > 35.
- Actividad materna.
- Enfermedades maternas agudas o crónicas.
- Nacimientos con embarazos múltiples.
- Antecedentes desfavorables en partos anteriores.
- Factores obstétricos (malformaciones uterinas, placenta previa, etc.).
- Procesos fetales.
- Parto precoz inadvertido.
- Falta de cuidado prenatal.

² Taeusch- Ballard – Tratado de Neonatología de Avery- 7ma edición- Editorial Harcourt Saunders- 2000

³ Merck Sharp & Dohme- Nuevo Manual Merck- Editorial Océano

- Abusos de sustancias ilícitas.

El prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de su prematurez. A continuación describimos aspectos clínicos importantes de los recién nacidos pre término, los cuales son de suma importancia que la enfermera conozca para poder intervenir precoz y oportunamente.

PROBLEMAS NEONATALES ASOCIADOS A LA PREMATUREZ⁴

I. GENERALES

TERMORREGULACIÓN

- **HIPOTERMIA:** El mantenimiento de un ambiente térmico neutro es crucial en el caso del prematuro. Su capacidad de termorregulación está limitada por: tener mayor cociente de área de superficie cutánea con respecto al peso, tener disminuida la cantidad de grasa subcutánea con una menor capacidad de aislamiento, tener menores depósitos de grasa parda, incapacidad de obtener el n^o suficiente de calorías para el suministro de nutrientes necesarios para la termogénesis y el crecimiento.

El RNPT ante un descenso de la temperatura aumenta su actividad muscular voluntaria y duerme menos en un intento de producir más calor. En un cuadro de hipotermia avanzada existe letargo, apneas, bradicardias, acidosis y signos de dificultad respiratoria; aparecerá hipoglucemia y en una fase más avanzada aún shock y coagulación intravascular diseminada.

- **HIPERTERMIA**

Se define como un aumento de la temperatura por encima de los 37,5 °. Las causas de la hipertermia son variadas y entre ellas destacan: causas ambientales, infección, deshidratación, fiebre materna durante el parto, abstinencia de drogas.

- **HIPERBILIRRUBINEMIA:** Muchos RNPT desarrollan hiperbilirrubinemia indirecta clínicamente significativa que requiere tratamiento. Se produce por aumento del recambio y destrucción de células sanguíneas, inmadurez hepática y

⁴ Augusto Solá – Marta Rogido -Cuidados Específicos del Feto y Recién Nacido- Vol. 1- Editorial Científica Interamericana 2001

disminución en la motilidad intestinal que retarda la eliminación de meconio. La inmadurez extrema, asociada a otras causas de ictericia (incompatibilidad de grupo o Rh, sepsis y enfermedades hereditarias), ponen a éstos niños en mayor riesgo de encefalopatía bilirrubínica con cifras de bilirrubina más bajas que los RN a término. La medida terapéutica disponible es la fototerapia, en forma ideal con luz azul o a veces es necesario considerar la posibilidad de realizar exanguíno transfusión. Por lo general los RNPT reciben fototerapia en forma profiláctica.

- ANEMIA DEL PREMATURO: Entre las 4/8 semanas de vida, en todo RN, se produce una anemia fisiológica, caracterizado por descenso en los valores de la hemoglobina. En los neonatos pretérmino este descenso es más pronunciado, llegando a alcanzar nivel de hemoglobina de 7-9 g/dl.

- ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN

II. METABÓLICOS, EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO Y ACIDO BASE

- LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS: Comparado con los RN a término, los RNPT tienen una mayor proporción de líquidos en el compartimiento extracelular que en el intracelular. Además tienen una mayor proporción de peso corporal total constituido por agua. En los primeros días de vida, la diuresis puede acarrear una pérdida del 10-20 % del peso, la cual puede exacerbarse en forma iatrogénica.

Estos niños tienen comprometida la función renal, debido a una disminución de la tasa de filtración glomerular, reabsorción de bicarbonato, secreción de potasio y otros iones e incapacidad de concentrar la orina. Los niveles de creatinina sérica se encontrarán elevados los primeros 2 días de vida y no reflejan la función renal. Por esto, debe tener un control riguroso de los líquidos y electrolitos, ya que un manejo inadecuado puede aumentar las complicaciones como el conducto arterioso persistente, hemorragia intraventricular y displasia bronco pulmonar. El estado hídrico se controla en general con toma de peso diario y control de líquidos administrados y eliminados (BHE). Los electrolitos se miden en forma frecuente para mantener la homeostasis. El RNPT es particularmente susceptible a desarrollar hiper kalemia no oligurica, la cual se asocia con arritmias cardíacas y muerte.

- HIPOGLUCEMIA E HÍPER GLUCEMIA
- HIPOCALCEMIA
- HIPO E HIPERNATREMIA

- HIPERKALEMIA
- DESHIDRATACIÓN Y SOBRE HIDRATACIÓN
- ACIDOSIS METABÓLICA
- ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA (OSTEOPENIA DEL PREMATURO)

III. NEUROLÓGICOS, AUDICIÓN Y VISIÓN

- **HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (HIV)** :La hemorragia intraventricular comienza en la matriz germinal periventricular subependimaria (Grado I) puede progresar dentro del sistema ventricular sin hidrocefalia (Grado II) o con hidrocefalia (Grado III), hasta extenderse dentro del parénquima (Grado IV). La incidencia y severidad de HIV se relacionan inversamente con la edad gestacional. Los RNPT, están en mayor riesgo de desarrollar HIV, porque el desarrollo de la matriz germinal es típicamente incompleto. Otros factores de riesgo para desarrollar hemorragia intraventricular son: parto prolongado, hemorragia intraparto, valoración de Apgar bajo, hipotensión arterial, hipocapnia y coagulopatías. Cualquier evento que resulta en disrupción de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral (fluctuación, aumento, disminución) puede ocasionar HIV, incluyendo hipoxia, isquemia, cambios rápidos en los líquidos, altos parámetros en ventilación mecánica, CAP, maniobras inadecuadas en el cuidado del RN y neumotórax. La presentación puede ser asintomática o catastrófica, dependiendo del grado de hemorragia. Los síntomas incluyen apnea, hipo o hipertensión, anemia súbita, acidosis, cambios en el tono muscular y convulsiones. El diagnóstico se confirma por ecografía transfontanelar, la cual se efectúa en la primera semana de vida.

- LEUCOMALACIA
- ASFIXIA
- **RETINOPATÍA DEL PREMATURO**: Es una enfermedad de la retina que no se encuentra completamente vascularizada. Se ha postulado que cambios en la exposición al oxígeno ocasionan una disrupción en el curso natural de la vascularización y puede resultar en crecimiento anormal de los vasos sanguíneos, que puede llevar a desprendimiento de la retina y ceguera. Todo RN menor de 1000 gramos debe tener una evaluación oftalmológica a las 4 semanas de vida y según los resultados, al menos cada 15 días, hasta que la retina esté

completamente vascularizada. Si se detecta retinopatía del prematuro, el grado y localización, determinan el tratamiento, cuyo espectro oscila entre repetir el examen a la semana siguiente hasta cirugía con láser o crioterapia. Los RNPT con Retinopatía del prematuro tienen mayor riesgo de secuelas tales como miopía, estrabismo y ambliopía.

- **AUDICIÓN** Todos los RNPT deben tener evaluación auditiva antes del egreso hospitalario, ya sea por emisiones otacústicas o con potenciales evocados auditivos del tallo cerebral. Estos pacientes están en mayor riesgo de lesión auditiva debido a su bajo peso. Otros factores de riesgo incluyen meningitis, asfixia, exanguinotransfusión y administración de drogas ototóxicas. También deben tener examen auditivo a los 6 meses.
- **SECUELAS:** Hidrocefalia, parálisis cerebral, sordera - hipoacusia, ceguera.

IV. RESPIRATORIOS

- **ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA:** La dificultad respiratoria secundaria a deficiencia de surfactante es la mayor causa de morbi mortalidad en RNPT. La terapia con surfactante reduce en forma sustancial la mortalidad y morbilidad respiratoria en éstos niños. La incidencia de enfermedad de membrana hialina (EMH) se correlaciona con el grado de prematurez y por ende la mayoría de RNPT la padecen. La deficiencia de surfactante, ocasiona colapso alveolar, el cual produce atelectasias, edema y disminución de la capacidad pulmonar total. El surfactante disminuye la tensión superficial, de manera que los alvéolos y los sacos aéreos terminales no se colapsan, lo cual disminuye la necesidad de oxígeno suplementario y soporte ventilatorio. El surfactante se puede administrar en forma profiláctica o como intervención de rescate.
- **APNEAS:** cese de la respiración por lapso mayor de 20 seg. o menor acompañado de bradicardia (menos de 80 latidos por minuto). Puede cursar con cianosis, hipotonía y acidosis metabólica y producir daño cerebral. Generalmente la apnea en un prematuro con buena evolución establece la necesidad de investigar otra enfermedad que puede ser grave.
- **DISPLASIA BRONCO PULMONAR (DBP):** también conocida como enfermedad pulmonar crónica del recién nacido, es una importante causa de morbilidad en prematuros. En la actualidad se han identificado dos formas de DBP

de acuerdo a si se presenta en un RN mayor o menor de 32 semanas. se define en forma clásica como el requerimiento de oxígeno suplementario a las 36 semanas de EG corregida o después de los 28 días de vida en RN mayores de 32 semanas de edad gestacional (enfermedad pulmonar crónica del RN).

En menores de 32 semanas se ha denominado displasia atípica y puede presentarse en forma tardía. Es definida como la necesidad incrementada de oxígeno que se observa en prematuros entre la 23 y 28 semana de gestación y peso menor de 1250 gramos sin tener antecedentes de enfermedad pulmonar, ventilación mecánica u oxigenoterapia. Las manifestaciones clínicas son secundarias al freno en la alvéolo génesis. afecta aproximadamente la tercera parte de los prematuros extremos (menores de 1000 gramos), pero es infrecuente en neonatos con peso al nacer mayor de 1250 gramos y edad gestacional mayor de 30 semanas.

Los neonatos afectados tienen mayor tendencia a desarrollar problemas respiratorios posteriores en la infancia (hiperactividad de la vía aérea e infección), requerir hospitalización en los primeros dos años de vida y tener crecimiento y neuro desarrollo anormal. la función respiratoria frecuentemente mejora con el crecimiento, pero hay poca información disponible sobre los resultados a largo plazo.

La displasia bronco pulmonar también es un factor de riesgo en la incidencia de alteraciones en el desarrollo neurológico.

V. CARDIOVASCULARES

- **INESTABILIDAD CARDIOVASCULAR**
- **DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE:** En el feto el conducto arterioso es una conexión entre la arteria pulmonar y la aorta. En el RN a término se cierra hacia las 48 horas de nacido, por la producción de prostaglandinas inducida por oxígeno. El cortocircuito significativo de izquierda a derecha aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular, enterocolitis necrozante, displasia broncopulmonar y muerte. El diagnóstico se confirma por eco cardiografía y el tratamiento incluye cierre farmacológico con ibuprofeno o indometacina antes de los 7 días de vida o cierre quirúrgico si no hay respuesta farmacológica.

- **HIPERTENSIÓN**

- **HIPOTENSIÓN:** Un RN se considera hipotenso cuando su tensión arterial se encuentra más de dos desviaciones estándar por debajo de los valores normales para la edad. En RN con edad gestacional <30 semanas la presión media debe equivaler, como mínimo, a la edad gestacional.

Las causas más frecuentes de hipotensión son: técnica inadecuada de medición de shock hipovolémico, séptico, cardiogénico, neurogénico; hipotensión inducida por fármacos, trastornos endocrinos, hipotermia.

La hipotensión, entre otras manifestaciones, debuta con síntomas de shock (taquicardia y posteriormente bradicardia y apnea, acidosis metabólica, pulsos débiles, extremidades frías...) y disminución de la diuresis.

VI. GASTRO-INTESTINALES Y NUTRICIONALES

- **NUTRICIÓN:** La nutrición del RNPT es un desafío continuo. El RNP tiene altos requerimientos energéticos por su mayor tasa de crecimiento. La pérdida de calor por la piel también incrementa las necesidades calóricas. El RNPT gasta entre 60-75 Kcal./Kg./día y requiere al menos 120 Kcal./Kg./día para lograr el crecimiento mínimo deseado de 15 gr./Kg./día. La tasa de crecimiento de estos niños se ve afectada por padecimientos como la hipoxia y sepsis. La tendencia actual es iniciar la alimentación enteral en forma rápida con leche materna fortificada.

La leche materna se considera la mejor elección para la alimentación enteral y se ha sugerido que tiene efecto protector en contra de la Entero colitis necrotizante. Es necesario fortificarla con calcio y fósforo para garantizar un crecimiento óseo adecuado. Cuando se inicia la alimentación enteral con leches industrializadas existe mayor riesgo de presentar ECN. En el prematuro extremo es difícil alcanzar los aportes calóricos requeridos, por lo que se inicia soporte parenteral después de las 24 horas de vida. El uso prolongado lleva a complicaciones secundarias a la colocación de catéteres centrales: metabólicas, infecciosas y en forma tardía predispone a hepatopatía colestática

- **INTOLERANCIA A LA ALIMENTACIÓN ENTERAL**

- **ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE:** La ENC del tracto gastrointestinal prematuro representa una lesión de la mucosa intestinal y la vasculatura. La

incidencia se asocia con baja edad gestacional y es una complicación muy temida en los prematuros. La ECN ocasiona el 7.5% de todas las muertes neonatales. Se ha postulado una teoría multifactorial, en la cual existen 4 factores de riesgo: prematuridad, alimentación con leche de fórmula, isquemia intestinal y colonización bacteriana, los cuales se consideran prerequisites importantes para activar la cascada inflamatoria que conlleva a la necrosis intestinal. El manejo se efectúa con antibióticos, suspensión de la vía oral, descompresión gástrica con sonda y medidas de soporte de las complicaciones tales como acidosis metabólica, trombocitopenia e hipotensión

- DESNUTRICIÓN

VII. INFECCIONES

- SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA La sepsis temprana se inicia en las primeras 72 horas de vida y se incluye en el diagnóstico diferencial de la mayoría de RNPT. La sepsis tardía, ocurre después de los 3 días de vida, y es un problema importante en éste grupo etáreo. La gran mayoría de las infecciones es ocasionada por Streptococcus del grupo B Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Serratia marcescens, Staphylococcus coagulasa negativo, entre otras. Y la incidencia de sepsis por hongos en RNPT ha aumentado significativamente. Estos pacientes tienen como común denominador hospitalización prolongada, mayores parámetros de ventilación mecánica, cateterismo venoso umbilical y tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

PREVENCIÓN

El riesgo de parto prematuro, una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad neonatales, puede reducirse garantizando que todas las gestantes, especialmente las de alto riesgo, tengan acceso a una atención prenatal temprana y adecuada.

