

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

TESIS FINAL

TEMA: Rol del enfermero de Neonatología en la
Administración de Oxigenoterapia.

AUTORAS: Ordoñez, Mariana.

Rios, Marina.

Sanchez, Sonia.

Mendoza, Febrero del 2014.

“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 en parte, sin previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”

ACTA DE APROBACION:

Presidente:

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

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

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIA

El presente trabajo de Investigación de Enfermería es el resultado de un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, y sobre todo dándonos ánimo.

Es por tanto, que en todo este tiempo que ha transcurrido en nuestras vidas, agradecemos a nuestras familias por el extraordinario apoyo en nuestra carrera.

Agradecemos a la Licenciada en Enfermería María Rosa Reyes, por guiarnos en todo el proceso de elaboración de este trabajo de investigación y sus notadas correcciones.

Sin olvidar agradecemos a nuestros colegas del Hospital H. Notti del servicio de Neonatología por ayudarnos en nuestra investigación, por brindarnos su tiempo y por la excelente predisposición que nos brindaron para que realizáramos este proyecto.

Y por último agradecer infinitamente a Dios, que nos guio a lo largo de esta carrera y seguramente lo seguirá haciendo.

Gracias.

PROLOGO

En la actualidad han aumentado los nacimientos de bebés prematuros, si bien se desconoce las causas relacionadas con este aumento, esto tiene que ver en mayor o menor medida con la edad materna y los controles realizados durante el embarazo.

También gracias al avance de la ciencia y de la tecnología, y de los conocimientos médicos y enfermeros ha aumentado la sobrevivencia de estos neonatos. Si bien el tratamiento principal en las unidades de cuidados intensivos neonatales consiste en la Oxigenoterapia, y es muy importante saber cómo administrarlo correctamente.

El objetivo principal que tienen las autoras de esta tesis es establecer si los cuidados enfermeros son eficientes, en cuanto a los pacientes recién nacidos y por lo tanto más indefensos, que reciben tratamiento con Oxigenoterapia. Con ello nos referimos a los Neonatos, ya sea de término como prematuros que son asistidos en la Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti.

También se busca establecer si los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el tratamiento con Oxigenoterapia son actualizados. Y si se recibe en forma continua algún tipo de capacitación con respecto a esta temática planteada.

Con esto queremos dejar plasmados los resultados obtenidos de esta investigación, y que sirva para incrementar los conocimientos de la profesión y el mejoramiento de la calidad de la atención brindada.

INDICE GENERAL

Advertencia.....	pag.II
Acta de Aprobación.....	pag.III
Agradecimiento.....	pag.IV
Prólogo.....	pag.V
Índice General.....	pag.VI
Índice de Tablas y Gráficos.....	pag.VII
Introducción.....	pag.1
CAPITULO I: Planteo del Problema.....	pag.2
Justificación.....	pag.5
Marco Teórico.....	pag.6
CAPITULO II: Diseño Metodológico.....	pag.27
Codificación de las variables.....	pag.33
Conclusión.....	pag.72
Propuesta para el cambio.....	pag. 74
Bibliografía.....	pag..75
Apéndice y Anexo.....	pag. 76

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLAS DE POBLACION DE ESTUDIO: MUESTRAS

TABLA Y GRAFICO N° 1.....	pag. 38
TABLA Y GRAFICO N° 2.....	pag. 39
TABLA Y GRAFICO N° 3.....	pag. 40
TABLA Y GRAFICO N° 4.....	pag. 42
TABLA Y GRAFICO N° 5.....	pag. 43
TABLA Y GRAFICO N° 6.....	pag. 44
TABLA Y GRAFICO N° 7.....	pag. 45
TABLA Y GRAFICO N° 8.....	pag. 47
TABLA Y GRAFICO N° 9.....	pag. 48
TABLA Y GRAFICO N° 10.....	pag. 50
TABLA Y GRAFICO N° 11.....	pag. 51
TABLA Y GRAFICO N° 12.....	pag. 53
TABLA Y GRAFICO N° 13.....	pag. 54
TABLA Y GRAFICO N°14.....	pag. 55
TABLA Y GRAFICO N° 15.....	pag. 57
TABLA Y GRAFICO N° 16.....	pag. 58
TABLAS BIVARIADAS	
TABLA Y GRAFICO N° 17.....	pag. 60
TABLA Y GRAFICO N° 18.....	pag. 62
TABLA Y GRAFICO N° 19.....	pag. 64
TABLA Y GRAFICO N° 20.....	pag. 66
TABLA Y GRAFICO N° 21.....	pag. 68
TABLA Y GRAFICO N° 22.....	pag. 70

INTRODUCCION

Este trabajo se ha investigado en relación a que una de las enfermedades más frecuentes que se ha expuesto la población pediátrica sobre todo durante la lactancia y la niñez, son las enfermedades del aparato respiratorio, y pueden ser leves graves e incluso fatales.

Durante la época de otoño a primavera, las internaciones e intercurencias por causas respiratorias agudas causa más muerte que cualquier otra enfermedad, a excepción de las anomalías congénitas durante los primeros años de vidas. Por tal motivo los múltiples y nuevos tratamientos que reciben los infantes, requieren un manejo integral e interdisciplinario del equipo de salud.

El personal de enfermería no debe ser ajeno a estos avances, debe poseer no solo los conocimientos propios de la profesión sino que también debe profundizarlo, ya que el afán de superación y la necesidad de estudio continuo deben ser de condición indispensable para desarrollar sus tareas.

Cabe recordar que los enfermeros que trabajamos en el campo de la pediatría, sabemos de las numerosas intervenciones que nos compete en cada aspecto y desarrollo del niño y su familia, en los diferentes niveles de atención y donde suele marcarse una diferencia pronóstica en el proceso salud-enfermedad.

A pesar de todo lo mencionada anteriormente, acudimos a este trabajo que es una propuesta de enfoque descriptivo analítico y de corte transversal, realizado en el campo de trabajo del servicio de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, en el mes de Septiembre en la provincia de Mendoza del año 2013.

A lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación, se detallara conocimientos básicos con respecto a la Oxigenoterapia en general y sobre el cuidado específico brindado a los Neonatos que requieren tratamiento con Oxigenoterapia.

Por lo anteriormente mencionado, este trabajo de investigación está abocado a demostrar la idoneidad del personal de enfermería de dicho servicio; en la observación de la atención brindada a los neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Una vez completado el análisis, se sacaran conclusiones y se reflexionara sobre el quehacer diario del cuidado brindado por parte del personal de salud de dicha institución.

CAPITULO I
PLANTEO DEL PROBLEMA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El objetivo de este estudio está dirigido a destacar, determinar y observar la atención que brinda el personal de enfermería. Además de verificar si el nivel actual de conocimientos de dicho personal que adquieren, es eficiente para el cuidado de Neonatos que requieren Oxigenoterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El ámbito de estudio se llevara a cabo en el Hospital Dr. Humberto Notti en el servicio de Neonatología. Destacamos que este, 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 del departamento de Guaymallen, de la provincia de Mendoza.

Describimos que los pulmones son uno de los últimos órganos en desarrollarse cuando él bebe está creciendo en el útero. Lo que puede ocasionar problemas respiratorios tanto a corto como a largo plazo. Entre ellas se incluye Insuficiencias Respiratorias, Displasia Broncopulmonar, Neumonías, Bronquiolitis, Enfermedad de Membrana Hialina, entre otras y que requieren internación con Oxigenoterapia.

La atención de estos Neonatos, es un problema cada vez más complejo; debido a que la Oxigenoterapia es una medida terapéutica muy utilizada en nuestro entorno de trabajo y es necesario adquirir conocimientos continuamente, para mejorar la calidad de atención del cuidado.

Este debe ser monitorizado, sobre todo en las Unidades de Cuidado Intensivo, ya que su toxicidad en esta etapa de la vida es muy alta. Esta se observa en pacientes que reciben Oxígeno en altas concentraciones mayores del 60% por más de 24 horas, a las cuales se dan en Neonatos con ventilación mecánica con el paciente intubado, con oxígeno por halo y/o bigotera.

La administración de Oxígeno a concentraciones superiores que las del 21%; la evaluación de los conocimientos y de la atención del personal de salud dirigida a estos Neonatos, es un asunto de interés creciente; dado el incremento de enfermedades respiratorias con requerimiento de Oxigenoterapia e inmadurez pulmonar. Además de tratar o prevenir los síntomas, las manifestaciones de la hipoxia y sus posibles complicaciones.

Esto se convierte en uno de los retos más importantes que enfrenta el personal y el sistema de salud, por el aumento en la demanda de atención médica, de enfermería y sus costos cada vez más elevados, en un contexto de escasez de recursos. Siendo de vital importancia saberlo en nuestro quehacer diario como profesionales.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Los conocimientos actuales sobre Oxigenoterapia que posee enfermería permiten brindar cuidados eficientes a los Neonatos, atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Humberto Notti, que refieren dicho tratamiento en el segundo semestre del año 2013?

OBJETIVO GENERAL

Determinar si el nivel actual de conocimientos que posee los enfermeros del servicio de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, permiten brindar cuidados eficientes a Neonatos RN de Terminado y RN pre-término con Oxigenoterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar si los conocimientos de enfermería sobre oxigenoterapia son actualizados.
- ✓ Caracterizar a los enfermeros en estudio.
- ✓ Establecer si los cuidados enfermeros sobre oxigenoterapia presentan características de eficiencia.

JUSTIFICACION

Nuestra investigación ha surgido, a raíz de la inquietud por parte de las investigadoras en observar e indagar, si el personal de enfermería en el quehacer diario en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, el modo de brindar los cuidados en cuanto a la administración de oxigenoterapia a los Neonatos ya sea en Recién Nacidos de término como pre-termino.

Según datos de UNICEF, la morbilidad y la sobrevida de los recién nacidos prematuros, es muy diferente dependiendo de la edad gestacional y el peso con el que nacen.

Por lo que estos Neonatos requieren internación inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, debido a su inmadurez, su vulnerabilidad ante los eventos adversos y por lo tanto, el riesgo de morir durante su internación.

Por este motivo, los bebés prematuros y los neonatos con Dificultad Respiratoria son internados, para que un equipo sanitario especializado pueda brindarles cuidados individuales. Donde parte del tratamiento principal, consiste principalmente en la administración de Oxígeno.

El servicio de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, es donde se centrara nuestra investigación, cuyo objetivo es investigar sobre los conocimientos que poseen en la actualidad el personal de enfermería sobre Oxigenoterapia, como se mencionó anteriormente, en relación con el cuidado brindado de forma eficiente.

Reiteramos que otro de nuestro propósito, es observar e incentivar al equipo de enfermería a cuestionar y/o reflexionar sobre su actuar profesional diario.

Por ello nos preguntamos, tienen en cuenta las posibles complicaciones?, qué relación tiene el cuidado que brinda enfermería con este incremento de enfermedades respiratorias?, se toman todos los recaudos posibles para que esto no suceda?

Por otra parte, la presente investigación nos servirá de referencia para futuros trabajos de investigación e implementación de estrategias educativas que tengan como fin capacitar y mejorar el nivel de conocimiento y la calidad de los cuidados de enfermería en esta línea de investigación.

MARCO TEORICO

Apartado I: "Oxigenoterapia"

Oxigeno

En 1777, Antoine Lavoisier, al estudiar este elemento como un generador de ácidos, le da el nombre de oxígeno derivándolo de la lengua griega. El oxígeno es un elemento químico gaseoso, inodoro, incoloro e insípido; en estado libre es componente del aire y en estado combinado se encuentra en el agua y minerales. En la tabla periódica, su número atómico es 8 y su símbolo O, siendo el elemento más abundante en la superficie terrestre.

Este es un elemento que forma parte de las necesidades fisiológicas primordiales del ser humano, juega un papel muy importante en los procesos químicos internos. Cerca de una quinta parte (en volumen) del aire es oxígeno.

El oxígeno gaseoso no combinado suele existir en forma de molécula diatómicas O_2 , pero también existe en forma triatómica O_3 llamado ozono y es incoloro, insípido e inodoro y altamente reactivo.

En la actualidad el oxígeno se considera como un medicamento y debe ser monitorizado y dosificado, por sus efectos adversos.

Por ejemplo en los neonatos puede producir:

- ✓ Retención de CO_2 (en pacientes susceptibles)
- ✓ Atelectasia.
- ✓ Barotrauma.
- ✓ Enfisema inteticial.
- ✓ Parálisis mucociliar.

Se sabe que a mayor caudal de oxígeno suministrado por un tiempo prolongado, mayor será el daño pulmonar producido.

La toxicidad que produce el oxígeno depende siempre del individuo, durante el proceso químico de conversión de O_2 y H_2O se liberan compuestos intermedios altamente reactivos y nocivos para el tejido pulmonar. Suponiendo una mala ventilación pulmonar, los órganos más susceptibles son el cerebro, las glándulas suprarrenales, el corazón, el hígado y riñón. El oxígeno (aire) ingresa al organismo a través de la nariz, donde este se calienta, humidifica y se filtra las partículas grandes que quedan atrapadas en los cilios en la entrada de la fosa nasales, las más pequeñas se filtran y quedan atrapadas cuando el aire cambia de dirección, al entrar en contacto con las coanas y el tabique nasal.

El aire inspirado pasa de la nariz a la faringe, esta es una vía compartida entre el aire y el alimento, está formado por el nasofaringe y orofaringea, ambas tienen tejido linfático estas destruyen los patógenos que ingresan al organismo con el aire.

La ventilación pulmonar se consigue mediante la inhalación, el aire que ingresa al organismo para una ventilación adecuada, debe tener ciertos factores necesarios como; una vía aérea permeable, un centro respiratorio a nivel cerebral intacto, una cavidad torácica capaz de contraer y expandirse, una distensibilidad y retracción pulmonar adecuada .

La inflamación, el edema y la producción excesiva de secreciones obstruyen la vía aérea .El centro respiratorio se sitúa en el tronco encefálico que son el bulbo raquídeo y la protuberancia ellos manejan el sistema respiratorio, una depresión de ellos por ejemplo; al administrar un fármaco depresor del sistema podemos tener la falla del mismo.

