



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO-INFANTIL**

***COMO VALORA ENFERMERÍA PROFESIONAL LA PIEL
DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO EN SITUACIONES
CRÍTICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES, EN MONTEVIDEO ENTRE OCTUBRE Y
DICIEMBRE DEL 2012***

Autoras:

**Br. MACIEL, Ximena
Br. REINOSO, Natalia
Br. SANCHIS, Laura
Br. ZAS, Andrea**

Tutora:

Prof. Adj. Lic. Enf. PEREZ, ALICIA

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a todos los docentes que estuvieron presentes a lo largo de nuestra carrera y muy especialmente a nuestra tutora Lic. Prof. Adj.: Alicia Pérez por su valioso apoyo constante.

No nos olvidamos de las Instituciones que nos abrieron sus puertas, a la Lic. Jefas SMI; Fabiana Delorrio, HC; Silvia Taibo, CHPR; Marta Grases, CASMU; Susana Kauzmicz, HCFFAA; Tte.1 (N) Macarena Barylko, MEDICA URUGUAYA; Raquel Kuczeras y a todas la Lic. Asistenciales que nos brindaron sus conocimiento y tiempo para que fuera posible nuestro trabajo de investigación.

Y por último un profundo agradecimiento a familiares, parejas, hija y amigos, por su paciencia y apoyo incondicional.

Solo resta decir:

¡MUCHAS GRACIAS!

INDICE

| | |
|---|---------|
| Título _____ | pág. 1 |
| Resumen _____ | pág. 1 |
| Introducción _____ | pág. 2 |
| Marco Teórico _____ | pág. 3 |
| Metodología _____ | pág. 11 |
| Resultados _____ | pág. 13 |
| Análisis _____ | pág. 40 |
| Conclusión _____ | pág. 44 |
| Sugerencias _____ | pág. 46 |
| Huellas que deja la investigación _____ | pág. 47 |
| Bibliografía _____ | pág. 48 |
| Anexos _____ | pág. 50 |

TÍTULO DEL TRABAJO

Como valora enfermería profesional la piel del Recién Nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en Montevideo entre octubre y diciembre del 2012.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la experiencia práctica de enfermería profesional para la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las unidades de cuidados intensivos neonatales en las instituciones: Servicio Médico Integral, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Medica Uruguaya, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Casmu N° 3, teniendo el propósito de identificar si existía relación entre la valoración de enfermería profesional y la aparición de lesiones de la piel.

El estudio realizado fue descriptivo, cuantitativo y de cohorte transversal, la muestra estuvo compuesta por cincuenta enfermeras/os profesionales y veintitrés recién nacidos pretérminos, que se encontraban en la edad gestacional de 25 semanas y hasta el último día de la semana 36 y 6 días y con un peso igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos.

Se obtuvo la información a través de entrevistas, encuestas a enfermería profesional y recolección de datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos mediante la aplicación de fichas.

Como resultado de esta investigación no se observaron lesiones de piel propias de los cuidados estandarizados de enfermería.

No se identificó si existía una relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en el periodo en que se desarrolló el estudio. Se observó que se prioriza la promoción y prevención de los cuidados de la piel.

Se cree oportuno enfatizar en la unificación de criterios de los cuidados de la piel y el trabajo en conjunto con el equipo médico para la aplicación del mínimo manejo manual.

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo final de investigación realizado por cuatro estudiantes, cursando el primer módulo del cuarto ciclo de la carrera de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República.

Hemos enfocado nuestra atención en los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas, debido a nuestro desconocimiento en la temática y por tratarse de seres humanos en la primera etapa de la vida, con una gran vulnerabilidad, quisimos aproximarnos a la realidad de los cuidados de la piel de los mismos. También nos ha motivado realizar el estudio en esta área de enfermería debido al interés en acercarnos al manejo de los cuidados intensivos neonatales desempeñado por enfermería profesional.

Siguiendo a un principio de causalidad en donde los hechos estén relacionados con los efectos hemos planteando que la valoración de enfermería profesional logra evitar lesiones de piel en los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas.

Nuestro principal objetivo fue conocer la experiencia práctica de enfermería profesional para la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (en lo sucesivo nos referiremos como UCINs) de los servicios: Servicio Médico Integral, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Sanatorio Medica Uruguaya, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Sanatorio CASMU N°3. Por lo cual tuvimos que conocer como enfermería profesional realiza la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas, la incidencia de lesiones que presentaban los mismos, identificar la existencia de relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en la piel y si estos profesionales contaban y/o llevaban a cabo el cumplimiento de protocolos de cuidados de la piel existentes en los servicios.

La metodología utilizada para realizar la investigación fue descriptiva, cuantitativa y de corte transversal.

La muestra fue seleccionada en las instituciones elegidas para realizar el estudio; compuesta por 50 enfermeros/as profesionales y 23 recién nacidos pretérminos en situaciones críticas; se incluyeron todos los prematuros menores a 37 semanas que pesaran menos o igual a 1500 gramos internados en las UCINs y a toda enfermería profesional que se encontraba desempeñando sus funciones en las mismas. El periodo de recolección de datos estuvo comprendido entre el 8 de octubre y el 20 de diciembre de 2012.

Los instrumentos utilizados fueron entrevistas a las jefas de enfermería de las áreas, encuestas estructuradas a enfermería profesional y fichas para la recolección de datos de las historias clínicas de los recién nacido pretérmino.

El estudio reveló el interés, la motivación y la continua capacitación por parte de enfermería profesional, así como una constante promoción y prevención en los cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas.

MARCO TEÓRICO

Para esta investigación es imprescindible destacar algunos conceptos teóricos que son pilares a tener en cuenta a lo largo de toda la carrera de Licenciatura en Enfermería. Estos conceptos se han incorporado e interiorizado en nuestra formación y son necesarios para la realización de este trabajo.

Destacamos que **Enfermería** es una disciplina científica que cuenta con un objeto de estudio que es el sistema de cuidado, esto se basa en la definición: *“Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias y grupos poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo, terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria”*¹. También podríamos decir que La **Enfermera Profesional** formulara sus objetivos teniendo presente las metas de la institución; puede incluir propósitos en los campos de la docencia e investigación, que serán contribuyentes de los cuidados del paciente.

Sus funciones son: **Asistencial** (atención directa), proporcionar la mejor atención posible tendiente a satisfacer las necesidades básicas del paciente. Ejecutar las acciones terapéuticas y de diagnósticos tal como lo ordena el médico, aplicadas inteligentemente de acuerdo con las necesidades individuales del paciente. Mantener la continuidad del servicio a través de los registros e informes necesarios. Brindar un ambiente saludable y seguro a fin de mantener al paciente en condiciones fisiológicas y psicológicas que faciliten el restablecimiento de su salud. Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas para el mejoramiento del cuidado de los pacientes.

Administrativas, comprenden el planteamiento, la organización, la ejecución, coordinación y evaluación de las actividades destinadas a brindar cuidados de enfermería en la forma más efectiva y eficientes a través del trabajo cooperativo del personal de enfermería. Informar al servicio correspondiente del movimiento diario de pacientes y el estado de los mismos a fin de facilitar el relevamiento de los datos estadísticos. Cuidar el patrimonio que se ha confiado a su unidad para el cumplimiento de las funciones técnicas.

Docencia, con el paciente y la familia: Son las acciones dirigidas a ayudar al paciente y familia a adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y cambiar actitudes para la recuperación y mantenimiento del estado de salud. Con el funcionario: Son las acciones dirigidas a ayudar al funcionario a aumentar sus conocimientos, mejorar sus habilidades y cambiar sus actitudes para prestar un mejor servicio al paciente. Con los estudiantes: Son las acciones dirigidas a cooperar con todas las instituciones docentes que necesitan de la unidad para la experiencia de sus alumnos.

Investigación (estudio de problemas), participar en el estudio de problemas mediante la utilización del método científico con el fin de mejorar el servicio prestado². La **educación continua** consiste en la capacitación a través de procesos de aprendizaje-enseñanza, nos referimos a un proceso que *“tiende a la modificación de pautas de conducta”* de las personas, la conducta se define como *“una totalidad organizada de manifestaciones, que se dan en una unidad motivacional, funcional, objetable y estructural”*. Las personas están en constante búsqueda y experimento y así enriquecen su saber; este saber los lleva a cambiar la práctica³.

El **cuidado de enfermería**, es el cuidado de una vida humana, que se desarrolla en el proceso vital, el cual es muy dinámico y su comprensión implica la complementariedad de saberes y esclarecer la vida como realidad Bio-psico-social. Enfermería engloba un conjunto de técnicas intelectuales, así como el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios, que le permite brindar cuidados a las personas para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades, rehabilitar secuelas o ayudarlas a tener una muerte digna⁴.

1 Plan de Estudio (INDE) 1993.

2 Ibarburu D., Magnari E., Fisher E, Ferro M., Mut M., Modernell B. Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales. Copyright 1969. p 11.