El uso de tocolíticos para detener el parto prematuro y proporcionar tiempo para la administración prenatal de corticosteroides con los que acelerar la maduración pulmonar.⁵

⁵ Enfermería Neonatal – Nestlé- Vol. 1 y Vol. 2- 2000-2001

Durante la internación en el Servicio de Neonatología, el RNPT requiere de una atención especial, en la cual los enfermeros a diario somos partícipes de acciones que influirán directa o indirectamente hacia el paciente pudiéndole afectar en su salud o bienestar y en su estilo de vida próximo.

Existe un conjunto de intervenciones organizadas llamado Proceso de Intervención Mínima que se aplica en el RN pretérmino menor de 31 semanas de gestación y menor de 1500gr, los primeros 15 días de vida con el objetivo de minimizar intervenciones estresantes en los RN pretérminos de muy bajo peso MBPN y extremo bajo peso EMBPN, durante la fase aguda de su enfermedad y también con el objeto de prevenir complicaciones.

El incesante progreso de la neonatología en los últimos años hace imperiosa la necesidad de contar con instrumentos que faciliten la evaluación objetiva de los cuidados que brindamos a nuestros pacientes, permitiendo como lógica consecuencia la corrección o modificación de aquellos cuidados que la experiencia revela como no beneficioso, así como la ratificación de los que demuestren utilidad para el paciente.

PROTOCOLO DE INTERVENCION MINIMA⁶

Este concepto surgió en los últimos años por la preocupación creciente relacionada al impacto del ambiente de la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatal) en el desarrollo a largo plazo de los niños pre término. A pesar del aumento de las tasas de sobrevivencia de los bebés mas pequeños, la incidencia de alteraciones sensoriales, motoras, cognitivas y de la conducta continúa muy alta.

El nacimiento pre término coloca al prematuro fuera de su medio, con todos sus sistemas inmaduros, en un momento en que su cerebro está creciendo más rápidamente que en cualquier otro período de su vida.

⁶ Lic. María Fernanda Egan (lic. en enfermería) en “Protocolos de Enfermería” Actas de las jornadas de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J Roemmers en octubre del 2005 Bs.As. Argentina.

Ha sido privado bruscamente de protección materna frente a perturbaciones ambientales, aporte de nutrientes, temperatura estable y ciclos crono biológicos.

Para su sobrevivencia requiere sin duda de cuidados de enfermería, médicos especializados y tecnología, pero no debemos olvidar la fundamental importancia que adquieren un ambiente humanizado basado en una nueva filosofía del cuidado, en donde enfermería juega un rol fundamental.

Este cuidado no tiene costo, es una forma de aproximación individualizada, humana y de sentido común para comprender las necesidades del bebé prematuro y su familia.

Existen diferentes programas y protocolos de intervención que nos permiten interpretar la conducta del prematuro, con una propuesta de intervención ambiental y conductual, basada en las necesidades de cada bebé y su familia.

QUÉ ES EL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MÍNIMA

Es un consenso que nos permite durante el periodo de internación evitar las manipulaciones desordenadas y que no tome en cuenta las necesidades del bebé.

Debemos comprender que este protocolo no significa NO TOCAR AL BEBÉ, ni realizar los cuidados e intervenciones necesarios. Es un cuidado PENSADO y compartido con el resto del equipo, basado en las respuestas del bebé.

Muchos se preguntan cómo coordinamos todos los cuidados en conjunto con los médicos que los revisan, las placas, laboratorio, ecografías, etc.

De eso se trata, de coordinar los esfuerzos, esto nos coloca a los enfermeros en una posición de privilegio para conjugar con el resto del equipo los tiempos para intervenir. En muchas unidades donde se atienden prematuros, los médicos, terapeutas, kinesiólogos, etc., consultan con el personal de enfermería el mejor momento para intervenir, ya que es el que conoce la tolerancia y descanso del bebé. Por ello también es importante que los enfermeros que estén al cuidado del recién nacido sean siempre los mismos ya que esto nos permite entablar una relación de conocimiento con el bebé y su familia.

PORQUE SE RECOMIENDA EL PROTOCOLO DE INTERVENCION MINIMA

El desarrollo del SNC no depende solo de su propio mecanismo de crecimiento y maduración. Intervienen muchísimos factores que actúan en este período crítico que pueden producir cambios de estructuras o funciones a causa de influencias endógenas y exógenas.

Para lograr un desarrollo adecuado, los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuado. La estimulación fluctuante, a destiempo o la hiperestimulación son nocivas para los sistemas funcionales.

Los bebes prematuros son bombardeados por estímulos del entorno asistencial y tecnológico.

PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES⁷

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Procurar acceder al prematuro de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible.
- Las manipulaciones se harán siempre entre dos profesionales (1 enfermera y un auxiliar ó 2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo.
- El material que se vaya a utilizar estará preparado previamente para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.
- Entre manipulaciones se anotará en gráfica la temperatura de piel y las constantes del monitor, saturación de O₂ y parámetros del respirador.
- Con el fin de facilitar la relación de los padres con el prematuro se les informará sobre el horario preestablecido y, si fuera necesario, se adecuará un horario para ellos.
- Alimentación: introducción precoz, la alimentación oral coincidirá con horario de manipulaciones.
- Evitar el dolor con medidas de consuelo y de ser necesario medidas farmacológicas.
- Permitir que las manos del niño estén cerca de la cara

⁷ <http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/default.htm>

- Comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al niño.
- Durante procedimientos o intervenciones: contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecer la posibilidad de coger a algún elemento: dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.
- Signos Vitales: Los signos vitales a través de manipulación deben ser tomados cada 4 horas. Pueden hacerse excepciones en casos individuales.
- Control de temperatura: Prevención de la hipotermia y el estrés por frío. Conseguir un ambiente térmico neutro.
- En los prematuros extremos, el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy disminuidos. Es esencial realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua. Estos RN deben ser colocados en incubadoras tan pronto como ellos estén estables. Si esto no es posible el niño debe transferirse desde la cuna de calor radiante a una incubadora dentro de 2 horas desde el ingreso.
- El paciente debe ser manejado en una incubadora con servo-control y que el calentamiento del prematuro sea *lento y progresivo*. Mantener la temperatura cutánea abdominal entre 36,2- 36.5 °C para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía, y disminuir los requerimientos de líquidos.
- El gradiente de temperatura entre el prematuro y el ambiente, no debe ser superior a 1,5 °C.
- Deben usarse cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura y disminuir las pérdidas insensibles de agua.
- Cubrir las paredes de la incubadora con mantas para conservar el calor y disminuir la exposición a la luz.
- Mantener manguitos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren.
- Debe intentarse hacer todos los procedimientos a través de las entradas de la incubadora excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes.

- Colocación de sensor alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. La ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndice xifoides y ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizará preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda.
- Programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C. Vigilar el nivel de agua.
- Mantener a estos niños arropados o cubiertos y con gorros para prevenir pérdidas excesivas de calor. También pueden usarse calcetines si el prematuro no tiene un catéter arterial umbilical, en cuyo caso hay que dejar los pies descubiertos para evaluar la perfusión.
- Utilizar siempre material precalentado dentro de la incubadora.
- Colocar al prematuro en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.
- Manejo de la temperatura de la incubadora: durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1 °C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos Finalizada la manipulación, volver a servo-control.
- Todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el RN dentro de la incubadora.
- Control de humedad: En el prematuro de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis; las consecuencias iatrogénicas y fisiológicas de las altas pérdidas de agua son: deshidratación, desbalance de líquidos y electrolitos, lesión del estrato córneo superficial y posible absorción percutánea de tóxicos.

Intervenciones:

- Mantener humedades altas durante una semana; los tres primeros días de vida el grado de humedad debe estar por encima del 75%.
- Programar humedad al máximo sin que se produzca condensación. Ir bajando lentamente.

- Instalar carpa o iglú de polietileno.
- Comprobar niveles de agua y temperatura del calentador de gases.
- Posturas: las intervenciones en la postura pueden provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Utilizaremos posturas en flexión, cambios posturales y nidos acolchados (como piel de cordero) que les proporcionaran límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables.
- Prono: es la posición más cómoda para el prematuro, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación. Técnica: caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas, éstas más altas que los hombros, brazos flexionados con las manos cerca de la boca para facilitar la succión, y almohadilla escapular debajo de los hombros.
- Lateral: facilita la flexión, favorece la actividad de la mano en la boca y evita la posición de arqueo. Técnica: caderas y rodillas flexionadas, brazos suavemente flexionados hacia los hombros y la cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada-
- Supino: necesaria para intervenciones médicas y de enfermería, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión. Técnica: caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el abdomen, hombros doblados con manos sobre el pecho o el abdomen, brazos y piernas simétricas, cabeza en línea media o cómodamente vuelta a un lado-
- Nidos y barreras: serán proporcionales al tamaño del prematuro, así mantendremos al niño en posturas adecuadas sin impedirle el movimiento-
- Almohadilla escapular: aumenta la capacidad torácica favoreciendo la ventilación, evita la retracción de los hombros y ayuda a estar más cómodo en prono. Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro.
- Posición de la cabeza:
 - Mantener la cabeza del niño en la línea media o lo más cerca posible de la línea media. Esto disminuirá la presión intracraneal del niño al disminuir la estasia cerebral venosa.
 - Esto también mantendrá la posición de la cabeza durante la Radiografía de tórax bastante uniforme para disminuir las

reposiciones innecesarias del TET que pueden estar relacionadas con la posición de la cabeza.

- Nunca debe flexionarse la cabeza del niño , ni siquiera para una punción lumbar.

- Control de Peso: A menos que sea ordenado de otra manera, los pesos deben hacerse_cada 48hs, a las 08:00 AM para ayudar a evaluar en forma precisa los requerimientos de fluido. Si el niño está en ventilador el peso debe involucrar a dos personas para realizar un procedimiento seguro, suave y rápido. Debe usarse un calefactor radiante para precalentar la balanza y para mantener al niño calentado a lo largo de todo el procedimiento.

- Cuidado de la piel:

En los grandes prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión. Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente. El pH de la piel al nacimiento es de 6,34, durante los cuatro primeros días disminuye a 4,95 este manto ácido protege frente a microorganismos.

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

Intervenciones:

- Utilizar guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra (mínimo una semana)
- Baño: lavar con toques suaves y solamente con agua destilada templada y gasas estériles suaves. Durante las dos primeras semanas no es aconsejable el baño diario. Cuando la piel esté íntegra es aconsejable el baño por inmersión. A partir de los quince días se puede utilizar jabón neutro.
- Cremas hidratantes específicas (Eucerín): para evitar sequedad, fisuras y descamación, previniendo la aparición de dermatitis. No aplicar sobre lesiones ya existentes. Sólo algunas se pueden utilizar con fototerapia.

- Telas adhesivas y apósitos: utilizarlos siempre del tamaño más pequeño posible y para retirarlos humedecer antes con agua destilada templada o aceite vegetal; procurar esperar 24h. antes de retirar una tela, es menos doloroso.
- Para la fijación de tubo endotraqueal, sondas gástricas y vías, utilizar telas muy pequeñas.
- Para los sensores de temperatura usar telas de papel.
- Para sensor de O₂ usar gasa.
- No utilizar bolsas colectoras adhesivas.
- Prevención de úlceras por presión usar piel de cordero (además facilita los cambios posturales).
- En las zonas de roce o presión colocar apósitos.
- Monitorización: usar preferentemente monitorización no invasiva. Cambiar sensores según hoja de horario de manipulaciones. Retirar manguito después de cada toma de tensión arterial.
- Cambios posturales frecuentes.
- Luz:

Disminución de la intensidad lumínica, evitando luces intensas y brillantes.

Proteger al niño de la luz cubriendo parte de su incubadora con una sábana.

- Ruido:

Cerrar las puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad.

Instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal ser cuidadoso (por ejemplo señales de silencio).

No golpear con los nudillos sobre la incubadora.

Evitar el ruido que se hace al tirar material pesado (cristal) en las papeleras vacías.

Realizar caricias cíclicas suaves y acordes a su estado de salud.

No despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención.

Monitorización lo máximo posible de sus constantes vitales (FR.-FC.-T^a.) para evitar manipulaciones frecuentes.

- Lavados de catéteres intraarteriales o intravenosos:

Nunca debe realizarse el lavado o flashear las líneas arteriales o venosas periféricas o centrales que contengan agentes vasoactivos pues se puede ocasionar elevaciones de la presión sanguínea.

Si se extrae sangre de algunos de estos catéteres, ésta no debe administrarse nuevamente al recién nacido ya que la administración brusca de esta pequeña cantidad de sangre puede elevar peligrosamente la presión arterial y además puede estar contaminada y causar infección.

La extracción de sangre de catéteres arteriales y la administración de medicamentos endovenosos debe realizarse muy lentamente para evitar modificaciones bruscas de la presión.

- Compresión vesical:

No debe realizarse en estos neonatos ya que ocasiona una elevación importante de la presión arterial y de la presión intracraneal.

Es más seguro introducir un catéter vesical si el niño no orina espontáneamente.

- Duración de los procedimientos:

Debe limitarse a un máximo de 10-15 minutos el tiempo de realización de un procedimiento o tratamiento.

Si éste no puede completarse en dicho lapso de tiempo dejar que el niño descanse y luego otra persona debe intentar completarlo.

- Intubación endotraqueal:

Debe realizarse por manos expertas ya que puede inducir daño neurológico irreversible.

Se producen grandes modificaciones de la presión intracraneal en estos prematuros con los intentos reiterados de intubación.

Debe darse extremo cuidado a la estabilidad y adecuada posición del TET

Asegurarse de chequear la posición del TET con Rx Tórax. Lo anterior evitará las extubaciones accidentales.

Deben estar presentes 2 personas cuando el niño se mueve (por ejemplo, al pesarlo) y para mover, reubicar o fijar el tubo con lo cual disminuye la incidencia de extubaciones accidentales.

- Oxigenoterapia: En cuanto ingrese el RN debe instalarse el monitor de saturación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.
- Ventilación asistida:

Si el paciente está intubado colocarlo con parámetros mínimos (orientándonos por la ausencia de cianosis y la presencia de buen murmullo vesicular), y obtener gases sanguíneos y una radiografía de tórax para confirmar la posición del TET y evaluar la enfermedad pulmonar.

En caso de uso de surfactante recordar disminuir los parámetros ventilatorios, disminuyendo inicialmente la presión de inspiración máxima y luego la FIO₂.