El ingreso del aire a los pulmones es a través de los cambios de presión que se producen en el interior de la cavidad torácica, ella se llama presión intrapleural que es ligeramente negativa en relación a la atmosférica.

La inspiración se produce cuando el diafragma y los músculos intercostales se contraen y el volumen de los pulmones aumenta disminuyendo la presión intrapulmonar (presión dentro los pulmones), al ingresar el aire se igualan las presiones en relación a la atmosférica y cuando el diafragma y las músculos intercostales se relajan el volumen de los pulmones disminuyen y la presión intrapulmonar aumenta y se expulsa el aire. La capacidad de distensión de los pulmones es de 500 ml conocido como volumen corriente.

El intercambio de gases se realiza en los alvéolos, esta se produce por la difusión, que es el movimiento de los gases desde una área de mayor presión o concentración a otra de menor presión o concentración .Cuando la presión de oxígeno es mayor en los alvéolos que en la sangre el oxígeno difunde hacia la sangre.

El oxígeno debe ser transportado de los pulmones hacia los tejidos y el dióxido de carbono debe ser transportado desde los tejidos de vuelta hacia los pulmones, el transporte de oxígeno lo hace en combinación con la hemoglobina quien propiamente la transporta hacia el tejido en forma de oxihemoglobina un 97% el otro porcentaje se disuelve y es transportado en el líquido del plasma y por otras células.

Existen factores que afectan el transporte del oxígeno como: el gasto cardiaco, numero de eritrocitos y hematocrito en sangre y el ejercicio, la afección que producen estos factores es que disminuye la cantidad de oxígeno liberado hacia el tejido

Existen ciertos mecanismos compensatorios como por ejemplo a nivel circulatorio, el corazón aumenta la frecuencia cardiaca, pero este mecanismo no puede restaurar el flujo sanguíneo adecuado y los daños causados son intensos. Otro factor que influye en el transporte de oxígeno es el hematocrito que es el porcentaje de la sangre que ocupan los eritrocitos. En varones oscila entre 40 -54 % y en mujeres del 37-50 %, al existir un excesivo hematocrito la sangre aumenta su viscosidad esto hace que, se reduzca el gasto cardiaco y por ende disminuye el transporte de oxígeno en sangre.

Neonatos prematuros

En este apartado nos referiremos a los prematuros, este es uno de nuestro objeto de estudio debido a que estos son más frecuentes que requieran internación con requerimiento de oxigenoterapia.

Comenzaremos hablando sobre la definición del neonato prematuro, es aquel que ha nacido antes de 37 semanas completas de gestación (más de tres semanas antes de la "fecha prevista del parto").

Según edad gestacional se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- ✓ A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- ✓ Postérmino (nacido después de 42 semanas de gestación)

Existen distintos factores sociológicos como biológicos que llevan al parto prematuro como por ejemplo:

- ✓ Clase social baja.
- ✓ Baja talla materna.
- ✓ Analfabetismo o escolaridad insuficiente.
- ✓ Largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico.
- ✓ Hábito de fumar, uso de alcohol y/o drogas.
- ✓ Escaleras para llegar al hogar.
- ✓ Edad materna < 18 ó > 40.
- ✓ Falta de Control Prenatal.
- ✓ Antecedente de un parto prematuro previo o de aborto espontáneo.

- ✓ Rotura prematura de membranas.
- ✓ Incompetencia cervical.
- ✓ Bajo peso preconcepcional, insuficiente aumento de peso en el embarazo.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Inadecuada asistencia de salud.
- ✓ Infección urinaria o Hipertensión arterial materna.

Luego del parto que por lo general se realizan en forma de cesárea, estos neonatos son derivados al servicio de la Neonatología donde allí permanecerán hasta completar dicho tratamiento.

Al ser pacientes de riesgo están en las incubadoras, y son asistido por el equipo interdisciplinario. Dada su inmadurez anatómica y funcional, los bebés prematuros tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones perinatales y requieren de cuidados especializados hasta que se estabilizan.

Enfermedades respiratorias más frecuentes en los neonatos prematuros, como de término:

Displasia Broncopulmonar

Esta enfermedad es una de la secuela más frecuente en los prematuros asociada a los cuidados neonatales intensivos y depende del grado de inmadurez del niño.

Esta afección se define como un trastorno pulmonar con dificultad respiratoria, imágenes anormales en la radiografía de tórax, existen alteraciones en los gases sanguíneos y requerimientos de oxígeno mayores que el ambiental durante más de 28 días.

La presente patología se caracteriza por el aumento de la resistencia en la vía aérea, la disminución de la compliance y en otros casos más graves, el incremento de la capacidad residual funcional, la hiperinsuflación pulmonar y la alteración de la ventilación-perfusión.

Los neonatos con esta afección presentan hipoxemia e hipercapnia, causada por la hipoventilación y la alteración en la ventilación-perfusión, en esta patología existe un aumento del gradiente alvéolo-arterial del CO₂ producido por el desequilibrio de la relación ventilación-perfusión y el incremento del espacio muerto alveolar, con retención del CO₂.

La D.P.B ocurre en los prematuros que en sus primeros días de vida son conectados a la A.R.M por sus altas concentraciones de oxígeno que produce barotrauma, esto se da dentro de las células de los epitelios traqueales, bronquial y alveolar.

Factores de riesgo para la producción de la D.P.B:

- ✓ Prematurez en especial con peso inferior a los 1500 gr.
- ✓ Oxígeno suplementario como A.R.M.
- ✓ Ventilación con presión positiva.
- ✓ Enfermedad de la membrana hialina.
- ✓ Infección pulmonar o sepsis.
- ✓ Desnutrición.

Cuadro clínico

Los signos que están presentes en los recién nacidos con dificultad respiratoria son la taquipnea, tiraje, depresión xifoidea y aleteo nasal entre otras, existen cambios a nivel radiológico, y las alteraciones en los gases sanguíneos.

El cuadro clínico más frecuente es la dificultad respiratoria persistente luego de los primeros días de vida, luego de las primeras semanas de nacido se comienza a observar, aumento de las secreciones bronquiales, sibilancia, episodios de cianosis, hipercapnia y a nivel radiológico se observa los pulmones más distendidos con áreas de atelectasia y zonas de hiperinsuflación que dan las típicas imágenes en “panal de abejas” o microquistes bullosos, este cuadro puede durar más de 30 días.

Además de todos los problemas a nivel respiratorios que presentan, surgen otros como alimenticios, como reflujo gastroesofágico y dificultad para un crecimiento corporal adecuado, esto se debe a un mayor gasto energético secundario al esfuerzo respiratorio aumentado y a un menor ingreso calórico.

Otra afección que padecen los neonatos a consecuencia de esta enfermedad en los primeros meses, presentan trastornos hidroelectrolíticos que clínicamente se expresan con edema pulmonar, oliguria, disminución de la excreción urinaria de sodio y edemas periféricos con episodios de excesivos aumentos de peso por retención líquida.

El pronóstico de estos pacientes luego de la internación en la unidad neonatal, es que fallecen antes del alta y/o padecen complicaciones a corto plazo como las infecciones respiratorias recurrente, en especial la bronquiolitis y la neumonía.

Enfermedad de la Membrana Hialina

La enfermedad de la membrana hialina (E.M.H), es uno de los trastornos pulmonares más comunes en neonatos internados en cuidados intensivos y ocurre exclusivamente en los prematuros como causa fundamental de muerte en estos pacientes, con un peso menor a 1000 gr. y en los de mayor peso la asistencia respiratoria mecánica y el uso de surfactante exógeno ayudado a combatir esta enfermedad.

La enfermedad de la membrana hialina anteriormente conocida como síndrome de dificultad respiratoria (SDR), es un trastorno encontrado en recién nacidos prematuros, provocado por la insuficiencia en la producción del surfactante aunado a la falta de desarrollo de los pulmones.

Su incidencia se acentúa en los que nacen por cesárea es en esencial los que nacen sin trabajo de parto y es más frecuente en madres diabéticas insulino-dependiente.

La E.M.H se debe a un déficit de surfactante como comentamos anteriormente a nivel del epitelio alveolar, el surfactante es una sustancia lipoproteica que se desarrolla y se libera en los pulmones, su función primordial es la de reducir la tensión superficial y de permitir una buena dilatación de los alvéolos, que evita la atelectasia.

Cuadro clínico

En estos niños el cuadro clínico que vendría siendo la dificultad respiratoria por excelencia, se manifiesta desde el nacimiento o eventualmente de las 2 primeras horas de vida.

Algunos neonatos cerca de término con un peso mayor a los 2500 gr, en las primeras horas solo puede manifestar taquipnea y eventualmente quejido intermitente sin necesidad de oxígeno suplementario, pero luego de un par de horas la dificultad respiratoria va en aumento y la administración de oxígeno suplementario es inminente, en prematuros de menor peso los signos comienzan en sala de partos.

Los signos clínicos que presentan son esfuerzo respiratorio evidente, retracción intercostal, depresión xifoidea, dilatación nasal y quejido, taquipnea, cianosis produciendo descenso de la saturación, disminución del murmullo vesicular, y en algunos casos se pueden desarrollar hipertensión pulmonar es especial en prematuros mayores de 28-30 semanas.

Apneas del neonato prematuro

Las apneas son eventos en la población del prematuro, son periodos de hipoxia intermitentes, que pueden llevar a la asistencia respiratoria mecánica al neonato, es un factor relevante para que los prematuros continúen en la unidad de cuidados intensivos, además de ser un impacto en el desarrollo a nivel neurológico del paciente.

Se denomina apnea, cuando la pausa respiratoria es igual o mayor de 20 segundos o tiene una duración menor pero se acompaña de desaturaciones (< 80 – 85 %) o bradicardia (< de 80 latidos por minuto).

Prolongados episodios de desaturación han sido descritos en ausencia de apnea o bradicardia, en prematuros “saludables” y en prematuros con enfermedad pulmonar crónica. Estos episodios de desaturación pueden representar:

- ✓ Apnea obstructiva.
- ✓ Hipoventilación.
- ✓ Shunt intrapulmonar de derecha a izquierda

La inestabilidad de la respiraciones se puede deber a una manifestación de disturbio cardiológico, respiratorio, metabólico o infeccioso. El manejo central de este tipo de pacientes es evitar la hipoxia y sus consecuencias y nuestro objetivo es detectar los episodios lo más temprano posible ya que le puede producir un daño cerebral irreversible, si son periodos severos y a repetición.

Se deberá hacer hincapié en detectar ciertos factores predisponentes como anemia, hipoxemia, infección, hemorragia intracraneal, hipoglucemia, hipocalcemia, hipertermia, convulsiones y aumento del esfuerzo respiratorio.

La observación se centrara en la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno, debido a que por lo general se produce una caída rápida de la frecuencia cardiaca inmediatamente al comienzo de la apnea , por eso es indispensable monitorizar estos pacientes.

Bronquiolitis

Es una enfermedad inflamatoria aguda de la vía respiratoria baja, sobre todo de los bronquios más finos o bronquiolos, se da en lactantes pequeños y hasta los 2 o 3 años, como respuesta a un agente viral que con mayor frecuencia es el virus sincicial respiratorio (VRS).

La infección en la bronquiolitis afecta a todo el pulmón, aunque el daño concreto es en el epitelio bronquial. La lesión aparece entre las 24 y las 48 horas desde el inicio de la infección, se manifiesta con edemas y pequeña necrosis del epitelio, así con infiltración linfocitaria y destrucción ciliar, sin lesión de la capa muscular.

Como consecuencia se produce tapones de moco, engrosamiento de la pared bronquial afecta intensamente al flujo aéreo. Estos compuestos obstruyen las vías aéreas con alteración de los mecanismos de defensa locales y dan lugares a heridas en las mucosas, lo que facilita la infección bacteriana.

El desequilibrio entre la ventilación y la perfusión causa hipoxemia, aparece al principio de la enfermedad, en los casos graves puede darse una retención de anhídrido carbónico (hipercapnia), pero suele aparecer hasta superar las 60 r/m.

Neumonía

Es un proceso inflamatorio de los bronquios respiratorios y de los espacios alveolares que están producidos por la infección.

La neumonía puede estar causada por bacterias, virus y mycoplasma, hongos y paracitos, de manera habitual la mitad de estas infecciones están producidos por bacterias y la otra mitad por virus. Se presenta con mayor frecuencia durante el invierno y principios de la primavera.

Los síntomas más comunes de neumonía son:

- ✓ Tos (con algunas neumonías usted puede expectorar una mucosidad amarillenta o verdosa o incluso moco con sangre).
- ✓ Fiebre que puede ser leve o alta.
- ✓ Escalofríos con temblores.
- ✓ Dificultad para respirar (puede únicamente ocurrir cuando sube escalas).

Otros síntomas abarcan:

- ✓ Sudoración excesiva y piel pegajosa.
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Inapetencia, baja energía y fatiga.
- ✓ Dolor torácico agudo o punzante que empeora cuando usted respira profundamente o tose.

Tratamiento:

El médico debe decidir primero si usted necesita o no estar en el hospital. Si a usted le brindan tratamiento en el hospital, recibirá:

- ✓ Líquidos y antibióticos por vía intravenosa.
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Tratamientos respiratorios

Sistema de administración de oxígeno

En base a lo mencionado anteriormente se detallara los diferentes sistemas de administración de oxígeno utilizadas en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Las formas de administrar el oxígeno son a través de halos, cánula nasal, CPAP y ventilación invasiva en sus diferentes modalidades:

Halo: Es un hemcilindro de acrílico de color transparente abierto en sus extremos que se coloca rodeando la cabeza del recién nacido con el fin de concentrar la mezcla inspirada, esto se utiliza en neonatos con alteración de la oxigenación que pueden llegar a sostener una mecánica ventilatoria espontánea efectiva.

Por lo general es indicada en la fase aguda de la enfermedad respiratoria, las ventajas de este sistema de administración:

- ✓ Es un método que permite ofrecer altas concentraciones de oxígeno entre 0.21 (21 %) y 1.0 (100%).
- ✓ Nos permite un monitoreo continuo de la Fio2 aportada.
- ✓ Favorece la fluidificación de secreciones respiratorias.

