

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO EN
LA UNIDAD CLÍNICA DE RETEN PATOLÓGICO DEL “COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ” CIUDAD
BOLÍVAR ESTADO BOLÍVAR
2009**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito Parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería)

Tutor:

Mgs. Zaida Dominguez

Autoras:

Alor Maria

C.I: 22.520.897

Maneiros Claret.

C.I: 8.889.080

Pérez Luisa

C.I: 8.876.313

CIUDAD BOLÍVAR, JUNIO 2009

DEDICATORIA

Agradezco al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo, por haberme dado la fortaleza, porque sin su ayuda no hubiera sido posible.

A mi madre, a mi hijo y mi esposo, por su paciencia, comprensión y amor en todo momento.

A todos mis profesores, por su capacitación y enseñanza.

A mis compañeras América Pérez y María Alor, porque hemos compartidos momentos difíciles, pero gratos.

A la Lic. Flor Díaz y la Lic. Crucita por asesorarnos y ayudarnos.

A mis pastores Sol de Fermín y Ali Fernández y a todos mis hermanos en la fe por sus constantes oraciones.

A la Lic. Nancy por su ayuda incondicional

A nuestro Tutora Lic. Zaida Domínguez por ayudarnos y enseñarnos a organizar la tesis.

A todas aquellas personas, que de una u otras formas colaboraron con mi persona.

Gracias a mi Dios Eterno por su in mensa misericordia, Dios los Cubra con su manto.

Claret

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por habernos iluminado y permitido realizar satisfactoriamente esta tesis.

A nuestros padres, por habernos brindado todo su apoyo y motivación hacia el logro de nuestras metas.

A nuestros hermanos, demás familiares y amigos, por su apoyo y estímulo durante nuestra carrera.

A nuestros profesores por habernos brindado todos sus conocimientos y apoyo para culminar esta carrera.

Luisa Pérez

DEDICATORIA

A mi Dios en quien creo y a quien respeto, quien no niega ayuda a quien se lo pide con limpia y sincera voluntad

A mi madre que desde el reino de los cielos estará llena de alegría y regocijo por este triunfo. Dios te bendiga “Felicita González”

A mi compañero de vida por haberme apoyado todo este tiempo y darme motivación para lograr esta meta

A mi segunda mamá “mi suegra” a quien quiero profundamente quien desinteresadamente me tendió la mano y me dio la oportunidad de ser una hija más en su seno, gracias mamá Yolanda

A mi hijo Abraham David por haber compartido el tiempo que le tocaba dedicárselo a él y lo dedicaba a mis estudios y por acompañarme siempre en todo momento Dios te bendiga siempre

A mi prima María José y tío Fabián quienes cada día me llenaron de fuerza espiritual para continuar y culminar mi carrera

A mis compañeras de clase Luisa Pérez, María Pérez y Claret Maneiro verdaderas amigas que siempre nos dimos aliento necesario para lograr este triunfo

María Alor

AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecerle a Dios Nuestro Ser Supremo que nos dio fuerza, aliento y nos ilumino para alcanzar todas nuestras metas.

Así como también a todo el Personal de la Unidad Clínica del Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar.”, quienes gentilmente nos prestaron su valiosa colaboración para realizar con éxito este trabajo en estudio

De igual manera, a todo el Personal Docente de la Universidad Central de Venezuela, y especialmente a la Tutora Mgs. Zaida Domínguez, por su apoyo académico y dedicación al corregir esta tesis

Las autoras

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutora del Trabajo de Grado presentado por las Ciudadana: Alor María, Maneiros Claret y Pérez Luisa, para optar al Grado de Licenciada en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Ciudad Bolívar, a los 16 días del mes de Junio del 2009.

Firma:

Tutora Mgs. Zaida Dominguez

TABLA DE CONTENIDO

	pp
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	v
ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO.....	vi
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE GRAFICOS	xii
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I.....	16
EL PROBLEMA.....	16
Planteamiento del Problema.....	16
Objetivos de la Investigación	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos.....	22
Justificación	23
CAPITULO II	24
MARCO TEÓRICO	24
Antecedentes:	24
Bases Teóricas	26
Sistema de Variable.....	52
Definición Conceptual:	52
Definición Operacional:	53
Operacionalización de Variables.....	54

Definición de términos básicos	56
CAPITULO III	57
Tipo de estudio.....	57
Población y Muestra.....	58
Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos:.....	59
Validación del Instrumento:.....	60
Confiabilidad:	60
Procedimiento para la recolección de los datos:.....	61
Plan de Tabulación y Análisis	62
CAPITULO IV.....	63
PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	64
CAPITULO V.....	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
Conclusiones	85
Recomendaciones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	92
ANEXO A.....	93
GUIA DE OBSERVACION	93
ANEXO B.....	100
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	100
ANEXOS C	103
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	103

LISTA DE CUADROS

1	Distribución porcentual de acciones de enfermería independiente en la higiene y confort del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	64
2	Distribución porcentual de acciones de enfermería independiente en relación con signos vitales del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	68
3	Distribución porcentual de acciones de enfermería independiente en medidas antropométricas del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	69
4	Distribución porcentual de acciones de enfermería independiente en apoyo función pulmonar del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	72
5	Distribución porcentual de acciones de enfermería independiente en balance hídrico del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	74

6	Distribución porcentual de acciones de enfermería interdependiente en el tratamiento del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	76
7	Distribución porcentual de acciones de enfermería interdependiente en la alimentación del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	79
8	Distribución porcentual de acciones de enfermería interdependiente en los exámenes de laboratorio del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	80

LISTA DE GRAFICOS

1	Representación porcentual de acciones de enfermería independiente en la higiene y confort del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009.	65
2	Representación porcentual de acciones de enfermería independiente en relación con signos vitales del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	68
3	Representación porcentual de acciones de enfermería independiente en medidas antropométricas del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	70
4	Representación porcentual de acciones de enfermería independiente en apoyo función pulmonar del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	73
5	Representación porcentual de acciones de enfermería independiente en balance hídrico del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	75
6	Representación porcentual de acciones de enfermería interdependiente en el tratamiento del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	77

7	Representación porcentual de acciones de enfermería interdependiente en la alimentación del recién nacido de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	80
8	Representación porcentual de acciones de enfermería interdependiente en los exámenes de laboratorio del recién de bajo peso. Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, 2009	83

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO EN
LA UNIDAD CLÍNICA DE RETEN PATOLÓGICO DEL “COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ” CIUDAD
BOLÍVAR ESTADO BOLÍVAR
2009**

Autoras: Alor María

Maneiros Claret

Pérez Luisa

Tutor : Mgs. Zaida Domínguez

AÑO: 2009

RESUMEN

Resulta trascendente reflexionar sobre la importancia que reviste la magnitud que alcanza y las consecuencias que ocasiona el nacimiento de un recién nacido de bajo peso, por la confluencia socioeconómicas y culturales deficientes o por la existencia de patologías maternas general u obstetricias. La investigación tuvo como propósito estudiar los cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica del Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar 2009, basado en la problemática identificada, lo cual estuvo fundamentado teóricamente en la descripción de los indicadores correspondiente con una investigación de campo en la modalidad descriptiva, que estudio una muestra de 21 enfermera con la técnica de observación y la aplicación de una escala de estimación que permitió obtener como elementos concluyentes. Los cuidados del niño recién nacido de bajo peso suelen llevarse a cabo en unidades especiales de neonatología, donde el personal de enfermería responsable de su atención debe desarrollar numerosos controles y efectuar diversas técnicas para prevenir o tratar las complicaciones. El personal de enfermería realiza un practica tomando en cuenta las necesidades del neonato en cuanto a higiene y confort que es determinante para asegurar la recuperación del neonato de bajo peso al nacer y que se considera importante el nivel de cumplimiento de estas acciones como responsabilidad de las enfermeras, por lo cual se recomienda Realizar talleres de inducción para perfeccionar las acciones de enfermería en relación con los cuidados al niño de bajo peso al nacer

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de niños (a) de bajo peso es algo que se ha incrementado en el curso de los últimos años lo cual, ocasiona un problema de salud colectiva, lo cual esta relacionados en muchos casos con problemas de salud de la madre, situaciones sociales y condiciones de salud publica bajo las cuales se desarrolla el embarazo de la madre.

El resultado de estos nacimientos está relacionado con diversos factores, como son los biosicosociales de la población que lo imprime; características económicas y culturales suficientes que pueden considerarse como elementos principales y otros asociados, que al desarrollo de este estudio se puede ir evaluando.

Un recién nacido requiere de cuidados particulares, cuanto más con condiciones de bajo riesgo como los son los de bajo peso. Al respecto Whaley & Wong (2004), señala. “Que los niños de bajo peso al nacer pueden confrontar problemas de salud grave cuando recién nacidos y están en mayor riesgo de las discapacidades de largo plazo.” (Pág. 192).

De lo expuesto, se puede decir que estos nacidos presentan dificultades generalmente serias en su adaptación al ambiente, se traduce en situaciones patológicas por lo común graves y sus desventajas biológicas se reflejan en una morbilidad por ello requieren de cuidados especiales y en una unidad con las condiciones mínimas requeridas para su atención.

Los avances de los cuidados médicos para recién nacidos han reducido considerablemente la cantidad de muertes infantiles resultantes del peso bajo al nacer, como también las incapacidades que experimentan los niños nacidos con peso bajo.

Sin embargo, todavía existe un pequeño porcentaje de niños nacidos con peso bajo que padecen problemas como retraso mental, parálisis cerebral y problemas en el funcionamiento de los pulmones, la vista y el oído. Ante este planteamiento, se evidencia que en las instituciones hospitalarias se implementan medidas para que los cuidados proporcionados sean de acorde a las condiciones de estos recién nacidos, tomando en consideración las condiciones críticas derivadas del bajo peso y de las consecuencias que esto tiene para los sistemas orgánicos del neonato.

De la situación descrita, surge la necesidad de realizar un estudio sobre la base del presente problema con el propósito de determinar la ejecución de los cuidados de enfermería en recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez, de Ciudad Bolívar para el año 2009.

Este trabajo de investigación se presenta en los siguientes capítulos: Capítulo I: Que contiene el planteamiento del problema, objetivo y Justificación, Capítulo II: contiene Marco Teórico, Antecedentes, Bases Teóricas, Sistemas de Variables, su Operacionalización y la definición de Términos Básicos. Capítulo III: contiene Tipo de Estudio, Población, Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos, Procedimientos para la Recolección de Datos, Plan de Tabulación y Análisis, finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas y los Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La tendencia actual de nacimientos de niños con bajo peso al nacer se multiplica cada día como consecuencia de factores socioeconómicos que están relacionado con los estilos y condiciones de vida de la madre, en contextos en los cuales, la alimentación balanceada, los cuidados a la salud y la falta de control periódico durante el embarazo enfrenta a los agentes de salud materno infantil con situaciones críticas para los recién nacidos. El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un niño pesa menos 2.500 gramos en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 1.500 gramos se considera extremadamente bajo.

Algunas de las razones por las que algunos niños son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) muchas veces resultan en niños de bajo peso al nacer, aún cuando nacen al final del ciclo de gestación. Cuando la placenta no es normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada. Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre para un neonato de peso bajo.

Lo expresado está relacionado con el informe del Fondo de las Naciones Unidas para La Infancia (2007) en el que expone:

Los índices de mortalidad neonatal en América latina se incremento en el año 2006 de forma considerable con 34% en países como Ecuador, Perú y Bolivia, lo que está determinado con las condiciones de pobreza extrema y la carencia de un sistema de salud que atienda en forma integral a la madre durante el embarazo, esto aunado a la carencia de una educación para la salud materno infantil crea condiciones precarias en los recién nacidos, que han contribuido con estos altos índices de mortalidad infantil. (pág. 45)

Bajo las consideraciones anteriores es determinante las acciones que desde el campo de la salud se deben tomar antes del nacimiento y con los niños de bajo peso al nacer para que se creen las condiciones adecuadas de asistencia y cuidados al recién nacido, dentro de los cuales el personal de enfermería desempeña un papel importante, en la medida que está llamada a actuar bajo criterios de profesionalidad que garanticen junto con el equipo de salud la supervivencia del neonato.

En América latina los datos registran cifras alarmantes de niños(as) que nacen con bajo peso, tal como lo sostiene Vega, C. (2006) "Cada año en América latina aumentan de manera preocupante la cifra de recién nacidos de bajo peso de ellos un 20 a 30 por ciento, padecen de algún tipo de secuela que necesitan atención de por vida". (Pág. 28)

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un niño de peso demasiado bajo, si bien no se conocen las razones subyacentes a este fenómeno. Aparentemente, a veces este incremento puede atribuirse a la infección bacteriana del aparato reproductivo. Las

madres con bajos ingresos puede que no sean capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados. Las mujeres con mayor riesgo de tener niños de peso bajo son las que tienen menos de 17 o más de 35 años de edad y las que han tenido varios hijos seguidos. Las adolescentes pueden no tener buenos hábitos de salud. Las mujeres que experimentan demasiado estrés y otros problemas sociales, económicos y psicológicos y las que son víctima de abusos domésticos o de otro tipo, también pueden tener mayor riesgo de parir un niño de peso demasiado bajo.