Evite la ventilación manual, excepto en situaciones de emergencia pues su uso produce fluctuaciones muy amplias y disparejas del tiempo inspiratorio, presión inspiratoria máxima y presión positiva al final de la espiración.

- Aspiración de la vía aérea:

La aspiración puede ser una experiencia muy estresante y perjudicial y ocasionar: hipoxemia, gran elevación de la presión intracraneal y de la presión arterial, atelectasia, bacteriemia, arritmias cardíacas, apnea y grandes fluctuaciones en la velocidad del flujo sanguíneo cerebral.

Inicialmente la aspiración debe ser guiada por si se escuchan o no ruidos bronquiales, si hay un aumento de la PACO₂ o si se obtiene una gran cantidad de secreciones durante la aspiración previa.

Previo a la aspiración, aumente el oxígeno solo un 10 % del nivel de oxígeno actual (ej, si el paciente está en 50 % aumentar el oxígeno a 55% durante la aspiración).

Observar en forma continua el oxímetro de pulso para determinar si requiere más o menos oxígeno durante y después del procedimiento. Después de la aspiración disminuir la FIO₂ al nivel previo.

Debe permitirse al niño recuperar su frecuencia cardíaca y saturación entre las aspiraciones.

Pasar el catéter solo 1 cm más allá del TET. No forzar.

La aspiración debe hacerse intermitentemente y la presión negativa debe aplicarse solo cuando se va retirando la sonda de aspiración. La presión utilizada para aspirar debe ser menor de 80-100 mm Hg.

No usar suero fisiológico a menos que las secreciones sean espesas.

No succionar la nariz, boca o faringe posterior rutinariamente. Evitar aspiración faríngea para prevenir reflejo nauseoso. Si el paciente no está intubado aspire suavemente permitiendo tiempo para recuperación. No hay fundamentos para aspiración nasal u orofaríngea profunda de un niño intubado.

- **Fisioterapia Respiratoria:**

La percusión pulmonar puede ser dañina durante los primeros días de vida, especialmente durante el primer día postnatal y pueden asociarse a mayor incidencia de HIV severa. Solamente debe utilizarse cuando se ha documentado la presencia de atelectasia.

Las secreciones son raramente un problema durante las primeras 24 horas de vida y no es frecuente que se requiera percusión. La vibración torácica es más suave y también es efectiva.

Si se realiza en forma manual debe hacerse lo más suave posible o pueden utilizarse métodos eléctricos.

- **Manejo de las apneas:**

Con las pausas apneicas y/o bradicardias usar suave estimulación para evitar stress excesivo.

Amarre una tira de gasa al pie del niño.

Esto es preferible a mover la cabecera de la cama hacia arriba y abajo.

Monitoreo estricto de apneas e inicio de aminofilina si se presentan.

- **Acceso Vascular:**

Es obligatorio, si no hay contraindicaciones colocar un Catéter Arterial Umbilical al ingreso.

Los exámenes de laboratorio y gases sanguíneos pueden ser tomados a través de esta línea arterial. Un Hemocultivo puede ser tomado inmediatamente después de colocarlo.

Esto evitará punciones arteriales y venosas innecesarias.

Las punciones venosas periféricas deben efectuarse al más absoluto mínimo en este período y los líquidos deben infundirse a través de un catéter venoso umbilical.

Si necesita otra vía debe instalarse 1 catéter percutáneo.

Vigilar fenómenos isquémicos y posibles extravasaciones: las bombas de perfusión tendrán un límite de presión no superior a 40 mm Hg.

Evitar el uso de férulas.

- Sepsis:

Si se sospecha sepsis, está indicado un Hemocultivo a través del catéter arterial.

Si se requiere una P. Lumbar (solo ante la fuerte sospecha de meningitis o sepsis) la espalda del neonato debe ser flexionada solo levemente. Solo 2 intentos deben hacerse para obtener LCR antes de que sea llamado otro médico.

- Transfusiones:

Durante las transfusiones sanguíneas la velocidad de pasaje EV debe ser monitorizada para evitar sobrecarga.

Las transfusiones deben administrarse durante períodos de 2 a 4 horas con el objeto de evitar modificaciones rápidas del volumen sanguíneo y de la presión arterial, evitando así la HIV.

La pérdida crónica sanguínea es compensada por un aumento del volumen plasmático, por tanto debe considerarse transfundir menos que la cantidad de sangre perdida en caso de pérdida sanguínea crónica.

En general es más beneficioso transfundir basado en Hematocrito que en "sangre perdida".

La pérdida sanguínea crónica no es una justificación en sí misma para transfusión.

- Hipotensión:

Tratar la hipotensión después que sea establecida la ventilación y se hayan obtenido los gases sanguíneos. Una presión baja o límite puede no indicar hipovolemia.

Si el paciente está bien perfundido y sin historia de pérdida sanguínea puede ser más beneficioso una conducta expectante registrando presión arterial en forma continua o por lo menos cada media hora.

Una línea de Presión Venosa Central (PVC) puede también ser útil para guiar esta terapia.

Previo al tratamiento, el monitor de presión arterial debe calibrarse con un manómetro de mercurio.

Los expandidores plasmáticos o sangre no deben nunca colocarse a menos que haya buena evidencia de pérdida sanguínea aguda.

La utilización de albúmina como expansor de volumen en estos niños no se prefiere ya que ésta pasa del espacio intravascular al intersticial muy rápidamente y por lo tanto la respuesta de la presión sanguínea a la expansión de volumen puede ser sólo transitoria, por lo que se prefiere la utilización de plasma o Ringer Lactato.

- Administración de medicamentos:

Deben ser administrados lentamente, preferentemente con BIC.

No deben darse bolos de bicarbonato de sodio. En la mayoría de los casos, una infusión en 1-2 horas puede ser suficiente.

Si son necesarias infusiones más rápidas, deberían hacerse en minutos usando una bomba de infusión.

Durante un paro cardíaco se puede infundir bicarbonato a 1 mEq/kg/min

Prácticamente no deben utilizarse relajantes musculares en este grupo de niños, debido a evidencias de que su uso podría aumentar la incidencia de HIV. Además estos niños diminutos rara vez pelean con el ventilador como para requerir relajación muscular.

- Ictericia: Se recomienda usar fototerapia sobre 5 mg/dl en prematuros con peso de nacimiento menor a 1.000 grs. o cuando el nivel de bilirrubinemia alcance el 50% de aquel al cual un neonato puede potencialmente requerir exanguinotransfusión para prevenir kernicterus.
- Exanguinotransfusión:

En caso de requerirse, utilizar la técnica isovolumétrica, es decir a través de un catéter arterial y otro venoso umbilicales

Idealmente utilizar una bomba de infusión continua , extrayéndose por arteria e infundir por la vena.

- Rayos-X: Nunca deje al niño sin atención cuando se esté tomando una Radiografía.
- Contacto con los padres:

Tenemos que favorecer el apego de los padres por el RN., para ello debemos explicarles cuales son las necesidades de su niño.

Hacerles participar lo máximo posible en su cuidado.

Cuando el niño esté estable tenemos que estimular el contacto físico de los padres con su hijo.

Actualmente en nuestro lugar de trabajo, el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, llega un elevado número de RNPT derivados de centros asistenciales de la periferia y de menor complejidad, los cuales son trasladados por el equipo de traslado neonatal del servicio de neonatología del mismo hospital. Dado que es el único hospital público y de mayor complejidad, de esta especialidad, en la Región del Nuevo Cuyo y forma parte de la red provincial de salud.

Fue inaugurado en diciembre de 1992 y, aunque la planta de personal y cierto equipamiento provenía del viejo Hospital Emilio Civit, surge con una identidad propia, en un edificio moderno, con tecnología de avanzada y la incorporación de un importante número de personal.

Se encuentra ubicado en la calle Bandera de los Andes 2603 del Departamento Guaymallén, Provincia de Mendoza. Su área de influencia abarca a todo el centro oeste de la República Argentina.

Es un hospital de III Nivel, Alta Complejidad, descentralizado y de autogestión, con metas y estrategias que se evalúan y analizan periódicamente.⁸

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Brinda asistencia a pacientes neonatos de Alta Complejidad, derivados de otros Hospitales, Centros de Salud y, con ciertas condiciones, a los provenientes de centros privados.

Se tratan pacientes internados y se continúa su atención en el Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos.

Las patologías que se reciben son: RN quirúrgico, RN que requiera ARM, RN con cardiopatía congénita Niveles I, II y III, Prematuro extremo (menos de 1500 gr. y desde 700 gr. o mayor de 24 semanas de gestación), RN con Síndrome de Hipoxia o Isquemia grave, RN con Insuficiencia renal grave, RN Séptico grave, RN con trastorno metabólico o hematológico grave.

El traslado del paciente desde su lugar de derivación hasta el Hospital, es efectuado por el Servicio de Traslado Neonatal, con Médico y Enfermero

⁸ <http://www.hospinotti.mendoza.gov.ar/>

Neonatólogo, por medio de modernas ambulancias que cuentan además con el equipamiento adecuado para asistir emergencias.

El servicio posee una capacidad de 20 a 22 pacientes, dividido en seis sectores: 4 terapias intensivas con una capacidad de tres pacientes cada uno, un sector de intermedio de 4 a 5 unidades y un sector de pre-alta con la misma capacidad.

El mismo, se encuentra a cargo de un Jefe de Servicio y una Encargada de Enfermería. El recurso humano cuenta con 18 médicos neonatólogos, de los cuales 14 realizan guardias de 24 horas semanales siendo dos por día, y el resto realiza la misma carga horaria de lunes a sábado. En cuanto al personal de enfermería cuenta con 39 integrantes (13 licenciados , 24 enfermeros profesionales y 2 auxiliares), realizando turnos rotativos cada 6 meses (mañana, tarde y noche) con una carga horaria de 36 hs semanales los licenciados en enfermería y el resto 40 hs semanales.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: enfoque cualitativo. Porque refieren características o cualidades que no pueden ser medidas con números.

Tiempo de Ocurrencia de Hechos y Registros de Información: Prospectivo se registraran hechos a medida que ocurran durante el periodo agosto- octubre del año 2011.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Ordinal. Porque presenta cualidades no numéricas en la que existe un orden.

- **De acuerdo a la finalidad:** Básica. Tiene como propósito la mejor comprensión de los fenómenos.
- **De acuerdo a su alcance:** transversal se realizara durante el periodo de agosto- octubre del 2011. Se estudiaran variables simultáneamente en un determinado momento.
- **De acuerdo a su amplitud:** microsociología porque las variables en estudio están limitadas a un grupo pequeño.
- **De acuerdo a la profundidad:** exploratoria Se orientan a conocer las variables que intervienen en un fenómeno.
- **De acuerdo a las fuentes:** primarias porque los datos serán recolectados por los mismos integrantes del grupo.
- **De acuerdo al lugar:** de campo porque los fenómenos serán observados dentro de su ambiente natural en el Servicio de Neonatología, Hospital Dr. Humberto Notti.
- **De acuerdo a su naturaleza:** empírica porque se estudian hechos sin manipularlos.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- **Población:** Personal de enfermería 39 integrantes y RNPT ingresados durante el periodo establecido en el objetivo general.
- **Muestra:**
 1. Personal de enfermería: 18 integrantes tomados al azar de un total de 39 enfermeros
 2. RNPT: no se tomara muestra se trabajara con el total de la población por ser escasa.
- **Instrumentos de recolección de datos:**
 1. Observación a los RNPT en estudio a través de una planilla de acciones de enfermería, la cual será completada durante las primeras dos semanas de internación con un total de 6 planillas por paciente distribuidas de la siguiente manera:
 - Planillas primer semana:
 - Turno mañana una planilla por paciente
 - Turno tarde una planilla por paciente
 - Turno noche una planilla por paciente
 - Planillas segunda semana igual a la anterior
 2. Grupo focal: realizando reuniones de discusión grupal tomando como tema PIM en los diferentes turnos.

VARIABLES EN ESTUDIO

CONCEPTUALIZACIÓN

Las siguientes acciones de enfermería serán utilizadas como variables ya que estas pertenecen al PIM y son las más importantes que se le aplican al cuidado del RNPT.

Estas variables aplicadas correctamente están destinadas a minimizar intervenciones estresantes y prevenir complicaciones tales como: sepsis, retinopatías, hemorragias intraventricular, entre otras. Y de esta manera lograr un adecuado neurodesarrollo.

1) Manipulación: empleo de las manos en procedimientos terapéuticos o diagnósticos.

Las siguientes acciones están destinadas a evitar la excesiva manipulación así favorecer el descanso y sueño del RNPT.

1. **a** Control de signos vitales cada 4 horas.
1. **b** Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos.
1. **c** Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT.
1. **d** La alimentación oral coincide con horarios de manipulación.
1. **e** Control de peso cada 48 horas.

2) Termorregulación: regulación de la temperatura corporal de un recién nacido, sobre la cual influyen fenómenos de evaporación, conducción, radiación y convección.

Las siguientes acciones están destinadas a evitar la hipotermia y la hipertermia en el RNPT.

2. **a** Mantener la temperatura cutánea entre 36.2º-36.5º.
2. **b** Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura.
2. **c** Incubadoras cubiertas con mantas.
2. **d** RN arropados o cubiertos y con gorros.

3) Ruidos: cualquier sonido no deseado que pueda interferir la recepción.

La siguiente acción esta destinada a evitar estímulos innecesarios que afecten su neurodesarrollo.

3. **a** Se evitan ruidos molestos y luces.

4) Cuidados de Piel: En los RNPT el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos.

Las siguientes acciones están destinadas a evitar excoriaciones en el RNPT.

4. **a** Telas de papel para sensores de temperatura.
4. **b** Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal.
4. **c** Gasas para sensor de oxígeno.
4. **d** Cambio de posición de sensores.
4. **e** Cambios posturales frecuentes.

5) Accesos Vasculares: manejo de un vaso sanguíneo para efectuar procedimientos tales como alimentación parenteral, introducción de sustancias endovenosas y extracción de sangre.

Las siguientes acciones están destinadas a evitar infecciones, shock hipovolémico y punciones periféricas en exceso.

5. a Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos.

5. b La extracción de sangre de catéteres arteriales lento.

5. c Administración de medicamentos se realiza muy lentamente.

6) Cuidados Respiratorios: encaminados a mantener vías aéreas permeables para lograr una buena oxigenación.

Las siguientes acciones están destinadas a evitar hiperventilación, retinopatía por exceso de oxígeno y evitar hiperestimulación.

6. a Mantener saturación de oxígeno entre 88- 92%.