3 Ballesteros H., Vintancurt A. M., Sánchez S. D. Bases Científicas de la Administración. 1er ed. México: McGraw-Hill; 1997. p 78.

4 Santana S., Verde J., Cabrera A. Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial. Universidad de la República. Facultad de

Es oportuno identificar los **niveles de atención** como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población, estos se clasifican en tres categorías: **Primer nivel** son los primeros cuidados que recibe la población, se desarrollan de forma ambulatoria o en domicilio de los usuarios, siendo un pilar fundamental de protección y promoción de la salud mediante prevención de las enfermedades y elevación de la salud. **Segundo nivel** cuidados especializados, los usuarios son enviados por el primer nivel, diagnóstico y tratamiento precoz, limitación de la capacidad. **Tercer nivel** cuidados muy especializados, grandes centros hospitalarios, recuperación y rehabilitación de la salud.

Tenemos presente que “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”⁵.

El pilar del accionar enfermero, se basa en el proceso salud – enfermedad del **hombre**, que es tomado como un ser biopsicosocial, emocional, cultural y espiritual que se expresa a través de sus necesidades emergentes⁶. La definición del **proceso salud enfermedad** dice que: “*este es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos*”⁷.

Este proceso antes mencionado estará determinado por la intervención de distintos factores que, con distintos grados de intensidad y periodos de tiempo variable ejercerán su acción e influirán indistintamente en el hombre.

Estos factores determinarán la salud y se clasifican en endógenos (hereditario, congénito y constitucionales) y exógenos (físicos, químicos, biológicos y sociales), a partir de entonces se ha visto necesario la inclusión del modelo de **Lalonde** publicado en 1974. Este modelo incorpora la multicausalidad en el proceso salud-enfermedad, pasa del modelo determinístico a otro probabilístico el cual incorpora con mayor naturalidad los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Para este modelo la salud-enfermedad de los individuos, grupos o comunidad se encuentra determinada por cuatro factores: biología humana, estilo de vida, entorno y organizaciones de los servicios de salud.

La **Biología humana** incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano tales como la herencia genética, la maduración y el envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo), el sexo, la edad. El **Estilo de vida** son los comportamientos de los individuos y de las colectividades ejercen influencia sobre la salud. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo) tienen consecuencias nefastas para la salud. También influyen las relaciones familiares, el nivel de formación, comunicación, roles (domésticos, laborales), tipo de alimentación y consumo. Los **Servicios Sanitarios** son esencialmente los mismos para todo individuo o grupo aunque su nivel de desarrollo socioeconómico, clima, tipo de sociedad, se manifiestan de forma diversa según los distintos contextos. La infraestructura sanitaria corresponde a: número de centros de salud, número de profesionales de la salud, número de hospitales, organización de los servicios y servicios sociales. El **Entorno** incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre su salud: Medio ambiente físico (calidad de aire, agua, suelo, contaminantes químicos), Medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo).

Entendemos que, “*Una Atención Sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de*

Enfermería. Cátedra de Administración. 1er ed. Uruguay. Dourteau. 2006. p 11-12.

5 Definición según la OMS.

6 Plan de Estudio (INDE) 1993.

7 Plan de Estudio (INDE) 1993.

salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”⁸. Otro factor influyente en este elevado interés es la evolución de la tecnología, lo que genera riesgos y hace necesaria una evaluación continua. Además influyen los aspectos legales, así es que cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable⁹.

La **Calidad de Atención** es un conjunto de características de los productos o servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género. Cuando un producto o servicio es de alta calidad, se reconoce que tiene características superiores al resto. Esta característica es fácil de distinguir cuando se habla de un producto tangible, pero cuando es intangible también presenta características de grado de satisfacción en donde también se puede medir su calidad.

El objetivo primordial de cualquier estrategia de calidad es asegurar una atención sanitaria de excelencia, personalizada y más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario.

Para lograr una atención integral al usuario se trabaja con un método de abordaje: el **Proceso de Atención de Enfermería**, es un método clínico, generador de conocimiento científico, el mismo establece que: “*El proceso de enfermería es un método sistemático, y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el concepto básico de cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud*”¹⁰. Este se trata de un proceso continuo, integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo la planificación, ejecución y evaluación. Tales etapas pueden definirse y analizarse de forma independiente, están íntimamente relacionadas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, desde una dimensión física o biológica y también desde una perspectiva psicológica, sociológica, cultural y espiritual. Es un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción al respecto. Las etapas del mismo son: La **Valoración** donde se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se podrán identificar las necesidades, intereses y problemas. El **Diagnóstico** que es análisis de la información recogida, identificación del problema relacionado a la o las causas, según la North American Nursing Diagnosis Association (en lo sucesivo nos referiremos como: NANDA) en 1994 lo definió “*como un juicio clínico sobre la respuesta humana de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud, reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable*”. Es la base sobre la que enfermería se apoya en la toma de decisiones para la planificación de los cuidados que se derivan del mismo¹¹. La **Planificación** que se basa en elaborar un plan de acción donde se tiene en cuenta la prioridad de los problemas y fijación de objetivos. La **Ejecución** es donde se lleva a cabo en la etapa anterior. Registrando las actividades realizadas. Y por último y no menos importante la **Evaluación** en el cual se va a determinar cómo funciona el plan de acción.

Elegimos abocarnos en la temática de los recién nacidos pretérminos, puntualmente en cómo valora enfermería profesional la piel del Recién Nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Nos interesó conocer que en Uruguay nacen cerca de 47.000 niños cada año. Al menos 20.000 nacen en hogares con necesidades básicas insatisfechas. Las cifras de los recién nacidos pretérminos en Uruguay giran alrededor de 4.500 al año. Los recién nacidos pretérminos nacidos en el CHPR, en el 2009 llegan al 15%. La mortalidad fetal y la mortalidad neonatal se relacionan al control prenatal; el número de controles recomendado en caso de un embarazo normal o de bajo riesgo es de 9 controles como mínimo.

8 Definición según la OMS.

9 Definición según la OMS.

10 Plan de Estudio (INDE) 1993.

11 Arribas A., Amescua A., Santamaría J., Robledo J., Blasco T., Gómez J. Diagnósticos estandarizados de Enfermería. Clasificación de los valores determinantes. 2 ed. FUDEN. 2011 p. 10

El 12% de los recién nacidos en el CHPR en 2009 pesó menos 2.500 gramos, y el 19,6% de ellos pesó menos de 1.500 gramos, los recién nacidos fallecidos pesaron menos de 1.500 gramos¹².

El riesgo de parto prematuro, una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad neonatales, puede reducirse garantizando que todas las gestantes, especialmente las de alto riesgo, tengan acceso a una atención prenatal temprana y adecuada¹³. La morbilidad de los pretérminos es más grave a menor peso y edad gestacional, compromete en diverso grado todos sus órganos y sistemas, los que no están maduros para enfrentar la adaptación que exige la vida extrauterina. La madurez está condicionada por el tiempo de gestación, pero el peso condiciona también la patología a igual edad gestacional. El bajo peso de nacimiento es un determinante clave de la evolución perinatal¹⁴.

El avance tecnológico ha propiciado la creación de nuevas especialidades en salud y la evolución de cuidados médicos y de enfermería. En este escenario se sitúa las **Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales**, iniciada alrededor de los años 60 y que actualmente cuenta con suficiente tecnología y conocimiento científico como para permitir que recién nacidos prematuros y críticamente enfermos tengan mayor supervivencia. El manejo integral del recién nacido pretérmino de muy bajo peso al nacer constituye uno de los desafíos más importantes de la atención neonatal, los mismos requieren cuidados especiales e internación prolongada, implicando altos costos de atención y generan impactos emocionales, familiares y sociales serios¹⁵.

Hemos progresado en la temática y vimos que los eventos adversos son lesiones no intencionales que resultan en incapacidad temporal o permanente y/o prolongación del tiempo de permanencia o muerte como consecuencia del cuidado dispensado¹⁶. Una de las formas de promocionar la mejora continua de los cuidados de salud es reduciendo los eventos adversos que, desde la perspectiva de la gestión por la calidad total, se traduce en gestión de procesos¹⁷. Y para eso se debe gestionar el cuidado enfermero y la tecnología del cuidado neonatal mediante la solución de problemas de salud con el fin de incrementar el promedio y la calidad de vida del recién nacido pretérmino. En la sala de partos, la actuación de todo el personal tiene como objetivo lograr que toda mujer tenga un recién nacido saludable y con el máximo potencial de crecimiento y desarrollo para el futuro. La atención inmediata al recién nacido es el conjunto de procedimientos que ayudan al neonato a realizar en forma adecuada la transición de la vida fetal a la neonatal.