En el marco asistencial de los cuidados del niño prematuro, la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) (2007) explica que:

Las cifras halagadoras de instituciones importante en el manejo de este tipo de pacientes, con grandes logros en cuanto a disminución de mortalidad comenzó a llamar la atención sobre el tema y es así como el parto, los cuidados intensivos y la supervivencia de los recién nacidos pretérminos han llegado a ser la materia de mayor interés para los perinatólogos de muchos países. (p. 42)

Se aprecia de esta forma el interés existente en el ámbito de la enfermería y la salud en general para proporcionarle atención especializada a los niños en condiciones de prematuridad que requieren de asistencia especializada y recursos innovadores.

Muchos estudios han demostrado la relación directa que existe entre prematuridad y cifras altas de morbilidad y mortalidad por las condiciones de bajo peso al nacer, por lo que actualmente es ampliamente aceptado el concepto de que se debe actuar en todos los sentidos para lograr un recién nacido de edad gestacional lo más cercano posible al término y en las mejores condiciones.

En Venezuela, los problemas de recién nacidos de bajo peso al nacer, además de estar asociados con los nacimientos pre términos, también han sido relacionados con las condiciones bajo las cuales transcurre el embarazo de la madre, como lo explica el informe del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2007) en él se afirma:

Las condiciones de bajo peso al nacer en los neonatos tiene como causa fundamental la carencia de una alimentación adecuada en la madre, la falta de control materno infantil por desmotivación o desconocimiento de la embarazada que muchas veces no valora la importancia de los controles prenatales o enfermedades asociadas que causan prematuridad y niños de bajo peso al nacer (Pág. 4)

En este caso los niños(as) de bajo peso requieren para la atención de la capacitación y actualización del personal de enfermería para atenderlos, pues de ellos depende su subsistencia y el desarrollo de funciones vitales con cierto nivel de estabilidad.

En el Estado Bolívar, y particularmente en la región capital, la población atendida en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, la dirección de estadísticas y en epidemiología del Instituto de Salud Pública (2007) explica que: En recién nacidos de bajo peso que se asocia con más de 70% de las muertes de neonatales y daños neurológicos permanentes, la mortalidad está relacionada directamente con su bajo peso al nacer de 1500 gramos a 3000 gramos. (pág. 35)

Resulta trascendente reflexionar sobre la importancia que reviste la magnitud que alcanza y las consecuencias que ocasiona el nacimiento de un recién nacido de bajo peso, por la confluencia de situaciones socioeconómicas y culturales deficientes o por la existencia de patologías maternas general u obstetricias.

Es evidente que las diferencias socioculturales implican carencia, diferencia y limitaciones que en sí mismas representan desventajas para la reproducción humana y consecuentemente aumento de la frecuencia de nacidos de bajo peso, como también la influencia de otros factores como lo explica Quijada, P. (2006) expone:

Cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término (Pág. 34)

Bajo las consideraciones anteriores, los controles pre parto pueden constituirse en un factor que ayude a disminuir considerablemente los índice de recién nacidos con bajo pesos al nacer un proceso en el cual los cuidados y asistencia a tiempo de la embarazada involucra una actuación del personal de salud y particularmente de la enfermera como base para ir creando condiciones adecuadas para un neonato con un peso adecuado.

Lo expuesto, señala que la familia de bajos ingresos económicos que alcanzan satisfacer las necesidades de todos sus miembros y por ello reducen la dieta, originando homogenitos de bajo peso al nacer, a este factor se le agregan otros tres tales como; cuidados prenatales deficientes, infecciones, socio demográficas y las condiciones ambientales como el clima y la altitud.

En tal sentido se puede inferir que el nacimiento de niños(as) de bajo peso constituye un problema social de gran magnitud, que representa un porcentaje de mortalidad neonatal que requiere de atención hospitalaria neonatal especializada, lo que conlleva a que las unidades clínicas de atención, deban reunir las condiciones estructurales, físicas y ambientales adecuadas en sus dimensiones estándar y contar con el equipamiento

acorde a las exigencias de los mismos y con un recurso humano (de enfermeras), que proporcionen asistencia de calidad, condicionadas por la destreza, experiencia y conocimiento del personal de enfermeras a esta unidad clínica de neonatología.

En Ciudad Bolívar, concretamente en la Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, Hospital tipo IV adscrita al Instituto de Salud Pública y a su vez del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social (MSDS), fundado desde hace 48 años, se ha observado que la ubicación de la unidad clínica, está lejos de las proximidades de la sala de partos, lo que permite que el transporte inmediato de un recién nacido de bajo peso sea a través de corredores y ascensores públicos. Que el espacio originado y distribución del mismo es pequeños en relación a la demanda de los recién nacidos.

También se nota excesiva manipulación de los recién nacidos, abuso de la prescripción y diferencias técnicas que suelen acompañar a la toma de muestras para análisis, a esto se suma un número reducido de enfermeras por pacientes, que en ocasiones deben atender a un número amplio de recién nacidos, entre tanto que la aplicación de técnicas y procedimientos para la manipulación de estos pacientes pueden carecer de la rigurosidad necesaria, deficiencia en la praxis del equipo de enfermeras debido a que pueden carecer de la capacitación adecuada, ante estos acontecimientos surgen una serie de interrogantes:

- ¿Cómo son los cuidados independientes que realiza la enfermera a los recién nacidos de bajo peso?
- ¿Cuáles son los cuidados interdependientes que realiza la enfermera a los recién nacidos de bajo peso?

- ¿Cuenta la unidad clínica de reten patológica con los recursos humanos y materiales mínimos necesarios?

Ante estas interrogantes es necesario concretar.

¿Cómo se ejecutan los cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar para el año 2009?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica del Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar. Estado Bolívar 2009, referido a cuidados independientes e interdependientes

Objetivos Específicos

- Describir los cuidados independientes de enfermería a los recién nacidos de bajo peso.
- Describir los cuidados interdependientes de enfermería a los recién nacidos de bajo peso.

Justificación

La investigación llevada a cabo se justifica por el hecho de que a través de su ejecución se formulara una propuesta que tiene como objetivo la solución progresiva del problema estudiado. Por tal motivo se considera importante investigar la ejecución de los cuidados de enfermería en recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, ya que de esta investigación surgirán estrategias orientadas a diseñar proyectos de salud con el propósito de disminuir los riesgos de complicaciones del recién nacidos y estadía prolongada en dicha unidad.

Del mismo modo es relevante porque de los resultados obtenidos se derivaran recomendaciones que de tomarse en cuenta se proporcionarán cambios de manera oportuna en la actuación de enfermería, en la calidad de atención a este tipo de recién nacidos, en la elaboración de parámetros que conduzcan al mayor funcionamiento del área clínica.

Se espera que los resultados de esta investigación sirva como base de estudio en el campo de enfermería y en el resto del equipo de salud; así mismo se plantea un conjunto de insumos teóricos, en los cuales se ofrecen la oportunidad de involucrar a los miembros de las Instituciones Hospitalarias, así como el grupo familiar a ser más participativos en la presentación de los cuidados de los recién nacidos de bajo peso al nacer, durante su estadía y las post alta.

De esta forma, la investigación adquiere un valor significativo, en la medida que contribuye a conocer una situación que afecta a niños de bajo peso al nacer y sobre los cuales es fundamental mantener los cuidados de enfermería que garanticen la pronta recuperación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los antecedentes, las bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización y la definición de términos básicos.

Antecedentes:

La revisión de investigaciones relacionadas con la variable en estudio constituye una labor de importancia y son de utilidad para suscitar el estudio.

Reyes, C. (2005) realizó una investigación, en Santiago de Chile, sobre: Perfil de la enfermera en una unidad neonatal. Este estudio lo realizó con el objeto de determinar los criterios funcionales para la selección de la enfermera de atención directa al niño prematuro de bajo peso, para ello utilizó una muestra de 300 enfermeras de diferentes establecimientos de salud, aplicando un instrumento de tipo descriptivo.

Este estudio, arrojó como resultado que el 75% de las enfermeras profesionales tenían estudios superiores en cuidados neonatales, y los neonatos tenían una recuperación excelente y su estadía era menor y el resto del porcentaje, de las enfermeras eran técnicos medio con post básico en cuidados neonatales, de acuerdo a los resultados concluyó que las enfermeras de cuidados asistenciales a niños prematuros y de bajo peso deben ser especializados en el área. Este estudio sustenta esta investigación ya que en él se demuestra que la enfermera que posee mayor conocimiento puede brindar una mayor calidad de atención al recién nacido.

Vega, C. (2006) Realizó un estudio sobre los cuidados del recién nacido de bajo peso, con el propósito de determinar la calidad de los cuidados de enfermería para evitar la morbilidad y mortalidad en los recién nacidos, la investigación fue de campo, aplico un instrumento de observación directa con una muestra de 30 enfermeras en el cual señala lo siguiente: que el 10% de las enfermeras brindaron un cuidado deficiente y el resto del porcentaje proporcionaron cuidados óptimos a los recién nacido.

En conclusión, los resultados señalan que a los niños que se les brindo mayor atención presentaron menos complicaciones y su estadía fue de corta duración en la unidad y egresaron. Este estudio sirve de base a esta investigación porque en él se consideran que los cuidados son fundamentales para prevenir situaciones desencadenantes en especial las infecciones intrahospitalarias de tipo respiratorio entre otros.

Otro de los estudios fue realizado por Medina, B. (2007) quien presento una investigación titulada: cuidados del neonato pre termino, presentado a la Universidad de Oriente en el cual se pretendía analizar el conjunto de cuidados que el personal de enfermería debe suministrar a los recién nacido pre termino, en la que se concluye: los cuidados básico en ,lo niños pre términos plantean exigencias que deben aplicarse con prontitud y de acuerdo con las técnicas que se requieren para este tipo recién nacidos cuyas condiciones de fragilidad en la salud colocan el personal de enfermería en la responsabilidad de valorar las condiciones físicas, aplicar medidas de higiene, así como también asegurar el confort y comodidad. De allí, que el personal de enfermería deba aplicar los cuidados que garanticen la salud integral del recién nacido por lo que se relaciona con esta investigación dado el interés de conocer los cuidados del recién nacido.

Bases Teóricas

Cuidados de Enfermería al Recién Nacido de Bajo Peso

Los cuidados del niño recién nacido de bajo peso suelen llevarse a cabo en unidades especiales de neonatología, donde el personal de enfermería responsable de su atención debe desarrollar numerosos controles y efectuar diversas técnicas para prevenir o tratar las complicaciones.

Referido a los cuidados de enfermería al Recién Nacido de bajo peso Whaley &. Wong (2004) señalan:

La atención de enfermería al recién nacido de bajo peso constituye un área muy especializada de conocimientos y de práctica que requiere una experiencia prolongada bajo supervisión para lograr el nivel de competencia que permite la actuación independiente, supone la comprensión fisiológica, y características neonatales, un conocimiento de la finalidad y manejo de una serie de aparatos y dispositivos mecánicos, la capacidad de reconocer desviaciones de lo esperado muy sutil y la de emprender una acción prudente.(p.43)

Una función importante del personal de enfermería es mantener un registro detallado de todas las actividades y observaciones. El conocimiento y manejo de los equipos mecánicos son inherente a la atención del recién nacido. La atención al recién nacido de bajo peso precisa un control intensivo de sus constantes vitales y una especial atención a la presencia de signos que sugieran el desarrollo de complicaciones y que requieran una inmediata notificación al médico, según Barrios, F. (2005) señala como signos de alarma los siguientes: "Somnolencia, dificultad respiratoria, incremento de la frecuencia respiratoria (superior a 60/min), retracción torácica, aleteo nasal, apneas de más de 20 segundos, pulso rápido (más de 160/min, lento (menos /20/min), cianosis, mucosidad importante., distensión abdominal." (p.34)

Los cuidados de enfermería al recién nacido de bajo peso, se define operacionalmente como acciones que realiza la enfermera a los recién nacidos de bajo peso durante su hospitalización con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida durante su enfermedad y pueden estar influenciada por acciones independientes e interdependientes.

Acciones de enfermería independiente e interdependiente

Las acciones de enfermería se definen de acuerdo con Domínguez, L (2005) como “aquellas estrategias que se ejecutan con la finalidad de proporcionar cuidados a los pacientes en función de sus necesidades y de acuerdo con la patología presentada” (p.45)

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

En la elaboración de acciones han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calidad de los distintos estamentos que van a intervenir con los usuarios; también influyen los recursos financieros.

De esta forma y de acuerdo Domínguez, L (2005) las acciones de enfermería pueden ser: “aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a

su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico” (p. 45)

En esta investigación las acciones de enfermería independientes son las acciones que realiza la enfermera autónoma, referidas a: higiene y confort, signos vitales, medidas antropométricas, apoyo a la función pulmonar y balance hídrico.

Higiene y Confort:

Son las acciones ejecutadas por la enfermera para mantener la higiene y comodidad del neonato.

En el marco de las acciones de enfermería el propósito de los cuidados de enfermería es proporcionare al recién nacido de bajo peso después del nacimiento un conjunto de situaciones que se derivan de los cuidados y de las necesidades de higiene y confort, dentro de las cuales se encuentran: Higiene y comodidad del neonato, lavado de manos antes y después de manipular, baño diario, cambio de ropa, cambio de posiciones, permeabilidad de vía periférica, cura de cordón umbilical y confort térmico.