6. b Aspiración de secreciones por T.E.T. previa auscultación en las horas de contacto o según necesidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1-MANIPULACION	1. a Control de signos vitales cada 4 horas	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	1. b Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	1. c Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	1. d La alimentación oral coincide con horarios de manipulación	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	1. e Control de peso cada 48 horas	Siempre Casi siempre A veces Nunca

2) Termorregulación

2. a Mantener la temperatura cutánea entre 36.2°-36.5°

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

2. b Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

2. c Incubadoras cubiertas con mantas

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

2. d RN arropados o cubiertos y con gorros

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

3) Ruidos

3. a Se evitan ruidos molestos y luces

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

4) Cuidados de Piel

4. a Telas de papel para sensores de temperatura

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

4. b Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

4. c Gasas para sensor de oxígeno

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

4. d Cambio de posición de sensores

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

4. e Cambios posturales frecuentes

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

5) Accesos Vasculares

5. a Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

5. b La extracción de sangre de catéteres arteriales lento

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

5. c Administración de medicamentos se realiza muy lentamente

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

**6) Cuidado
Respiratorio**

6. a Mantener
saturación de oxígeno
entre 88- 92%

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

6.b Aspiración de
secreciones por
T.E.T. previa
auscultación en las
horas de contacto o
según necesidad

Siempre
Casi siempre
A veces
Nunca

GRUPO FOCAL

Personal de enfermería

Luego de realizarse el estudio observacional sobre las acciones de enfermería acerca de PIM se establecerá el grupo focal con las siguientes características:

- se constituirán grupos de 6 personas por turno (turno mañana, tarde y noche) tomados al azar.
- se darán a conocer los objetivos de la reunión.
- se debatirán los resultados obtenidos en las planillas de acciones.

Objetivo del grupo focal:

- Recolectar información de gente que esta interactuando.

Composición del grupo focal:

- se contara con un moderador quién conducirá el grupo.
- con un observador que ayuda a registrar observaciones y reacciones del grupo.
- Los participantes son profesionales que cumplen con la misma función en el mismo servicio.

Tópicos a tratar:

- Atención al Recién Nacido Pretermino.
- Abordar vivencias del personal de enfermería sobre la atención al RNPT.
- Principales cuidados de enfermería a RNPT e importancia de los mismos.
- Conocimientos sobre PIM.
- Conocimientos sobre las complicaciones mas comunes por la falta de cumplimiento de PIM.
- Reflexión del grupo en estudio sobre una mejora en la atención del paciente RNPT.

Ficha de observación a RNPT sobre PIM

FICHA
Nº:.....

Acciones de Enfermería	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
1) Manipulación				
1. a Control de signos vitales cada 4 horas				
1. b Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos				
1. c Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT				
1. d La alimentación oral coincide con horarios de manipulación				
1. e Control de peso cada 48 horas				
2) Termorregulación				
2. a Mantener la temperatura cutánea entre 36.2°-36.5°				
2. b Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura				
2. c Incubadoras cubiertas con mantas				
2. d RN arropados o cubiertos y con gorros				
3) Ruidos				
3. a Se evitan ruidos molestos y luces				
4) Cuidados de Piel:				
4. a Telas de papel para sensores de temperatura				
4. b Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal				
4. c Gasas para sensor de oxígeno				
4. d Cambio de posición de sensores				
4. e Cambios posturales frecuentes				
5) Accesos Vasculares:				
5. a Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos				
5. b La extracción de sangre de catéteres arteriales lento				
5. c Administración de medicamentos se realiza muy lentamente				
6) Cuidado Respiratorio				
6. a Mantener saturación de oxígeno entre 88- 92%				
6. b Aspiración de secreciones por T.E.T. previa auscultación en las horas de contacto.				

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla N°1

Corresponde a los resultados que arrojaron el total de las observaciones realizadas, sobre el accionar de enfermería, del personal de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti, del departamento de Guaymallén de la provincia de Mendoza.

Cada observación es representada con el número y letra designada en la ficha de observación a RNPT sobre PIM.

1) Manipulación

1.a Control de signos vitales cada 4 horas.

1.b Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos.

1.c Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT.

1.d La alimentación oral coincide con horarios de manipulación.

1.e Control de peso cada 48 horas.

2) Termorregulación

2.a Mantener la temperatura cutánea entre 36,2°-36,5°.

2.b Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura.

2.c Incubadoras cubiertas con mantas.

2.d RN arropados o cubiertos y con gorros.

3) Ruidos

3.a Se evitan ruidos molestos y luces.

4) cuidados de Piel

4.a Telas de papel para sensores de temperatura.

4.b Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal.

4.c Gasas para sensor de oxígeno.

4.d Cambio de posición de sensores.

4.e Cambios posturales frecuentes.

5) Accesos Vasculares

5.a Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos.

5.b La extracción de sangre de catéteres arteriales lento.

5.c Administración de medicamentos se realiza muy lentamente.

6) Cuidado Respiratorio

6.a Mantener saturación de oxígeno entre 88- 92%

6.b Aspiración de secreciones por T.E.T. previa auscultación en las horas de contacto.

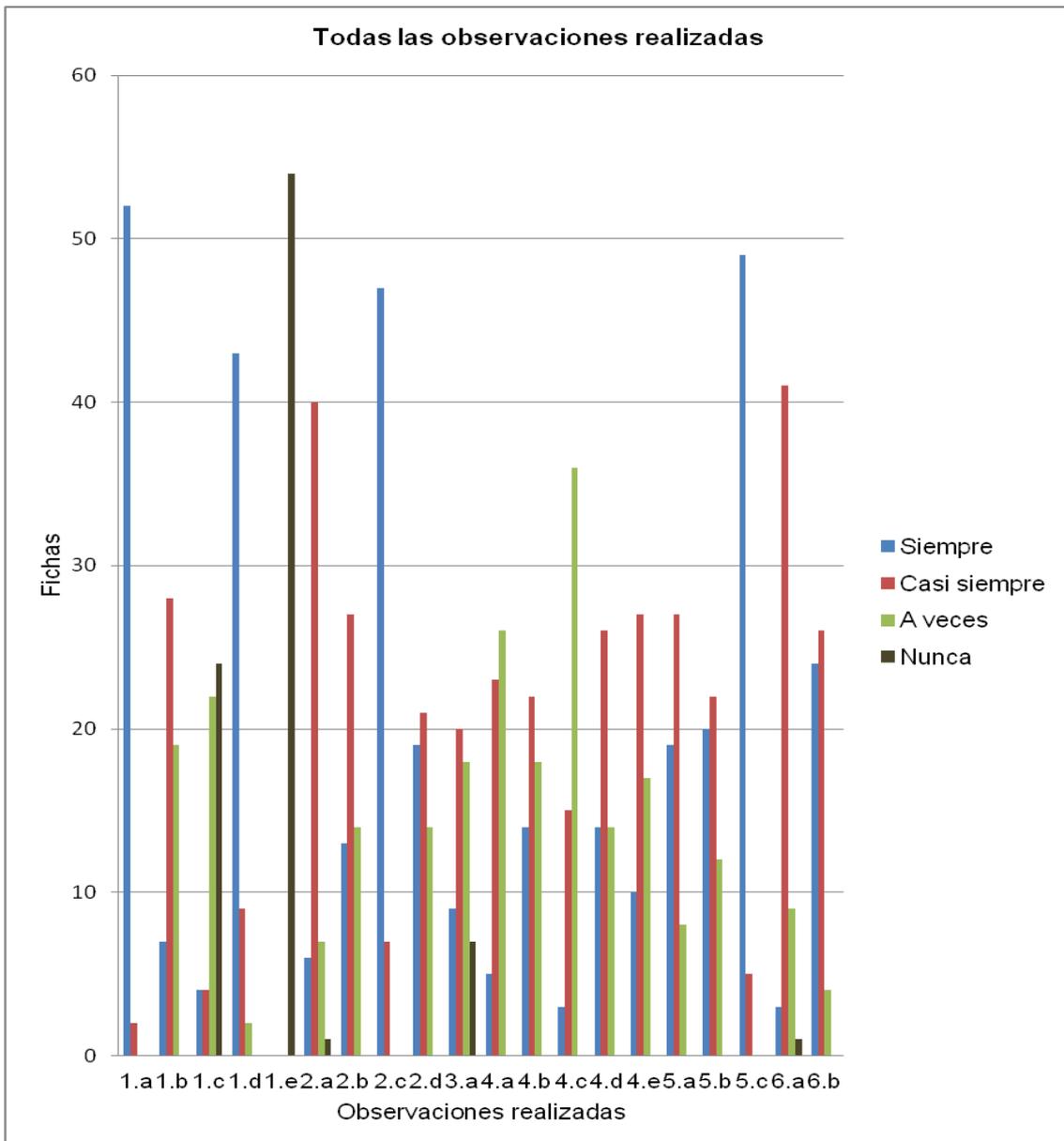
Total de observaciones realizadas																				
	1. a	1. b	1. c	1. d	1. e	2. a	2. b	2. c	2. d	3. a	4. a	4. b	4. c	4. d	4. e	5. a	5. b	5. c	6. a	6. b
	fa																			
Siempre	52	7	4	43	0	6	13	47	19	9	5	14	3	14	10	19	20	49	3	24
Casi siempre	2	28	4	9	0	40	27	7	21	20	23	22	15	26	27	27	22	5	41	26
A veces	0	19	22	2	0	7	14	0	14	18	26	18	36	14	17	8	12	0	9	4
Nunca	0	0	24	0	54	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Análisis de la tabla:

La tabla representa la frecuencia absoluta de todas las variables en estudio, en la cual se mantiene el orden de las acciones de enfermería evaluadas en las fichas de observación. Conocer cuan es específicamente cada una de la acciones no es de vital importancia, ya que para ello se realizara un examen detallado de cada una de las variables en las tablas subsiguientes. La presente nos proporciona una visión general del total de los datos obtenidos

.Gráfico N°1



Análisis del grafico:

El presente grafico nos enseña que, del total de las 20 acciones de enfermería en estudio sobre un total de 54 fichas de observación solo una no se cumple nunca, cuatro se cumplen siempre y el resto se cumple a media es decir a veces o casi siempre.

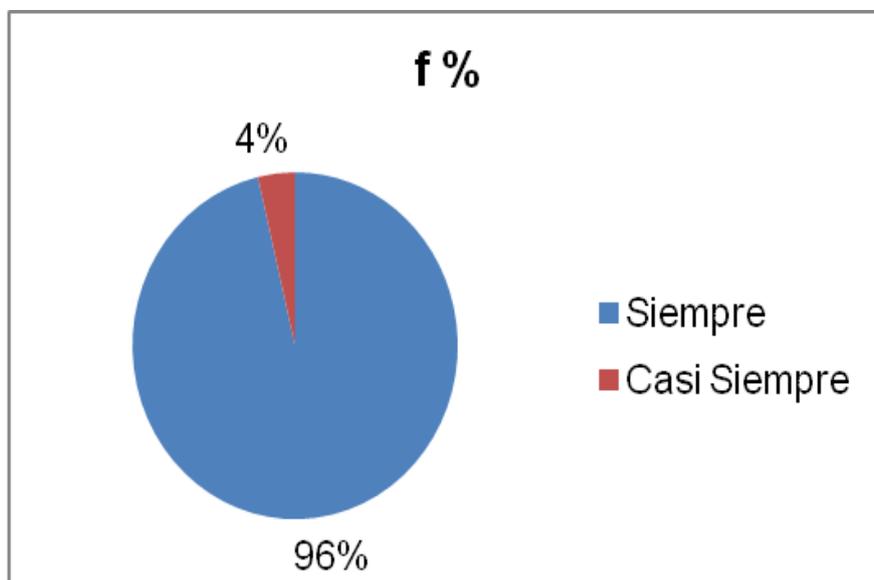
Tabla N°2

Control de signos vitales cada 4 horas a recién nacidos pre termino, realizados por el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Humberto Notti. Durante los meses de Agosto a Octubre en el año 2011.

Control de signos vitales cada 4 horas			
	fa	fr	f %
Siempre	52	0,962962963	96,30
Casi Siempre	2	0,037037037	3,70
Total	54	1	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°2



Análisis de la tabla y del gráfico:

La tabla de datos nos muestra la frecuencia absoluta, relativa y porcentual de la realización de controles de signos vitales cada 4 horas, la presente demuestra claramente, que en casi la totalidad de las fichas de observación esta variable se cumple siempre.

El gráfico demuestra claramente que esta actividad se cumple. Esto en gran medida responde al hecho de que los controles a todos los pacientes se realiza cada este intervalo de tiempo y no solo a los prematuros observados. Ya que los controles por norma interna se realizan cada 4 horas.

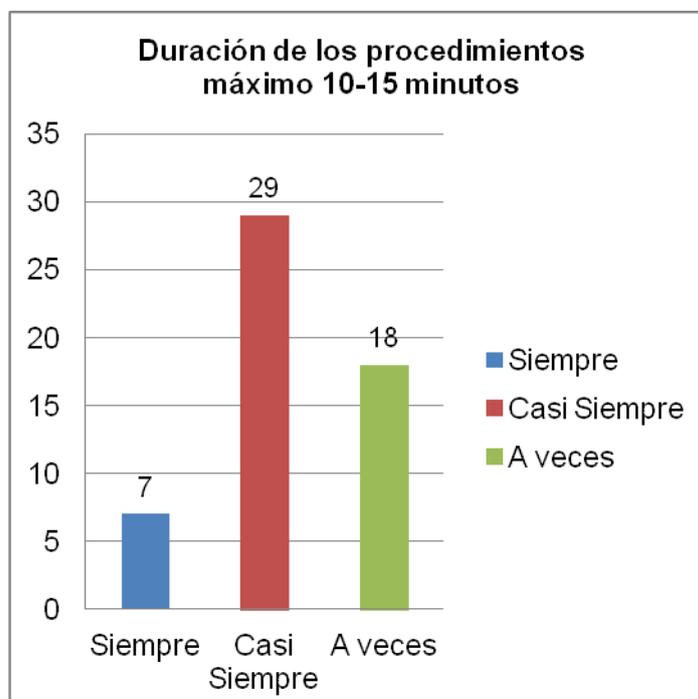
Tabla N°3

Duración de los procedimientos de manipulación de los recién nacidos pre término por parte del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Humberto Notti. Para cumplir con el Protocolo de Intervenciones Mínimas es necesario que los pacientes no sean manipulados por más de 15 minutos durante su atención.

Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos		
	fa	f %
Siempre	7	13
Casi Siempre	29	54
A veces	18	33
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°3



Análisis de la tabla N°3 y del grafico correspondiente:

En la tabla se observa la frecuencia absoluta y porcentual de la variable. En ella se observa que si bien el 67% tiene la intención de tardar el menor tiempo posible, en muchas oportunidades se sobrepasa el tiempo establecido de 15 minutos en cada intervención que se le realiza al recién nacido pre término. Por lo observado por el grupo esto se debe a muy diversos factores como por ejemplo: la habilidad del enfermero, el mal funcionamiento de sensores, falta de insumos apropiados y en algunos casos se extrae sangre por punción lo que insume tiempo. Y el 33% restante en la mayoría de las intervenciones que realiza demoran más tiempo.