Las desventajas:

- ✓ Limita la movilidad del neonato.
- ✓ Disminuye la observación del neonato.

- ✓ Dificulta el examen físico y los procedimientos.
- ✓ Anula la posibilidad de alimentación por succión.
- ✓ Dificulta la aspiración de secreciones y la higiene de la cavidad oral.

Cánula nasal: Es un sistema de administración de oxígeno que aporta un flujo bajo de oxígeno y que provee una Fio₂ variable de acuerdo al flujo inspiratorio del neonato donde la nasofaringe actúa como reservorio.

Las ventajas son:

- ✓ Permite la observación directa del neonato.
- ✓ Facilita el examen físico y los procedimientos.
- ✓ Favorece la movilidad del neonato.
- ✓ Permite usar la cavidad oral para la alimentación.
- ✓ Facilita la aspiración de secreciones y la higiene de la cavidad oral.
- ✓ Optimiza el vínculo madre-hijo.
- ✓ Puede utilizarse a largo plazo.

Las desventajas son:

- ✓ Puede provocar lesiones de las narinas y lastimar la piel circundante.
- ✓ Es factible el desplazamiento del dispositivo.
- ✓ Puede provocar presión permanente en la vía aérea causando el efecto CPAP en forma inadvertida.
- ✓ Aumenta el riesgo de incomodidad del neonato por el flujo de oxígeno directo sobre las narinas.
- ✓ Provoca fluctuaciones frecuentes en la Fio₂ según la respiración nasal o bucal del neonato.

Otra forma de administración de oxígeno al prematuro es a través de una técnica invasiva, que es la conexión del recién nacido a la asistencia respiratoria mecánica o C.P.A.P (presión positiva continua en la vía aérea), esta técnica no es invasiva.

CPAP: Se utiliza en neonatos con Insuficiencia Respiratoria, en Enfermedad de la Membrana Hialina, Apneas y Edema Pulmonar, al ser prematuros estos pacientes, su volumen de pulmón está disminuido y tiene la tendencia al colapso alveolar, el objetivo de este mecanismo es evitar la caída de las presiones al final del ciclo respiratorio, el C.P.A.P.

Sus consecuencias a nivel fisiopatológico son:

- ✓ Aumento de la capacidad residual funcional y volumen pulmonar.
- ✓ Descenso de la resistencia de la vía aérea.
- ✓ Desciende la tendencia al colapso alveolar durante la espiración.
- ✓ Desciende la frecuencia respiratoria y volumen minuto respiratorio pero con mejor distribución de la ventilación.
- ✓ Desciende la compliance pulmonar.

Efectos en la fisiología pulmonar:

- ✓ Mejora la oxigenación.
- ✓ Aumenta el volumen pulmonar.
- ✓ Mejora la distensibilidad pulmonar.
- ✓ Disminuye la resistencia espiratoria.
- ✓ Estabiliza la pared torácica.
- ✓ Estimula el crecimiento pulmonar y aumenta el diámetro de la vía aérea.

Asistencia Respiratoria Mecánica: Esta es una técnica invasiva y es la inserción de un tubo a los campos pulmonares a través de la tráquea. Es utilizada en neonatos con diferentes patologías, pero la más común es en la insuficiencia respiratoria asociada a enfermedad de la membrana hialina, aspiración de meconio, neumonía entre otras.

Al momento de la intubación surgen dificultades agudas como por ejemplo:

- ✓ Hipoxemia – Bradicardia.
- ✓ Intubación al esófago.
- ✓ Intubación de bronquio fuente.
- ✓ Neumotórax.
- ✓ Atelectasia.
- ✓ Traumatismo en la epiglotis y cuerdas vocales.
- ✓ Ruptura de la tráquea.

Hay diferentes modos de ventilación mecánica entre ellas está la ventilación asistida controlada (A/C); la ventilación mandataria intermitente sincronizada (SIMV); ventilación de alta frecuencia (HFO).

Apartado II: “Rol de Enfermería en Neonatos con Oxigenoterapia”

Evolución del Cuidado de Enfermería

En los últimos años se ha producido una incuestionable evolución en el cuidado intensivo neonatal, y con ello, una disminución de la mortalidad y una optimización progresiva en la vida de los recién nacidos.

Junto a ese avance, la enfermería neonatal se ha convertido en un campo de practica altamente especializado al que cada uno de nosotros, como profesionales, debemos responder actualizándonos permanentemente, a fin de poder brindar cuidados eficientes de alta calidad.

Los cuidados que se proporcionan al neonato y a su familia son complejos, y que requieren disponer de habilidades relacionadas con la evaluación y la planeación. Asimismo, es necesario generar una evaluación permanente de los resultados de cada una de nuestras intervenciones.

La propia naturaleza de estos cuidados hace que el profesional se esfuerce en evitar cualquier riesgo que puedan sufrir los pacientes. La Neonatología se ocupa de uno de los periodos más vulnerables del ser humano, los primeros 28 días de vida.

El perfeccionamiento en el conocimiento de los problemas del recién nacido críticamente enfermo y sus necesidades, sumado a una mayor disponibilidad tecnológica, ha permitido el aumento de la sobrevivencia de recién nacidos pre-termino, incluyendo aquellos con una edad gestacional extremadamente baja y peso inferior a 1500 gr. Esta situación trae aparejado un incremento de la morbilidad neonatal, con sus correspondientes secuelas.¹

Este desarrollo se basa también en la bioética como herramienta indispensable en el manejo clínico de esta población tan vulnerable y la racionalización de los costos del cuidado del recién nacido de alto riesgo y la optimización de los resultados.

Es decir, “la asistencia en las unidades de cuidados intensivos neonatales plantea permanentemente problemas éticos-legales en torno de la idoneidad o no de ciertos procedimientos clínicos de soporte vital. Esta situación ha inducido la creación de comités de éticas, en los cuales se analiza la toma de decisiones que afecta tanto la vida como la futura calidad de vida del neonato”.²

¹ Cuidados en enfermería neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. Garrahan Comité científico de enfermería neonatal. Tercera edición. Bs As: Journal, 2009 pág. 4.

² Unidad de cuidados intensivos Pediátricos y neonatales. Hospital Torrecardenas. España. Año 2012.

En las últimas décadas, el tratamiento y los cuidados que se dispensan a los neonatos han experimentado un desarrollo acelerado, sustentado principalmente en el diagnóstico prenatal y perinatal del recién nacido de alto riesgo, el cuidado especializado y el avance de la tecnología que permite la sobrevida de los niños críticamente enfermos y de bajo peso al nacer, como así también la planificación del recién nacido de alto riesgo dado de alta.

Según los autores Alicia Benítez y Alejandro Dinerstein, “el avance científico y tecnológico de estas últimas décadas dentro de la Neonatología ha tenido su muestra más evidente en las unidades de terapia intensiva. Tan importantes logros han llevado a extender el límite de sobrevida de recién nacidos graves, los mismos que hasta antes de los setenta morían sin posibilidades”³

Revisando técnicas

El control de los signos vitales, es una práctica frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Es parte de la planificación de los cuidados de enfermería y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardio-respiratoria, hemodinámicas y térmicas del paciente.

El resultado de los datos obtenidos puede llevar a modificaciones del diagnóstico y del tratamiento del recién nacido. El control de las variables vitales es parte de la valoración clínica de enfermería y generalmente se efectúa acompañada de un monitoreo multiparamétrico en forma permanentemente, permitiendo evaluar y comparar el valor numérico, la onda de pulso, el trazado electrocardiográfico y el patrón respiratorio con los datos obtenidos.⁴

El monitoreo, en algunos casos permite no realizar contactos con el paciente, principalmente para respetar el descanso y sueño, pero este no reemplaza al control manual una vez por turno. El control de los signos vitales requiere contacto con el recién nacido, permitiendo a través de la observación, auscultación y palpación iniciar el examen físico del paciente.

Es decir, para realizar la técnica en forma adecuada se requiere conocimientos, práctica y evaluación previa del estado de actividades del paciente con el fin de obtener datos reales y objetivos. En Neonatología la saturación de oxígeno es considerada el quinto signo vital.

³ Refrentente a la n° 2.

⁴ Revista de Enfermería Neonatal. Número 010. Septiembre 2010. Pág. 5.

El control de los signos vitales es parte de nuestra rutina en el cuidado de los recién nacidos, cada uno de los signos puede desarrollarse en forma extensa para comprender mejor a la hora de analizar sus resultados. Ellos manifiestan la función condicional de los órganos vitales (corazón y cerebro) quienes son interdependientes de todas las funciones del organismo.

El control de los signos vitales es una excelente oportunidad y punto de partida en la planificación de los cuidados de enfermería, mediante intervenciones que serán evaluadas de manera constante. Incluir a los padres en la colaboración de esta técnica, les posibilita sentirse participes en el cuidado, siendo este un momento de interacción con su hijo, de educación a los padres y la relación con la familia.

Cuidados con Respecto a la Oxigenoterapia

La oxigenación constituye una necesidad vital. La primera apreciación se realiza al nacer, mediante la evaluación del esfuerzo respiratorio. La saturometría es un instrumento que debe instaurarse inmediatamente en el sector de reanimación.

Si se evalúa requerimiento de oxígeno, es necesario implementar su utilización mediante las condiciones óptimas de administración de los gases, seleccionar el modo de administración y colocar límites de alarma de saturación de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Según el comité fetoneonatales de la SAP (CEFEN), neonatos menores de 1200 g. y menores de 32 semanas de gestación, la saturación deseada es de 88 a 92%. Mayores de 1200 g. y mayores de 32 semanas, la saturación deseada es entre 88% a 94%.⁵

El oxígeno se administra mediante cánulas, máscara, halo presión positiva continua en las vías aéreas y ventilación con presión positiva por tubo endotraqueal. Los requisitos para la administración de oxígeno que se necesita son que este mezclado con aire, tenga una concentración conocida y se caliente y se humedezca a la brevedad.

Los cuidadores neonatales consideran al oxígeno como salvador de vidas, sin considerar su grado de toxicidad. El establecimiento del uso del oxígeno en los niños pretérmino se ha convertido en un tema controvertido en neonatología.

⁵ Referente a la n° 1. Pag.72.

Es un hecho bien reconocido que la toxicidad por el oxígeno provoca múltiples complicaciones, y al reducir los niveles y el tiempo de exposición al oxígeno en los lactantes enfermos, desde la sala de partos y durante toda su estancia en cuidados intensivos, disminuyen probablemente las morbilidades.

Sin embargo, el dejar a los lactantes de muy bajo peso al nacer que permanezcan con unos niveles de saturación de oxígeno que anteriormente se consideraban inadecuados puede constituir un hecho difícil de asimilar.

La educación, la implicación de todo el equipo sanitario, de los padres, la monitorización, la valoración frecuentes y una amplia comunicación, serán necesarias para alcanzar el objetivo de un aporte óptimo de oxígeno para los recién nacidos enfermos, con énfasis en los prematuros.

Intervenciones de enfermería en pacientes con trastorno respiratorios:

- ✓ Evaluar los cambios en el aumento del trabajo respiratorio cada 1 o 2 horas o según necesidad, se evaluará color de la piel, frecuencia respiratoria, retracciones intercostales, presencia de quejido espiratorio o aleteo nasal debido a que los cambios en el patrón respiratorio pueden indicar signos de agravamiento de la patología.
- ✓ Mantener la oxigenación adecuada según indicación médica se debe administrar el oxígeno humidificado y calentado según el paciente, porque el oxígeno calentado ayuda a la estabilidad térmica, la humidificación evita la resequead de la mucosa del tracto respiratorio, de esta manera se facilita la fluidificación de las secreciones en la vía aérea y la saturación de oxígeno se deberá mantener entre 88- 95 %.
- ✓ Mantener la vía aérea superior permeable, se deben aspirar las secreciones según necesidad del paciente debido a que la obstrucción de dicha vía promueve el aumento del esfuerzo respiratorio y compromete la oxigenación.
- ✓ Mantener la temperatura del Recién Nacido dentro de los parámetros normales 36,5- 37 C°
- ✓ Observar los resultados de la gasometría arterial del paciente, los resultados de este nos proporcionan los parámetros para evaluar la oxigenación y así ajustar la ventilación mecánica.

- ✓ Controlar el equilibrio hidroelectrolítico, ajustar la infusión venosa que oscila entre 80-100 ml/Kg./día durante los primeros días de vida. Mantener los líquidos internos según el paciente es de suma importancia, la presencia de taquipnea y la prematuridad extrema son factores que aumentan la pérdida insensible de agua.
- ✓ Comenzar con la nutrición parenteral según la indicación médica lo antes posible ya que la administración de las calorías ,que requiere proporciona proteínas que son elementos que reconstruyen los tejidos pulmonares lesionados, promueve el desarrollo de alveolo nuevo y el amamantamiento precoz ayuda fortalecer las defensas del neonato.
- ✓ Mantener los padres informados sobre el estado actual del neonato en forma periódica.
- ✓ Agrupar los cuidados de enfermería ya que ellos les producen dolor, molestia, irritación y este malestar aumenta la demanda de oxígeno y causa hipoxia.
- ✓ Evitar la hipoxia, con una oxigenación adecuada, debido a que la hipoxia causa vasoconstricción pulmonar y agrava el cuadro general del paciente.
- ✓ Observar los signos de infección ya que la utilización de corticoides descende la defensa del sistema inmune, se debe implementar las medias de profilaxis.

Otros puntos a saber

La oximetría de pulso, es un instrumento que proporciona información no invasiva, continua del porcentaje de oxígeno que esta combinada a la hemoglobina. Este consiste en un sensor que contiene una fuente de luz infrarroja y un fotodetector aplicado a un lecho vascular arteriopulsatil.

Mediante un microprocesador calcula el porcentaje de hemoglobina saturada a nivel sanguíneo. Enfermería debe rotar cada dos o tres horas los sensores, observar la integridad de la piel, la temperatura, en lo posible no colocarlo en zona edematizada o mal perfundida.

La necesidad de oxígeno se expresa en la coloración de la piel y mucosa (rosado es normal), coloración anormal son la cianosis y palidez. El primero es el aspecto de la coloración de la piel azulada.