Según estudios retrospectivos y prospectivos se determinaron muchos factores importantes de mortalidad y morbilidad perinatales, el análisis cuidadoso indica que estos determinantes de morbilidad y mortalidad están compuestos por factores históricos previos al embarazo y por factores y sucesos asociados directamente con la gestación. En conjunto estos proporcionan la base para el desarrollo de varias técnicas de evaluación para distinguir a la mayoría de las pacientes de alto riesgo diferenciarlas de las de bajo riesgo antes del parto.

Las complicaciones obstétricas mayores que culminan con el nacimiento de recién nacidos de muy bajo peso o bien de recién nacidos pretérminos se clasifican en **Factores maternos** que abarca la edad materna menos de 20 y más de 40 años, insuficiente ganancia de peso materno, carencia de asistencia médica prenatal, trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie, infecciones, anemias, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías. Seguido por **Factores obstétricos** que incluye la rotura prematura de membrana, trabajo de parto prematuro, amnionitis, desprendimiento prematuro de la placenta, toxemia, incontinencia cervical, hidramnios, incompetencia ístmico-cervical, acortamiento del cuello uterino, desprendimiento de placenta, gestaciones múltiples, corto período intergenésico,

12 Informe de Gestión Maternidad 2009. Publicado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Junio 2010.

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

14 Klaus, Fanaroff, Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 3 ed. Panamericana Buenos Aires 1987.

15 Erpen N., Comité Científico de Enfermería. Cuidados en Enfermería Neonatal. 3 ed. Journal 2009 Hospital de Pediatría S.A.M.J.C. P. (Prof. Dr. J. P. Garrahan). p.195-219.

16 Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005; 8(4): 393-406.

17 Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000300006&script=sci_arttext

iatrogenias en el parto como inducción precoz del parto o cesárea selectiva. Luego están los **Factores sociales** que comprenden las toxicomanías, tabaquismo, malnutrición, bajo nivel socioeconómico, madre soltera. Inmediatamente vienen los **Factores fetales** que entre muchas engloban las malformaciones, cromosomopatías¹⁸.

El **Parto Prematuro** es la causa más importante de morbimortalidad perinatal, es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, el límite de edad gestacional que se establece entre parto prematuro y aborto es de 22 semanas de gestación, 500 gr. de peso o 25 cm de corona a rabadilla¹⁹.

El límite de la viabilidad ha cambiado con el paso del tiempo, actualmente pueden sobrevivir prematuros a partir de la 24 semana de gestación. Dada la dificultad que se tiene a veces en establecer con precisión el tiempo de gestación, se ha considerado siempre que el grupo de recién nacidos menores de 1.500 gr. (también referido como de muy bajo peso) es el que tiene un riesgo de discapacidad que hace necesario un seguimiento prolongado²⁰. El recién nacido pretérmino es pequeño, con un peso generalmente inferior a 2.500 kg, y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada, a través de la cual se ven bien las venas subyacentes. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasas.

En fisiología humana, los cambios bruscos en cuanto al entorno que nos rodea, son unos de los aspectos más importantes a discernir en un **estado crítico** que se define como "*toda aquella situación en la que hay un desequilibrio importante en una o varias constantes vitales, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial*"²¹; en estas situaciones la homeostasis del organismo tiende a igualar estos desequilibrios con el medio externo, de forma que estos gradientes siguen la siguiente regla básica, a menor diferencia de cambios más rápida se hará la adaptación homeostática.

Hemos de considerar que la superficie corporal de un recién nacido es cuatro veces mayor que la de un adulto, por lo que las ganancias y pérdidas respecto a homeostasis físicas son más rápidas. Las diferencias de gradiente entre las constantes vitales y el medio externo son proporcionales a los cambios homeostáticos que debe de realizar el organismo para intentar equilibrar su estado.

El nacimiento es el momento más crítico que tiene el ser humano, ya que es cuando existen cambios bruscos respecto a la homeostasis, pasan de estar de: temperatura corporal a temperatura ambiente, presión uterina a presión atmosférica, medio ambiente líquido a medio ambiente aire, de oscuridad a la claridad de la luz, respirar por medio del cordón umbilical a respirar por sus pulmones.

El recién nacido se va adaptando poco a poco al medio que termina de conocer, en primer lugar se adapta a ese ejercicio nuevo de respirar, adaptándose a las nuevas condiciones ambientales de temperatura, luz y su recién estrenada circulación.

Los recién nacidos, pueden clasificarse según su edad gestacional en pretérminos (edad gestacional < de 37 semanas), a término (edad gestacional entre 38 y 41 semanas + 6 días) y pos-término (edad gestacional > de 42 semanas).

Clasificamos como pretérminos leve aquellos que tienen entre 35 y 36 semanas de edad gestacional, pretérminos moderado entre 32 y 34 semanas y pretérminos severo 31 semanas o menos²².

A menor edad gestacional el recién nacido tiene más dificultad para adaptarse a las nuevas condiciones de vida, debido fundamentalmente a la inmadurez de sus órganos, esto produce la mayoría de las complicaciones²³.

Si relacionamos la edad gestacional (semanas) con el peso en gr. y el grado de madurez orgánica (Ver Anexo II: Tabla 1) tenemos que los recién nacidos con gran inmadurez reportan un riesgo. Recién

18 Jewell R. T., Triunfo P., Aguirre R. Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay. Noviembre 2004.

19 Tapias J.L., Ventura P. Manual de Neonatología. Mediterráneo. 2 ed. 2002. p 23.

20 Blasina F. Neonatología, principales temáticas, Material otorgado por el CLAP.

21 Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo8/capitulo8.htm>

22 Bustos R, Failache O, Aldao J, Parodi V, Tobeña R, Laín A, et al. Temas de Neonatología para pregrados. Universidad de la República Facultad de Medicina. Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, 2005. p: 23-27.

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

nacidos de bajo peso (menor P10): bajo peso al nacer son aquellos recién nacido con peso menor a 2500 gr., muy bajo peso al nacer son aquellos con peso menor a 1500 gr. y bajo peso extremo incluye todos los recién nacidos con peso menor a 1000 gr.²⁴.

Para valorar la vitalidad del recién nacido se utiliza habitualmente el **Test de Apgar** (Ver Anexo II: Tabla 2), este test nos va otorgar el nivel de adaptabilidad que tiene el recién nacido y el pronóstico de complicaciones graves.

La Valoración de la madurez cuantifica con un alto grado de certeza, la edad gestacional y se realiza por el **Test de Capurro** del cual existen dos modalidades: la forma A se refiere a variables físicas y la B agrega variables neurológicas.

La valoración somática se fundamenta en los cinco parámetros descritos en la tabla para obtener la edad gestacional se suman los valores obtenidos en la inspección de cada variable y se le agrega la constante 204 y se divide por 7.

La valoración combinada o Test Capurro B toma dos variables neurológicas, maniobras de la bufanda y sostén cefálico y cuatro variables físicas incurvatura del pabellón auricular, nódulo mamario, piel y pliegues plantares, se suman y al valor obtenido se agrega 200 y se divide por 7 (Ver Anexo II: Tabla 3)²⁵.

La valoración antropométrica incluye peso, talla, perímetro cefálico y perímetro del tórax, que se correlacionan con la edad gestacional determinada por amenorrea materna y por valoración del Test de Capurro; con base en estos datos, se establecerá la relación peso-talla y con edad gestacional, para establecer la armonía entre esas variables, que conjuntamente con otros factores tienen valor predictivo de morbi-mortalidad.

También puede ser útil el **Método Modificado de Ballard** de exploración de los recién nacidos para estimar la edad gestacional, lo cual fue modificado para incluir a los recién nacidos extremadamente prematuros²⁶.

Cuando es inevitable el parto prematuro, la edad gestacional del feto tiene gran importancia para el pronóstico la asistencia durante el parto y la planificación del tratamiento inicial del recién nacido

En la exploración general se debe centrar la atención en determinar: Si existe alguna mal formación congénita, si el recién nacido fue completado con éxito, la transición de la vida fetal a la respiración de aire, hasta qué punto el embarazo, el parto, el nacimiento, la analgesia o la anestesia han afectado al recién nacido y si existen signos de infección o enfermedades metabólicas. Es preciso tener en cuenta que la valoración del recién nacido se realizará en forma rápida, a una temperatura adecuada, ya que la exposición prolongada a bajas temperaturas puede tener incidencia en el manejo metabólico del recién nacido, con riesgo de producir hipoglicemia (Ver Anexo III: Valoración del recién nacido).

Es indispensable insistir en el valor de la inspección, es importante la implementación del **Mínimo Manejo Manual** (en lo sucesivo nos referiremos como M.M.M), enfermería profesional gestiona a que se cumplan: el incremento de los períodos de descanso, mayor tiempo de sueño profundo, mantener al recién nacido lo más relajado posible, mínimo estrés, evitar fluctuaciones de presión arterial e intracraneana, menor gasto calórico, reducir el estrés térmico y la sobre estimulación, menor consumo de oxígeno, mínima fluctuaciones en la situación ventilatoria y disminuir el riesgo de hemorragia intraventricular y sepsis²⁷.