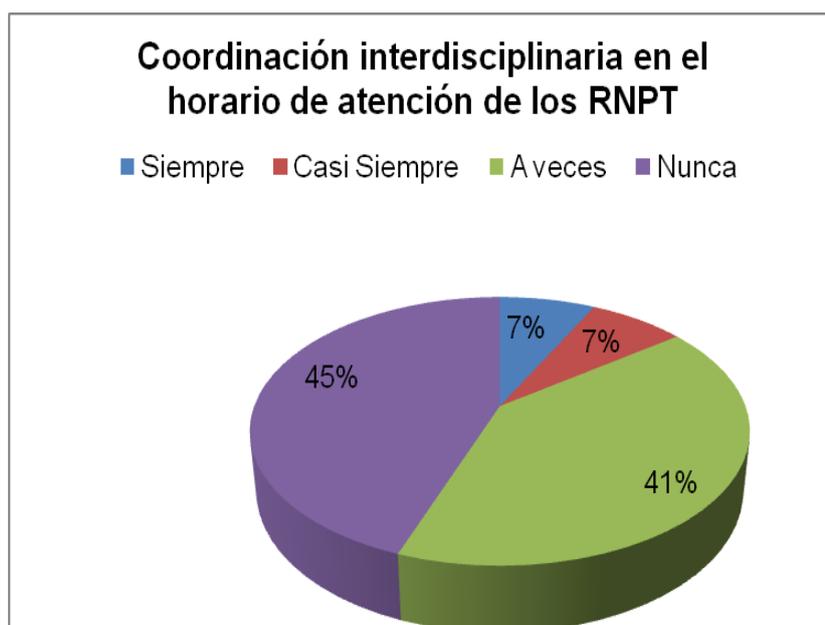
Tabla N° 4

La coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los Recién Nacidos Pre Terminos, es fundamental, para evitar la manipulación excesiva. El cumplimiento de este punto fue observado por el grupo e incluidos en las fichas de observación de atención de RNPT realizada por el personal de enfermería y demás miembros del equipo de trabajo del Hospital Dr. Humberto Notti.

Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT		
	fa	f %
Siempre	4	7
Casi Siempre	4	7
A veces	22	41
Nunca	24	45
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°4



Análisis de la variable:

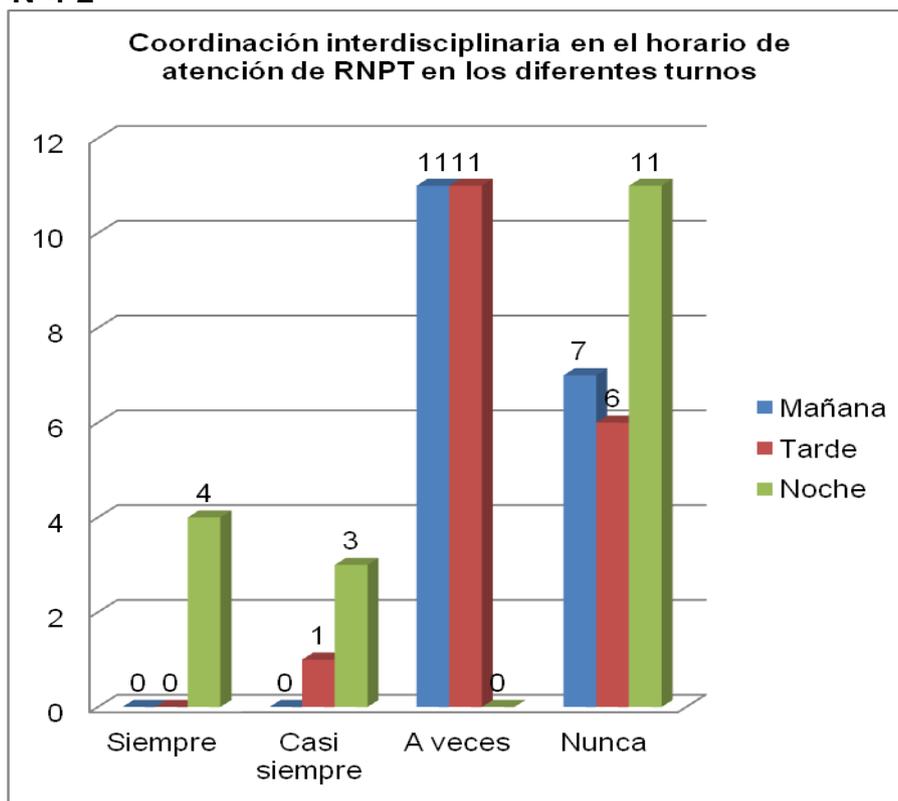
Si nos basamos en estos resultados podríamos decir que en casi el 50% de los casos la atención interdisciplinaria es coordinada, el mecanismo de recolección de datos de nuestro grupo nos permitió realizar un análisis más profundo y para ello separamos los resultados por turnos, con lo que obtuvimos los resultados volcados en la tabla 4-2.

Tabla N°4-2

Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención del RNPT en los diferentes turnos.			
	Mañana	Tarde	Noche
	fa	fa	fa
Siempre	0	0	4
Casi siempre	0	1	3
A veces	11	11	0
Nunca	7	6	11
Total	18	18	18

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°4-2



En el gráfico se observa claramente que la coordinación interdisciplinaria solo se cumple en el turno noche y esto responde principalmente a que en dicho turno la atención interdisciplinaria es muy escasa, y rara vez se realizan interconsultas con especialistas, ecografías, rayos x, extracciones de sangre. Cabe la aclaración que en las observaciones del turno noche el “nunca”

refiere a que **no se realiza** atención interdisciplinaria y no a que nunca se cumple la coordinación interdisciplinaria en el horario de atención.

Como resultado general de la variable, **a veces** se cumple la coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de RNPT, es la conclusión más acertada.

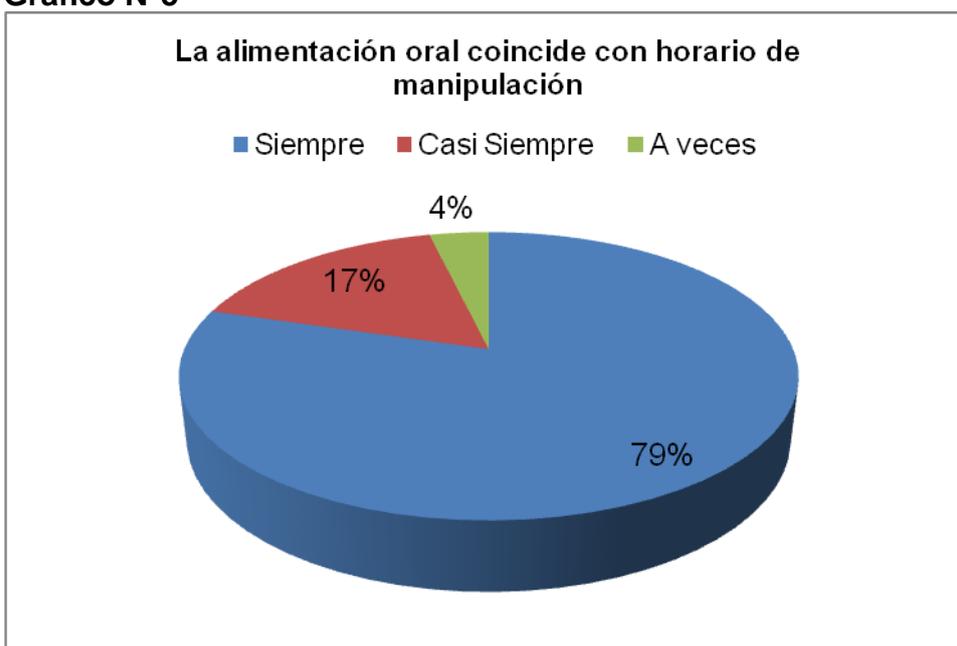
Tabla N°5

La coincidencia del horario de manipulación previa a la alimentación de los RNPT. Se refiere si el control de signos vitales, medicación, cambio de posición, aspiración de secreciones, rotación de sensores, extracción de sangre, peso y demás acciones realizadas por el personal de enfermería, son realizadas previa a la alimentación oral que es la forma correcta de atención respetando el protocolo de intervenciones mínimas.

La alimentación oral coincide con horario de manipulación		
	fa	f %
Siempre	43	79
Casi Siempre	9	17
A veces	2	4
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°5



Análisis de la variable.

En el gráfico se observa claramente que la alimentación oral coincide con el horario de manipulación del RNPT, en la gran mayoría de las fichas de observación sobre PIM. Si bien esta variable debería cumplirse siempre, el grupo destaca que cuando no se cumplió fue por motivos ajenos a la enfermería, pedidos de análisis de urgencia, ecografías, rayos x, etc. La totalidad del personal es consciente de la importancia del cumplimiento de esta variable. Además, por norma interna, se aplica a todos los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

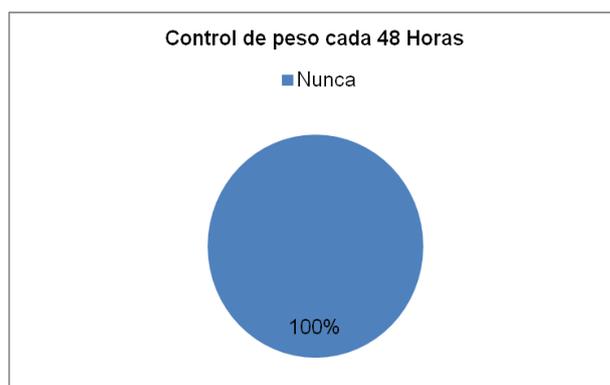
Tabla N° 6

El control de peso en los prematuros durante las 2 primeras semanas se realiza cada 2 días, este control se encuentra dentro de manipulación, en la ficha de observación a RNPT sobre PIM.

Control de peso cada 48 horas		
	fa	f %
Nunca	54	100
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N° 6



Análisis de la variable.

El 100 % lo dice todo, no se cumplió en ninguno de los casos el control de peso cada 48 horas. Esto encuentra su explicación en que por norma implícita, en el servicio, el peso de los prematuros se realiza cada 2 días recién cuando se encuentra internado para recuperación nutricional y su alimentación solo es vía oral y cada 2 horas, a todos los demás se los pesa cada 24hs. en turno noche. Cabe señalar que el grupo encontró una indicación de la encargada de enfermería en la pared que decía “Los RNPT incluidos en PIM se pesan cada 2 días excepto que el médico lo solicitase por escrito” indicación del año 2009.

Tabla N° 7

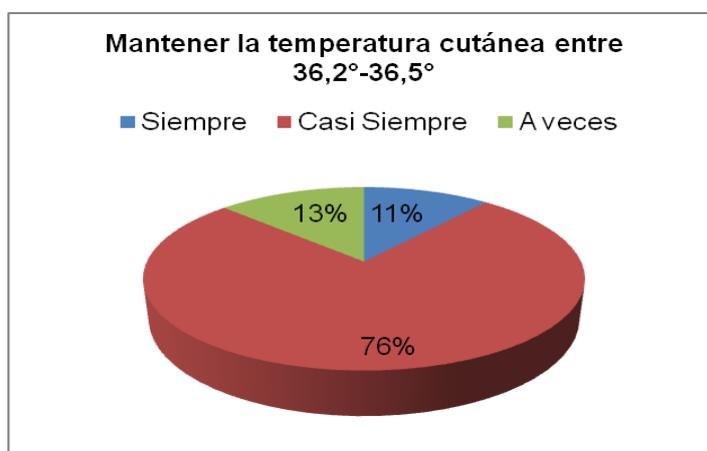
Mantener la temperatura cutánea entre 36,2°-36,5° es fundamental para evitar pérdidas insensibles de calorías y por ende de peso. Los RNPT no regulan temperatura por si solos, debido a una inmadurez del sistema nervioso central, por ello es fundamental un continuo control de temperatura, por lo cual resulta imprescindible la utilización de sensores de temperatura cutánea.

El enfermero debe regular la temperatura ambiental dentro de la incubadora, estas acciones de enfermería fueron controladas en las fichas de observación a RNPT sobre PIM.

Mantener la temperatura cutánea entre 36,2°-36,5°		
	fa	f%
Siempre	6	11
Casi Siempre	41	76
A veces	7	13
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el período comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N° 7



Análisis de la variable.

Sería correcto interpretar que la temperatura cutánea de los RNPT se mantiene **casi siempre** entre 36,2°-36,5° en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Humberto Notti. Esto responde en gran medida a que la mayoría de los enfermeros mantiene la temperatura entre 36,2°-36,7° considerando este rango óptimo para el RNPT.

Tabla N°8

El uso de cobertores plásticos es otro instrumento con que cuenta el enfermero para conservar la temperatura de los RNPT, la colocación de dichos cobertores formo parte de las acciones de enfermería registradas en las fichas de observación de RNPT sobre PIM.

Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura		
	fa	f %
Siempre	13	24
Casi siempre	27	50
A veces	14	26
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examino el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°8



Análisis de la Variable.

El 50% del personal de enfermería observado le colocó al RNPT el cobertor plástico para conservar la temperatura **casi siempre**, el otro 50% restante se dividió entre siempre y a veces. Lo que nos indica que por lo observado este accionar de enfermería se cumple a medias.

Tabla N°9

Incubadoras cubiertas con mantas para mantener la temperatura del microclima que se forma dentro de la incubadora. La colocación de esta fue otro punto que tomamos en cuenta, para la ficha de observación a RNPT sobre la aplicación del PIM.

Incubadoras cubiertas con mantas		
	fa	f %
Siempre	47	87
Casi siempre	7	13
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°9



Análisis de la Variable.

El gráfico y la tabla nos muestran, que este punto observado es cumplido casi por todo el personal de enfermería del servicio de UCIN del Hospital Dr. H. Notti.