De acuerdo con los criterios de Yáñez, M (2006) “la ejecución de acciones de enfermería dirigidas a propiciar en los niños de bajo peso al nacer, garantiza un control permanente sobre la capacidad de recuperación de los mismo, al mismo tiempo que se le asegura el máximo de bienestar en su estadía hospitalaria. Con la aplicación de cuidados al recién nacido de bajo peso, relacionado con la higiene y confort se asegura una pronta recuperación de los elementos de salud que por el bajo peso pueden encontrarse alterados.

Lavado de Manos

Limpieza médica de las manos es la limpieza activa, química, y mecánica de las manos y antebrazo, antes y después de realizar una actividad de enfermería, tiene como objetivos disminuir los microorganismos presentes en la piel, evitar la infección o reinfección del paciente y prevenir la diseminación de infecciones.

Por otra parte, González, M. (2005) establece principios científicos y psicológicos: “Los malos olores y la apariencia personal desagradable, producen sentimientos de inferioridad. Algunos trastornos de la piel tienen como causa: factores psicológicos (estrés emocional)”. (p. 23)

Las terminaciones nerviosas de la piel determinan la percepción de sensaciones de frío, calor, presión y dolor. Las glándulas sudoríparas son numerosas especialmente en las palmas de la mano, planta de los pies, axilas, frente, ingle y las regiones vecinas de los genitales externos. Las uñas son anexos de la piel y están compuestas de tejido epitelial. De acuerdo con Balderas, S (2005) menciona que:

El polvo, las células escamativas y productos de desechos de la piel, forman un medio de cultivo para el desarrollo de microorganismos. Las lesiones mecánicas, físicas, químicas y patológicas de la piel facilitan la entrada de microorganismos patógenos. Las uñas son fuente de contaminación. Los estafilococos y algunos hongos penetran fácilmente por las glándulas sebáceas y los folículos pilosos. La piel posee una reacción ácida de (5.5) que retarda la acción bacteriana. (p.34)

El lavarse las manos y los antebrazos va desde la zona más limpia a la más sucia. Las uñas se llevan cortas, para poderlas limpiar fácilmente. Las manos se sitúan por encima de los codos y se quita el reloj de la muñeca. Todos los anillos se quitan igualmente porque albergan

microorganismos y se pueden estropear con el jabón y el agua. De Acuerdo con González, M.(2005)

“En las zonas clínicas del hospital, al contrario que en las quirúrgicas, generalmente este lavado dura un (1) minuto. Un lavado y un aclarado de veinticinco (25) a treinta (30) segundos repetido una vez. La duración de la acción de frotarse en un quirófano depende de la costumbre del centro puede durar hasta diez (10) minutos el primer lavado del día.” (p.34)

Cuando la enfermera realiza el lavado o frotado de manos debe mantenerlas por encima de los codos y separadas del cuerpo. Siempre debe tenerse presente que el recién nacido de bajo peso es especialmente susceptible a las infecciones, por lo que toda técnica debe realizarse observando de forma rigurosa las normas más estrictas de asepsia, utilizando únicamente material estéril.

Si bien en cada centro se cuenta con un protocolo específico, habitualmente antes de entrar a la sala de neonatología es de obligatorio cumplimiento proceder a un riguroso lavado de manos (frotando manos y antebrazos durante dos minutos con solución antiséptica), así como la colocación de bata (en algunos centros, también gorro y mascarilla).

Cuando se permita la entrada de los padres, el personal de enfermería debe supervisar en el lavado de manos y la colocación de batas. Por lo antes mencionado, la práctica del lavado de manos debe realizarse antes y después de la atención del recién nacido.

Baño diario

Cuando el niño nace, todavía está empapado en el líquido amniótico, en el que flotaba hasta el momento del parto. Además está recubierto de una sustancia blanquecina grasosa, protectora que se seca en pocas horas y desaparece. La piel del pequeño es lisa y suave, pero a menudo está enrojecida. Puede ser que los pies y las manos del niño estén arrugados.

En este proceso el baño con esponja del recién nacido se ejecuta con sumo cuidado con la finalidad de ejecutar una limpieza de la piel y sus surcos en cuyo proceso es importante tomar en cuenta las referencias de Vega, C, (2006) quien dice “ la enfermera antes del baño con esponja debe hacer una valoración general del estado corporal del recién nacido con la finalidad de evidenciar posibles daños en la piel que puedan agravarse durante el baño preliminar” (p. 65) De allí la importancia de proceder con el recién nacido de bajo peso en atención a las recomendaciones para este tipo de pacientes que por su naturaleza exigen mayores cuidados.

En este sentido, la enfermera realiza el baño con esponja de acuerdo con las necesidades del recién nacido, tomado en consideración, también los elementos de manejo corporal, practicando este baño con la periodicidad necesaria.

Cambio de Ropa:

En el cambio de ropa del recién nacido es preciso considerar la naturaleza de la misma para confirmar, que no cause alergias, ni le apreté, la ropa debe estar previamente lavada y en condiciones higiénicas que garanticen el confort del recién nacido, además la enfermera debe orientar a la madre en relación a los cuidados que se debe proporcionar en los primeros días.

De acuerdo con Barrios, F. (2005) “el cambio de ropa periódicamente en el recién nacido de bajo peso previenen condiciones y posibles focos de infección en este tipo de paciente con bajos niveles de defensa” (p.65) De allí, que es importante que el personal de enfermería ejecute y oriente la madre sobre este aspecto que resulta importante para la salud del niño.

Cambio de Posición:

El recién nacido de bajo peso tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades mismo lado extendido y las contra laterales en flexión. Para Héller, L. (2004) “La postura también está influida por la posición intrauterina por ejemplo luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional” (p.89)

En este sentido el personal de enfermería debe ejecutar los cambio de posición del recién nacido de acuerdo a especificaciones que guarda relación en primer término con la masa corporal del recién nacido de bajo peso que se presenta con fragilidad por lo requiere de la movilidad adecuada a su contextura, por otra parte este recién nacido presenta ciertos reflejos de movilidad limitados que la enfermera debe estimular y tomar en cuenta, por último la flexibilidad muscular es otro de los elementos que se ha de considerar tanto en la dirección próximo distal como de las extremidades inferiores y superiores.

Permeabilidad de Vías Periféricas:

En los procedimientos de enfermería deben garantizar en forma adecuada la permeabilidad de la vías periféricas con la finalidad de contribuir tanto a la higiene y el confort como a los procesos fisiológicos del recién nacido. En este sentido la vigilancia de la enfermera es mantener las vías periféricas en funcionamiento de acciones de vigilancia periódica tomando en cuenta los procesos fisiológicos, la periodicidad de los mismos y haciendo los registros correspondientes

Cura del Cordón Umbilical:

El cordón umbilical va unido al niño y a su madre durante nueve meses. Cuando el niño nace, el médico o la enfermera cortarán este lazo de unión. Ahora la sangre que viene del corazón del niño debe pasar a los vasos pulmonares para obtener el oxígeno que hasta ahora le proporcionaba su madre a través de la placenta.

En la perspectiva de Martínez, B. (2005) es interesante hacer referencia acerca de lo planteado, al decir: “la enfermera de reten debe asegurar no solo la practica periódica de la zona umbilical del recién nacido, sino también instruir a la madre sobre la forma de hacerlo durante los primeros días del nacimiento “(p.23)

En este proceso, ha de tenerse en cuenta que el cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada

para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada cambio del pañal.

Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta no requiere tratamiento y desaparece espontáneamente antes de los 4 años.

Confort Térmico:

El recién nacido de bajo peso suele quedar hospitalizado hasta que alcanza un peso de al menos 2,25 Kg. Para Ferrer, A (2006) dice que:

El recién nacido de bajo peso tiene dificultad para regular adecuadamente la temperatura por diversos motivos por una parte, cuenta con poca capacidad para generar calor, puesto que no dispone de una escasa cantidad de grasa bajo la piel.(p.22)

El calor es esencial para los recién nacidos porque les ayuda a mantener la temperatura corporal. La mejor fuente de calor es la piel de la madre. Para evitar la pérdida de calor, también debe secarse al recién nacido.

Los niños de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento.

Como lo expresa Domínguez, L (2005) expone:

La temperatura corporal del recién nacido de bajo peso tiende a igualarse rápidamente con la del ambiente y si no se toman precauciones, manteniendo un ambiente caldeado, tiende a la hipotermia. Esta situación comporta un mayor consumo de oxígeno y glucosa para aumentar el metabolismo, con lo cual se desarrolla una progresiva hipoglucemia y una acidosis, de consecuencias fatales sin una oportuna corrección.(p.38)

Para prevenir la hipotermia, es preciso que el ambiente térmico en que se encuentre se sitúe dentro de unos márgenes establecidos en relación con su peso y edad gestacional. En la práctica habitual, tal objetivo se logra mediante la utilización de una incubadora provista de termostato que permite variar la temperatura en función de la temperatura del niño, detectada por un sensor en contacto con su piel. Otro aspecto señalado por Salazar, A. (2004) explica:

El metabolismo basal del recién nacido de bajo peso es bajo. Una característica constante es la hipotermia, que se explica por la poca producción de calor corporal y poca cantidad de grasa que condicionan su pérdida, acentuado aun más por el deficiente control vasomotor. (p. 97)

Con la inmadurez del centro termorregulador y el escaso desarrollo de la grasa parda se completan los factores causantes de la hipotermia del recién nacido de bajo peso. Hay que anotar en cambio que el recién nacido de bajo peso, por esas mismas causas, tiene una gran facilidad para asimilar la temperatura ambiente, condición que permite considerar a estos niños como poiquilotermos. En este sentido las enfermeras debe ejecutar un conjunto de acciones orientadas a lograr el confort térmico del recién nacido de bajo peso, mantener la temperatura corporal en la incubadora, colocarle

la ropa después de la higiene corporal practicada, vigilar que la incubadora tenga la temperatura corporal.

Signos Vitales:

Es la medida y control de las constantes vitales en el recién nacido, referidas a:

Control de Temperatura, Pulso y Respiración

Los lactantes recién nacidos de bajo peso suelen ser atendidos en una unidad especial de cuidados intensivos. El recién nacido de bajo peso es introducido en una incubadora, que le proporciona calor y permite vigilar más fácilmente. Otros cuidados especiales incluyen la ventilación artificial para ayudarlo a respirar, la alimentación artificial a través de una sonda gástrica endovenosa, y un tratamiento con antibióticos, hierro y suplementos vitamínicos.

De acuerdo con Heller, L. (2004) “A estos niños les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada”, (p.45) El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos niños.

Como parte de las acciones de enfermería orientadas a mantener la temperatura del recién nacido los cuidados a practicar toman en consideración observar signos y síntomas de hipotermia, tomar la temperatura, periódicamente, aplicación de medidas físicas (manta, body,

gorrito), y cambio de pañal, así mismo se debe instruir a la madre en los cuidados y el vestido del recién nacido.

En los que se refiere a las acciones de enfermería para tomar el pulso lo debe hacer en los sitios indicados y con la periodicidad requerida para este tipo de pacientes y en cuanto a la respiración la enfermera debe considerar la observación de la presencia de quejido espiratorio, respiración nasal, retracción esternal y la concordancia toraco-abdominal, así como indicar la frecuencia respiratoria es periódica, es decir alrededor de 30 a 60 por minuto. De acuerdo con Vega, C. (2006)

La respiración del recién nacido es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas post parto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido debe hacer sospechar patología. (p.34)

Se debe considerar la frecuencia cardíaca bajo de 90 y sobre 195 / minuto deben estudiarse. El ápex está lateral a la línea medio claviclar en el 3º o 4º espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que se acompaña de otra sintomatología o que persiste más de 24 horas debe ser estudiado.

Medidas Antropométricas:

Son las medidas de peso, talla, circunferencia cefálica, torácica y abdominal, en el recién nacido de bajo peso.

Peso

En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. De acuerdo con Vega, C. (2006) “se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 7mo día. Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño.” (p.34) Los niños de menos de 3 kg en general bajan menos, y los de más de 4 kg pueden bajar más y demorarse más en recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un relleno.

La acciones de enfermería para pesar el recién nacido de bajo peso se orienta a la colocación en el peso, registrando el mismo en la historia clínica y practicando esto cada cuarenta y ocho horas mientras que el recién nacido este hospitalizado, para esto el mismo debe estar sin ropa

Medición de Talla

La talla norma se ubica entre 48 y 50 centímetros, Para Salazar, A. (2004) “los niños de bajo peso al nacer pueden reducir considerablemente esta talla, de la cual toma nota la enfermera haciendo el procedimiento de medida de talla inmediatamente después del nacimiento.”(P.23) De esta forma, la enfermera para tomar la talla coloca el recién nacido en la bandeja de medida en posición horizontal cuidando la mayor rectitud corporal, para luego hacer el registro correspondiente.

Circunferencia Cefálica

La cabeza es grande en relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo debido a su adaptación al canal de parto, excepto en aquellos nacidos por cesárea. Al respecto Quijada, P. (2006):

“La fontanela anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente depresible cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menos de 1 cm. Un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana” (p.45)

Las suturas deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Ocasionalmente la sutura longitudinal puede tener algunos mm de separación. La sutura escamosa nunca debe presentar separación. Si la hay, debe descartarse hidrocefalia congénita.

La enfermera debe hacer las medidas antropométricas con el instrumento de medidas especificado para este caso registrado aspectos que guardan relación con el tamaño, masa, dimensión de fontanela, observando posible presencia de malformaciones.

Torácica y Abdominal:

El abdomen debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática.