Las características Anatómicas y Fisiológicas de la piel se clasifican en **Epidermis** que es la capa más externa, que actúa como barrera para evitar la penetración de elementos externos y que a la vez está integrada por otras capas como el Estrato Córneo la capa más externa compuesta por células muertas íntimamente dispuestas que en forma constante se desprenden y sustituyen por células de los niveles más profundos de la epidermis. Estas células son más planas y tienen paredes más gruesas que las demás. Las células están unidas por líquido intracelulares que intervienen en forma de barrera

24 Definición según la OMS.

25 Dickason E. J., Silverman, B. L., Schult M. O., Enfermería Materno-infantil, Madrid, 1995, Mosby. p. 377-80.

26 Cloherty J.P, Eichenwald E.C, Stark A.R. Manual de Neonatología. Wolters Kluwer, Lippincott William& Wilkins. 6 ed. 2009. p. 40-58, 625-630.

27 Disponible: <http://minal.comenius.cl/elgg/file/download/2191>

protectora de la piel.

Capas más profundas de la epidermis contienen células formadoras de queratina que integra la capa más externa de la piel, así como melanocitos que producen melanina y pigmento. A pesar de diferencias raciales en la pigmentación, el número de melanocitos en una superficie particular de la piel es el mismo.

La **Dermis** esta inmediatamente por debajo de la epidermis, y en el neonato tiene 2 a 4 mm de espesor, está compuesta por colágeno y fibras elásticas que la conectan con la epidermis y le dan a la piel la capacidad de distenderse y recuperar su estado normal, tiene abundante vasos sanguíneos y nervios que transportan sensaciones de calor, tacto, dolor y presión desde la piel al encéfalo y brinda protección contra lesiones, infecciones u otros elementos penetrantes, se localizan glándulas sebáceas y sudoríparas, y los tallos pilosos, luego se encuentra la **Capa Subcutánea** el tejido graso actúa como aislante, para proteger los órganos internos y como depósito de elementos calóricos.

La piel tiene funciones de protección física y mecánica, las células de pared gruesa y densamente dispuesta, unido por lípidos intercelulares, forman una barrera protectora contra la pérdida de agua transepidérmica y elementos invasivos externos. El proceso de desvitalización constante y sustitución del estrato córneo impide la colonización de la superficie cutánea por bacterias y otros gérmenes. Las características químicas y bacterianas; la superficie ácida de la piel (ph mayor 5.0) es un elemento de defensa contra las bacterias y otros microorganismos, la producción de melanina protege de daños por la luz ultravioleta. La regulación térmica: producción y evaporación del sudor, dilatación y constricción de vasos sanguíneos y aislamiento del cuerpo por grasa subcutánea. Percepción sensitiva: calor, tacto, dolor y presión.

Existen diferencias en la piel del recién nacido a término y la del recién nacido pretérmino, la estructura básica es igual a la del adulto, mientras menos maduro sea el recién nacido menos madura será la función de la piel. Cuanto más temprana sea la edad gestacional, más fina y gelatinosa será la piel, y tendrá menos capas de estrato córneo y una dermis más delgada con menos fibras elásticas. La epidermis madura rápidamente después del nacimiento de los recién nacidos pretérminos y en un lapso de dos a tres semanas se asemeja a la del recién nacido a término.

La grasa subcutánea se acumula más bien durante el tercer trimestre de la gestación. Los recién nacidos pretérminos tienen poca grasa, y por ello son incapaces de conservar su temperatura corporal y su nivel de glucemia. La grasa parda, que es importante para la regulación térmica del recién nacido, comienza a diferenciarse en el séptimo mes de la gestación.

La piel inmadura es más delgada y, por consiguiente, más permeable.

El recién nacido, en particular el recién nacido pretérmino, absorbe rápidamente fármacos y sustancias que se apliquen por vía local. Una mayor permeabilidad permite una pérdida más grande de agua insensible en el recién nacido pretérmino.

La mayor razón de área de superficie/ peso corporal permite una mayor absorción de sustancias químicas y una mayor pérdida de agua transepidérmica.

Menos fibrillas conectan la dermis con la epidermis y son más frágiles en la piel de los recién nacidos a términos y pretérminos, que en el adulto. El estrato córneo es más delgado en los recién nacidos a términos y pretérminos, aumentando así el peligro de sufrir lesión por cintas adhesivas, monitores y manipulación, en particular en lo recién nacido pretérminos; dicho tipo de lesión incluye desprendimiento de la capa más externa de la dermis al quitar cintas adhesivas o electrodos²⁸(Ver Anexo IV: Cuidado de la piel).

Desde el nacimiento están presentes las glándulas sudoríparas, pero solo para el segundo o tercer año de vida alcanzan el funcionamiento propio del adulto. La sudoración puede observarse en el recién nacido a término, pero no se detecta en los que nacen antes de las 36 semanas de gestación. El recién nacido tiene poca capacidad de tolerar el calor excesivo. La vaso dilatación para incrementar la pérdida

28 Deacon J, O'Neill P. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2001. p.654-74.

de calórica origina hipotensión y deshidratación, causadas por incremento de la pérdida insensible.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio

La investigación que se planteó corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo, y según el período de secuencia del estudio de corte transversal.

Para la selección de este estudio hemos considerado que sea descriptivo, con respeto al análisis y al alcance de los resultados estos se consideran como una primera aproximación a la realidad y se toma posibles asociaciones de las variables.

La investigación es cuantitativa por que midió la incidencia de un evento determinado, seleccionamos como evento a investigar como enfermería profesional valora la piel en el recién nacido pretérmino internado en las UCINs.

El estudio es además transversal debido al periodo en que se aplicó la investigación en el tiempo.

Área de estudio

Este estudio se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay en el Departamento de Montevideo, en instituciones que brindan un tercer nivel de atención y que son especializados en los Cuidados Intensivos Neonatales. Las UCINs que fueron parte del área de estudio se ubican en las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3.

Fueron todas las/os enfermeras/os profesionales que realizan la valoración de la piel en los recién nacidos pretérminos y todos los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas que se encontraban entre la edad gestacional de 25 semanas y hasta el último día de la semana 36 y 6 días y con un peso igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos internados en las UCINs de las instituciones: anteriormente mencionadas, en el periodo comprendido entre 8 de octubre al 20 de diciembre del 2012.

Selección y tamaño de muestra

Nuestra muestra estuvo compuesta por enfermería profesional que desempeñan sus funciones en las UCINs de las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay CHPR y Sanatorio CASMU N°3 y los recién nacidos pretérmino en situaciones críticas, que se encontraban entre la edad gestacional de 25 semanas y hasta el último día de la semana 36 y 6 días y con un peso igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos, internados en las UCINs de las instituciones ya mencionadas.

Unidad de análisis y observación

Nuestra unidad de análisis fue la actividad de las enfermeras profesionales que realizan la valoración de la piel en los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas en las UCINs de las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó en nuestro estudio a todas las/os enfermeras/os profesionales que se encontraban trabajando en las diferentes UCINs, donde se llevó a cabo la investigación. Además se incluyó a los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas mayores a 25 semanas y menores a 36 y 6 días, con un peso mayor o igual a 650 gramos y menores o igual a 1500 gramos.

Excluimos en nuestro estudio a las/os enfermeras/os profesionales que al momento de la recolección de datos se encontraban de licencia reglamentaria, licencia maternal o certificación médica y a los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas con mal formaciones congénitas, también a los menores de 25 semanas y mayores de 37 semanas, que tuvieran un peso menor a 650 gramos y mayores de 1500 gramos.

Procedimiento para recolección de información

Los métodos utilizados fueron entrevistas a todas las/os enfermeras/os profesionales que desempeñaban sus funciones en las UCINs de las instituciones ya mencionadas y la recolección de datos en las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que se incluyeron en nuestra muestra.

Instrumentos a utilizar

El instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas a las/os enfermeras/os profesionales que se desempeñan en las UCINs de las instituciones anteriormente mencionadas y obtención de información de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos internados en dichas UCINs mediante la utilización de fichas. Los datos recabados fueron de carácter anónimo e individual. De las encuestas a enfermería profesional y de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos seleccionamos veintinueve variables a investigar.

Aspectos éticos

Consentimiento informado:

Se contó previamente con el permiso de las instituciones: Servicio Médico Integral, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Medica Uruguay, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Casmu N° 3, y los departamentos de enfermería respectivamente, para el ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Se realizó entrevista a las diferentes jefas de los servicios de dichas UCINs, las cuales nos brindaron su entero apoyo e informaron a enfermería profesional sobre nuestro estudio y posterior visita a cada una.

Se le explicó verbalmente a enfermería profesional sobre la encuesta a realizar para poder llevar a cabo la investigación, teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza del estudio, objetivos de la investigación y tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma.