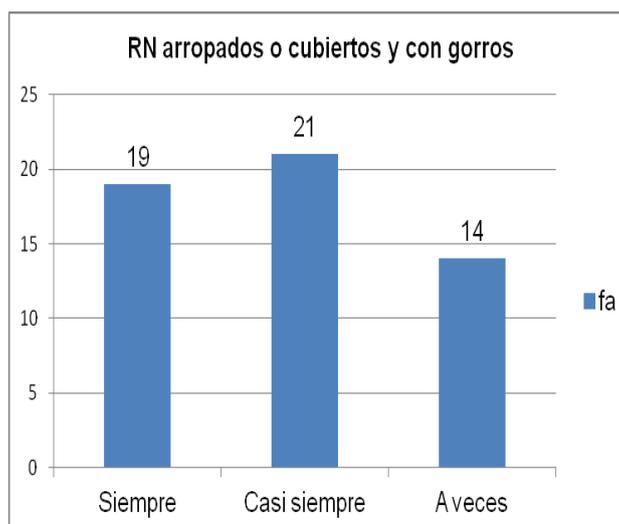
Tabla N°10

Recién nacidos arropados o cubiertos y con gorros. Es muy importante para mantener la temperatura y por ende evitar la pérdida de calorías.

RN arropados o cubiertos y con gorros		
	fa	f %
Siempre	19	35
Casi siempre	21	39
A veces	14	26
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°10



Análisis de la variable

En la tabla y el gráfico se puede ver que no es una variable que se cumpla siempre. Cabe destacar que esto no se produce por omisión del personal de enfermería, sino porque esta variable depende del control y monitoreo de la temperatura corporal de los RNPT y en muchos casos no es necesario cubrirlos y arroparlos, a diferencia con la colocación de gorros que si se cumplió en la mayoría de los casos. El grupo destacó que muchos de los RNPT estaban con terapia lumínica y en estos casos no deben estar arropados ni cubiertos.

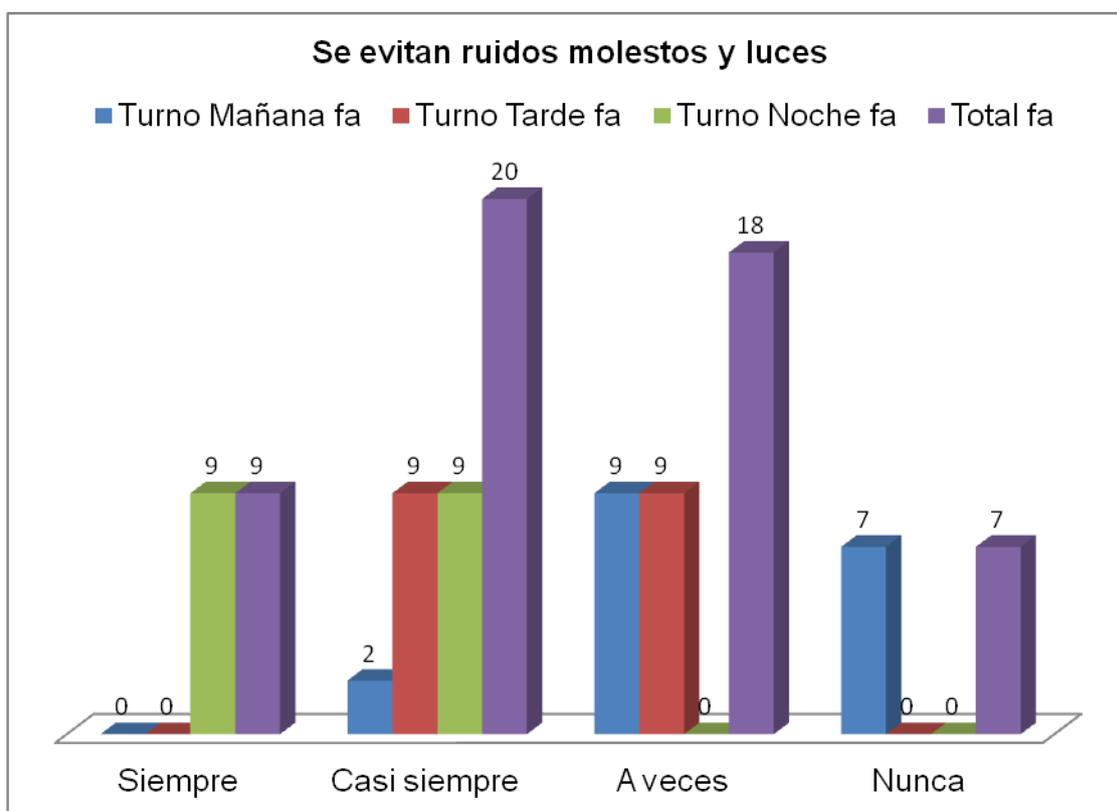
Tabla N°11

Evitar ruidos molestos y luces es de gran importancia para el desarrollo neurológico del RNPT.

Se evitan ruidos molestos y luces				
	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche	Total
	fa	fa	fa	fa
Siempre	0	0	9	9
Casi siempre	2	9	9	20
A veces	9	9	0	18
Nunca	7	0	0	7
Total	18	18	18	54

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°11



Análisis de la variable

Tal como nos indica el gráfico, en el turno noche es donde mas se evitan los ruidos molestos y las luces, en gran medida se debe a que en la noche hay mucho menos movimiento de personal, interconsultores, estudiantes, visitas, etc.

Otro factor que afecta el cumplimiento de esta variable, es el estado de los demas pacientes internados en la institución que en muchos casos requieren atención permanente y son inevitables los ruidos y las luces.

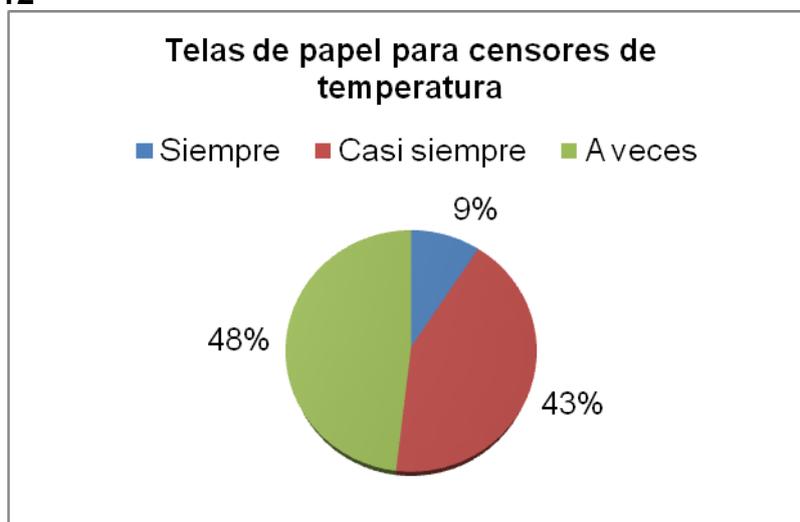
Tabla N°12

En los RNPT el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Los sensores de temperatura se colocan con telas de papel para evitar excoriaciones en el RNPT.

Telas de papel para sensores de temperatura		
	fa	f%
Siempre	5	9%
Casi siempre	23	43%
A veces	26	48%
Total	54	100%

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°12



Análisis de la variable

Casi un 50% del personal sujeto a análisis colocó los sensores de temperatura con tela de papel solo en algunos casos.

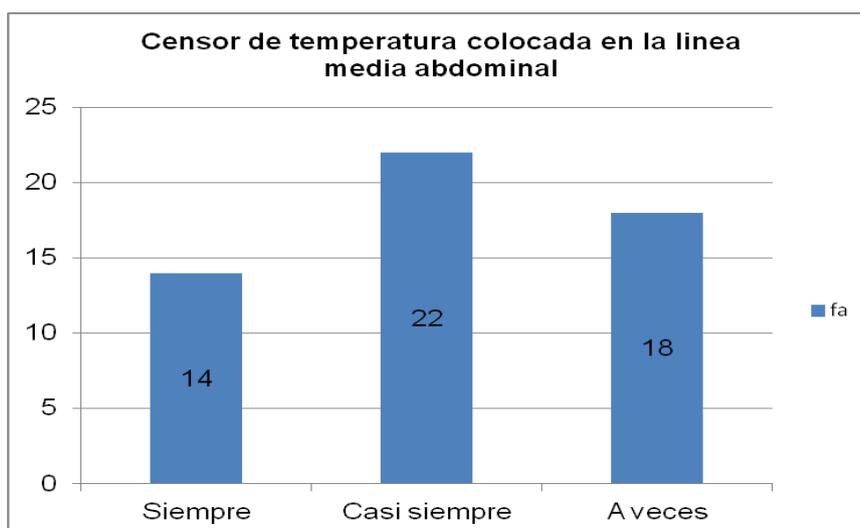
Tabla N°13

Para un correcto control de la temperatura los sensores se colocan en la línea media abdominal, a la altura del vaso o el hígado.

Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal		
	fa	f %
Siempre	14	26
Casi siempre	22	41
A veces	18	33
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°13



Análisis de la variable

Solo el 26% del personal sujeto a análisis **siempre** coloca los sensores en el lugar correcto, el resto no lo hace de la forma correcta siempre.

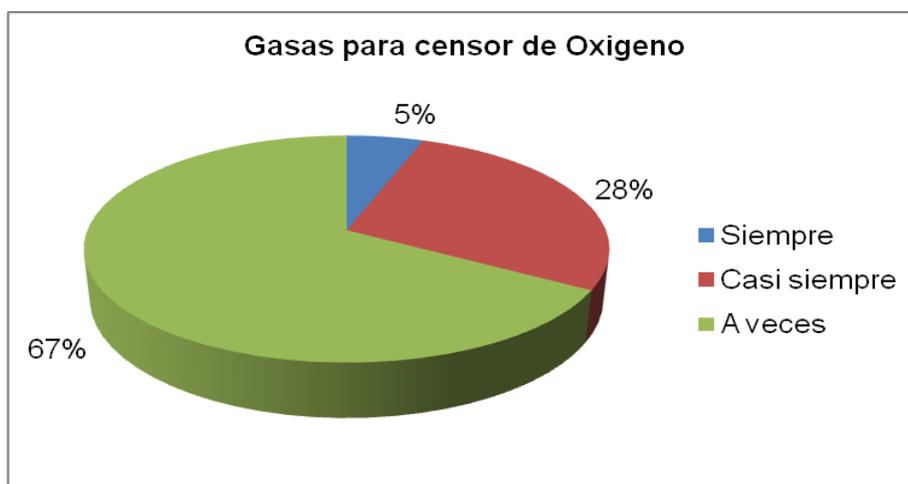
Tabla N°14

El censor de Oxígeno se deben rotar siempre una vez por turno, para evitar el deterioro de la piel, si es colocado con tela adhesiva los riesgos de deteriorar la piel de los RNPT es mayor. Para evitar el deterioro por contacto con el adhesivo lo más indicado es colocar los sensores con gasas.

Gasas para censor de Oxígeno		
	fa	f %
Siempre	3	5
Casi siempre	15	28
A veces	36	67
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°14



Análisis de la variable

Como se muestra en el gráfico son muy pocos los que evitan el deterioro de la piel causado por los adhesivos siempre.

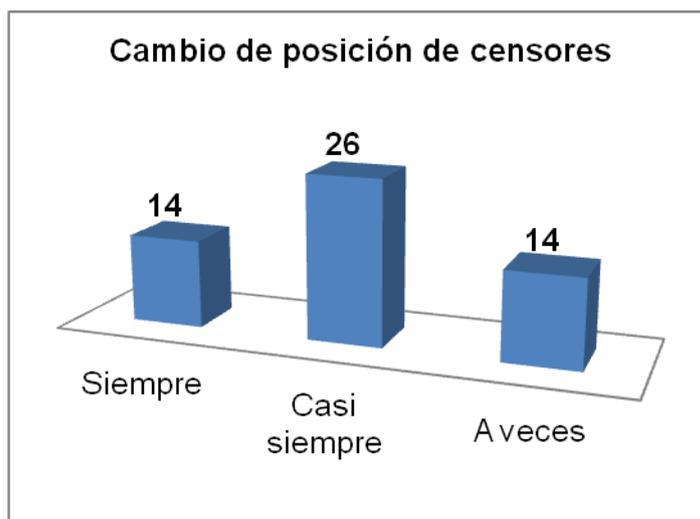
Tabla N°15

El cambio de posición de sensores es para evitar excoriaciones en la piel del RNPT.

Cambio de posición de sensores		
	fa	f %
Siempre	14	26
Casi siempre	26	48
A veces	14	26
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°15



Análisis de la variable

La media, mediana y moda de esta variable se encuentran en **casi siempre**, lo que se podría interpretar como “casi siempre se cambian los sensores de posición, de los RNPT internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. H. Notti.

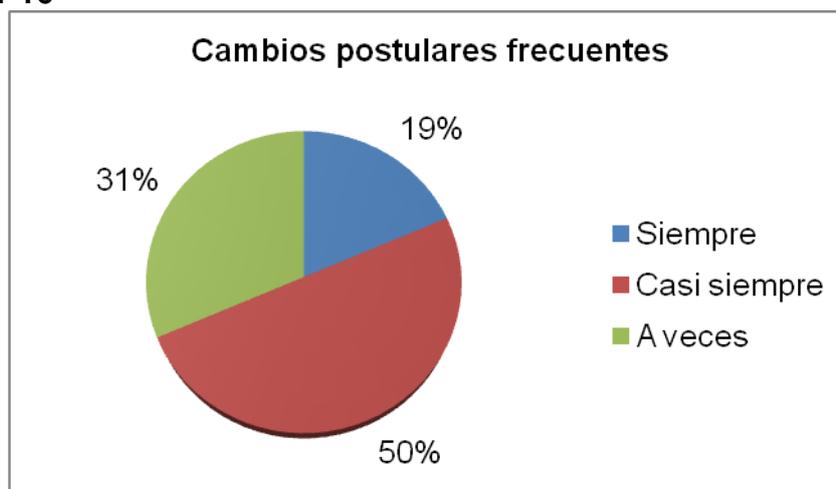
Tabla N°16

Los cambios postulares frecuentes son fundamentales para evitar úlceras por presión, ya que en los RNPT el tejido adiposo es muy escaso por lo cual los puntos de apoyo son muy marcados.

Cambios postulares frecuentes		
	fa	f %
Siempre	10	19
Casi siempre	27	50
A veces	17	31
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°16



Análisis de la variable

El gráfico nos enseña que los cambios postulares no se realizan con la frecuencia óptima para conservar la integridad cutánea.