La respiración normal es silenciosa, pero hay que tener en cuenta tres sonidos respiratorios normales:⁶

- ✓ Vesicular: murmullo dulce, paso de aire a través de las vías aéreas pequeñas.
- ✓ Broncovesicular: soplos e aire a su paso a través de las vías aéreas más grandes.
- ✓ Bronquial: áspero, a través de tráquea.

Algunos sonidos anormales en patologías respiratorias son:

- ✓ Crepitantes: sonido similar al hacer sonar el roce del cabello, se ausculta en la inspiración.
- ✓ Roncus: sonidos similar a ronquidos, se ausculta en la espiración.
- ✓ Sibilancia: provocado por el estrechamiento de las vías aéreas, se ausculta en la espiración.

Otro punto a saber y que es de gran importancia, tener en cuenta valores normales de gases sanguíneos, la PO₂ mide el grado de oxigenación con el que la sangre llega a los tejidos; el PH aumentado (alcalosis) y disminuido (acidosis) puede poner en compromiso funciones cardiorrespiratorias y endocrinas. Conociendo el valor de la presión parcial de CO₂ en sangre de un paciente, podremos saber si ventila o no correctamente.

La hiperventilación o hipo-ventilación pueden ser signos de una enfermedad cardiorrespiratoria. Este valor no se modifica con la edad y no se ve influenciado si la persona está respirando oxígeno de una fuente externa.⁷

⁶ Atlas de ruidos respiratorios Dr. Ignacio Sánchez. Departamento de pediatría. Proyecto realizado durante el año 2004 con el apoyo de FONDEDUC, vicedirectora académica.

⁷ Referente a la n° 6.

Rol de la Enfermera

Son vastas y diversas las actividades que desarrolla la enfermera, sintetizando su accionar, diremos que existen tres grandes campos de acción, como son los roles de: la enfermera Asistencial o clínica, la enfermera administrativa y la enfermera en la docencia e investigación.

Rol Asistencial en los servicios de neonatología; se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad.

Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación. La evolución óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores. Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido, según la relación enfermera/paciente.

El rol De Docencia es la actividad docente cotidiana que desarrolla la enfermera en los servicios de salud, tanto en la capacitación al personal de salud en los temas de su competencia; así como en las acciones de promoción y educación sanitaria inherente al proceso de atención de enfermería.

Creemos que esta cualidad inherente a la enfermera, debe hacer o hace de ella una profesional que permanentemente está anhelante de nuevos conocimientos que requiere crear, creer y recrear; para así brindar un cuidado o solo escuchar y dialogar con los pacientes o sus semejantes, ya que muchas veces eso es todo lo que necesitan.

Por eso a una enfermera competente y comprometida, le podría ser dificultoso o negársele por diferentes circunstancias pero nadie le podrá quitar su alma docente de permanente enseñanza aprendizaje en su interrelación con sus colegas, con otros profesionales de la salud, con los promotores de salud, y sobre todo con los pacientes; nada ni nadie podrá enfrentar o acallar ese espíritu indomable de enseñar y aprender de lo cotidiano y de las cosas más simples y más bellas de la vida, como la sonrisa o el beso de un niño o una niña sana o paciente.

Donde en esa relación enfermera-paciente, muchas veces la enfermera se convierte en paciente ya que tiene que ser paciente para ser capaz de escuchar, entender y comprender al usuario de los servicios; y muchas veces el paciente se convierte en enfermera ya que se tiene que lograr que el usuario de los servicios de salud entienda y comprenda el porqué de una determinada decisión terapéutica o de una medida de prevención, y cumpla las indicaciones de diversa índole basado en una racionalidad técnico social; o que muchas veces el paciente tiene que entender a la enfermera en su condición de ser humano.

Y así en la práctica la enfermera demuestra su compromiso real con la salud de la población, en donde el ejercicio de la profesión se hace cada vez más horizontal en el contexto de una real relación enfermera-paciente; y así de ese modo evita la verticalidad de la relación, evita la falsa idolatría de la profesión y cada vez más nos hace entender que ejercer la enfermería es un ejercicio de entrega y de fe.

La enfermera de la neonatología debe intervenir continuamente en el cuidado de los pacientes que presentan un alto compromiso para la adaptación en la vida extrauterina, fundamentalmente los ingresados en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales, debe seguir un plan de cuidado que consta de 3 etapas:

Valoración; la fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones.

Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establece prioridades, y se procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas.

La enfermera de Neonatología debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el niño a su adaptación a la vida.

Intervención; consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado.

Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación.

Evaluación; es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos.

Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar.

En conclusión se puede resumir la importancia del Rol de Enfermería y los cuidados enfermeros con respecto a los neonatos tanto de término como prematuros en el tratamiento inicial que básicamente consiste en la administración de oxígeno (Oxigenoterapia) debido a la prematurez de sus sistemas, en particular del aparato respiratorio que es uno de los últimos en formarse dentro del útero materno.

Con la oxigenoterapia se busca mantener una PaO₂ suficiente para asegurar una adecuada oxigenación tisular y así mantener las funciones vitales de los diferentes sistemas.

También la oxigenoterapia se realiza después de una indicación médica similares a los demás medicamentos, estableciéndose como ya se ha mencionado la dosis exacta, el método de administración la cantidad de litros por minutos y la duración del tratamiento, estos parámetros se irán aumentando o disminuyendo de acuerdo a la evolución del niño.

Cuando se atiende a niños con problemas respiratorios se emplea una amplia variedad de modalidades de tratamientos. Dicha modalidad se basa en la alteración de la oxigenación, que ocurre cuando hay un problema con la ventilación respiratoria.

A su vez se deberá tener en cuenta si el problema respiratorio es de tipo obstructivo, restrictivo o mixto. El objetivo principal de la oxigenoterapia es suministrar en forma adecuada el oxígeno en la sangre y disminuir el costo metabólico de la respiración, tanto a nivel respiratorio como a nivel cardíaco.

Otro de los objetivos en cuanto a la administración de oxígeno por parte del personal de enfermería son:

- ✓ Disminuir las demandas corporales de oxígeno.
- ✓ Aumentar la eficacia ventilatoria.
- ✓ Aumentar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- ✓ Reducir al mínimo la ansiedad o angustia del paciente causada por la falta de oxígeno necesario.

El rol enfermero es de vital importancia, en una Unidad de Cuidados Intensivos como es la Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, dado que enfermería está presente las 24 horas del día con el recién nacido.

Por este motivo el personal de enfermería debe capacitarse y especializarse continuamente en el servicio, de las patologías más comunes en los recién nacidos, los tratamientos utilizados, los beneficios y desventajas, los sistemas de administración de oxígeno, entre otras. Y comprometerse con su papel que es fundamental en este caso.

Y de esta manera garantizar la mejor atención para los neonatos y brindar cuidados eficientes que promuevan el logro de los objetivos planteados y así, conjuntamente con los demás profesionales lograr la pronta recuperación y el alta médica de estos niños.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Nuestra investigación es de tipo cuantitativo, porque se establece una o varias hipótesis, y se diseña un plan para someterlas a prueba, se miden los conceptos incluidos en la hipótesis y se transforman las mediciones en valores numéricos, para analizarla estadísticamente.

Los elementos que componen el Diseño Metodológico del presente trabajo son:

Según periodo y secuencia de estudio:

Será en un periodo transversal, porque analizaremos las variables en un determinado momento del año 2013.

Según el diseño de investigación:

La estrategia que emplearemos para dar respuesta a nuestra pregunta es la de tipo cuantitativo, debido a que iremos midiendo diferentes variables.

De acuerdo a su finalidad:

Será de tipo aplicada, ya que tiene como propósito la solución de problemas.

De acuerdo a su amplitud:

Es Micro sociológico, debido a que nuestra muestra será el servicio de Neonatología de dicho hospital, con la totalidad del equipo de enfermería.

De acuerdo al lugar en donde se desarrolla:

Lo realizaremos en el lugar de campo, observaremos lo que ocurre en el servicio propiamente.

De acuerdo a las fuentes:

Es una investigación con fuentes primarias.

ÁREA DE ESTUDIO

Se seleccionó como área de estudio el Hospital Pediátrico Dr. Humberto H. Notti, en el servicio de Neonatología.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

- ✓ Los 40 enfermeros entre ellos profesionales y licenciados del servicio de Neonatología, que asisten al Hospital Dr. H. Notti, tanto en los turnos mañana, tarde y noche.

Muestra: Al trabajar con una población reducida; se trabajará con:

- ✓ El 100% del personal de enfermería del servicio de Neonatología de dicho hospital del turno mañana, tarde, noche.

Unidad de análisis: Son cada uno de los integrantes del personal de enfermería, del servicio de Neonatología de dicho hospital, tanto del turno mañana, tarde, noche.

Criterios de inclusión y exclusión:

Exclusión: Personal de enfermería de nivel auxiliar

Personal con LAR (reglamentaria)

Inclusión: Personal de enfermería de nivel profesional que se desempeña en

Neonatología en los tres turnos de trabajo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable n°1: Cuidados de Oxigenoterapia.

Definición conceptual: Atención brindada al recién nacido con requerimiento de oxígeno, por enfermería en su internación para su recuperación.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
Conocimiento sobre oxigenoterapia	Demanda de cuidado	<p>Control de la Temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada 1h ✓ Cada 2h ✓ Según Necesidad <p>Control de la Tensión Arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada 1h ✓ Cada 2h ✓ Según Necesidad <p>Control de la Frecuencia Cardiaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada 1h ✓ Cada 2hs ✓ Según Necesidad <p>Control de la frecuencia respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada 1 h ✓ Cada 2 h ✓ Según necesidad
	Saturación Capilar	<p>Saturación optima en RN de termino <32 semanas de gestación y < 1200g:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saturación mínima 88% ✓ Saturación máxima 92% ✓ Alarmas 85% - 93% <p>Saturación optima en RN pre-termino >32 semanas de gestación y >1200g:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saturación mínima 88% ✓ Saturación máxima 94% ✓ Alarmas 85% - 95%

	Administración de oxígeno caliente y humidificado	Control durante el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Siempre ✓ A veces ✓ Según Necesidad
	Control y revisión de equipos de administración de oxígeno	Control durante el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Siempre ✓ A veces ✓ Nunca
	Signos de Alarma	Valoración durante el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Taquipnea ✓ Desaturación ✓ Cianosis periférica ✓ Aleteo nasal ✓ Retracción subcostal
	Registro de enfermería y Novedades completos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siempre ✓ A veces

Variable n°2: Enfermeros de neonatología

Definición conceptual: Son aquellos que se dedica al cuidado personal e intensivo de un Neonato de pre-termino y de término en la Unidad de Cuidados Intensivos.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
Enfermeros de Neonatología	Edad	✓ De 21 a 25 años ✓ De 26 a 30 años ✓ De 31 a 35 años ✓ De 36 a 40 años ✓ Más de 40 años.
	Sexo	✓ Masculino ✓ Femenino
	Nivel de Formación	✓ Licenciado ✓ Profesional
	Antigüedad	✓ Menos de 1 año ✓ De 1 año a 5 años ✓ De 6 años a 10 años ✓ De 11 a 15 años ✓ De 16 a 20 años ✓ Más de 21 años
	Doble empleo	✓ Si ✓ No
	Horas semanales trabajadas	✓ 36 horas ✓ 40 horas ✓ Más de 40 horas

	Horas diarias de sueño	<input checked="" type="checkbox"/> 4 horas <input checked="" type="checkbox"/> 6 horas <input checked="" type="checkbox"/> 8 horas <input checked="" type="checkbox"/> Más de 8 horas
	Cursos de capacitación	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

CODIFICACION DE VARIABLES

1) Sexo:

- a) Femenino A
- b) Masculino B

2) Edad:

- a) De 21 a 25 años A
- b) De 26 a 30 años B
- c) De 31 a 35 años C
- d) De 36 a 40 años D
- e) Más de 41 años E

3) Antigüedad:

- a) Menos de 1 año A
- b) De 1 a 5 años B
- c) De 6 a 10 años C
- d) De 11 a 15 años. D
- e) De 16 a 20 años E
- f) Más de 21 años F

4) Nivel de formación:

- a) Enfermero/a profesional A
- b) Licenciado/a en enfermería B

5) Actualmente tiene dos trabajos:

a) Si A

b) No B

6) Horas de trabajo realizo por semana:

a) 36 horas A

b) 40 horas B

c) Más de 40 horas C

7) Horas de descanso-sueño realiza diariamente:

a) 4horas A

b) 6 horas B

c) 8 horas C

d) Más de 8 horas D

8) Cursos de capacitación relacionada con la neonatología:

a) Si A

b) No B

Si responde NO porque:

a) Falta de tiempo A

b) Desinterés B

c) Otros C

GRADO DE CONOCIMIENTO

9) Prioridad en **escala (del 1 al 5)** a los siguientes cuidados brindados a un RNPT con oxígeno suplementario:

- a) Mantener vía aérea permeables A
- b) Administrar oxígeno humidificado y caliente B
- c) Control y revisión de equipos de administración de oxígeno C
- d) Colocar en posición semi-fowler D
- e) Cambiar circuitos (tubuladuras y frasco de aspiración) E

10) Saturación de oxígeno entre 96% y 98% en un RNT con oxigenoterapia:

- a) Muy conveniente A
- b) Medianamente conveniente B
- c) Nada Conveniente C

11) Signos de alarma en una **escala (del 1 al 4)** en presencia de una dificultad respiratoria:

- a) Cianosis periférica A
- b) Taquipnea B
- c) Taquicardia C
- d) Uso y reclutamiento secuencial de músculos accesorios D

12) Frecuencia de los controles de los signos vitales:

- a) Cada 1 hora A
- b) Cada 2 horas B
- c) Cada 3 horas C

13) Rangos de los registros de saturación del RNPT:

- a) Saturación de 88 a 92% A
- b) Saturación menor de 88% y mayor de 95% B
- c) Saturación de 80% a 90% C

14) Administración de oxígeno caliente y humidificado en RNT:

- a) Muy conveniente A
- b) Nada conveniente B

15) Control de los equipos de administración de oxígeno:

- a) Muy apropiado A
- b) Medianamente B
- c) Nada apropiada C

16) Frecuencia de los registros de las acciones de enfermería:

- a) Una vez por turno A
- b) Dos veces por turno B
- c) Según necesidad C

ANALISIS DE DATOS

TABLA N°1:

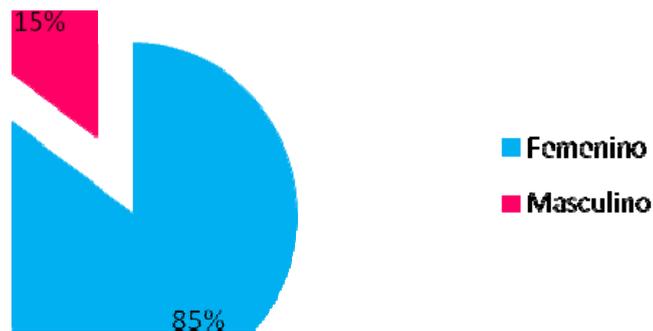
“Número de enfermeros en estudio según el género”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

SEXO	Fa	Fr	%
FEMENINO	34	0,85	85%
MASCULINO	6	0,15	15%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°1:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n°1 se puede observar que el personal de enfermería del servicio de la Neonatología está formado en su mayor parte por mujeres. Más del 85% del total corresponde al sexo femenino y solo un 15% al masculino.