Por lo que se aclaró que las encuestas y datos obtenidos de las historias clínicas son enteramente confidenciales y anónimas, y fueron utilizados con un único fin que fue concluir con nuestra investigación.

RESULTADOS

GRÁFICOS LICENCIADAS

Tabla 1: Distribución por cargos de Enfermería Profesional

| ENFERMERÍA PROFESIONAL | | |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| DISTRIBUCIÓN POR CARGOS | FA | FR |
| Licenciadas Jefas del Servicio | 6 | 12% |
| Licenciadas Asistenciales | 44 | 88% |
| TOTALES | 50 | 100% |

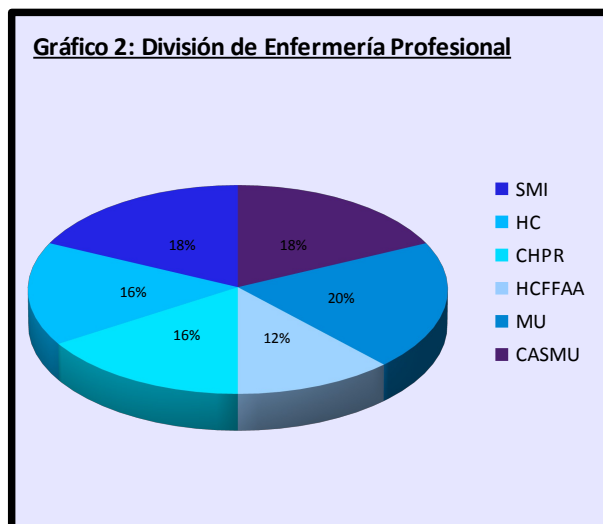


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Según la distribución de cargos de enfermería profesional, vemos que el 12% son jefas del servicio y el 44% son asistenciales.

Tabla 2: División de Enfermería Profesional por Institución

| ENFERMERÍA PROFESIONAL | | |
|------------------------------|-----------|-------------|
| DISTRIBUCIÓN POR INSTITUCIÓN | FA | FR |
| SMI | 9 | 18% |
| HOSPITAL DE CLÍNICAS | 8 | 16% |
| CHPR | 8 | 16% |
| HCFFAA | 6 | 12% |
| MÉDICA URUGUAYA | 10 | 20% |
| CASMU | 9 | 18% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Distribución de las/os enfermeras/os profesionales según instituciones, se observa un 20% en la Medica Uruguaya y un 18% en SMI y CASMU respectivamente.

Tabla 3: Período de desempeño

| PERÍODO DE DESEMPEÑO | | |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| DESEMPEÑO | FA | FR |
| < a un año | 5 | 10% |
| De 1 a 3 años | 10 | 20% |
| De 3 a 5 años | 4 | 8% |
| De 5 a 10 años | 9 | 18% |
| >a 10 años | 22 | 44% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Distribución según periodo de desempeño, un 44% mayor a diez años de desempeño.

Tabla 4: Actualización en el área en el último año

| ACTUALIZACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO | | |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| CAPACITACIÓN | FA | FR |
| SI | 39 | 78% |
| NO | 10 | 20% |
| Sin Datos | 1 | 2% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

La actualización en el área en el último año, podemos observar con un 78% que si lo realizan.

Tabla 5: Número de actividades de capacitación anual

| CUANTAS ACTIVIDADES AL AÑO | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| NÚMERO DE ACTIVIDADES | FA | FR |
| 1 | 5 | 12,5% |
| 2 | 16 | 40% |
| 3 | 9 | 22,5% |
| >4 | 7 | 17,5% |
| Sin Datos | 3 | 7,5% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Distribución según actividades realizadas, un 40% realizaron 2 actividades al año.

Tabla 6: Ámbito de las actividades de capacitación

| ÁMBITO DE LAS ACTIVIDADES | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| LUGAR | FA | FR |
| Público Facultad de Enf. | 15 | 33,3% |
| Privado | 28 | 62,2% |
| Sin Datos | 2 | 4,4% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Distribución según lugar de las actividades, un 62,2% realizaron en el ámbito privado.

Tabla 7: Promedio de horas de la capacitación

| PROMEDIO DE HORAS | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| HORAS | FA | FR |
| < 20 horas | 12 | 30% |
| 20-45 horas | 17 | 42,5% |
| > 45 horas | 11 | 27,5% |

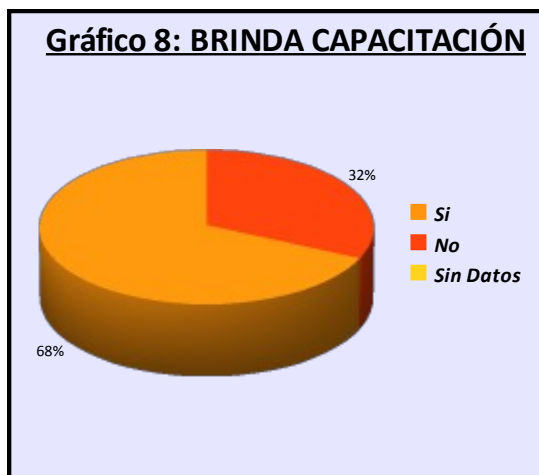


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Distribución de la población según promedio de horas, un 42,5% realizaron entre 20-45 horas de capacitación.

Tabla 8: Brinda capacitación

| BRINDA CAPACITACIÓN | | |
|----------------------------|-----------|-------------|
| CAPACITACIÓN | FA | FR |
| Si | 34 | 68% |
| No | 16 | 32% |
| Sin Datos | 0 | 0% |
| TOTALES | 50 | 100% |

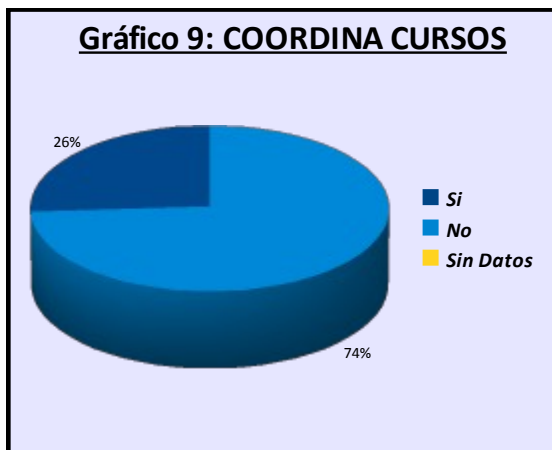


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

En cuanto a si, brinda capacitación, un 68% si realiza capacitación intrainstitucional.

Tabla 9: Coordina cursos

| COORDINA CURSOS | | |
|------------------------|-----------|-----------|
| COORDINACIÓN | FA | FR |
| Si | 13 | 26% |
| No | 37 | 74% |
| Sin datos | 0 | 0% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Con respecto a la coordinación de jornadas, observó un 26% que la realizan, preferentemente son hechas por las jefas del servicio.

Tabla 10: Existe protocolo de cuidados de la Piel

| EXISTE PROTOCOLO CUIDADOS DE LA PIEL | | |
|---|-----------|-------------|
| PROTOCOLO | FA | FR |
| Si | 34 | 68% |
| No | 15 | 30% |
| Sin datos | 1 | 2% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Con respecto si, existe protocolo de cuidados de la piel en las instituciones, en un 68% presentan protocolo.

Tabla 11: Utilización del protocolo de cuidados de la piel

| SE UTILIZA PROTOCOLO | | |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| UTILIZACIÓN | FA | FR |
| Si | 32 | 64% |
| No | 17 | 34% |
| A veces | 1 | 2% |
| TOTALES | 50 | 100% |

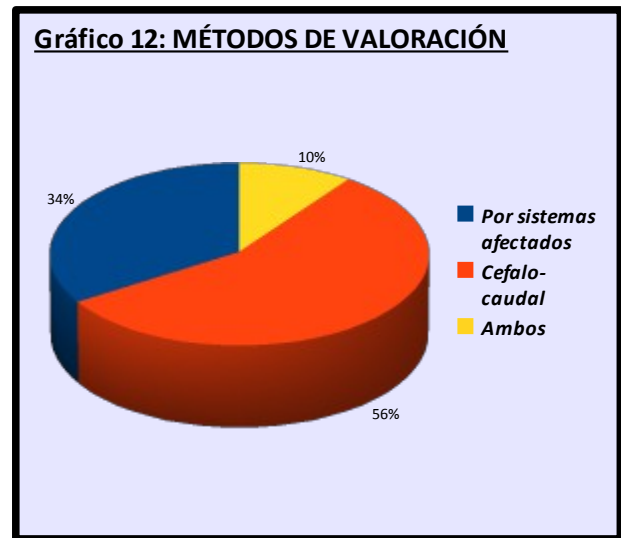


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según si, utiliza el protocolo de cuidados de la piel, el 64% lo utiliza.