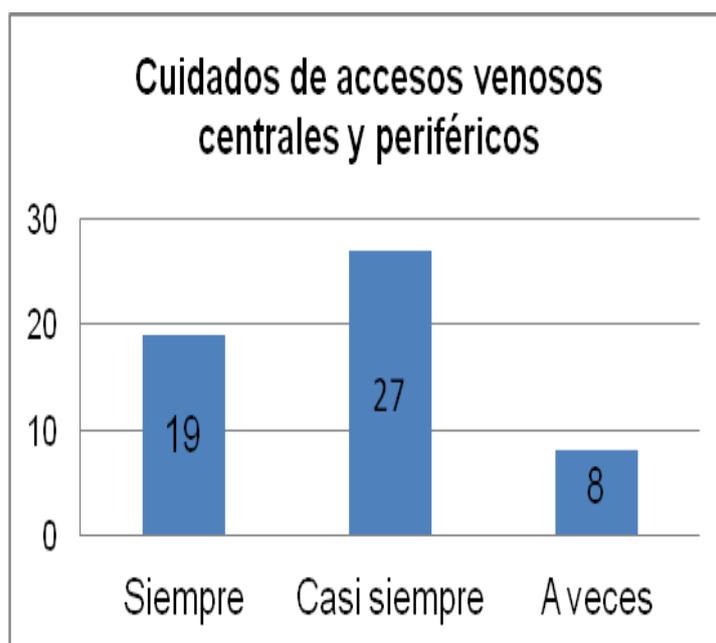
Tabla N°17

El correcto cuidado de los accesos venosos centrales y periféricos es muy importante para evitar infecciones y punciones periféricas en exceso.

Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos		
	fa	f %
Siempre	19	35
Casi siempre	27	50
A veces	8	15
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°17



Análisis de la variable

En esta variable se marca una tendencia de los enfermeros a realizar cuidados de accesos venosos centrales y periféricos. Cabe señalar que la curación del sitio de punción de accesos venosos, no se realiza todos los días.

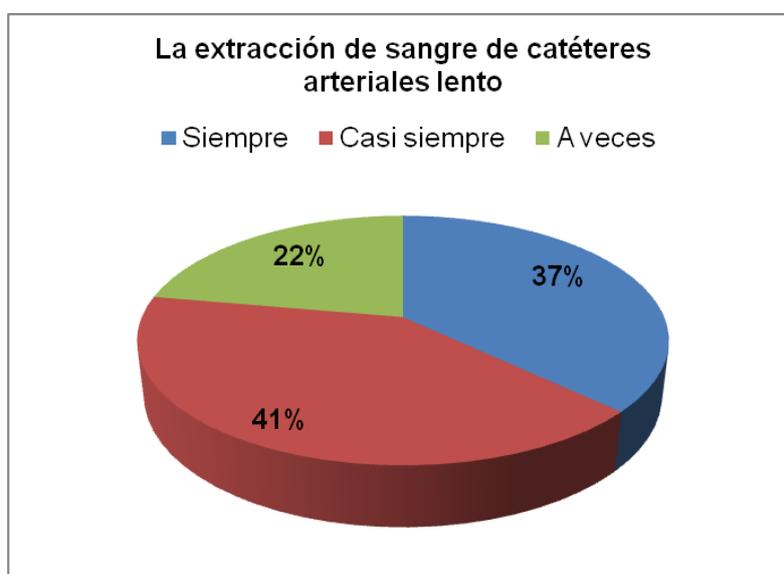
Tabla N°18

La extracción de sangre de catéteres arteriales se debe realizar en forma lenta, este es otro punto a tener en cuenta, ya esto influye en la presión arterial.

La extracción de sangre de catéteres centrales lento		
	fa	f %
Siempre	20	37
Casi siempre	22	41
A veces	12	22
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°18



Análisis de la variable

La extracción de sangre de catéteres arteriales se debe realizar en forma lenta, por lo observado en el gráfico si bien la gran mayoría tiene este cuidado en su proceder, o lo intenta tener, existen enfermeros que solo algunas veces tienen este cuidado al realizar extracciones de sangre.

Tabla N°19

La administración de medicamentos se debe realizar muy lentamente para evitar cambios bruscos en el medio interno, shock y deterioro de los accesos venosos, en los RNPT la mayoría de los medicamentos se administran con bombas de infusión.

La administración de medicamentos se realiza muy lentamente		
	fa	f %
Siempre	49	91
Casi siempre	5	9
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°19



Análisis de la variable

Por lo observado en el gráfico la administración de medicamentos se realiza en forma lenta **siempre**.

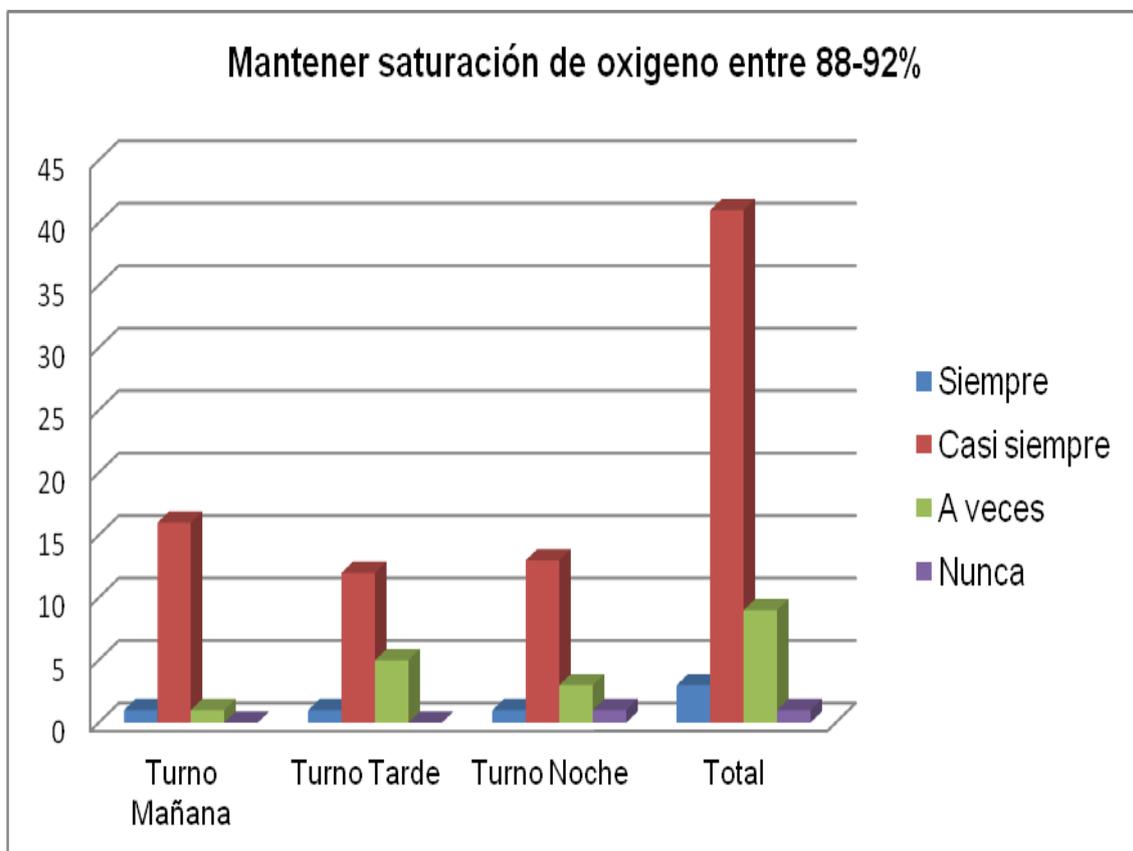
Tabla N°20

Para evitar en los RNPT hiperventilación, retinopatía y hiperestimulación se debe procurar mantener la saturación de oxígeno entre 88-92%. En la observación de este accionar, el grupo decidió realizar la comparación de los diferentes turnos.

Mantener saturación de oxígeno entre 88-92%				
	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche	Total
Siempre	1	1	1	3
Casi siempre	16	12	13	41
A veces	1	5	3	9
Nunca	0	0	1	1
total	18	18	18	54

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°20



Análisis de la variable

El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. H. Notti intenta mantener casi siempre la saturación de oxígeno de los RNPT entre 88-92%. En la comparación de los tres turnos se destaca que en el turno mañana es donde más se intenta mantener la saturación entre 88 y 92%, Cabe señalar que los enfermeros de este turno cuentan con la presencia de los médicos tratantes de los RNPT.

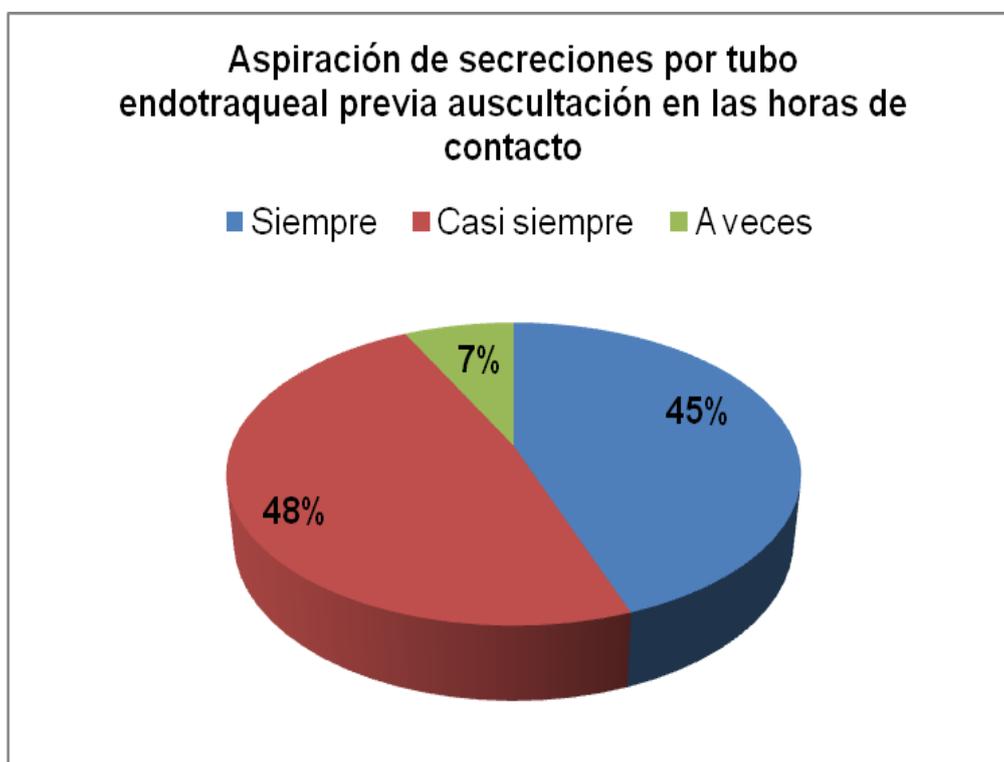
Tabla N°21

La aspiración de secreciones por tubo endotraqueal se realiza para mantener, vías aéreas permeables y de esta manera lograr una buena oxigenación. Pero es muy importante para el RNPT que la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal se realice previa auscultación en las horas de contacto.

Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal previa auscultación en las horas de contacto		
	fa	f %
Siempre	24	45
Casi siempre	26	48
A veces	4	7
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos por medio de la observación del cuidado brindado a RNPT tendientes a cumplir con el PIM. En la cual se examinó el cumplimiento de 20 acciones de enfermería, se completaron fichas, una por turno (mañana, tarde, noche) por semana, durante dos semanas, por cada uno de los 9 RNPT que ingresaron a UTIN del Hospital Notti en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2011.

Gráfico N°21



Análisis de la variable

La gran mayoría del personal de enfermería observado en su labor diaria cumple siempre o casi siempre con la premisa, de auscultar a los pacientes la entrada de aire en ambos campos pulmonares para identificar la necesidad de aspirar o no las secreciones del TET.

INFORME DEL GRUPO FOCAL

Luego de haber realizado las fichas de observación a los recién nacidos pre termino en el servicio de Neonatología, se establecieron en el mes de noviembre tres grupo focal uno en el turno mañana, en el turno tarde y otro en turno noche. En los cuales se trataron los siguientes tópicos:

- Atención al RNPT.
- Abordar vivencias del personal de enfermería sobre la atención al RNPT.
- Principales cuidados de enfermería a RNPT e importancia de los mismos.
- Conocimientos sobre PIM.
- Conocimientos sobre las complicaciones mas comunes por la falta de cumplimiento de PIM.
- Reflexión del grupo en estudio sobre una mejora en la atención del paciente RNPT.

Luego de tratar los tópicos establecidos se resaltó lo siguiente en cada grupo:

Conclusiones del grupo focal de turno mañana

La mayoría de los integrantes del grupo focal del turno mañana eran personal con antigüedad y experiencia en el servicio, por lo que tenían conocimiento de PIM, se abordó fácilmente el tema, se logro interactuar con los conocimientos de cada uno, lo cual resultó beneficioso para que el personal de ultimo ingreso aclarara las dudas sobre todo en las complicaciones que se manifiestan por la falta de aplicación del PIM en los RNPT.

También se destaco, que si bien se posee el conocimiento teórico del tema, no se logra aplicar correctamente dicho protocolo por diversos motivos tales como:

- falta de personal
- distribución inadecuada de pacientes en los sectores por ej.: que no se cuente con un sector destinado a la atención de los RNPT donde podría favorecer el PIM, ya que sería una enfermera la encargada de la atención exclusiva de los RNPT que permanecen en el mismo sector.
- falta de predisposición del personal.

- falta de coordinación del personal interdisciplinario (medico de cabecera del paciente, laboratorio, Rx, ecografías, médicos interconsultores) y no favorecer al PIM, ya que se efectúan en distintos horarios.

Conclusiones del grupo focal de turno tarde

Los enfermeros que conformaron el grupo focal se mostraron muy interesados con el tema, se fluyó sin problemas y se obtuvo opiniones a favor de la implementación de PIM en RNPT. De los seis integrantes del grupo focal, tres eran de mayor antigüedad y los otros tres, de último ingreso.

Al debatir, manifestaron conocimiento sobre el tema, pero desconocimiento sobre algunas técnicas que se implementan para aplicar correctamente el PIM. También, se coincidió con algunas problemáticas del turno mañana para implementar dicho protocolo como por ejemplo la falta de personal, de disposición de los mismos. Además se destacó que en ese turno, transita menor cantidad de personal interconsultor, y eso favorece para el PIM.

Conclusiones de grupo focal de turno noche

El grupo de enfermeros del turno noche que constituyeron el grupo focal eran de mayor experiencia en el servicio excepto dos profesionales que son de posterior ingreso.

Exhibieron agrado con la propuesta del grupo focal, se arribaron cómodamente los tópicos y se concluyó en que se tiene conocimiento sobre lo que es PIM, pero reconocen que no se implementa como debería ser, y que en ese turno es más oportuna la aplicación ya que no hay circulación de personal interdisciplinario y es menos frecuente la aplicación de técnicas invasivas. Se coincidió con el turno mañana en la inadecuada distribución de pacientes en sectores donde se encuentren RNPT y sea mas accesible la implementación del protocolo.