Para Vegas, C. (2006) “Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia” (p.34).

En este sentido la enfermera debe practicar acciones de auscultación y palpación torácica abdominal con base a las indicaciones de estos procedimientos, de manera de detectar cualquier tipo de anormalidad como la inflación abdominal, la palpación debe realizarse con sumo cuidado tomando en cuenta la fragilidad de la masa corporal del recién nacido de bajo peso.

Circunferencia Torácica:

El personal de enfermería, inmediatamente después del nacimiento y como parte de las medidas antropométricas deberá medir la capacidad torácica, tomando en consideración el grado de circunferencia, el cual deberá quedar registrado. Es así como de acuerdo con Reyes C. (2005) en su Trabajo Especial de Grado presentado en la Universidad de Santiago de Chile: “la medida de la circunferencia torácica constituye un importante información cuyo registro contribuye a diagnosticar elementos de formación antropométricas en el niño de bajo peso al nacer” (p.34) De allí, que forme parte de los procedimientos que se deben aplicar en los cuidados del recién nacido de bajo peso al nacer.

Apoyo Funcional Pulmonar:

Es la aplicación de ventilación y oxigenoterapia para mejorar las funciones pulmonares del recién nacido. El nacimiento antes de las 37 semanas de gestación (pre término) comporta un déficit en la maduración

orgánica del niño, condición que propicia la aparición de diversas alteraciones. Por ello mientras se completa su desarrollo, es necesario un estricto control del recién nacido y la instauración de algunas medidas de apoyo que favorezcan su adecuada adaptación al medio extrauterino. El apoyo a la función pulmonar es el mantenimiento de las vías aéreas permeables y administración de oxigenoterapia.

Permeabilidad de las Vías Aéreas

Las alteraciones respiratorias facilitan la presentación de la enfermedad de la membrana hialina, inmadurez de los centros respiratorios, que necesitan una alta concentración de CO₂ para estimular la frecuente depresión del sistema nervioso central, en especial ante la hipoxia e hipotermia. En el pre término extremo también se comprueba el aumento de las necesidades de oxígeno a partir del tercer día. De acuerdo a lo planteado por Jiménez, A (2002):

Los distintos trastornos de la respiración son motivados por varias causas: a) Alteraciones periféricas, como debilidad en los músculos respiratorios, cartílagos blandos, alvéolos pulmonares y red capilar próxima insuficientemente desarrollados, ausencia de reflejo tusígeno y sobre todo carencia total o parcial de la sustancia lipoproteica que cubre la cara interna de los alvéolos y que, por su baja tensión superficial, impide el colapso después de cada respiración. (p. 307)

Los niños nacidos con peso bajo son más proclives que los niños de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un niño recién nacido de bajo peso corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Tomando en consideración las condiciones respiratorias del recién nacido la enfermera debe hacer el aspirado, vigilando la presencia de secreciones nasales, así como tomando en consideración la

posición del recién nacido de manera que se pueda asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

Oxigenoterapia

En el recién nacido de bajo peso pueden presentarse alteraciones de la función respiratoria de diversos orígenes: por inmadurez del sistema nervioso central debido a la falta de madurez del centro respiratorio del tronco encefálico el recién nacido de bajo peso suele presentar una respiración irregular, a veces con aparición intermitente de periodos de apnea de hasta 20 segundos de duración. Como consecuencia del colapso alveolar por déficit de surfactante se forman más membranas hialinas que impiden la adecuada oxigenación de la sangre, con todas las repercusiones propias de tal situación. El síndrome de distres respiratorio es la principal causa de muerte en los niños nacidos prematuramente. García, A (2005) explica

En los casos graves, aparecen signos de dificultad respiratoria y se desarrolla una hipoxemia de graves repercusiones (lesión cerebral). Esto hace necesario un tratamiento de oxigenoterapia en el que puede ser preciso el uso de mascarilla, aunque por lo común basta con la regulación del oxígeno y la humidificación del aire en la incubadora. (p. 89)

El tratamiento se basa en la oxigenoterapia, ya sea incrementando la concentración de oxígeno en la incubadora o bien mediante el uso de mascarilla facial o sonda nasofaríngea, pero en las situaciones graves es preciso recurrir a entubación endotraqueal y ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (para mantener los alvéolos abiertos). Se complementa con una adecuada hidratación endovenosa y la

administración de corticosteroides, fármacos que propician la elaboración de surfactante. De esta forma Jiménez, A. (2002) explica que:

Las manifestaciones de la situación son variadas: taquipnea (con más de 60 respiraciones por minuto) disnea (tiraje costal, aleteo nasal, estertos laríngeo), cianosis, alteraciones cardiovasculares (taquicardia, edemas) y afectación neuromuscular. (p. 78)

Con el tratamiento, la insuficiencia respiratoria, a medida que aumenta la elaboración de surfactante, tiende a resolverse en pocos días, con lo cual pueden retirarse las medidas de apoyo. La oxigenoterapia debe aplicarse en función de las necesidades respiratorias del recién nacido, procediendo con la dosificación en el periodo correspondiente, ajustando esta práctica a la fragilidad que tiene este tipo de recién nacidos que por su condición de bajo peso tiene especificaciones, cuya correspondencia toma en cuenta las características pulmonares.

Balance Hídrico

De acuerdo con Vegas, C. (2006) “El balance hídrico se refiere al equilibrio de hidratación en el cuerpo del recién nacido referido a permeabilidad de vías periféricas y control de líquidos eliminados e ingeridos” (p.34)

Algunos niños nacidos con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños cerebrales. Los niños recién nacidos de bajo peso son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales.

Control de Líquidos

En el metabolismo hidrosalino hay que señalar las grandes necesidades acuosas y la facilidad con que el recién nacido de bajo peso sufre deshidratación y edemas. Esto no solo afectan la piel, sino también a los órganos internos, por lo que es preciso tener precaución en la administración de líquidos: un exceso de los mismos podría favorecer la persistencia del ductos y la aparición de enterocolitis necrotizante. Además, los recién nacido de bajo peso muy inmaduros pueden presentar hipotermia en los 3 primeros días de vida, generalmente debida a deshidratación, y posteriormente hiponatremia difícil de tratar.

Barrios, F. (2005) señala al respecto que: “el control de líquidos en el recién nacido de bajo peso permite mantener el equilibrio necesario para la hidratación de acuerdo a este tipo de pacientes.”. (p. 21) Como consecuencia hay albuminuria, glucosuria y hematuria discreta, frecuente acidosis hiperclorénica, somnolencia y anormal excreción de fosfatos, de interés en la patogenia de la osteopatía de los recién nacido de bajo peso.

Salazar, A (2004) explica sobre el particular lo siguiente:

Órganos hematopoyéticos. En la serie roja se observará que la poliglobulias fisiológica desaparece rápidamente, por lo que la hiperbilirrubinemia también será mayor. Debe procurarse ligar el cordón entre los 30 – 60 segundos de vida para evitar una excesiva transfusión placentaria fetal causante de hipervolemia, poliglobulia patológica e hiperbilirrubinemia intensa. (p. 208)

Inicialmente se comprueba mayor número de eritoblastos, que el recién nacido a término, y cuanto mayor sea este número, peor es el pronóstico. Pronto se instaura la anemia del recién nacido de bajo peso, durante los tres primeros meses es normocromica, rebelde a todo tratamiento con vitamina B₁₂ y hierro, y que solo responde a transfusión de sangre.

De igual manera, es necesario señalar, lo especificado por Reyes C. (2005) sobre la importancia de controlar líquidos en el recién nacido de bajo peso al nacer, destacando “esta debe ser una tarea continua y combinada en la que se pueda apreciar tanto el volumen de líquidos eliminados como el de líquidos ingerido, para mantener” (p.45)

De este modo, las acciones de enfermería para el control de líquidos en el recién nacido de bajo, en cuanto a líquidos administrado y eliminados se debe hacer las medidas de líquidos correspondiente, haciendo el registro en el historia, con base a la frecuencia indicada.

Acciones de Enfermería Interdependientes:

Las acciones de enfermería Interdependientes son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, entre otros referidos a tratamiento, alimentación y exámenes de laboratorio

Administración de Tratamiento:

Es el proceso de administración de medicamentos indicados.

Los niños deben ser tratados en una Unidad de Cuidados Intensivos. El ideal es que nazcan en un centro perinatal especializado o en su defecto que sean trasladados precozmente a un centro neonatal terciario. La enfermera aplica los medicamentos indicados de acuerdo con el tipo y frecuencia indicada tomando en cuenta la dosificación, vía de administración aplicando el criterio de los cinco correctos en la enfermería.

Para esto debe vigilar en los casos de hidrataciones parenterales el goteo, dosis y tiempo indicado, así como lo concerniente a posibles reacciones que se puedan presentar en el recién nacido.

Administración de Antibioticoterapia

Durante el período neonatal la infección permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad, a pesar de los grandes adelantos en el cuidado intensivo neonatal y el uso de antibióticos de amplio espectro. Al respecto Krauel X, (1991):

Cuando la infección se adquiere en el canal del parto los síntomas aparecen generalmente en la primera semana de vida y con mucha mayor frecuencia antes de los tres días. La infección del líquido amniótico puede dar lugar a infección fetal, causante de sufrimiento fetal agudo y/o de un cuadro de dificultad respiratoria inmediata al nacimiento, difícil de distinguir de la enfermedad de membrana hialina (p.34).

La gravedad de la sepsis neonatal obliga a la administración de antibióticos antes de conocer el resultado de los estudios bacteriológicos y en ocasiones sin haber recibido aún información sobre el índice de neutrófilos. El tratamiento antibiótico debe iniciarse tras la recogida de muestras para cultivos bacteriológicos, incluyendo LCR en los recién nacidos con sepsis tardía, dada su frecuente asociación con meningitis.

La vía de administración de antibióticos debe ser intravenosa, respetando las dosis y diluciones especiales para los neonatos así como la duración del tiempo de perfusión de los mismos. Una situación frecuente es la del RN con antecedentes de infección pero asintomático. No existe un criterio de actuación unánime, pero el más aceptado es la realización de una serie blanca y hemocultivo.

Administración de Hidratación

La hidratación se considera una forma de recuperar la capacidad hídrica funcional del organismo, especialmente en niños recién nacidos, de bajo pesos al nacer, ya que como lo afirma Medina, B. (2007) “El proceso de hidratación del niño de bajo peso al nacer se considera un factor de fundamental importancia, por cuanto la naturaleza y características fisiológicas de este tipo de paciente obliga medicamente a tomar acciones en pro de los proceso nutricionales del niño” (p. 23)

De esta forma, al considerar dentro de los cuidados de enfermería la nutrición del niño recién nacido de bajo peso, es importante que el personal responsable de esta tarea atienda a las características y necesidades de hidratación, previo diagnostico medico para seguir el cumplimiento de las instrucciones medica y que de esta forma el proceso de recuperación del paciente se corresponda con las expectativas planificadas en los cuidados de enfermería.

Administración de Nutrición Parenteral

Durante el proceso de cuidados y atención del niño recién nacido de bajo peso al nacer, la hidratación parenteral constituye, según Ferrer, A. (2004) una práctica permanente como parte de la búsqueda del restablecimiento del equilibrio fisiológico de los niños” (p. 12) En este sentido el personal de enfermería en los cuidados del recién nacido debe cumplir con acciones específicas en cuanto a la nutrición parenteral, identificando vías y practicando el tratamiento siguiendo los elementos correctos de administración de medicamentos parenteral.

Alimentación:

Los factores nutricionales, inmunológicos y el afecto que requiere el recién nacido se encuentran conjugados en la lactancia materna. De acuerdo con Quijada, P. (2006) “La valoración de la función nutricional está en relación con el cuidadoso examen del tracto digestivo. En la boca se deben mirar la integridad de la línea media para descartar la presencia de labio paladar hendido o fisuras” (p.23)

Se explora la calidad de la succión y de la deglución, la forma más adecuada es colocar al niño al seno materno en la sala de hospitalización. La inspección del abdomen nos permitirá observar si existe distensión o excavación, o marcas de asas intestinales que puedan tener relación con procesos obstructivos intestinales, o megacolon. Observación de hernias inguinales y umbilicales. Diastasis de rectos anteriores onfaloceles.

Alimentación por vía sonda

Para Quijada, P. (2006), “la nutrición enteral tiene una enorme importancia en el manejo del paciente crítico siendo actualmente una faceta más de su tratamiento. (P.26). Está indicada cuando el paciente no pueda, no deba o no quiera comer lo suficiente para satisfacer sus necesidades nutricionales, que además, pueden estar aumentadas por la propia enfermedad. Quijada, P. (2006) describe dos tipos de alimentación por vía enteral, las cuales serán descritas a continuación:

- **Sonda Orogástrica:** Esta indicada para alimentar al RN con reflejo de succión-deglución ausente o incoordinado y además aquel RN que presente problemas respiratorios porque la sonda se introduce por boca y llega al estomago y el niño es un respirador nasal.

- **Sonda Nasogástrica:** Tiene la misma indicación que la sonda orogástrica en un principio, esto quiere decir que está indicada en aquellos RN que tengan el reflejo succión-deglución ausente o incoordinado y que no presentan problemas respiratorios.