Una de las causas puede ser que la carrera de enfermería está más ligada a este género como se observa en el respectivo gráfico.

TABLA N°2:

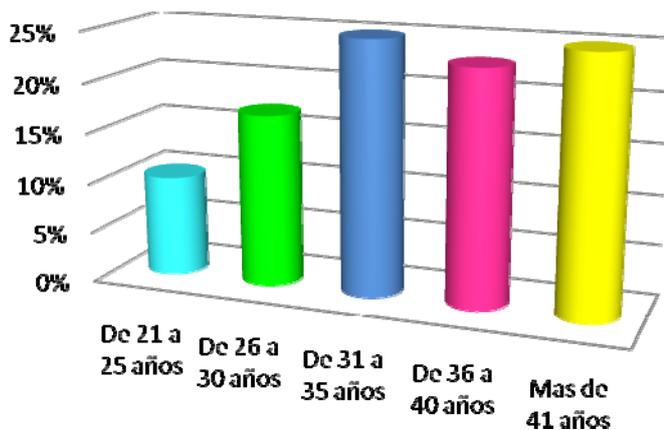
“Número de enfermeros en estudio según la edad”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

EDAD	Fa	Fr	%
De 21 a 25 años	4	0,1	10%
De 26 a 30 años	7	0,17	17%
De 31 a 35 años	10	0,25	25%
De 36 a 40 años	9	0,23	23%
Más de 41 años	10	0,25	25%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°2:



COMENTARIOS:

Como se observa el gráfico n° 2 el promedio de edad que conforma el equipo de enfermería de la Neonatología, está compuesto en mayor proporción por el personal mayor de 31 años.

Con esto concluimos que hay un bajo porcentaje de personal joven y por ende un alto porcentaje del personal que se egresa y/o comienza a ejercer su profesión en su edad adulta, desconociendo sus motivos.

TABLA N°3:

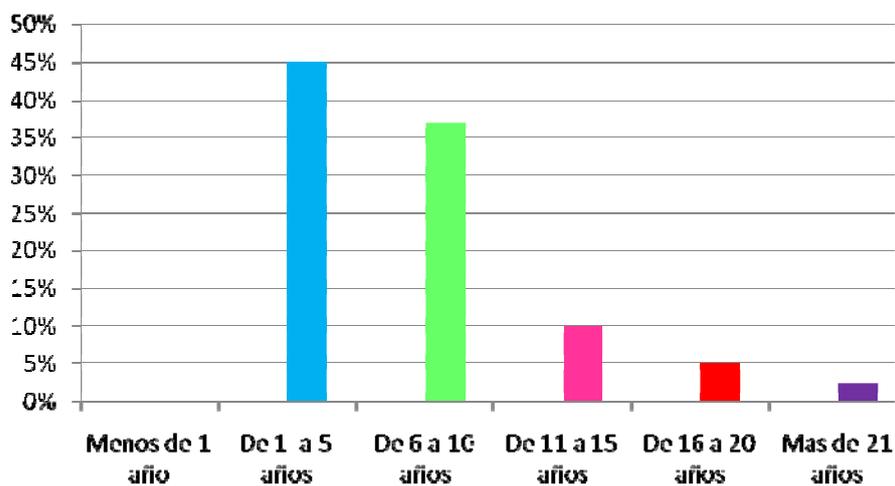
“Números de enfermeros en estudio según la antigüedad en el servicio”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	Fa	Fr	%
Menos de 1 año	0	0	0%
De 1 a 5 años	18	0,45	45%
De 6 a 10 años	10	0,37	37%
De 11 a 15 años	4	0,1	10%
De 16 a 20 años	2	0,05	5%
Más de 21 años	1	0,025	2,5%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°3:



COMENTARIOS:

Como se observa en el grafico N° 3, el 45% del personal de enfermería de Neonatología no supera en antigüedad los 5 años.

Si bien la edad media del personal está por encima de los 35 años. Su antigüedad en el servicio es menor de los 5 años. Se puede concluir que la mayoría de los enfermeros se decidieron por esta profesión en su adultez y/o haber ingresado al servicio hace un corto periodo de tiempo.

TABLA N°4:

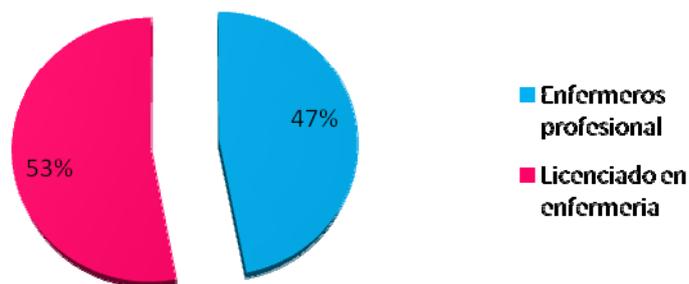
“Número de enfermeros en estudios según el nivel de formación”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

NIVEL DE FORMACION	Fa	Fr	%
ENFERMERO	19	0,47	47%
LICENCIADO	21	0,53	53%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°4:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 4 se puede decir que los enfermeros del servicio de la Neonatología, el 53% del total son Licenciados en enfermería y un 47% Enfermeros profesionales.

De los enfermeros profesionales un reducido porcentaje, están cursando actualmente la licenciatura o está por recibirse según nuestra observación y datos obtenidos. Gracias a las ventajas que da la propia institución para que su personal se profesionalice y se sigue capacitando. Ej. Horas de estudio, días por examen, etc. Además del incentivo que siente el personal por el cambio de categoría.

TABLA N°5:

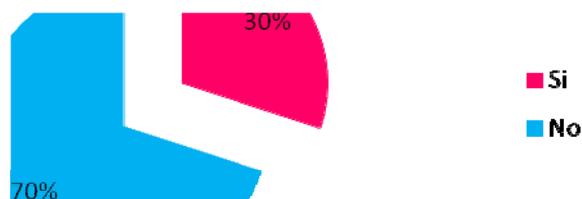
“Número de enfermeros en estudio que poseen en la actualidad dos trabajos”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

TIENE DOS TRABAJOS	Fa	Fr	%
SI	12	0,3	30%
NO	28	0,7	70%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°5:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n°5 se observa que sólo el 30% del personal tiene dos trabajos.

Con esto concluimos que un 70% al poseer un solo trabajo, tienen una mayor posibilidad para capacitarse debido a la cantidad de tiempo libre que tiene el personal. Además observamos que al estar compuesto en su totalidad por personal de sexo femenino y por tener en su mayoría hijos; optan por dedicarles el mayor tiempo posible a sus familias.

TABLA N°6:

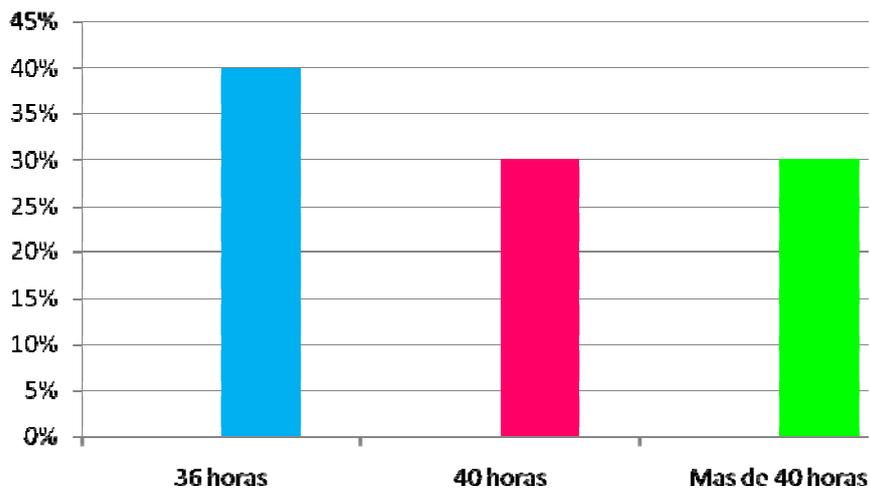
“Número de enfermeros en estudio según la cantidad de horas de trabajo que realizan por semana”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología. Septiembre 2013; Mendoza.

HORAS DE TRABAJO POR SEMANA	Fa	Fr	%
36 horas	16	0,4	40%
40 horas	12	0,3	30%
Más de 40 horas	12	0,3	30%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°6:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 6 se puede distinguir que el 70% del personal de enfermería trabaja entre 36 y 40 horas por semana. Es lo que normalmente trabajan los Profesionales y Licenciados. Como anteriormente se mencionó solo el 30% del personal tiene dos trabajos y es por tal motivo que un porcentaje reducido trabaja más de 40 horas.

TABLA N°7:

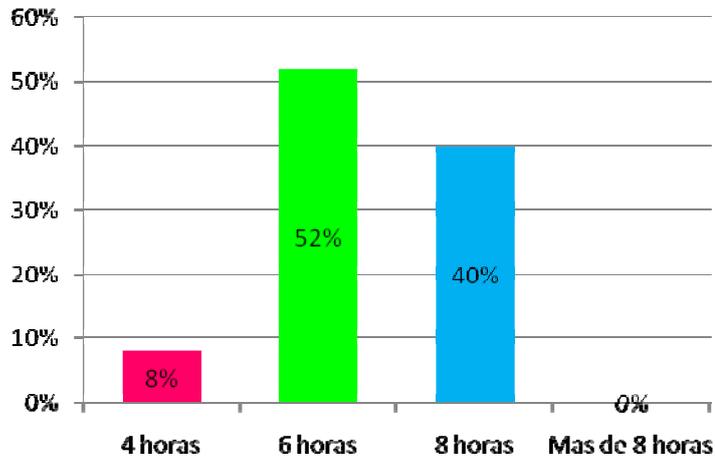
“Número de enfermeros en estudio según las horas de descanso y sueño realizados diarios”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

HORAS DE DESCANSO-SUEÑO	Fa	Fr	%
4 horas	3	0,08	8%
6 horas	21	0,52	52%
8 horas	16	0,4	40%
Más de 8 horas	0	0	0%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°7:



COMENTARIOS:

Según este grafico n° 7 se observa que en su totalidad del personal de Neonatología realiza entre 6 y 8 horas de descanso-sueño.

Se puede destacar que la mayoría al tener un solo trabajo puede descansar mejor y así brindar una atención personalizada y de mejor calidad.

A pesar de que un porcentaje muy reducido descansa menos de cuatro horas, se observa que son en su mayoría por lo general, el personal de enfermería que posee dos trabajos.

TABLA N°8:

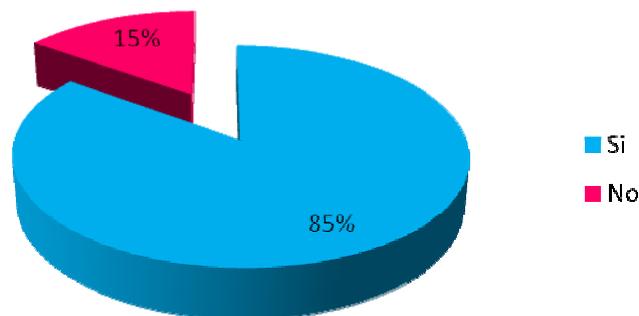
“Número de enfermeros en estudio que han realizado cursos de capacitación”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

CURSO DE CAPACITACION	Fa	Fr	F%
SI	34	0,85	85%
NO	6	0,15	15%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°8:



COMENTARIOS:

Según el grafico n° 8 se observa que el 85% del personal ha realizado cursos de capacitación y especialización en Neonatología. Ya sea interno, brindado por personal del hospital, o externo a la institución.

Con esto concluimos que aproximadamente el total del personal se comprometió continuar capacitándose y especializándose en su profesión. Y el restante porcentaje se observó que debido a falta de tiempo no ha seguido capacitándose.