Tabla 12: Método de valoración del recién nacido pretérmino

| MÉTODO DE VALORACIÓN DEL RNPT | | |
|-------------------------------|----|-----|
| VALORACIÓN | FA | FR |
| Por sistemas afectados | 17 | 34% |
| Cefalo-caudal | 28 | 56% |
| Ambos | 5 | 10% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El método de valoración más utilizado, con un 56% fue el método cefalo-caudal.

Tabla 13: Valoración de la piel

| COMO VALORA LA PIEL | | |
|---------------------|----|-----|
| VALORACIÓN | FA | FR |
| Observación | 48 | 81% |
| Palpación | 9 | 15% |
| Sin datos | 2 | 3% |

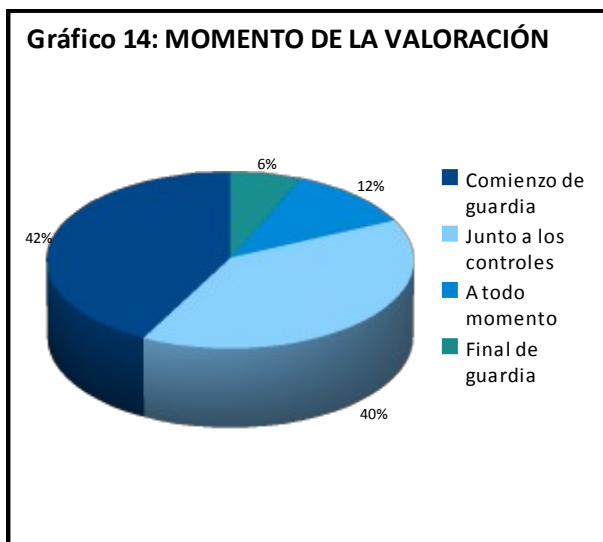


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Realizan la valoración de la piel, un 81% lo valoran por medios de la observación.

Tabla 14: Momento de la valoración

| MOMENTO DE LA VALORACIÓN | | |
|--------------------------|----|-----|
| VALORACIÓN | FA | FR |
| Comienzo de guardia | 33 | 42% |
| Junto a los controles | 31 | 40% |
| A todo momento | 9 | 12% |
| Final de guardia | 5 | 6% |

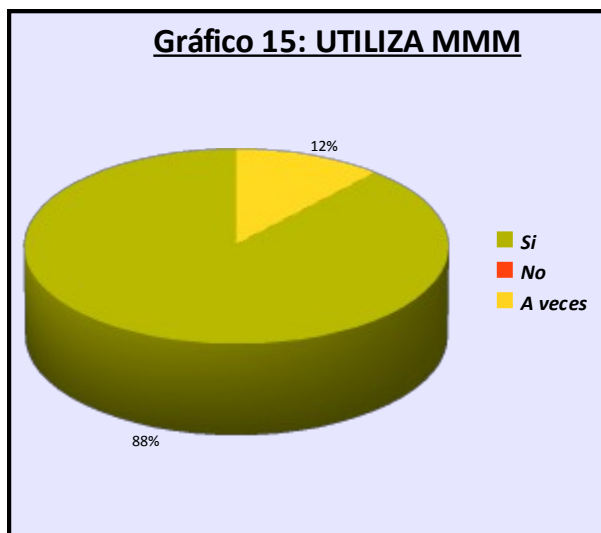


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El momento de la valoración, el 42% lo realiza al comienzo de la guardia y el 40% lo realiza junto a los controles.

Tabla 15: Utiliza MMM en el recién nacido pretérmino

| UTILIZA MMM | | |
|----------------|-----------|-------------|
| MMM | FA | FR |
| Si | 44 | 88% |
| No | 0 | 0% |
| A veces | 6 | 12% |
| TOTALES | 50 | 100% |

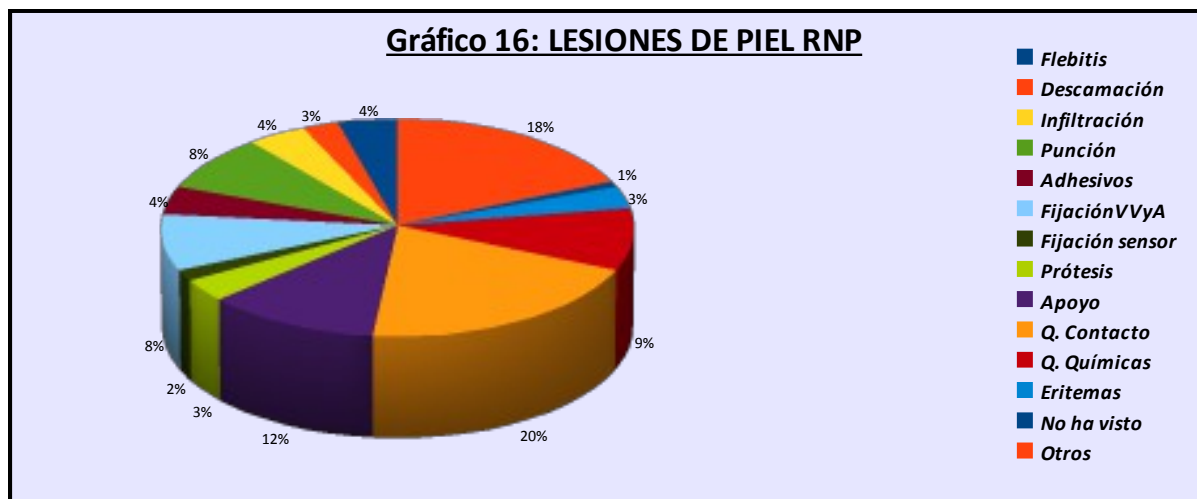


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 88% de los encuestados cumple con el mínimo manejo manual.

Tabla 16: Lesiones de la piel de los RNPT

| LESIONES DE PIEL DE LOS RNPT | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| LESIONES | FA | FR |
| Flebitis | 5 | 4% |
| Descamación | 3 | 3% |
| Infiltración | 5 | 4% |
| Punción | 10 | 8% |
| Adhesivos | 5 | 4% |
| Fijación V. V. y A. | 10 | 8% |
| Fijación sensor | 2 | 2% |
| Prótesis | 4 | 3% |
| Apoyo | 14 | 12% |
| Q. Contacto | 24 | 20% |
| Q. Químicas | 11 | 9% |
| Eritemas | 4 | 3% |
| No ha visto | 1 | 1% |
| Otros | 22 | 18% |

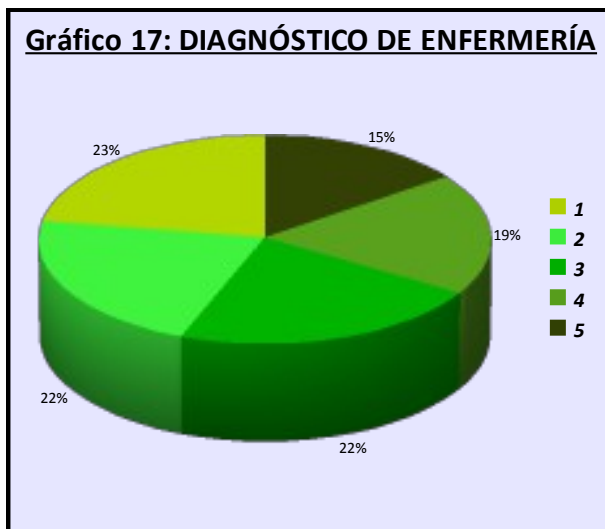


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Las lesiones de piel más frecuentes observadas por enfermería profesional en su experiencia, se presenta un 20% son las quemaduras por sensores y un 12% lesiones en puntos de apoyo.