La medición para la sonda tanto orogástrica, como nasogástrica es la misma y la medida es la NOX (punta de la nariz, lóbulo de la oreja, apéndice xifoides). Cuando uno mide no debe tocar la piel del niño para evitar infecciones. Todo recién nacido que este alimentado con sonda orogástrica o nasogástrica siempre antes de iniciar la alimentación debemos medir la cantidad de residuo gástrico y esto tiene como objetivo evaluar la tolerancia alimenticia en relación al tiempo de vaciamiento gástrico.

Exámenes de Laboratorio:

Se refiere a los examen de rutina que se aplican en el recién nacido, los exámenes de laboratorios tienen por objeto corroborar el diagnóstico de aspiración de meconio, evaluar la existencia de otras complicaciones de la asfixia y controlar los efectos del tratamiento. Se deben practicar los siguientes exámenes: Hemograma completo. Es importante para tener valores de hematocrito y pesquisar una posible infección.

Coprocultivo:

Se denomina coprocultivo a la siembra de una muestra adecuada de heces en medios de cultivo apropiados para el desarrollo de bacterias entéricas patógenas. Muestra adecuada es aquella que ha sido recolectada durante el periodo agudo de la enfermedad, cuando es más fácil comprobar

presencia de pus, moco o sangre, y antes de la administración de antimicrobianos. De acuerdo con Medina, B. (2007)

Para realizar el examen se emplean heces que no tengan más de media hora de obtenidas, o muestras tomadas directamente del recto con un hisopo de algodón. Cuando las siembras no se pueden efectuar de inmediato o la muestra demora en llegar al laboratorio, se aconseja emulsionar aproximadamente 1g de heces en 1º ml de un líquido conservador, o bien, depositar en éste el hisopo rectal. (p.12)

Este medio selectivo, empleado para aislar *Salmonella* y *Shigella* ejerce una buena inhibición sobre agentes coliformes, sin limitar el desarrollo de los patógenos gramnegativos. Se utiliza especialmente junto al agar-sulfito de bismuto, para siembra de materiales provenientes de medios enriquecedores, como caldo tetracionato y caldo con selenito. Contiene sales biliares, lactosa, citrato y tiosulfato sódico, citrato férrico, verde brillante y rojo neutro como indicador. *Shigella* y *Salmonella*, como también otros agentes que no fermentan la lactosa, aparecen como colonias lisas, transparentes a opacas; las pocas colonias fermentadoras de la lactosa que se pueden desarrollar tienen color rojo y un centro negro. Conviene señalar que la bilis o las sales biliares inhiben el crecimiento de microorganismos grampositivos y esporulados sin interferir en el crecimiento de los bacilos gramnegativos.

Exámenes de Heces, orina en neonatos

El examen de heces tiene su máxima indicación clínica en las diarreas crónicas, y en general interesa en aquellos procesos que cursan con insuficiencia digestiva o en los que se busca el germen o parásito de la enfermedad. Para Medina, B. (2007), “lo más importante es la simple inspección de las heces: el análisis puede no decidir nada; en cambio, la

inspección consciente tiene un valor definitivo y con frecuencia nos permite sentar definitivamente los diagnósticos". (p. 18)

Por otra parte el análisis de orina proporciona información valiosa para la detección, diagnóstico diferencial y valoración de alteraciones nefrourológicas, y, ocasionalmente, puede revelar elementos de enfermedades sistémicas que transcurren silentes o asintomáticas. Su interpretación data desde los albores de la medicina, y gracias al desarrollo de técnicas bioquímicas aplicadas a la orina, la información que aporta, así como su exactitud, están en continuo crecimiento. Las características más útiles del examen de orina son: lo fácil y rápidamente disponible de la muestra a analizar, la posibilidad de obtener información sobre muchas funciones metabólicas importantes de nuestra fisiología, y a ser un método de laboratorio simple y rápido.

Exámenes de rayos X en neonatos

La radiografía de tórax es el examen de diagnóstico por rayos X más comúnmente realizado. Una radiografía de tórax genera imágenes del corazón, los pulmones, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos y los huesos de la columna y el tórax.

Medina, B. (2007), define los exámenes de rayos X (radiografía) como: "un examen médico no invasivo que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar las condiciones médicas." (p.35) La toma de imágenes con rayos X supone la exposición de una parte del cuerpo a una pequeña dosis de radiación ionizante para producir imágenes del interior del cuerpo. Los rayos X son la forma más antigua y de uso más frecuente para producir imágenes médicas.

La radiografía de tórax se realiza para evaluar los pulmones, el corazón y la pared torácica. Una radiografía de tórax es generalmente el primer examen de imágenes utilizado para ayudar a diagnosticar síntomas tales como:

- falta de aliento
- tos fuerte o persistente
- lesión o dolor en el pecho
- fiebre

Se debe tener especial cuidado durante los exámenes de rayos X en utilizar la mínima dosis posible de radiación y a la vez generar las mejores imágenes para la evaluación.

Sistema de Variables

Variable Independiente: Cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso

Definición Conceptual:

Señala Whaley & Wong (2004); La atención del recién nacido de bajo peso constituye un área muy especializada de conocimientos y prácticas, durante el curso de la atención diaria, la enfermera realiza valoraciones sistemáticas y frecuentes del estado físico ya que los signos vitales de los neonatos cambian en el transcurso de pocas horas, durante esta valoración la enfermera debe comprobar que los aparatos mecánicos utilizados funcionen de manera adecuada, así como también arreglo de la unidad, mantener la vías aéreas permeables, higiene y confort (p. 188).

Definición Operacional:

Son las acciones que realiza la enfermera a los recién nacidos de bajo peso durante su hospitalización con la finalidad de proporcionar calidad de vida durante su enfermedad y puede estar influenciada por acciones independientes e interdependientes.

Operacionalización de Variables

Variable: Cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso.

Definición Operacional: Son las acciones que realiza la enfermera a los recién nacidos de bajo peso durante su hospitalización con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida durante su enfermedad y pueden estar influenciados por acciones independientes e interdependientes.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB. INDICADORES	ÍTEMS
Acciones de Enfermería Independiente: acciones propias de la profesional de enfermería relacionadas con el cuidado que realiza al recién nacido de bajo peso que incluye Higiene y confort, signos vitales, apoyo función pulmonar, balance hídrico	Higiene y confort. : acciones ejecutadas por la enfermera para mantener la higiene y comodidad del neonato Signos vitales: Es la medida y control de las constantes vitales en el recién nacido Medidas Antropométricas: son las mediciones de peso, talla, circunferencia cefálica, circunferencia torácica y circunferencia abdominal. Apoyo función pulmonar: es el apoyo de la función pulmonar por parte de enfermería debe enfocarse en mantener vías aéreas permeable (aspiración de secreciones drenaje postural y percusiones torácica) y oxigenoterapia	Higiene y comodidad del neonato Lavado de manos antes y después de manipular. Baño diario. Cambio de Ropa Cambio de posiciones. Permeabilidad vía periférica Cura cordón umbilical. Confort Térmico Control temperatura, pulso, respiración Peso, Talla, circunferencia cefálica, toraxica, y abdominal. Mantener vías aéreas permeables. Administración de Oxigenoterapia	1 2-3 4 5 6 7 8 9 10 11-12- 13-14- 15 16-17

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB. INDICADORES	ÍTEMS
Acciones de Enfermería: Interdependientes: Actividades que realizan los profesionales de enfermería relacionada con las intervenciones de otros profesionales de la salud, referido a tratamiento, alimentación y exámenes de laboratorio.	Balance Hídrico: se refiere al equilibrio de hidratación en el cuerpo humano. referido a control de líquidos eliminados e ingeridos y administrado.	Control de líquidos, eliminado e ingeridos y administrados	18-19-21
	Tratamiento: Es el proceso de administración de medicamentos indicados.	Administración de antibióticoterapia, administración de hidrataciones y nutrición parenterales	22-23-24
	Alimentación: se refiera a los tipos de administración en el organismo	Vía oral: Verificar buena succión, sacar gases. Vía Sonda: Verificar si la sonda esta en zona correcta, la alimentación debe ser por gravedad.	25-26 27-28
	Exámenes de laboratorio: se refiere a los exámenes de rutinas que se aplican en los recién nacidos	Rutina de laboratorio, coprocultivos, heces y orina. Rayos "X"	29-30-31

Definición de términos básicos

Atención inmediata: La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido.

Bases de Autocuidado: Son las características que contribuyen a promover el autocuidado de la usuario en función de la interacción, comunicación, estimulación y acercamiento embarazada – enfermera.

Enfermería Neonatal: función de la enfermera en los servicios de neonatología está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos.

Incubadoras: Son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo, funcionan con corriente eléctrica, por lo tanto hay que tener la precaución que se tiene con todos los aparatos eléctricos, tomatierra, cables no pelados, etc.

Neonatología: Es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio es decir el "estudio del recién nacido".

Parto: El parto es el mecanismo por el cual en los animales vivíparos, una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior en un tiempo relativamente breve.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de investigación se enmarca en un diseño de campo en un tipo de estudio descriptivo y fundamentalmente a dar respuestas a las interrogantes que se plantean en el estudio. Esta modalidad descriptiva se dirige a determinar y describir la naturaleza de una situación, tal como existe en el momento de estudiarla.

Este tipo de investigación trabaja sobre realidades concretas y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta de los hechos. En apoyo a este planteamiento Sabino, S (2008), afirma “que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual”. (p. 91). De esto se deduce que este tipo de investigación se caracteriza por conocer una situación concreta y señalar sus rasgos predominantes, de modo de producir informaciones que conduzcan al avance del conocimiento.

El tipo de estudio es descriptivo, ya que en ellas se busca determinar los cuidados de enfermería a los recién nacidos de bajo peso, hospitalizados en la Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo hospitalario “Ruiz y Pez”, de Ciudad Bolívar. El diseño de la investigación es de campo y constituye un plan estructurado de acción que en función de unos objetivos básicos está orientado a la obtención de datos relevantes a los problemas e indicadores planteados.

El diseño de investigación se explica así según el criterio de Sampier, A (2008), como de campo sobre el cual expresa que: “La estrategia metodológica que permite evaluar de manera adecuada las relaciones entre las variables, es decir, el diseño le indica al investigador que observaciones hacer, cómo hacerlas y cómo analizar los datos que representan tales observaciones” (p. 53).

A partir de esta explicación el diseño se estudia como parte de un proceso investigación de campo ligada entre sí con el método científico que es precisamente la sucesión de pasos requeridos en la investigación para comprobar o desaprobar la hipótesis vinculada al objeto de estudio. Así más adelante el mismo autor señala: “Su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento”. (p. 60).

De esta forma la investigación se asume como la más correspondiente a los objetivos formulados para el estudio y sus resultados permitieron plantear las soluciones respectivas.

Población y Muestra:

La población se define a través del universo que es objeto de estudio, en este sentido constituye según Hamdam, N (2006): “El conjunto de unidades físicas u objetos a los cuales se les mide una o más características constituyen el universo pudiendo obtenerse diferentes poblaciones de características distintas” (p. 27). La población se define a partir del universo que el objeto de estudio, en este sentido.

La población según lo formula Hurtado J, (2000), “se refiere a un conjunto de elementos, seres o eventos concordantes entre sí en cuanto a una serie de características de los cuales, se desea obtener información” (p. 152). La población seleccionada para este estudio estuvo conformada por 21 enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico del Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, los cuales se tomara para el estudio la totalidad de la población (100%).

Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos:

Se utilizó en primer término la técnica de observación y de análisis de contenido para complementar la búsqueda de información y procedimientos de datos y contenidos relacionados con el tema objeto de estudio. Se procedió a seleccionar la guía de observación, como instrumento de recolección de datos. Según Briones G. (1989) “es el instrumento el que provee de datos relevantes susceptibles de ser sometidos a cuantificación o tratamiento estadístico en función del registro observado”. (p. 307).

Este instrumento fue aplicado a la población en estudio y fue elaborado de acuerdo a la variable operacionalizada en este estudio. (Anexo A) el cual tiene 31 ítems en cuanto a lo que considero el criterio de siempre – algunas veces-nunca, a fin de observar cómo se realizan los cuidados de enfermería a recién nacidos de bajo peso en la Unidad Clínica de reten patológico del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Validación del Instrumento:

La validación del instrumento se realizó a través de Juicio de Expertos para la verificación y comprobación de ítems, en consideración con la variable que se formulo para el estudio. En este sentido Sabino, C (1998), explica:

“La validez de la escala de estimación como instrumento de recolección de datos para la investigación de campo viene dada por la correspondencia del constructo con los objetivos de la investigación, lo que puede ser validado con la intervención de un experto en el área” (p.34)

La validación del instrumento fue realizado por expertos en la materia, los cuales autorizaron, luego de la revisión y conexión, llevarlos a la práctica. (Ver anexo B)

Confiabilidad:

Para el estudio piloto se tomó una población similar a la muestra. La prueba piloto permitió determinar el grado de confiabilidad y objetividad del instrumento, así como también estimar el tiempo y el momento para su aplicación definitiva, la reacción de las personas ante el instrumento, cómo lograr una mayor motivación por parte de la persona para responderlo, en qué orden debieron colocarse las preguntas y si era necesario incorporar o eliminar algunos ítems.

La confiabilidad de la escala de estimación consiste en la obtención de puntuaciones que se le aplicó a un grupo de personas. Para determinar la confiabilidad de la guía de observación se utilizo el coeficiente Alfa de Crombach en el cual se aplicó a 5 sujetos; obteniéndose luego el coeficiente

de correlación entre los resultados obtenidos; a mayor coeficiente de correlación, mayor coeficiente de confiabilidad. (Ander - Egg, 2004, p. 306).