TABLA N° 9:

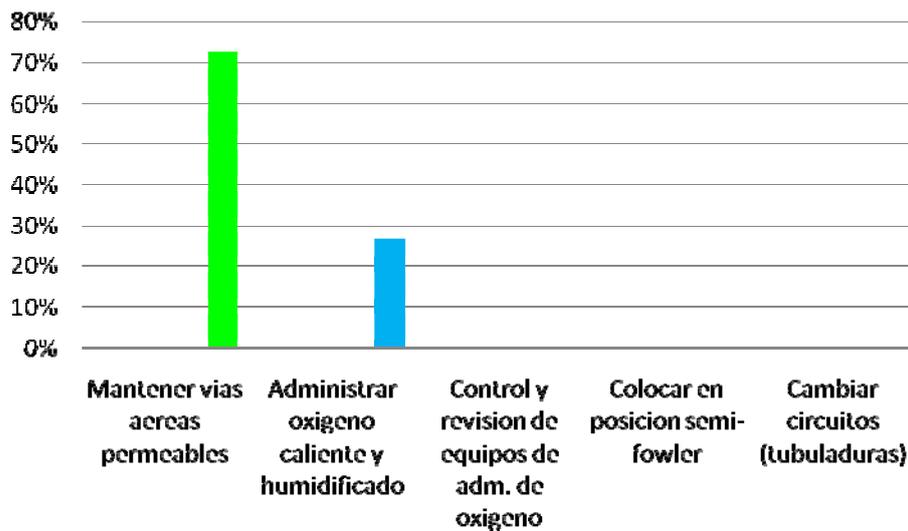
“Número de enfermeros en estudio según la prioridad de los siguientes cuidados brindados a un RN pre-termino con Oxigenoterapia”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

PRIORIDAD DE CUIDADOS	Fa	Fr	%
Vías aéreas Permeables	29	0,73	73%
Oxigeno humidificado y caliente.	11	0,27	27%
Control de equipos de oxigeno	0	0	0%
Posición semi-fowler.	0	0	0%
Cambios de circuitos	0	0	0%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N° 9:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n°9 se llegó a la conclusión, que en su mayor totalidad del personal de enfermería de dicho servicio posee los conocimientos y han tomado como prioridad mantener la vía aérea permeable, este es un concepto totalmente acertado, ya que si no mantenemos dicha vía permeable, se llevara a la complicación del cuadro respiratorio.

Con la restante proporción del personal de salud, que considera como prioridad suministrar oxígeno caliente y humidificado a pesar de ser un porcentaje reducido, esto influye en la salud de los neonatos y razonamos que no tiene un concepto claro en este aspecto e influye en la calidad de atención brindada.

TABLA N°10:

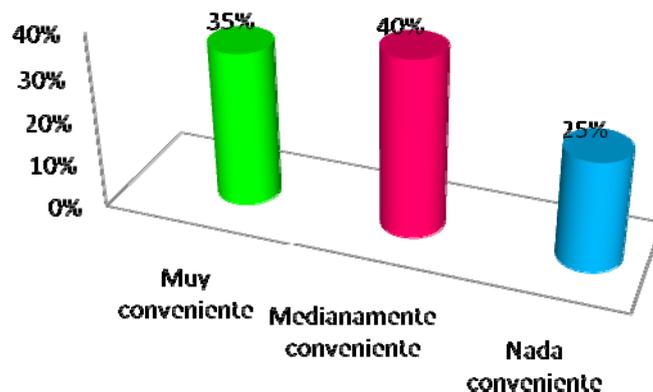
“Número de enfermeros en estudio según la importancia de mantener la Saturación del Neonato de término con Oxígeno entre 96% y 98%”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

IMPORTANCIA DE LA SAT.O ₂ ↑ 96% EN RN DE TERMINO CON O ₂	Fa	Fr	%
Muy conveniente	14	0,35	35%
Medianamente conveniente	16	0,4	40%
Nada conveniente	10	0,25	25%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N°10:



COMENTARIOS:

Según lo observado en el gráfico n°10 en su mayor porcentaje del personal 40%, considera medianamente conveniente mantener una saturación de Oxígeno por encima del 96 %; este es un concepto erróneo. Debido a que la óptima saturación esperada por un Neonato de término oscila entre un 88-94% y solo un 25% del total lo tiene en cuenta. Esto nos da la pauta que no tienen en claro este concepto además de las posibles consecuencias al Neonato de término.

TABLA N°11:

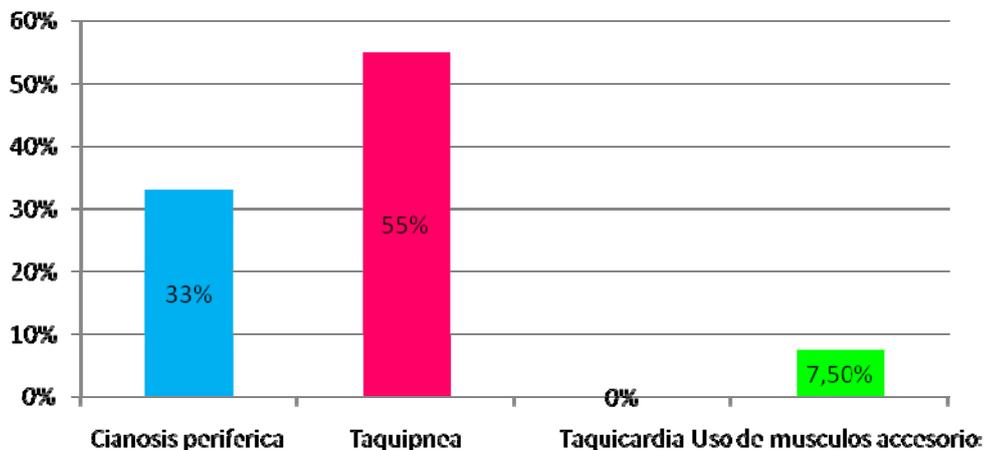
“Número de enfermeros en estudios según la importancia de los siguientes Signos de Alarma en un RN en presencia de un Dificultad Respiratoria”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA	Fa	Fr	F%
Cianosis periférica	13	0,33	33%
Taquipnea	22	0,55	55%
Taquicardia	0	0	0%
Uso de M. accesorios	3	0,075	7,5%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO



N°11

ENTARIOS:

Según el grafico n°11 se observa que en su mayor porcentaje del personal de enfermería, considera la taquipnea como signo de alarma.

Reiteramos que el signo de mayor importancia es la taquipnea, un gran porcentaje de los encuestados posee ese conocimiento, de reconocer un paciente con esta patología y así poder evitar una mayor complicación del cuadro respiratorio.

Cabe destacar que a pesar que menos de la mitad del personal de enfermería no lo considera de esta manera, puede ser debido a la falta de conocimiento o el de poseer un concepto erróneo.

TABLA N°12:

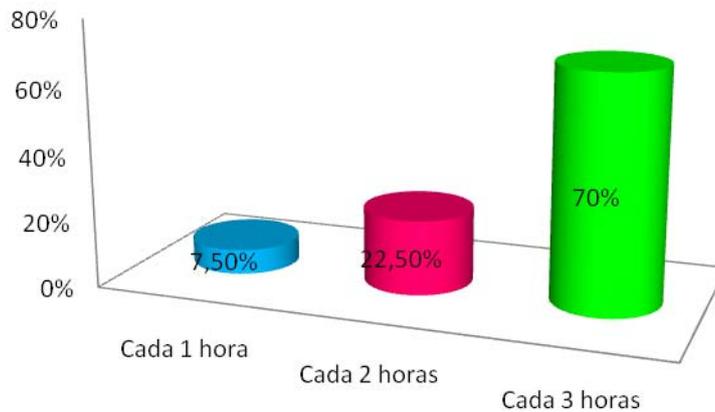
“Número de enfermeros en estudio según la frecuencia de los controles de los Signos Vitales”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

CRITERIOS DE CONTROL DE S.V	Fa	Fr	%
Cada 1 hora	3	0,075	7,5%
Cada 2 horas	9	0,225	22,5%
Cada 3 horas	28	0,7	70%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N°12:



COMENTARIOS:

Según el grafico n°12 un gran porcentaje del personal de enfermería de dicho servicio considera de importancia realizar los controles cada 3 horas, si bien es esa la norma del servicio.

Según nuestra conclusión consideramos acertado, la importancia de realizar los controles cada tres horas, debido a que son pacientes altamente inestables y se debe valorar el estado de salud que presenta el neonato e intervenir lo menos posible.

TABLA N°13:

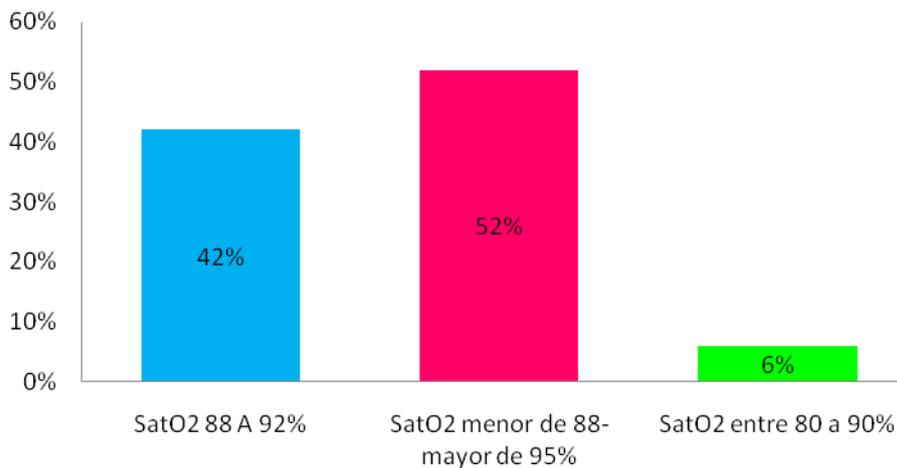
“Número de enfermeros en estudio según la importancia de registrar los siguientes niveles de Saturación de Oxígeno en un RN de pre-termino”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

NIVEL DE SATO ₂ EN UN RN PRE-TERMINO	Fa	Fr	%
SatO ₂ 88% a 92%	29	0,42	42
SatO ₂ <88% y >95%	36	0,52	52
SatO ₂ 80% a 90%	3	0,06	6
TOTAL	68	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N°13:



COMENTARIOS:

Según el grafico n° 13 los enfermeros de la Neonatología consideran de mayor importancia registrar los niveles de saturación de Oxígeno en un Neonato de pre-termino menor de 88% y mayor de 95%.

Concluimos que tienen este concepto claro, debido a que no solo registran los rangos normales, si no también cuando presentan desaturación y sobresaturación. A pesar de que un reducido porcentaje no lo tenga en cuenta.

TABLA N°14:

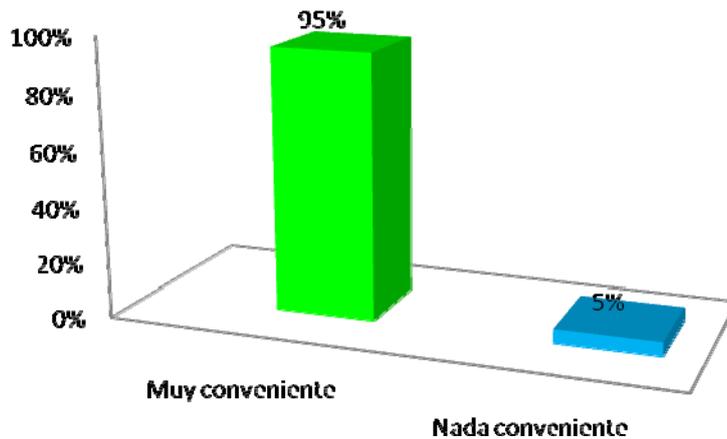
“Número de enfermeros en estudios según la importancia de Administración de Oxígeno caliente y humidificado en un RN de término”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

IMPORTANCIA DE ADMINISTRAR O ₂ CALIENTE Y HUMIDIFICADO EN UN RN DE TERMINO	Fa	Fr	%
Muy conveniente	28	0,95	95%
Nada conveniente	2	0,05	5%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N°14:



COMENTARIOS:

Según el grafico n° 14 se interpreta que aproximadamente la totalidad del personal de enfermería del servicio concuerda en administrar de Oxígeno humidificada y caliente.

Este es de gran acierto, a pesar de que un mínimo porcentaje no lo consideró de esta manera, por tratarse de recién nacido de término.

Es decir que tienen en claro que de este modo, no se administra el oxígeno como corresponde y se lesionan las mucosas del tracto respiratorio del Neonato tanto de pre-termino como de término.

TABLA N°15:

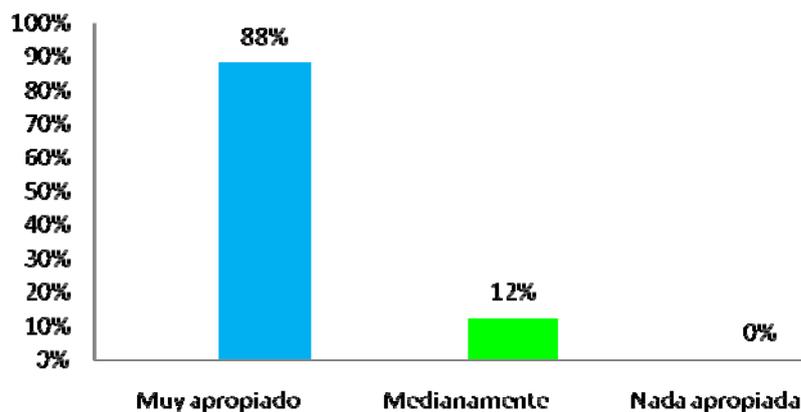
“Número de enfermeros en estudio según la importancia de control de equipos de Administración de Oxígeno”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

CONTROL DE EQUIPOS DE ADMINISTRACION DE O ₂	Fa	Fr	%
Muy apropiado	35	0,88	88%
Medianamente apropiado	5	0,12	12%
Nada apropiada	0	0	0%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N°15:



COMENTARIOS:

Según el grafico n° 15 se observa que aproximadamente la totalidad del personal de enfermería del servicio de Neonatología concuerda, con la importancia de revisar y controlar los equipos de administración de oxígeno; ya sea antes y durante el tratamiento de la Oxigenoterapia.

A pesar de que un mínimo porcentaje lo considera medianamente apropiada, se concluye que no tienen en claro que pueden perjudicar el estado de salud del paciente, si no se corrobora el correcto funcionamiento de los equipos de administración de oxígeno.