Tabla 17: Diagnósticos de Enfermería

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| DIAGNÓSTICOS DE ENF. | FA | FR |
| 1 | 42 | 23% |
| 2 | 40 | 22% |
| 3 | 41 | 22% |
| 4 | 35 | 19% |
| 5 | 28 | 15% |

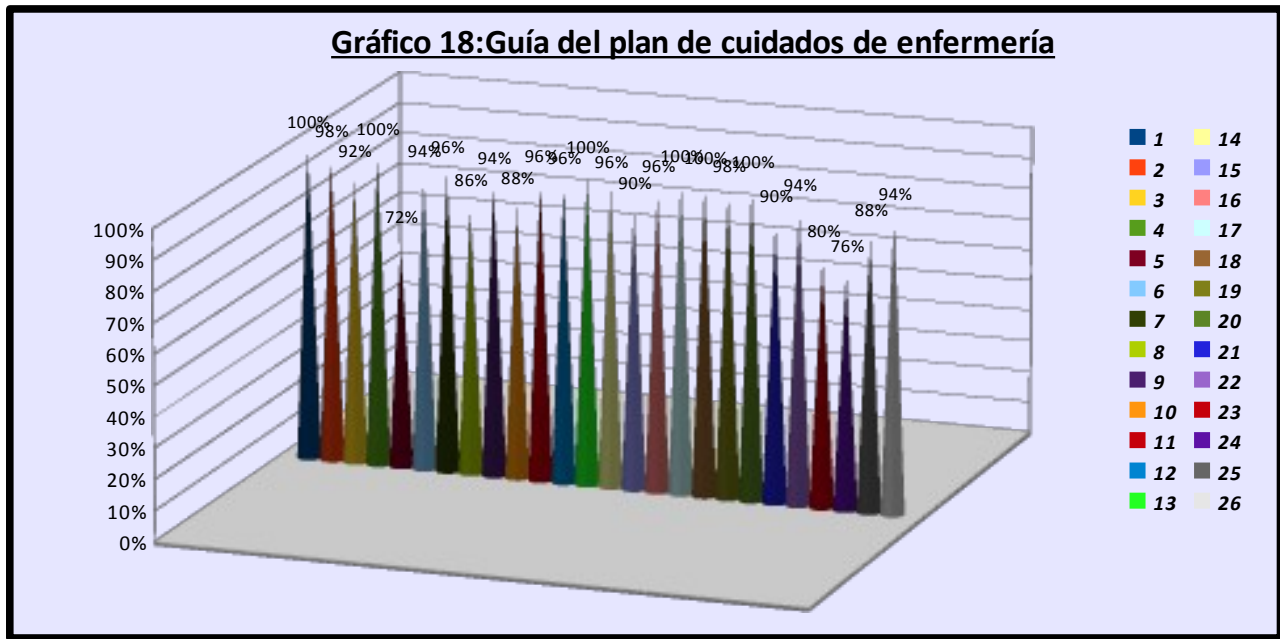


Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Los diagnósticos de enfermería más se destacado con un 23% es Alteración de la integridad cutánea relacionada a presencia de acceso venoso periférico, central y umbilical, drenajes y ostomas.

Tabla 18: Guía de plan de cuidados de enfermería

| GUÍA PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | |
|--|-----------|-----------|
| PLAN DE CUIDADOS | FA | FR |
| 1-Lavado de manos previo y posterior al contacto con el RNPT | 50 | 100% |
| 2-Uso de material y guantes estériles hasta que la piel este integra | 49 | 98% |
| 3-Control de termorregulación del servo-control | 46 | 92% |
| 4-Control de temperatura de incubadora | 50 | 100% |
| 5-Control de utilización de manta y/o colchones térmicos | 36 | 72% |
| 6-Control de cambios posturales programados en c/turno | 47 | 94% |
| 7-Control de hidratación e higiene de la piel | 48 | 96% |
| 8-Control de desinfección y el uso de alcohol | 43 | 86% |
| 9-Control de productos utilizados en las curaciones | 47 | 94% |
| 10-Cuidado al retirar parches y adhesivos | 44 | 88% |
| 11-Control de la integridad de la piel en los puntos de apoyo | 48 | 96% |
| 12-Control de uso de parches hidrocoloides en zonas de apoyo | 48 | 96% |
| 13-Control de uso de adhesivos adecuados al tamaño del RNPT | 50 | 100% |
| 14-Uso de apósitos transparentes (tergaderm) en sitios de punción | 48 | 96% |
| 15-Supervisión de uso de dispositivos de prevención | 45 | 90% |
| 16-Control de la utilización de protectores como nidos y barreras | 48 | 96% |
| 17-Control de rotación de sitios de contacto de sensores | 50 | 100% |
| 18-Control de los accesos venosos en sitios de punción | 50 | 100% |
| 19-Control de permeabilidad de los accesos venosos | 49 | 98% |
| 20-Control de los accesos venosos en sitios de fijación | 50 | 100% |
| 21-Control de la alimentación para el aporte proteico | 45 | 90% |
| 22-Control de cambios de fijación de sondas orogástricas | 47 | 94% |
| 23-Control de cambios de fijación de yeyunostomía y gastrostomía | 40 | 80% |
| 24-Control de características de la piel peri-sonda vesical | 38 | 76% |
| 25-Control de características de la piel peri-ostomas | 44 | 88% |
| 26-Control de fijación de los drenajes en la piel | 47 | 94% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Con respecto a la guía de los cuidados de enfermería se observó un 100% en la realización de lavado de manos, control de temperatura de incubadora, control de uso de adhesivos, control de sitios de sensores, control de sitios de punción y sitios de fijación respectivamente.

Tabla 19: Valoración evita lesiones

| VALORACIÓN EVITA LESIONES | | |
|---------------------------|----|------|
| VALORACIÓN OPORTUNA | FA | FR |
| Si | 50 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| TOTALES | 50 | 100% |



Fuente: encuestas realizadas a Enfermería Profesional en UCINs (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Se observó que el 100% de las/os enfermeras/os profesionales refieren que la valoración oportuna evita lesiones de piel.

GRÁFICOS RECIÉN NACIDO

Tabla 20: Clasificación de edad gestacional

| CLASIFICACIÓN DE EDAD GESTACIONAL | | |
|--|----|------|
| EDAD GESTACIONAL | FA | FR |
| Pretérminos < de 37 semanas | 23 | 100% |
| A Término entre 38 y 41 semanas + 6 días | 0 | 0% |
| Post-término > de 42 semanas | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

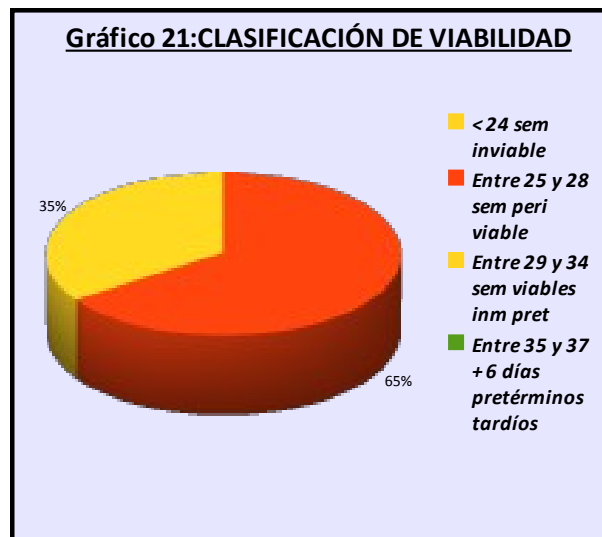


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

El 100% de la población estudiada es de recién nacidos pretérminos.

Tabla 21: Clasificación de viabilidad

| CLASIFICACIÓN DE VIABILIDAD | | |
|---|-----------|-------------|
| VIABILIDAD | FA | FR |
| < 24 semanas inviable | 0 | 0% |
| Entre 25 y 28 semanas peri viable | 8 | 35% |
| Entre 29 y 34 semanas PT viables | 15 | 65% |
| Entre 35 y 37 semanas + 6 días PT tardíos | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

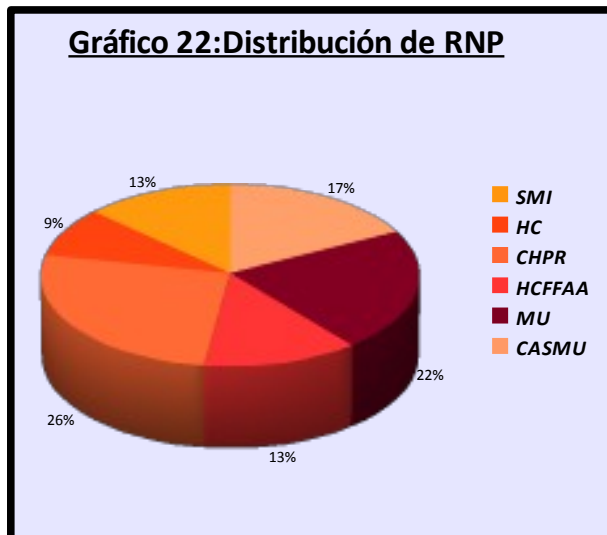


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Con respecto a la viabilidad en semanas de gestación, el 65% se encontraba entre las 29 y 34 semanas pretérminos viables.