También se destacó que el personal de último ingreso que se encontraba presente no dominaba el tema de PIM por falta de información sobre el mismo pero manifestaron interés en educarse e instruirse para llevar a implementar PIM.

Conclusión de los tres turnos

Se contó con la colaboración y el agrado del personal de enfermería para llevar a cabo el Grupo Focal y básicamente se coincidió que se tiene un conocimiento sobre PIM, pero no se implementa correctamente por escasez de personal, falta de predisposición de los mismos, ausencia de coordinación entre personal interdisciplinario sobre todo en turno mañana, la necesidad de contar con sectores con RNPT para favorecer la implementación del protocolo, personal de nuevo ingreso sin conocimientos necesarios, pero expresaron gran interés en instruirse sobre el tema.

CAPITULO III
DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

DISCUSION

En esta investigación los autores logran realizar un análisis de las variables independientes y dependientes que les permite determinar diferentes conclusiones en cada caso en particular, a la vez destacan que los datos obtenidos mediante fichas de observación de acciones de enfermería y en el debate que se efectuó en el grupo focal integrado por personal de enfermería de cada turno son suficientes para evidenciar que el programa denominado PIM no es cumplido conforme se describe en el marco teórico.

El estudio fue realizado en la UTIN del Hospital Humberto Notti durante los meses agosto- octubre 2011 en el cual ingresaron 9 RN con edad gestacional y peso adecuado para la aplicación de dicho programa.

Mediante la observación se evidenció que en unos de los principales cuidados como es la manipulación, solo se cumple con algunas acciones en su totalidad, como lo son: el CSV cada 4 hs y la alimentación oral coincide con el horario de manipulación por estar establecido de esta manera en el servicio. En cuanto a la duración de los procedimientos con un máximo 10- 15 min depende del adiestramiento del enfermero para ejecutar la atención del prematuro. El resto de los cuidados como lo son: coordinación interdisciplinaria en el horario de atención al RNPT no es posible lograrlo debido a la falta de predisposición por parte del personal de otras áreas ya que no existe una norma establecida en el servicio, en lo que refiere al cumplimiento en el control de peso cada 48 hs durante los primeros 15 días de vida del PNPT se registro que el 100% no se cumple ya que en nuestro servicio esta establecido que solo se pesa al paciente con ese criterio una vez que el mismo supera su etapa critica y pasa a un estado denominado Recuperación Nutricional.

Respeto a la termorregulación las acciones correspondientes se cumplen siempre o casi siempre, lo cual indica que el personal de enfermería tiene presente la importancia de evitar la hipotermia y la hipertermia en el RNPT.

En lo referido a evitar ruidos molestos y luces, cuidado que esta destinado a evitar estímulos innecesarios que afecten su neurodesarrollo, se logro comprobar que influye la actividad que se realiza en cada turno siendo el TN el más adecuado para cumplir con esta acción.

En las variables que están relacionadas con el cuidado de la piel podemos destacar con respecto a la rotación de los sensores y la utilización de gasas y tela de papel sobre los mismos no es realizada con frecuencia debido a la falta de material y mal funcionamiento del equipamiento, no ocurre lo mismo con los cambios posturales del paciente que son realizados en su mayoría casi siempre por tratarse de una acción propia de enfermería.

Con respecto al cuidado de los accesos venosos, la extracción de sangre y la administración de medicamentos de manera lenta se cumple siempre ya que esta actividad de enfermería está establecida como norma en el servicio no solo para los RNPT sino también para el resto de los RN que se encuentran internados en el servicio de UTIN.

En las variables que incluyen los cuidados respiratorios destinados a evitar hiperventilación, retinopatía por exceso de oxígeno y evitar hiperestimulación se logró comprobar que el personal de enfermería cumple con los objetivos establecidos en su totalidad en beneficio de los prematuros evitando mayores complicaciones.

Por todo lo expuesto los autores logran establecer que los cuidados ofrecidos a los RNPT en el servicio de UTIN del Hospital Humberto Notti no son realizados como lo determina el programa denominado PIM, debiéndose en su mayoría a factores externos tales como: mala predisposición por profesionales de otras áreas involucrados en el tratamiento del RNPT, falta de material y mal funcionamiento de algunos equipamientos, falta de normas establecidas para dicho protocolo, etc.

A la vez es destacable rescatar el interés que ofrece el personal de enfermería para la implementación del PIM, ya que los mismos reconocen la importancia y los beneficios que dicho programa provoca en los pacientes de muy bajo peso y en el equipo de salud.

PROPUESTAS DE CAMBIO

Luego de observar y haber obtenido datos a través de las planillas de acciones de enfermería en los RNPT y realizar el grupo focal en distintos turnos, se propone para la implementación de PIM a los RNPT que ingresan al servicio lo siguiente:

- Efectuar charlas informativas para el personal de enfermería y medico del servicio sobre PIM estableciendo horarios convenientes para lo mismos.
- Instruir a personal de nuevo ingreso sobre el tema de PIM y la importancia de su aplicación en beneficio del paciente.
- Confeccionar tarjetas identificadoras y colocarlas a los RNPT incluidos en el PIM.
- Impulsar a la realización de ateneos para debatir sobre problemáticas que se presentan en los distintos turnos respecto a este tema.
- Solicitar reunión con Jefe de Servicio y Jefe de Enfermería para dar a conocer el protocolo al equipo interdisciplinario involucrado en el tratamiento del RNPT para que respeten sus pautas y lograr que quede establecido como norma.
- Solicitar al Jefe de servicio la disponibilidad de un sector de internación exclusivo para el cuidado del RNPT que favorezca la implementación de PIM.
- Confeccionar folletos educativos destacando los principales cuidados de enfermería en la atención de RNPT, los cuales serán colocados en la unidad del prematuro que sea incluido en dicho protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

AUGUSTO SOLÁ- MARTA RAGIDO- “CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL FETO Y RECIÉN NACIDO”- volumen 1 Editorial Científica Interamericana-2001

TAEUSCH- BALLARD- “TRATADO DE NEONATOLOGÍA DE AVERY”- Séptima Edición- editorial Harcourt Saunders-2000

MERCK SHARP Y DOHME- “NUEVO MANUAL MERCK”- Editorial Océano

“ENFERMERÍA NEONATAL”- NESTLE- Volumen 1 y Volumen 2- 2000-2001

Lic. María Fernanda Egan (licenciada en enfermería) en “PROTOSCOLOS DE ENFERMERÍA” Actas de las jornadas de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J Roemmers en octubre del 2005 Bs.As. Argentina.

CERIANI CERNADAS, JOSÉ MARÍA, “NEONATOLOGÍA PRÁCTICA” – 4ª ed.- Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 2009

INTERNET

<http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/default.htm>

<http://www.hospinotti.mendoza.gov.ar/>

APÉNDICES Y ANEXOS

Matriz de Datos

Fichas de observación	1.a	1.b	1.c	1.d	1.e	2.a	2.b	2.c	2.d	3.a	4.a	4.b	4.c	4.d	4.e	5.a	5.b	5.c	6.a	6.b
1.T.M.	S	A	A	S	N	A	C	C	C	A	A	A	A	C	C	A	C	S	C	S
2.T.M.	S	A	N	S	N	C	S	S	C	A	A	A	A	C	C	C	S	S	C	S
3.T.M.	S	S	N	S	N	C	C	S	S	A	C	C	A	A	A	C	C	S	C	S
4.T.M.	S	C	A	A	N	C	C	S	S	N	A	C	C	A	A	A	A	S	A	C
5.T.M.	S	A	N	C	N	C	C	S	C	N	A	A	A	A	A	C	C	C	C	C
6.T.M.	S	A	A	S	N	S	A	C	S	C	C	S	A	S	S	S	S	S	C	C
7.T.M.	S	S	A	S	N	S	S	S	C	N	C	C	C	C	C	C	S	S	C	S
8.T.M.	S	C	A	S	N	C	C	S	A	A	A	A	A	C	C	C	S	S	C	C
9.T.M.	S	C	N	C	N	C	C	S	C	N	A	C	A	C	A	C	C	C	C	A
10.T.M.	S	A	A	S	N	S	S	S	S	A	C	S	C	C	C	S	S	S	S	S
11.T.M.	S	A	N	C	N	C	A	S	C	N	A	A	C	C	C	C	S	S	C	S
12.T.M.	S	A	A	S	N	S	A	C	S	C	C	S	A	S	S	C	S	S	C	S
13.T.M.	S	S	A	S	N	C	A	S	C	A	C	C	A	A	C	C	A	S	C	C
14.T.M.	S	S	A	S	N	C	C	S	C	A	C	S	C	S	C	S	A	S	C	S
15.T.M.	S	A	A	S	N	C	C	S	A	N	C	A	A	C	S	A	A	S	C	S
16.T.M.	S	A	A	S	N	A	C	C	C	N	A	A	A	C	C	C	C	S	C	S
17.T.M.	S	S	N	S	N	C	S	C	S	A	S	S	S	S	C	S	S	S	C	S
18.T.M.	S	C	N	S	N	C	A	S	S	A	S	S	S	S	S	S	S	S	C	C
19.T.T.	S	C	A	S	N	A	C	S	C	A	A	A	A	C	C	S	A	S	A	C
20.T.T.	S	C	A	S	N	C	C	S	A	C	C	C	A	A	C	S	A	S	A	C
21.T.T.	S	A	N	C	N	C	C	C	S	C	C	C	A	C	A	C	S	S	C	C
22.T.T.	S	A	N	S	N	C	C	S	S	A	A	S	A	A	A	C	C	S	C	C
23.T.T.	S	C	A	C	N	C	A	S	A	A	A	A	A	C	C	C	S	S	C	C
24.T.T.	S	C	N	S	N	C	S	S	S	C	C	S	A	S	C	S	S	S	C	C
25.T.T.	S	C	A	S	N	S	S	S	C	C	S	S	C	S	S	S	C	S	S	C
26.T.T.	S	C	C	S	N	C	C	S	C	C	C	C	A	C	C	S	C	S	C	S
27.T.T.	S	A	A	A	N	C	C	S	C	A	A	A	A	A	A	C	C	S	C	C
28.T.T.	C	A	A	C	N	C	C	S	C	A	A	C	A	C	C	C	C	S	C	S
29.T.T.	S	C	N	C	N	A	A	S	A	A	A	C	C	C	C	C	S	S	A	C
30.T.T.	S	A	A	C	N	C	A	S	A	A	A	A	A	C	A	C	C	C	C	A
31.T.T.	S	S	A	S	N	C	A	S	S	C	C	C	A	A	A	C	C	S	C	C
32.T.T.	S	C	A	S	N	C	A	S	C	C	A	C	C	C	C	S	A	S	A	C
33.T.T.	S	C	N	S	N	C	C	S	A	A	C	C	A	S	S	S	A	S	C	S
34.T.T.	S	C	N	S	N	C	S	S	S	C	S	S	S	S	S	S	S	S	C	S
35.T.T.	S	C	A	S	N	A	C	S	A	A	A	A	C	C	C	C	C	S	A	C
36.T.T.	S	C	A	S	N	S	S	S	S	C	S	S	C	S	S	S	S	S	C	S
37.T.N.	S	C	S	S	N	C	S	S	S	C	C	C	C	S	S	S	S	S	C	S
38.T.N.	S	C	N	S	N	A	C	S	A	C	A	A	A	C	S	A	C	S	A	S
39.T.N.	S	C	N	S	N	C	S	C	S	C	C	S	C	S	C	S	S	S	C	S
40.T.N.	S	A	N	S	N	C	C	S	A	C	A	C	C	A	A	S	C	S	A	C
41.T.N.	S	C	C	S	N	C	C	S	C	S	A	C	A	A	A	A	A	S	C	S
42.T.N.	S	C	N	S	N	C	A	S	S	S	A	C	A	A	C	A	A	S	C	S
43.T.N.	S	C	S	S	N	C	C	S	A	C	A	A	A	C	A	C	C	C	C	C
44.T.N.	S	C	N	S	N	A	A	S	A	C	C	C	A	A	C	C	C	S	N	C
45.T.N.	C	A	C	C	N	C	C	S	S	S	C	C	A	C	A	C	C	S	C	C
46.T.N.	S	C	C	S	N	C	A	S	A	S	C	A	A	C	A	C	C	C	C	A
47.T.N.	S	S	N	S	N	C	C	S	C	S	C	S	C	C	C	C	C	S	C	S
48.T.N.	S	C	N	S	N	C	C	S	A	S	A	A	A	A	C	C	C	S	C	C
49.T.N.	S	C	N	S	N	C	S	S	S	C	C	S	A	S	C	S	S	S	C	S
50.T.N.	S	C	N	S	N	C	S	S	S	S	C	C	C	C	C	C	C	S	S	S
51.T.N.	S	A	S	S	N	C	C	S	C	S	A	C	A	S	A	C	S	S	C	C
52.T.N.	S	A	N	S	N	C	S	S	C	C	A	A	A	C	C	A	A	S	A	C
53.T.N.	S	A	N	S	N	N	A	S	C	C	C	C	A	A	A	A	A	S	C	C
54.T.N.	S	C	S	S	N	C	C	S	C	S	A	A	A	C	A	S	S	S	C	A

Nomenclatura de la matriz de datos.

1) Manipulación

- 1.a Control de signos vitales cada 4 horas.
- 1.b Duración de los procedimientos máximo 10-15 minutos.
- 1.c Coordinación interdisciplinaria en el horario de atención de los RNPT.
- 1.d La alimentación oral coincide con horarios de manipulación.
- 1.e Control de peso cada 48 horas.

2) Termorregulación

- 2.a Mantener la temperatura cutánea entre 36,2°-36,5°.
- 2.b Uso de cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura.
- 2.c Incubadoras cubiertas con mantas.
- 2.d RN arropados o cubiertos y con gorros.

3) Ruidos

- 3.a Se evitan ruidos molestos y luces.

4) cuidados de Piel

- 4.a Telas de papel para sensores de temperatura.
- 4.b Sensor de temperatura colocado en la línea media abdominal.
- 4.c Gasas para sensor de oxígeno.
- 4.d Cambio de posición de sensores.
- 4.e Cambios posturales frecuentes.

5) Accesos Vasculares

- 5.a Cuidados de accesos venosos centrales y periféricos.
- 5.b La extracción de sangre de catéteres arteriales lento.
- 5.c Administración de medicamentos se realiza muy lentamente.

6) Cuidado Respiratorio

- 6.a Mantener saturación de oxígeno entre 88- 92%
- 6.b Aspiración de secreciones por T.E.T. previa auscultación en las horas de contacto.

S. Siempre.

C. Casi Siempre.

A. A veces.

N. Nunca.

T.M. Turno Mañana.

T.T. Turno Tarde.

T.N. Turno Noche.