En esta forma la confiabilidad del instrumento se determinó a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach (α) cuya fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{I.S_1^2}{1.S_r^2} \right)$$

Donde:

α = Índice de Confiabilidad
 K = Número de Preguntas
 $S^2 I$ = Varianza 1
 $S^2 r$ = Varianza 2

Lo que proporcionara un coeficiente entre 0 y 1 demostrando el alto nivel de confiabilidad del instrumento aplicado, cuyo resultado fue ubicado en 0,81, lo que permitió plantear una confiabilidad significativa. (Ver anexo C)

Procedimiento para la recolección de los datos:

Para Hurtado J (2000) “El método o técnica de recolección de datos comprende los procedimientos que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a sus preguntas de investigación” (p. 427).

En este estudio se elaboró el instrumento, para llevar a cabo la recolección de la información se realizara el siguiente procedimiento: Se estableció la comunicación verbal y escrita con las directivas del complejo hospitalario “Ruiz y Páez” a fin de solicitar permiso para realizar la investigación. Se realizó una reunión con jefes y coordinadores de la unidad

clínica de reten patológico para informarle el plan de recolección de la información.

Se efectuó reunión con las enfermeras de la unidad clínica del retén patológico con el objetivo de solicitar su participación y cooperación en la investigación propuesta. Se procedió a realizar la observación con la guía de observación, haciendo los registros correspondientes. La observación se realizó a cada enfermera durante el cumplimiento de sus periodos de guardia en el sitio. Las mismas con un tiempo aproximado de dos horas.

Plan de Tabulación y Análisis

El tipo de técnica de análisis que se utilizó es del tipo descriptivo por cuanto de acuerdo con el criterio de Sampier, M (2008): “Esta se fundamenta en la recolección, organización y presentación de los datos, de forma tal, que se pueda discutir a partir de ellos, cual es la situación actual del fenómeno que se estudia.” (p. 47).

De acuerdo con la apreciación teórica sobre la investigación de tipo descriptivo de Sampier, M (2008) relata que: “...consiste en describir algunas características fundamentales de conjunto homogéneas, el utilizar anterior sistemático que permitan poner de manifiesto de esta forma se puede obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada. (p.40).

Por ello el análisis descriptivo de resultados se hizo procediendo a la elaboración de tablas de frecuencia simple y porcentual para cada uno de los ítems del instrumento y así se podrán relacionar los resultados, permitiendo presentar claramente los vínculos existentes entre los distintos elementos participantes en el desarrollo de la investigación

CAPITULO IV

PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo se refiere a la presentación de resultados e interpretación realizando para responder a las interrogantes planteadas durante el desarrollo de la investigación.

La información recaudada se presenta en cuadros de frecuencia simple y porcentual, las cuales reflejan los resultados de la guía de observación el tipo de análisis que se utilizó para confrontar los resultados obtenidos a la variable es el interpretativo. El tipo de análisis que se utilizó en la investigación fue descriptivo e inferencial, basado en la descripción de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, en función de los cuales se hacen las inferencias y comparación de los mismos, con la teoría e interpretación a la problemática estudiada.

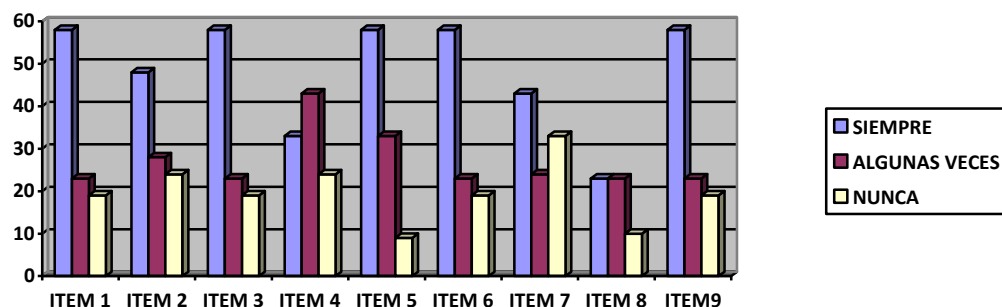
CUADRO 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN LA
HIGIENE Y CONFORT DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO.UNIDAD CLINICA DE RETEN
PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
1 ¿La enfermera ejecuta medidas de confort al recién nacido de bajo peso?	12	58	05	23	04	19	21	100
2 ¿Practica el lavado de manos antes de la manipulación proporcionando cuidados antisépticos al recién nacido?	10	48	06	28	05	24	21	100
3 ¿Practica el lavado de mano después de la manipulación del recién nacido?	12	58	05	23	04	19	21	100
4 ¿Aplica el baño diario al recién nacido de bajo peso?	07	43	09	33	05	24	21	100
5 ¿Practica el cambio de ropa al recién nacido de bajo peso considerando las condiciones ambientales?	12	58	07	33	02	09	21	100
6 ¿Realiza el cambio de posición del recién nacido de acuerdo con las condiciones clínicas del mismo?	12	58	05	23	04	19	21	100
7 ¿Verifica la permeabilidad de vía periférica administrando solución fisiológica?	09	43	05	24	07	33	21	100
8 ¿Realiza la cura de cordón umbilical del recién nacido de bajo peso con cada cambio de pañal?	14	67	05	23	02	10	21	100
9 ¿Mantiene el confort térmico utilizando medidas de aislamiento (incubadora) proporcionándole calor?	12	58	05	23	04	19	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 1

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN LA HIGIENE Y CONFORT DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente Cuadro N° 1

En relación con el ítem sobre si las acciones de enfermería toma en consideración la higiene y comodidad del neonato se observo que el 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 19% nunca. Se asume de esta forma, que el personal de enfermería realiza un practica tomando en cuenta las necesidades del neonato en cuanto a higiene y confort que es determinante para asegurar la recuperación del neonato de bajo peso al nacer y que se considera importante el nivel de cumplimiento de estas acciones como responsabilidad de las enfermeras.

En relación con el ítem sobre si practica el lavado de manos antes y después de manipular al recién nacido, se observo que 48% de las enfermeras lo realiza siempre, 28% algunas veces y 24 % nunca. Se asegura de esta forma, aunque en forma moderada una de las técnicas que debe aplicar la enfermera como es el lavado de manos antes y después de

manipular el neonato, lo cual debe ser una práctica continua dado que asegura la higiene tanto para el neonato y previene posibles infecciones, como para el personal de enfermería.

En relación con el ítem sobre si aplica el baño diario al recién nacido de bajo peso, se observo que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 33% algunas veces y 19% nunca. De lo expresado en el cuadro se infiere que en la práctica de los cuidados de enfermería el baño diario es un acción que la enfermera ejecuta con bastante regularidad de acuerdo con los parámetros de cuidados del neonato de bajo peso al nacer, con lo cual se mantienen las medidas de higiene que se requieren para estos casos.

En relación con el ítem sobre si realiza el cambio de ropa de acuerdo con los cuidados que se deben tener para los recién nacidos de bajo peso, se observo que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 33% algunas veces y 9% nunca. De esta forma los cuidados de enfermería en relación con la practica el cambio de ropa de acuerdo con los cuidados que se deben tener para los recién nacidos de bajo peso, se aplican en forma significativa como parte de las acciones de cuidados de la enfermera hacia el neonato.

En relación con el ítem sobre si considera el cambio de posiciones del recién nacido de acuerdo con las especificaciones para niños con bajo peso al nacer, se observo que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 19% nunca. Se infiere de los resultados que el personal de enfermería aplica de forma significativa este tipo de cuidados que le asegura al recién nacido una movilidad de acuerdo con las características y riesgos que puede presentar este tipo de neonato En relación con el ítem sobre si

realiza la permeabilidad de las vías periférica del niño recién nacido, se observó que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 24% algunas veces y 33% nunca.

Esta es una medida que forma parte importante de los cuidados al recién nacido de bajo peso al nacer dado que asegura procesos respiratorios normalizados mientras dure la estadía en el área clínica y lo cual forma parte de las acciones que permanente debe aplicar el personal de enfermería y con lo cual contribuye a la rápida recuperación del niño recién nacido.

En relación con el ítem sobre si realiza la cura del cordón umbilical del recién nacido de bajo peso con cada cambio del pañal, se observó que 67% las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 10% nunca. De los resultados, en el cuadro se observa que el personal de enfermería aplica en forma significativa y con bastante regularidad la cura del cordón umbilical con el cambio de pañal, lo cual asegura la higiene y la prevención de posibles infecciones en esta área, siempre y cuando esta acción se aplique en forma sistemática como parte de los cuidados de enfermería al neonato de bajo peso al nacer. En relación con el ítem sobre si mantiene el confort térmico del recién nacido de bajo peso, se observó que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 19% nunca. Se asume de esta forma, que el personal de enfermería aplica acciones para mantener el control térmico en el recién nacido de bajo peso al nacer, lo cual constituye un aspecto de importancia dada la tendencia del neonato a bajar considerablemente de la temperatura corporal y con lo cual se previene riesgos de hipotermia que puedan causar daños en el neonato.

CUADRO 2

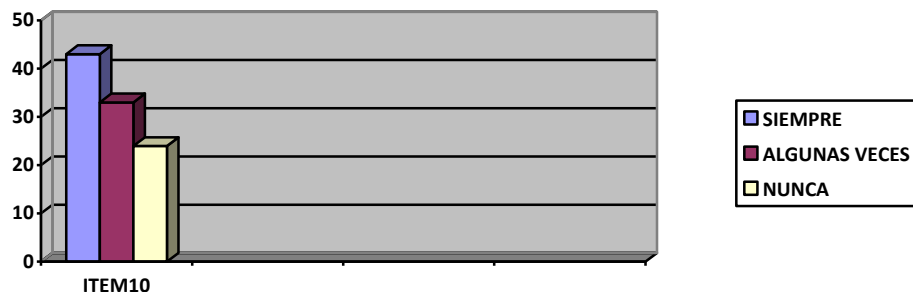
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN RELACION CON SIGNOS VITALES DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
10 ¿Controla los signos vitales del recién nacido de bajo peso?	09	43	07	33	05	24	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada al enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 2

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN RELACION CON SIGNOS VITALES DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente Cuadro N° 2

En relación con el ítem sobre si controla los signos vitales temperatura, pulso, respiración del recién nacido de bajo peso, se observo que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 33% algunas veces y 24% nunca. De acuerdo con los resultados expuestos en el cuadro se infiere que existe una práctica de las acciones de enfermería para el cuidado del neonato de bajo peso al nacer en la que el control de los signos vitales de temperatura, pulso, respiración del recién nacido, constituyen un procedimiento que se toma en consideración como parte de las acciones de enfermería y que debe constituir una práctica continua que asegure el control permanente del neonato mientras dure su estadía en la unidad clínica.

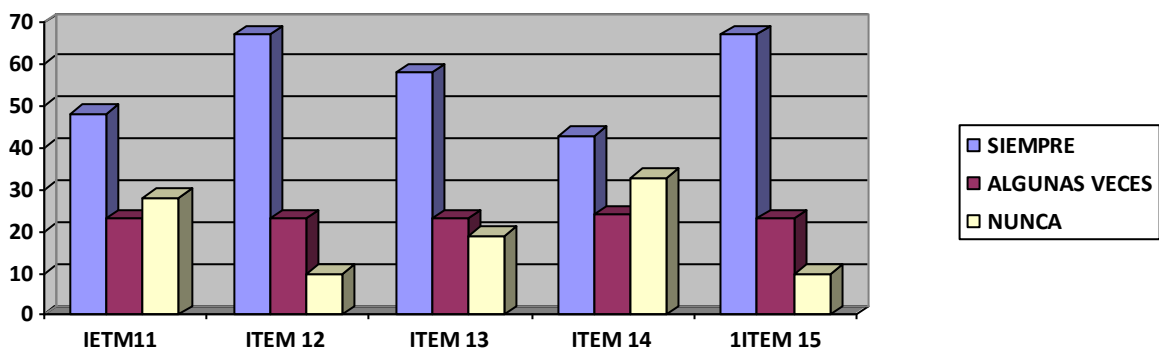
CUADRO 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
11 ¿Controla el peso del recién nacido de bajo peso?	10	48	05	23	06	29	21	100
12 ¿Controla talla del recién nacido de bajo peso?	14	67	05	23	02	10	21	100
13¿Controla circunferencia cefálica al recién nacido de bajo peso?	12	58	05	23	04	19	21	100
14 ¿Realiza control de circunferencia torácica al recién nacido de bajo peso?	09	43	05	24	07	33	21	100
15 ¿Realiza control de circunferencia abdominal al recién nacido de bajo peso?	14	67	05	23	02	10	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 3
REPRESENTACIÓN PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA
INDEPENDIENTE EN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL RECIEN
NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO,
COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 3

En relación con el ítem 11, sobre si controla peso del recién nacido de bajo peso, se observo que 48% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 29% nunca. Se asume, a partir de los resultado que las enfermeras aplican el control del peso del recién nacido como parte de las acciones que se exigen en forma continua en el cuidado de este tipo de pacientes, dado los riesgos que significa el bajo peso al nacer y las medidas que es necesario tomar desde el punto de vista médico con la información que proporciona el peso tomado en forma periódica.