TABLA N°16:

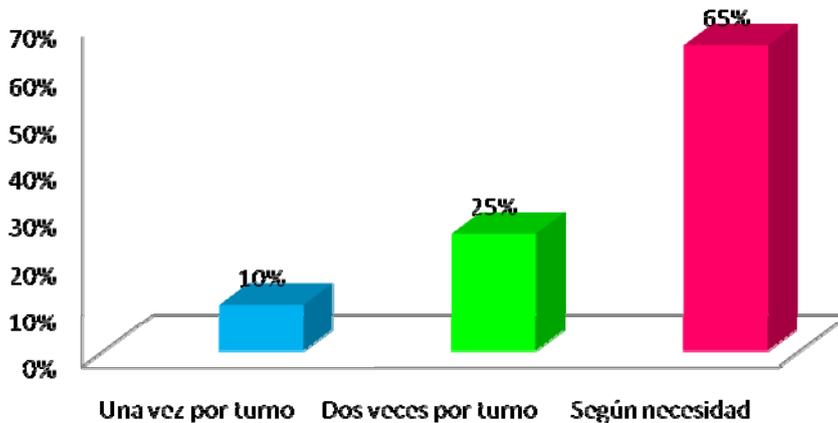
“Número de enfermeros en estudio según la frecuencia de los registros de las acciones de enfermería proporcionadas al Neonato”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología; Septiembre 2013; Mendoza.

FRECUENCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA	Fa	Fr	F%
Una vez por turno	4	0,1	10%
Dos veces por turno	10	0,25	25%
Según necesidad	26	0,65	65%
TOTAL	40	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N°16:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n°16 se concluye que la mayoría de los enfermeros registran según necesidad, las acciones de enfermería aplicadas a los Neonatos.

Esto es totalmente acertado debido a que se debe registrar cada acción realizada por enfermería en el momento que transcurre para evitar olvidos.

Y no debemos olvidarnos de que, lo que no se escribe (ya sea en el cuaderno de novedades y/o registros de enfermería), nunca ha sido ejecutado por el personal de salud.

Con el restante porcentaje, concluimos que no deben tener en claro de los riesgos legales que pueden presentar si ocurrieran problemas de mala praxis.

TABLAS BIVARIADAS

TABLA N° 17:

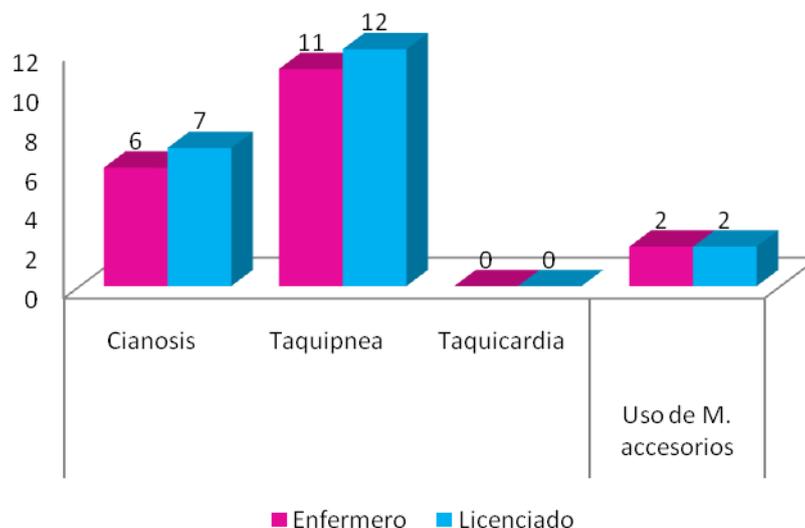
“Número de enfermeros en estudio, según la relación entre las variables nivel de importancia de los Signos de Alarma en presencia de un Dificultad Respiratoria y el Nivel de Formación”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, Septiembre 2013, Mendoza.

Nivel de formación Signo de alarma más importante	Enfermeros Profesionales	Licenciado en Enfermería	TOTAL
Cianosis Periférica	6	7	13
Taquipnea	11	12	23
Taquicardia	0	0	0
Uso de M. accesorios	2	2	4
TOTAL	19	21	40

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N° 17:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 17 de las variables nivel de formación y control de signos de alarma, se observa que del total del objeto en estudio no difiere en cantidad de los enfermeros profesionales y los licenciados en enfermería al igual que de la importancia de la taquipnea como mayor signo de alarma.

Además se determina que un 42% del total, toma como referencia la cianosis y el uso de músculos accesorios como principal signo de alarma, concluimos que estos son signos tardíos de una dificultad respiratoria y que una gran parte del personal, tanto enfermeros como licenciados del servicio de Neonatología no tienen en claro este conocimiento.

TABLA N° 18:

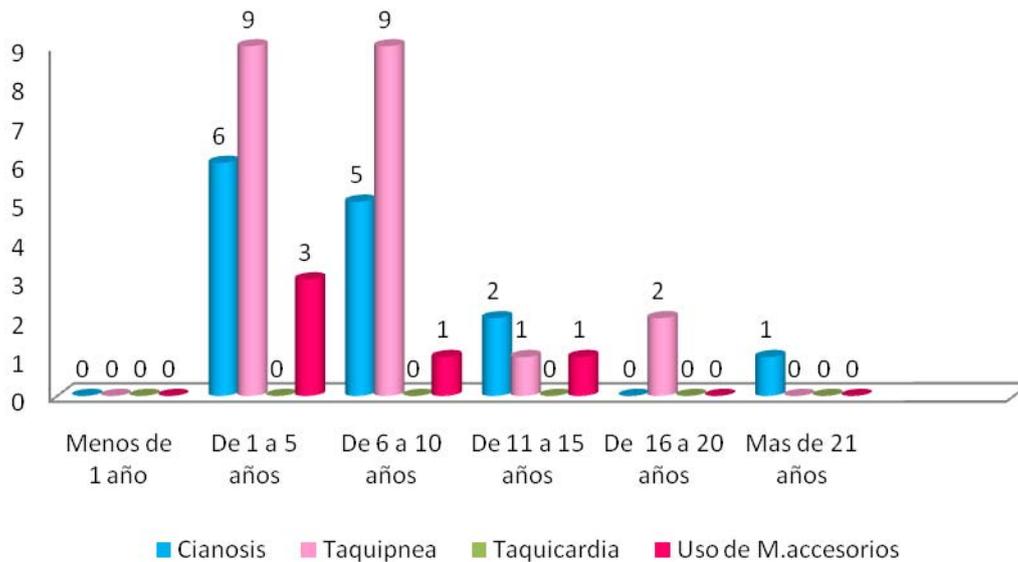
“Número de enfermeros en estudio, según la relación entre las variables Nivel de importancia de los Signos de Alarma en presencia de un Dificultad Respiratoria y de la Antigüedad que tienen en el servicio”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, Septiembre 2013, Mendoza.

Antigüedad en el servicio \ Signo de alarma más importante	Menos de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	Más de 21 años	TOTAL
Cianosis	0	6	5	2	0	1	14
Taquipnea	0	9	9	1	2	0	21
Taquicardia	0	0	0	0	0	0	0
Uso de M.accesorios	0	3	1	1	0	0	5
TOTAL	0	18	15	4	2	1	40

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N° 18:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 18 de las variables antigüedad en el servicio y de los signos de alarma ante una insuficiencia respiratoria, distinguimos que tanto el personal de reciente ingreso (menor de 5 años) como el mayor de 6 años toman la taquipnea como signo de mayor importancia.

Destacado que un gran porcentaje, sin diferenciación en la antigüedad que lleva en el servicio; el personal de enfermería tienen en cuenta como signo de alarma de mayor importancia los signos tardíos de una dificultad respiratoria, como son la cianosis y los usos de músculos accesorios.

Concluimos que este último afectara la calidad de atención que se le brinda al neonato, debido a que son pacientes inestables y se le debe prestar suma importancia.

TABLA N° 19:

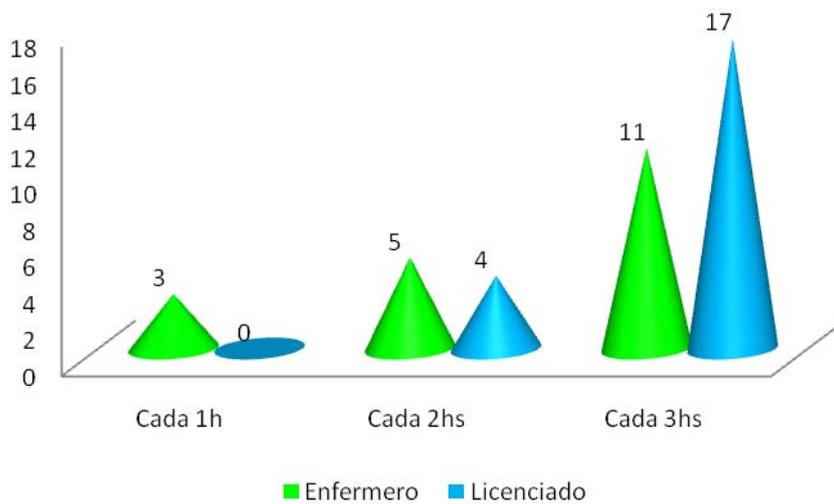
“Número de enfermeros en estudio, según la relación entre las variables frecuencia de control de los Signos Vitales y el Nivel de Formación”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, Septiembre 2013, Mendoza.

Frecuencia de los S.V \ Nivel de formación	Enfermeros Profesionales	Licenciados en Enfermería	TOTAL
Cada 1h	3	0	3
Cada 2hs	5	4	9
Cada 3hs	11	17	28
TOTAL	19	21	40

Fuente: Datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N° 19:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 19 de las variables nivel de formación y de la frecuencia de los signos de alarma. Acentuamos que el control de signos vitales en el servicio está reglado cada 3 horas.

En su gran mayoría son más Licenciados que enfermeros, que lo han tenido en cuenta, debido a que son pacientes de suma labilidad y mientras menos se manipulen se favorecerá a conservar la estabilidad de este mismo.

Esta es una de las prioridades que debemos tener en cuenta para ofrecer una calidad de atención. Destacando que un importante porcentaje de los enfermeros profesionales no lo tienen en cuenta.

TABLA N° 20:

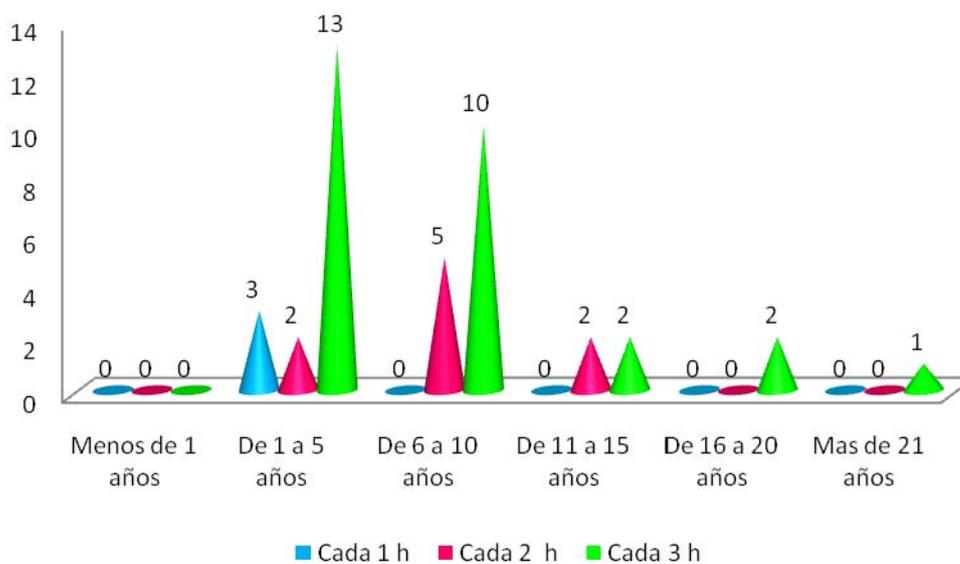
“Número de enfermeros en estudio según relación de las variables Antigüedad en el servicio y frecuencia del control de los Signos Vitales”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, Septiembre 2013, Mendoza.

Frecuencia de C.S.V. \ Antigüedad	Cada 1 h	Cada 2 h	Cada 3 h	TOTAL
Menos de 1 años	0	0	0	0
De 1 a 5 años	3	2	13	18
De 6 a 10 años	0	5	10	15
De 11 a 15 años	0	2	2	4
De 16 a 20 años	0	0	2	2
Más de 21 años	0	0	1	1
TOTAL	3	9	28	40

Fuentes: datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013

GRAFICO N° 20:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 20 de la comparación de las variables, antigüedad en el servicio y la frecuencia del control de signos vitales, se observa que tanto el personal menor de cinco años de antigüedad como el personal mayor de seis años, coinciden que los controles deben realizarse cada 3 horas.

Si bien está estipulado como norma del servicio que los controles se realicen cada 3 horas, se destaca que en su gran mayoría a pesar de la antigüedad que llevan, lo tiene en claro dada la complejidad que estos Neonatos presentan y que se debe intervenir lo menor posible.

TABLA N° 21:

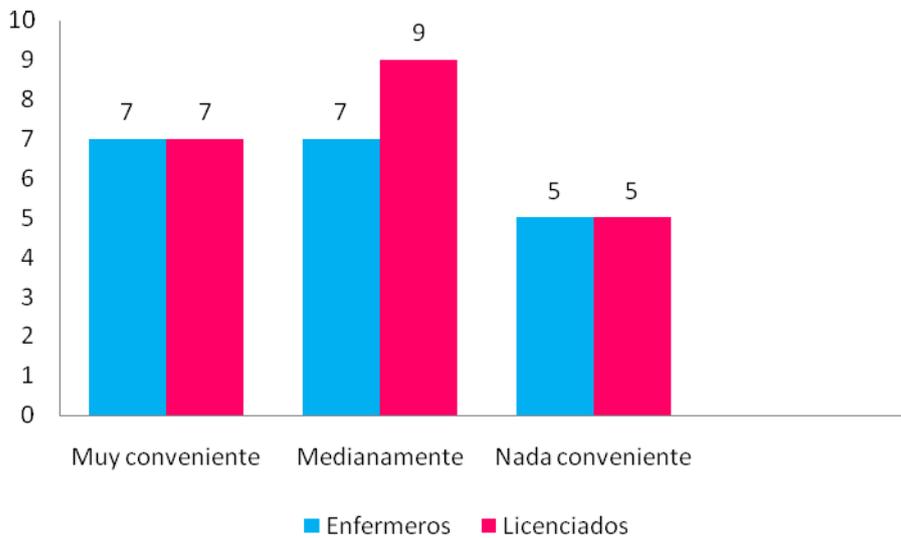
“Número de enfermeros en estudio según la relación entre las variables Nivel de Formación y la conveniencia de mantener la Saturación en un Neonato de termino con oxígeno entre 96-98%”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, Septiembre 2013, Mendoza.