En relación con el ítem 12 sobre si controla talla del recién nacido después del nacimiento, se observo que 67% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 10% nunca. En cuanto al control de la circunferencia cefálica al recién nacido de bajo peso señalado en el ítems 13 se obtuvo el 58 % siempre; 23 % algunas veces y 19 % nunca.

En cuanto al ítems 14 se observó en relación al control de circunferencia torácica al recién nacido de bajo peso esta se realiza 43 % siempre; 24 % algunas veces y 33 % nunca. En el ítems 15 se observó que el control de circunferencia abdominal al recién nacido de bajo peso se realiza 67 % siempre; 23 % algunas veces y 10 % nunca.

De los resultados del cuadro se infiere que el personal de enfermería como parte de los cuidados al neonato de bajo peso al nacer considera el control de talla con una aplicación significativa que forma parte del protocolo de cuidado para estos casos proporcionando información sobre las características antropométricas del recién nacido.

CUADRO 4

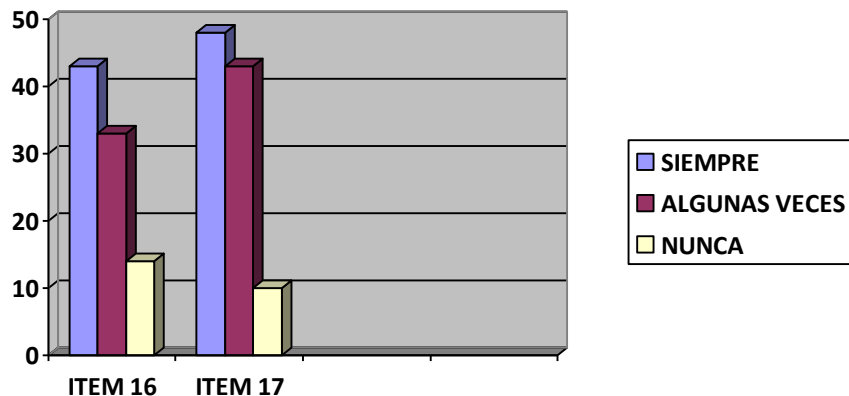
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN APOYO FUNCIÓN PULMONAR DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
16 ¿Mantiene las vías aéreas permeables utilizando aspirador neonatal al recién nacido de bajo peso?	09	43	09	43	03	14	21	100
17 ¿Administra oxigenoterapia al recién nacido de bajo peso?	10	47	09	43	02	10	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 4

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN APOYO FUNCIÓN PULMONAR DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 4

En relación con el ítem sobre si realiza acciones de enfermería para mantener vías aéreas permeables del recién nacido de bajo peso, se observo que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 34% algunas veces y 14% nunca. Dentro de los cuidados de enfermería, que se practican al neonato de bajo peso al nacer el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas constituye un especial cuidado, dada la posibilidad de riesgos que constituyen tanto los posibles focos de infecciones como la fragilidad que caracteriza este neonato. En relación con el ítem sobre si realiza acciones de enfermería para la administración de oxígeno terapia del recién nacido de bajo peso, se observó que 47% de las enfermeras la realiza siempre, 43% algunas veces y 10% nunca. De los resultados se infiere que el personal de enfermería aplica en forma significativa la administración oxígeno terapia del recién nacido de bajo peso, lo cual constituye un procedimiento que debe ser practicado con la regularidad indicada dada las condiciones respiratorias frágiles que presenta el recién nacido de bajo peso al nacer.

CUADRO 5

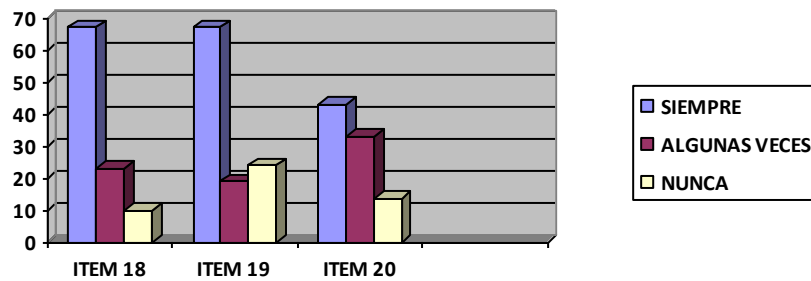
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN BALANCE HIDRICO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
18 ¿Realiza control de liquido eliminado (orina, residuos gástricos) al recién nacido bajo peso?	13	67	05	23	02	10	21	100
19 ¿Realiza control de líquidos ingeridos (leche, agua) en el recién nacido de bajo peso?	13	62	04	19	04	19	21	100
20 ¿Controla medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso?	09	43	09	43	04	14	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 5

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE EN BALANCE HIDRICO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 5

En relación con el ítem sobre si realiza acciones de control de medidas de líquidos ingeridos del recién nacido de bajo peso, se observó que 67% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 10% nunca. De los resultados se infiere que el personal de enfermería aplica en forma periódica las realiza acciones de control de medidas de líquidos ingeridos del recién nacido después del nacimiento, lo que significa que es considera este tipo de cuidados como parte de las necesidades que se plantean para los niños de bajo peso al nacer. En relación con el ítem sobre si acciones de control de medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso, se observó que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 43% algunas veces y 14% nunca. Se infiere que el personal de enfermería aplica en forma significativa las acciones de ccontrol de medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso, como parte de lo indicado para la recuperación del neonato con bajo peso al nacer y en la que se valora como importante la administración de líquidos como parte de las condiciones de deshidratación a las que tienden este tipo de pacientes.

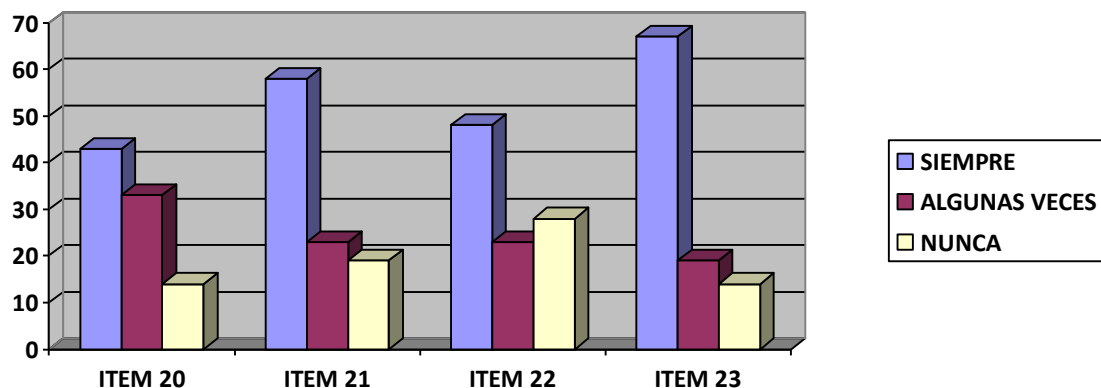
CUADRO 6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA
INTERDEPENDIENTE EN EL TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO DE
BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO
HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
21¿Administra antibióticoterapia al recién nacido de bajo peso según indicaciones medicas?	12	57	05	24	04	19	21	100
22¿Administra líquidos intravenoso según indicaciones medicas?	10	47	05	23	06	28	21	100
23¿Administra nutrición parenteral del recién nacido bajo peso según indicaciones medicas?	14	67	04	19	03	14	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad
Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 6

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE EN EL TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 6

El ítem 20 refiere que las enfermeras controlan las medidas de líquidos administrativos del recién nacido de bajo peso siempre 43%; algunas veces 33% nunca 14%. En relación con el ítem 21 sobre si en el proceso de tratamientos de medicamentos indicados, se administra antibióticoterapia al recién nacido, se observó que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 24% algunas veces y 19% nunca. Se asume de estos resultados que el personal de enfermería en los cuidados del neonato de bajo peso al nacer aplica con bastante regularidad el proceso de tratamientos de medicamentos indicados, se administra antibióticoterapia al recién nacido, lo que constituye parte importante dado los riesgos de infecciones que experimenta el neonato.

En relación con el ítem 22 sobre si se realiza la administración de líquidos intravenosos al recién nacido de bajo peso, se observó que 48% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 28% nunca. Se infiere que el personal de enfermería asume como parte importante la administración de líquidos intravenosos al recién nacido de bajo peso, por cuanto este neonato presenta necesidades hídricas importantes que deben ser cubiertas de acuerdo a lo indicado para asegurar la recuperación progresiva del neonato de bajo peso al nacer.

En relación con el ítem 23 sobre si efectúa la administración de nutrición parenteral del recién nacido de bajo peso, se observó que 67% de las enfermeras lo realiza siempre, 19% algunas veces y 14% nunca.

De acuerdo con los resultados del cuadro se infiere que el personal de enfermería aplica en forma significativa la se efectúa la administración de la nutrición parenteral del recién nacido de bajo peso, lo que constituye un aspecto importante dada las condiciones de fragilidad de peso del neonato en la que esta nutrición es indicada como parte importante de su recuperación y de los cuidados de enfermería.

CUADRO 7

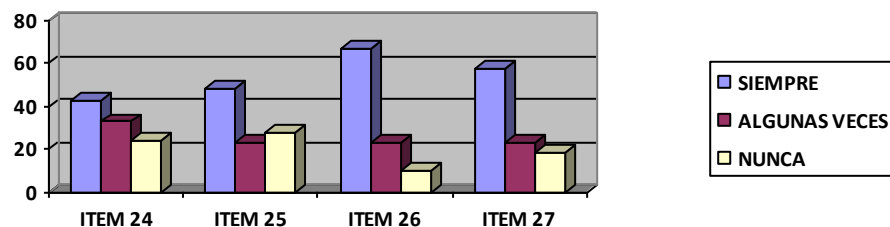
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE EN LA ALIMENTACIÓN DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
24¿Proporciona alimentación oral verificando buena succión del recién nacido bajo peso?	09	43	07	33	05	24	21	100
25¿Saca los gases al recién nacido de bajo peso luego de la alimentación?	10	48	05	24	06	28	21	100
26¿Verifica la permeabilidad y funcionabilidad de la sonda cuando la alimentación es por gravedad?	14	67	05	23	07	10	21	100
27¿Administra alimentación por sondas orogastrica por gravedad?	12	58	05	23	04	19	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 7

REPRESENTACION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE EN LA ALIMENTACIÓN DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 7

En relación con el ítem sobre si realiza la alimentación oral verificando buena succión del recién nacido y sacando gases al recién nacido, se observó que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 33% algunas veces y 24% nunca. Se observa de acuerdo con los resultados que el personal de enfermería como parte de los cuidados al neonato con bajo peso al nacer aplica la alimentación oral verificando buena succión del recién nacido y sacando gases al recién nacido, una exigencia particular que caracteriza este tipo de paciente y lo cual deber ser parte importante para su recuperación.

En relación con el ítem sobre si realiza la alimentación vía sonda: verificando que la sonda este en zona correcta que la alimentación debe ser por gravedad, se observó que 67% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 10% nunca. Se infiere que el personal de enfermería aplica como parte de los cuidados al neonato de bajo peso al nacer los realiza la alimentación vía Sonda: verificando que la sonda este en zona correcta que la alimentación debe ser por gravedad, lo que constituye una

medida de importancia dada las características del neonato en la que se indica este tipo de alimentación. En relación con el ítem sobre si realiza la alimentación vía Sonda oral verificando que debe ser por gravedad, se observó que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 58% algunas veces 23% y 19% nunca.

De los resultados del cuadro se observa que el personal de enfermería aplica en forma significativa el control de la realiza la alimentación vía Sonda oral verificando que debe ser por gravedad, que es una indicación que se realiza para este tipo de paciente y lo que constituye una indicación orientada a la recuperación tanto del peso como de las condiciones orgánicas del recién nacido de bajo peso.

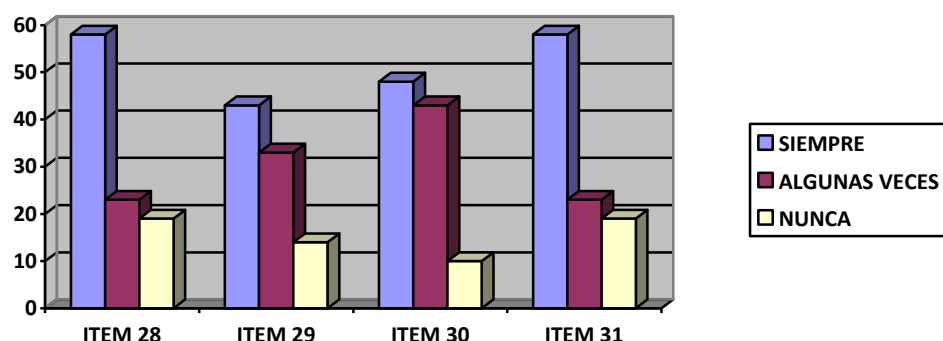
CUADRO 8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA
INTERDEPENDIENTE EN LOS EXAMNES DE LABORATORIO DEL
RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN
PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD
BOLIVAR, 2009

ITEMS	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%	NUNCA	%	Total F.A	Total %
28¿Aplica usted rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso?	12	58	05	23	04	19	21	100
29¿Toma muestra de heces para realizar examen de laboratorio “coprocultivo” al recién nacido de bajo peso?	09	43	09	43	03	14	21	100
30¿Toma muestra de orina al recién nacido de bajo peso con bolsa recolectora para examen de orina?	10	48	09	43	02	09	21	100
31¿Realiza traslado del recién nacido de bajo peso para realizar placas de tórax?	12	58	05	23	04	19	21	100

Fuente: Guía de Observación Aplicada a las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Reten Patológico

GRAFICO 8

PORCENTUAL DE ACCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO. UNIDAD CLINICA DE RETEN PATOLOGICO, COMPLEJO HOSPITALARIO “RUIZ Y PAEZ” CIUDAD BOLIVAR, 2009



Fuente: Cuadro 8

En relación con el ítem sobre si se aplican rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso, se observó que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 19% nunca. Se infiere que el personal de enfermería considera importante la aplicación de rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso, lo cual además de ser una indicación permite el control fisiológico orgánico del recién nacido de bajo peso al nacer, para tomar decisiones que se requieran hasta que el neonato abandone la unidad una vez recuperado el peso.

En relación con el ítem sobre si se llevan a cabo exámenes de laboratorio de orina al recién nacido de bajo peso, se observó que 43% de las enfermeras lo realiza siempre, 33% algunas veces y 14% nunca. Esta práctica constituye una acción que el personal de enfermería debe aplicar en forma sistemática para controlar exámenes de laboratorio de orina al recién nacido de bajo peso, lo que forma parte importante de las medidas de control

del neonato. En relación con el ítem sobre si realiza traslado para realizar exámenes de Rayos “X” al recién nacido de bajo peso, se observó que 58% de las enfermeras lo realiza siempre, 23% algunas veces y 19% nunca.

De esta forma el personal de enfermería participa de los controles en la que aplicación exámenes de Rayos “X” al recién nacido de bajo peso, quien debe participar para disminuir y proporcionar cuidados al neonato de manera que este tipo de exámenes no signifique un riesgo para el recién nacido.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A partir de la elaboración del estudio se plantean como conclusiones significativas las siguientes

El personal de enfermería realiza la práctica tomando en cuenta las necesidades del neonato en cuanto a higiene y confort que es determinante para asegurar la recuperación del neonato de bajo peso al nacer y que se considera importante el nivel de cumplimiento de estas acciones como responsabilidad de las enfermeras.

En la ejecución de los cuidados de enfermería, en el baño diario es un acción que la enfermera que práctica con bastante regularidad de acuerdo con los parámetros de cuidados del neonato de bajo peso al nacer, con lo cual se mantienen las medidas de higiene que se requieren para estos casos.

Los cuidados de enfermería en relación con el cambio de ropa de acuerdo con los cuidados que se deben tener para los recién nacidos de bajo peso, se aplican en forma significativa como parte de las acciones de cuidados de la enfermera hacia el neonato. El personal de enfermería aplica de forma significativa este tipo de cuidados con los que asegura al recién nacido una movilidad de acuerdo con las características y riesgos que puede presentar este tipo de neonato

El personal de enfermería aplica en forma significativa y con bastante regularidad la cura del cordón umbilical con el cambio de pañal, lo cual asegura la higiene y la prevención de posibles infecciones en esta área, siempre y cuando esta acción se aplique en forma sistemática como parte de los cuidados de enfermería al neonato de bajo peso al nacer.

El personal de enfermería aplica acciones para mantener el control térmico en el recién nacido de bajo peso al nacer, lo cual constituye un aspecto de importancia dada la tendencia del neonato a bajar considerablemente de la temperatura corporal y con lo cual se previene riesgos de hipotermia que puedan causar daños en el neonato

El personal de enfermería ejecuta las acciones para el cuidado del neonato de bajo peso al nacer en la que el control de los signos vitales de temperatura, pulso, respiración del recién nacido, constituyen un procedimiento que se toma en consideración como parte de las acciones de enfermería y que debe constituir una práctica continua que asegure el control permanente del neonato mientras dure su estadía en la unidad clínica

Las enfermeras aplican el control del peso del recién nacido como parte de las acciones que se exigen en forma continua en el cuidado de este tipo de pacientes, dado los riesgos que significa el bajo peso al nacer y las medidas que es necesario tomar desde el punto de vista médico con la información que proporciona el peso tomado en forma periódica.

El personal de enfermería como parte de los cuidados al neonato de bajo peso al nacer considera el control de talla con una aplicación significativa que forma parte del protocolo de cuidado para estos casos proporcionando información sobre las características antropométricas del recién nacido.

Se sistematiza la información que el personal de enfermería debe registrar sobre eventos orgánicos de importancia del recién nacido de bajo peso al nacer y cuya información una vez controlada permite la recuperación de este tipo de pacientes.

Dentro de los cuidados de enfermería, que se practican al neonato de bajo peso al nacer el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas constituye un especial cuidado, dada la posibilidad de riesgos que constituyen tanto los posibles focos de infecciones como la fragilidad que caracteriza este neonato.

El personal de enfermería aplica en forma significativa la administración oxígeno terapia del recién nacido después del nacimiento, lo cual constituye un procedimiento que debe ser practicado con la regularidad indicada dada las condiciones respiratorias frágiles que presenta el recién nacido de bajo peso al nacer.

El personal de enfermería aplica en forma bastante significativa las acciones de permeabilidad vía periférica del recién nacido de bajo peso, lo que forma parte importante de los cuidados específicos a este neonato.

El personal de enfermería aplica en forma significativa las acciones de control de medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso, como parte de lo indicado para la recuperación del neonato con bajo peso al nacer y en la que se valora como importante la administración de líquidos como parte de las condiciones de deshidratación a las que tienden este tipo de pacientes.

El personal de enfermería asume como parte importante la administración de hidrataciones al recién nacido de bajo peso, por cuanto este neonato presenta necesidades hídricas importantes que deben ser cubiertas de acuerdo a lo indicado para asegurar la recuperación progresiva del neonato de bajo peso al nacer.

Recomendaciones

Atendiendo a las conclusiones señaladas surgen las siguientes recomendaciones las cuales están orientadas en función de los siguientes aspectos:

- Establecer criterios de actuación controlada de los procedimientos que aplica el personal de enfermería como parte de los cuidados al recién nacido de bajo peso al nacer.
- Realizar talleres de inducción para perfeccionar las acciones de enfermería en relación con los cuidados al niño de bajo peso al nacer
- Dotar las unidades clínicas correspondientes de los insumos necesarios para los cuidados al niño de bajo peso al nacer.
- Aplicar técnicas de supervisión de enfermería en cuidados al niño de bajo peso al nacer
- Informar los resultados de la presente Investigación a las autoridades del Hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg (2004) Técnicas Metodológicas. Editorial Panapo. Caracas.
- Alvarez, M (2005) Patrones respiratórios irregulares. Editorial Kapeluz. Caracas.
- Altuve R, (2003) Metodologia de la Investigación. Caracas Panapo.
- Arggle, L. (2006). Bienestar del recién nacido. Editorial Latinoamericano S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Barrios, F. (2003) GinecoObstetricia, Editorial científica
- Balderas, S (2005) Acciones de calidad de Enfermería. Editorial Génesis. Caracas.
- Briones, Guillermo. (1989) "La Investigación Etnográfica". En Programa Interdisciplinario de. Investigadores en Educación, Módulo 2.
- Dirección de estadísticas y en epidemiología del Instituto de Salud Pública (2007)
- Domínguez, L (2005): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Ferrer, A. (2004). Fisiopatología. Editorial Limusa S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Fondo de las Naciones Unidas para La Infancia (2007)
- García, A (2005) Factores que interfieren en la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería. UPEL. Caracas.
- González, M (2005) Tareas del personal de Enfermería. Editorial Humanitas. México.
- Hamdan, N (2006) Metodología. Editorial Panapo. Caracas.

- Heller, L (2004) Recién nacido bajo de peso. Editorial Humanitas, México.
- Hurtado, J. (2000). Metodología de la Investigación. 3era Edición. Editorial Selpal. Caracas Venezuela.
- Jiménez, A (2002) Labor de un grupo eficaz. Editorial Preeson, México.
- Krauel X, Lizarraga I, Iriondo M. (1991) Estudio epidemiológico y diagnóstico de la sepsis neonatal. Libro de Ponencias de la XII Reunión Nacional de Medicina Perinatal. Tenerife.
- Martínez, B (2005) Manual de Enfermería para cuidados neonatales. Editorial Humanitas. México.
- Medina, B. (2007) Trabajo Especial de Grado: Cuidados del neonato pre término. Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela
- Ministerio del Poder Popular la Salud y el Desarrollo Social (2007) Registro de indicadores de Salud en Venezuela. Imprenta Nacional Caracas
- Orem, D (2005) Teoría General de enfermería. Editorial Mimeografiado. Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) (2007) Índice de salud y desarrollo social. Prentice Hill Caracas
- Quijada, P. (2006) Enfermería Materno Infantil editorial Latinoamericana Caracas
- Reyes C. (2005). Trabajo Especial de Grado, para Optar al Título Licenciado en Enfermería. Universidad Santiago de Chile.
- UNICEF (2007) Informe De Desarrollo Humano Para América Latina. Ediciones Internacionales. Nueva York
- Sabino, S (2004) Metodología. Editorial Panapo. Caracas.

- Salazar, A. (2004). Prematernidad y Nutrición Maternal. M.S.A.S Caracas.
- Sampier, A (2008) Metodología de la Investigación. Editorial Trillas. Caracas.
- Trillo, A (2003) Instrumento de Recolección de datos. Metodología. Editorial Salesiana. Caracas.
- Vegas C. (2006). Cuidados de Enfermería a Recién Nacidos de Bajo Peso. Revista científica Nº 15 Santiago de Chile.
- Whaley & Wong (2004). Enfermería Pediátrica. 4ta Edición Volumen I. Editorial: Océano Centrum
- Yáñez, M. (2006) Higiene y Confort del Neonato. Editorial Latinoamericano S.A., Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**ANEXO A
GUIA DE OBSERVACION**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO EN
LA UNIDAD CLÍNICA DE RETEN PATOLÓGICO DEL “COMPLEJO
HOSPITALARIO RUIZ Y PÁEZ” CIUDAD BOLÍVAR ESTADO
BOLÍVAR 2009**

Autoras:

Alor Maria
C.I: 22.520.897
Maneiros Claret.
C.I: 8.889.080
Pérez Luisa
C.I: 8.876.313

CIUDAD BOLÍVAR, JUNIO 2009

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

GUIA DE OBSERVACION

[illegible]

ANEXOS B
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Susana Ornelas, (Médico Pediatra), certifico que he leído, revisado y analizado el cuestionario elaborado por las I.S.U. Alor, María; Maneiros, Claret y Pérez, Luisa, para redactar los datos del T. E. G. titulado: Cuidados de Enfermería a recién nacidos de bajo peso en la unidad clínica de reten patológico del “Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, Estado Bolívar 2009. Las preguntas desde mi criterio personal, reúnen los requisitos de claridad, sencillez, redacción y cumplen con los requerimientos de validez.

En Caracas, a los 14 días del mes de mayo del año 2009

Firma
C.I.

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Lcda Flor Díaz, experta en (Maestrante en educación mención investigación educativa), certifico que he leído, revisado y analizado la guía de observación elaborado por las T.S.U. Alor, María; Maneiros, Claret y Pérez, Luisa, para redactar los datos del T. E. G. titulado: Cuidados de Enfermería a recién nacidos de bajo peso en la unidad clínica de reten patológico del “Complejo Hospitalario Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, Estado Bolívar 2009. Las preguntas desde mi criterio personal, reúnen los requisitos de claridad, sencillez, redacción y cumplen con los requerimientos de validez.

En Ciudad Bolívar, a los 31 días del mes de mayo del año 2009

Firma
C.I.

ANEXO C

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El grado de confiabilidad se calcula para comprobar el grado de aceptación que tiene un instrumento. Se aplicó una prueba piloto a cinco elementos de la población.

La guía de observación consta de preguntas cerradas con una escala de tres o más categorías, de cuales se tomaron en cuenta para la obtención del coeficiente Alfa, solo 12 ítems que son susceptibles de ser tomados en cuenta para la confiabilidad.

Preguntas (Item)													
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1	1	1	2	2	5	1	5	4	2	3	3	1	30
2	2	1	3	1	5	5	1	2	5	5	4	5	39
3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	5	3	1	24
4	3	1	3	3	5	5	3	3	5	2	4	4	41
5	4	1	1	4	5	5	5	3	4	5	4	3	44
+	12	5	11	12	22	17	15	14	18	20	18	14	178
N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
$\overline{x}$	2,4	1	2,2	2,4	4,4	3,4	3	2,8	3,6	4	3,6	2,8	3,2

Aplicando la fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{K}{K - 1} \right) \frac{\sum 1 - S^2 i}{S^2 r}$$

α = Índice de Confiabilidad

K = Número de Preguntas

$S^2 i$ = Varianza 1

$S^2 r$ = Varianza 2

$$\alpha = \frac{12}{12 - 1} \left(\frac{1 - \sum 4,08}{4,08} \right) = \frac{3,08}{4,08} = 0,75$$

$$\alpha = \frac{12}{11} \left(1 - 0,75 \right)$$

$$\alpha = 1,090 (0,75) = 0,81$$

$$\alpha = 0,81$$

Este resultado indica que el instrumento es confiable y está situado por encima de la medida que es 0,5; debido a que este es un valor que varía entre 0 y 1.

Lic. Luis Felipe García
C.I. 8.853.179