Sat.O ₂ entre 96-98% en un RN de Termino	Muy conveniente	Medianamente conveniente	Nada conveniente	TOTAL
Nivel de Formación				
Enfermeros Profesionales	7	7	5	19
Licenciados en Enfermería	7	9	5	21
TOTAL	14	16	10	40

Fuente: datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N° 21:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 21 de la comparación de las variables nivel de formación y la conveniencia de mantener la saturación de Oxígeno superior a 96%, se puede observar en la relación entre las respuestas tanto de los Enfermeros Profesionales y de los Licenciados que hay poca variación.

Se destaca que en su mayor parte, tanto Enfermeros como Licenciados no poseen el conocimiento o no tienen bien claro qué en un recién nacido de término con Oxígeno suplementario, la saturación normal es de 88 - 94%, sin descartar las posibles consecuencias al suministrar altas concentraciones de Oxígeno por más que sea un Neonato de término.

TABLA N°22:

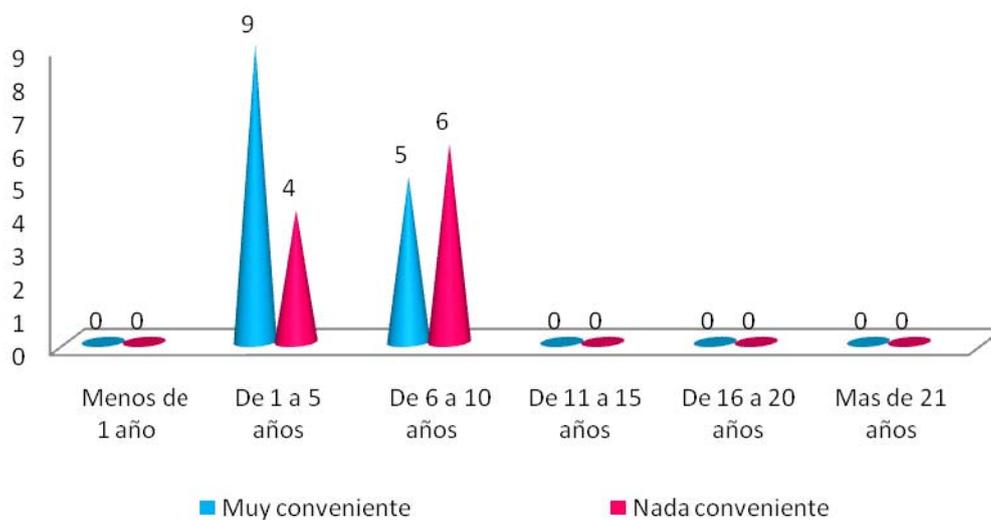
“Número de enfermeros en estudio según la relación entre las variables Antigüedad en el servicio y la conveniencia de mantener la Saturación entre 96-98% en un Neonato de termino con oxigenoterapia”

Hospital Dr. H. Notti, servicio de Neonatología, septiembre de 2013.

Saturación de O2 entre 96-98% en un neonato termino	Muy conveniente	Medianamente conveniente	Nada conveniente	TOTAL
Antigüedad				
Menos de 1 año	0	0	0	0
De 1 a 5 años	9	5	4	18
De 6 a 10 años	5	4	6	15
De 11 a 15 años	0	4	0	4
De 16 a 20 años	0	2	0	2
Más de 21 años	0	1	0	1
TOTAL	14	16	10	40

Fuente: datos obtenidos por las autoras, Mendoza 2013.

GRAFICO N° 22:



COMENTARIOS:

Según el gráfico n° 22 se puede concluir que más de la mitad de los profesionales de enfermería que consideran muy conveniente y medianamente conveniente tienen una antigüedad menor a los diez años.

Esto nos da la pauta, que la mayoría del personal de salud sin variar con la antigüedad; no tiene en cuenta de las posibles consecuencias al mantener una saturación de Oxígeno por encima de los 96% por más que sea un Neonato de término.

Cabe destacar que un reducido e importante porcentaje del personal a pesar de tener menos 10 años de antigüedad, lo tienen en claro. Por tal motivo, es de suma preocupación debido a que esto afectará la situación de salud de los Neonatos e influirá en la calidad de atención brindada en el servicio.

CONCLUSION

Con la investigación realizada las autoras lograron realizar los análisis pertinentes de las variables planteadas y obtener datos en relación a la situación con respecto al conocimiento que posee actualmente el personal de enfermería en relación al cuidado eficiente brindado a los neonatos con requerimiento de oxigenoterapia hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. H. Notti en Mendoza.

Se realiza el análisis de tablas y gráficos en base a los 40 enfermeros/as encuestados que asisten al dicho servicio, mes de septiembre, año 2013.

Se pudo observar antes que nada que el personal destaca que el cuidar es la esencia de la enfermería, por lo tanto sus acciones están basadas en este principio e incluye el componente moral y afectivo, la relación enfermera paciente y la interacción terapéutica para que la actuación del profesional de enfermería, pueda ser beneficioso. Considerándolo desde una perspectiva holística e influyen en el proceso de la enfermedad y de los cuidados para la recuperación de la salud.

Por tal motivo, en esta investigación se logró alcanzar los objetivos de determinar los conocimientos que posee el personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Neonatología de dicho hospital; en la atención del Recién Nacido hospitalizado, ya sea en estado crítico, estabilizado y de aquellos principalmente que se encuentran en determinado tratamiento con Oxigenoterapia, entre otros.

Todo este esfuerzo concluimos que está dado conjuntamente con el médico de Neonatología y el Personal de Enfermería que se especializa cada día más con cursos ya sea interno a la institución o externo, lo que permitirá lograr que el cuidado del Recién Nacido sea exitoso, con un futuro que permitirá que exista una niñez saludable en lo posible.

Asimismo, esta investigación como señalamos al comienzo, con respecto al rol de la enfermera en la atención del Recién Nacido tanto de término como de pre-termino, con requerimiento de oxigenoterapia en el área de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, concluimos además:

Que el profesional de enfermería demuestra dominio y habilidades en la realización de los procedimientos asistidos a los recién nacidos internados en dicho servicio con requerimiento de oxigenoterapia sin influir con la antigüedad que disponen.

A pesar de ser profesionales competentes, observamos que el proceso de atención de enfermería no es aplicado en su totalidad, ya sea por falta de protocolos y/o incumplimiento de los cuidados enfermeros estandarizados en el área de Neonatología.

Además que de los roles de enfermería, el asistencial y el rol de educadora u orientadoras son los más aplicados dentro del desempeño profesional en área de Neonatología.

Se pudieron analizar también que el personal de enfermería en su mayor totalidad, no tiene una especialidad en pediatría pero que sí se capacitan continuamente un 85% del total del personal, para que brinden una atención y cuidados de calidad.

Asimismo observamos y reiteramos que la prematuridad es una de la mayor causa de hospitalización en el área de la Neonatología y en la mayoría de los casos se da por falta de controles prenatales debido a desconocimientos y estos a su vez son los que requieren tratamiento con Oxigenoterapia y cuidados específicos brindados por el personal de enfermería.

Es por tal motivo que es de suma importancia la continua capacitación y más que nada del 15% del personal, que por diversos motivos no han seguido especializado. Esta cifra por más mínima que sea es preocupante y resultaría aún más beneficioso para el cuidado del Neonato el incorporar la educación para la salud, teniendo en cuenta que un 70% del personal posee en la actualidad un solo trabajos y disponen del tiempo necesario para la realización de cursos de capacitación.

La importancia de la actualización de los conocimientos es fundamental a la hora de la prevención, promoción y sobre el actuar en la UCIN, y por ende se observa que el personal de enfermería se interesa en continua especializándose para brindar cuidados de calidad.

Por tal motivo, si bien como se ha mencionado anteriormente en su mayor totalidad se siguen capacitándose, pero lo que hemos observado que a pesar de ser un mínimo el porcentaje que no sigue especializándose; influye en los cuidados brindados a los neonatos.

Esto nos lleva a reflexionar y reiteramos que se necesita reforzar a un más la implementación de estrategias para la salud, tanto por parte del personal de enfermería y de la propia institución. De esta manera mejorar su máxima eficacia en los cuidados brindados.

PROPUESTA PARA EL CAMBIO

Después de haber obtenido los datos para nuestra investigación, hemos observado y analizado sus resultados, concordamos con el equipo las siguientes propuestas.

Todas ellas serán elevadas al Departamento de Supervisión de Enfermería del Hospital Dr. Humberto Notti, donde hemos realizado nuestra experiencia.

- ✓ Dar a conocer nuestros resultados tanto a la supervisora como a la jefa de Enfermería del servicio, además del propio personal de enfermería cuyo propósito es concientizar y que se puedan optar en conjunto medidas preventivas y/o protocolos para mejorar la calidad de atención.
- ✓ Incentivar la capacitación por parte del jefe del servicio, informando frecuentemente ya sea verbalmente o a través de afiches el dictado de cursos relacionados con la Neonatología, recompensado con dos francos a elección además de los francos por examen.
- ✓ Proponer a supervisión el dictado permanente de capacitación teórico-práctico en Neonatología, dos veces por mes con asistencia obligatoria, en lo posible será en el horario de trabajo según los turnos de cada personal de enfermería con entrega de certificados.
- ✓ Proponer a la jefa del servicio la entrega de material de estudio, por ejemplo: cuadernillo de RCP, que luego será evaluado en su campo de trabajo por dicha jefa.

BIBLIOGRAFIA

Polit-Hungler. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5 Edición. Año 2000.

Pérez Torazona. Función Respiratoria en niños prematuros y de término. España. Año 1999.

Figueroa Aloy. Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias. España. Año 1998.

Sampieri. Collado Metodología de la Investigación. 3 edición.

Kliegman-Berman. Tratado de Pediatría, Nelson. 3 edición.

Revista de Enfermería Neonatal. Número 010. Septiembre 2010.

Cuidados de Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. Garrahan Comité Científico de Enfermería Neonatal. Tercera edición. Buenos Aires: Journal, 2009.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Hospital Torrcardenas. Almería España. Año 2012.

Cuadernillo de Enfermería Pediátrica y Neonatal. Programa de capacitación a distancia de la Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. Garrahan". Lugar Bs As. Año 2012.

Paginas Virtuales:

<http://www.docstoc.com/docs/115623381/TESIS-DISTRES>. Año 2012.

www.edumexico.net/bachillerato/tecnologico/especialidades/biologia/anatomia-y-fisiologiadelaparatorespiratorio Año 2013.

<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/456/1/tina%20tesis.pdf>.

http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-D.pdf

APENDICE Y ANEXO

Encuesta Personal

La presente encuesta es anónima y está dirigida a todos los enfermeros/as tanto Licenciados como profesionales del Hospital Dr. H. Notti, del servicio de neonatología.

Pertenece a la Escuela de Enfermería de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería de 2do año de la Universidad Nacional de Cuyo, cuya encuesta nos brindara información para nuestro trabajo de investigación.

Para responder el listado de preguntas se requiere marcar con una cruz la/s respuesta/s que consideren apropiada/s.

Desde ya le agradamos su colaboración.

FICHA DE IDENTIFICACION:

1) Sexo:

a) Femenino

b) Masculino

2) Edad:

a) De 21 a 25 años

b) De 26 a 30 años

c) De 31 a 35 años

d) De 36 a 40 años

e) Más de 41 años

3) Antigüedad en el servicio:

a) Menos de 1 año

b) De 1 a 5 años

c) De 6 a 10 años

d) De 11 a 15 años.

e) De 16 a 20 años

f) Más de 21 años

4) Usted es:

a) Enfermero/a profesional

b) Licenciado/a en enfermería.

5) Actualmente tiene dos trabajos:

a) Si

b) No

6) ¿Cuántas horas de trabajo realiza por semana?

a) 36 horas

b) 40 horas

c) Más de 40 horas

7) ¿Cuántas horas de descanso-sueño realiza diariamente?

a) 4 horas

b) 6 horas

c) 8 horas

d) Más de 8 horas

8) ¿Ha realizado cursos de capacitación relacionado con la neonatología?

a) Si

b) No

Si responde NO porque:

- a) Falta de tiempo
- b) Desinterés
- c) Otros

GRADO DE CONOCIMIENTO

9) ¿Desde su conocimiento que prioridad daría en una **escala (del 1 al 5)** a los siguientes cuidados brindados a un paciente pre-termino con oxígeno suplementario?

- a) Mantener vía aérea permeables
- b) Administrar oxígeno humidificado y caliente
- c) Control y revisión de equipos de administración de oxígeno
- d) Colocar en posición semi-fowler
- e) Cambiar circuitos (tubuladuras y frasco de aspiración)

10) Considera conveniente en un neonato de término con oxígeno suplementario mantener la saturación de oxígeno entre 96% y 98%

- a) Muy conveniente
- b) Medianamente conveniente
- c) Nada Conveniente

11) De los siguientes signos de alarma ¿cuál consideraría de mayor importancia en presencia de una dificultad respiratoria en una **escala (del 1 al 4)**?

- a) Cianosis periférica
- b) Taquipnea
- c) Taquicardia
- d) Uso y reclutamiento secuencial de músculos accesorios

12) Según su criterio ¿Cada cuánto deben realizarse los controles de signos vitales?

- a) Cada 1 hora
- b) Cada 2 horas
- c) Cada 3 horas

13) ¿En qué momento usted registra los niveles de saturación del neonato de pre-termino?

- a) Saturación de 88 a 92%
- b) Saturación menor de 88% y mayor de 95%
- c) Saturación de 80% a 90%

14) ¿Considera conveniente la administración de oxígeno caliente y humidificado en paciente de término?

- a) Muy conveniente
- b) Nada conveniente

15) ¿Considera apropiado controlar equipos de administración de oxígeno?

- a) Muy apropiado
- b) Medianamente
- c) Nada apropiada

16) ¿Cuál es la frecuencia de los registros de las acciones de enfermería proporcionada al neonato?

- a) Una vez por turno
- b) Dos veces por turno
- c) Según necesidad