Tabla 22: Distribución de los RNPT

| DISTRIBUCIÓN DE LOS RNPT | | |
|--------------------------|-----------|-------------|
| INSTITUCIÓN | FA | FR |
| SMI | 3 | 13% |
| HOSPITAL DE CLÍNICAS | 2 | 9% |
| CHPR | 6 | 26% |
| HCFFAA | 3 | 13% |
| MÉDICA URUGUAYA | 5 | 22% |
| CASMU | 4 | 17% |
| TOTALES | 23 | 100% |

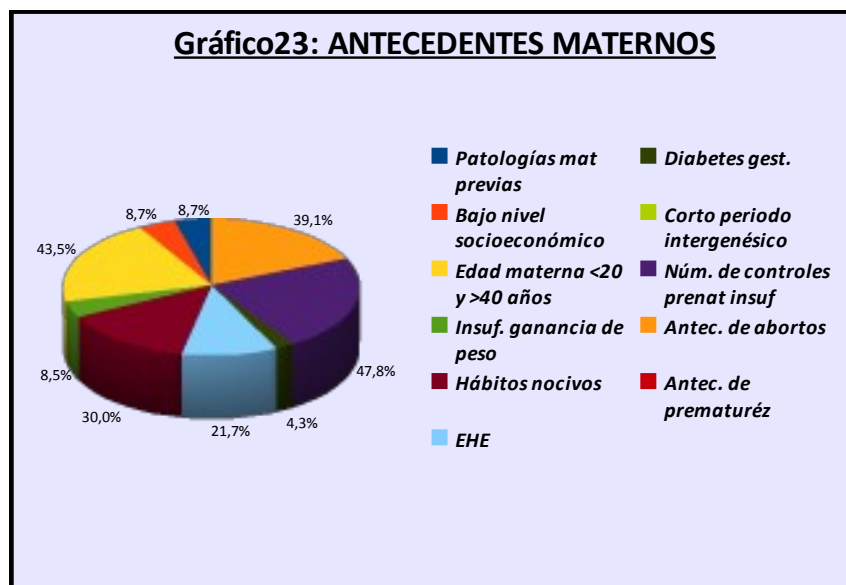


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Con respecto a la distribución de los recién nacidos pretérminos por instituciones se observó un 26% en el CHPR y un 22% en el sanatorio Médica Uruguaya.

Tabla 23: Antecedentes maternos

| ANTECEDENTES MATERNOS | | |
|--|----|-------|
| | FA | FR |
| Patologías maternas previas | 2 | 8,7% |
| Bajo nivel socioeconómico | 2 | 8,7% |
| Edad materna <20 y >40 años | 10 | 43,5% |
| Insuficiente ganancia de peso | 2 | 8,7% |
| Hábitos nocivos | 7 | 30% |
| EHE | 5 | 21,7% |
| Diabetes gestacional | 1 | 4,3% |
| Corto periodo intergenésico | 0 | 0% |
| Núm. de controles prenatales insuficientes | 11 | 47,8% |
| Antecedentes de abortos | 9 | 39,1% |
| Antecedentes de prematuréz | 0 | 0% |



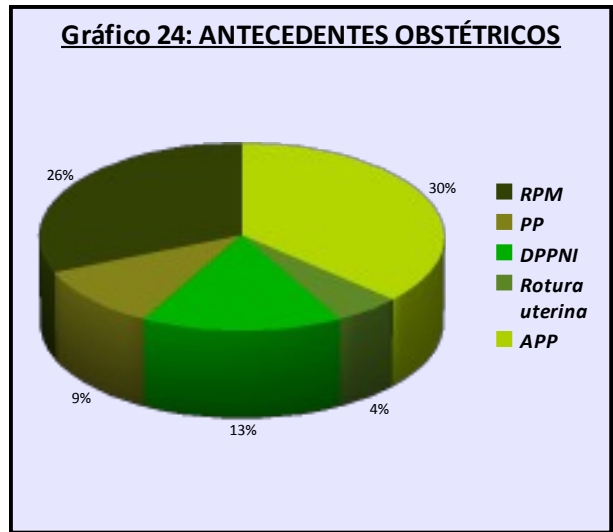
Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según los antecedentes maternos que se encontraron en las historias clínicas constató que el 47,8% eran embarazos mal controlados y un 43,5% eran edades maternas extremas.

Tabla 24: Antecedentes obstétricos

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

| ANTECEDENTES | FA | FR |
|----------------|----|-------|
| RPM | 6 | 26% |
| PP | 2 | 8,7% |
| DPPNI | 3 | 13% |
| Rotura uterina | 1 | 4,3% |
| APP | 7 | 30,4% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

De la recolección de datos de las historias clínicas, los antecedentes obstétricos revelaron un 30,4 % APP y un 26% RPM.

Tabla 25: Antecedentes fetales

| ANTECEDENTES FETALES | | |
|----------------------|----|-----|
| ANTECEDENTES | FA | FR |
| PEG | 3 | 13% |
| RCIU | 0 | 0% |
| PREMATUREZ | 20 | 87% |

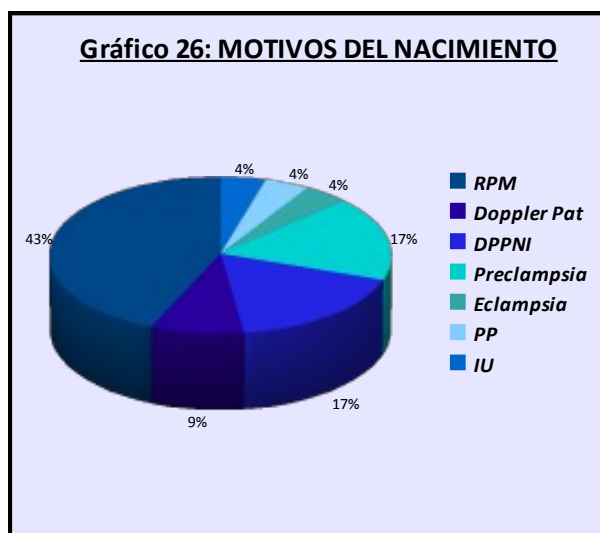


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Se observaron de las historias clínicas que los antecedentes fetales más destacados eran un 87% prematuros y un 13% pequeños para la edad gestacional.

Tabla 26: Motivos del nacimiento

| MOTIVOS DEL NACIMIENTO | | |
|------------------------|-----------|-------------|
| | FA | FR |
| RPM | 10 | 43,6% |
| Doppler Pat | 2 | 8,7% |
| DPPNI | 4 | 17,4% |
| Preclampsia | 4 | 17,4% |
| Eclampsia | 1 | 4,3% |
| PP | 1 | 4,3% |
| IU | 1 | 4,3% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

La recolección de datos de las historias clínica destacó que el motivo de nacimiento predominante fue un 43,6% Ruptura prematura de membrana.

Tabla 27: Test Apgar en el primer minuto de vida

| TEST APGAR EN EL PRIMER MINUTO DE VIDA | | |
|--|-----------|-------------|
| APGAR | FA | FR |
| < a 4 puntos | 6 | 26,1% |
| De 5 a 6 puntos | 8 | 34,8% |
| De 7 a 10 puntos | 9 | 39,1% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Con respecto al Test Apgar en el primer minuto de vida, el 39,1% se observó entre 7 a 10 puntos.

Tabla 28: Test Apgar a los 5 minutos de vida

| TEST APGAR A LOS 5 MINUTOS DE VIDA | | |
|---|-----------|-------------|
| APGAR | FA | FR |
| < a 4 puntos | 1 | 4,3% |
| De 5 a 6 puntos | 2 | 8,7% |
| De 7 a 10 puntos | 20 | 87% |
| TOTALES | 23 | 100% |

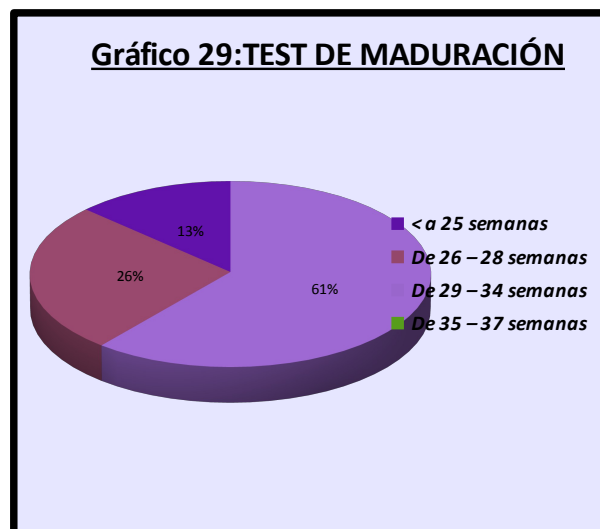


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Según el Test Apgar a los 5 minutos de vida, el 87% se observó entre los 7 a 10 puntos.

Tabla 29: Test de maduración

| TEST DE MADURACIÓN | | |
|---------------------------|-----------|-------------|
| SEMANAS DE GESTACIÓN | FA | FR |
| < a 25 semanas | 3 | 13% |
| De 26 – 28 semanas | 6 | 26,1% |
| De 29 – 34 semanas | 14 | 60,9% |
| De 35 – 37 semanas | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Con respecto al test de maduración el 60,9% se encontraba entre las 29 y 34 semanas de gestación.

Tabla 30: Clasificación en días de vida

| CLASIFICACIÓN EN DÍAS DE VIDA | | |
|--------------------------------------|----|-------|
| DÍAS DE VIDA | FA | FR |
| 1 - 7 días de vida | 9 | 39% |
| 8 - 14 días de vida | 4 | 17,4% |
| 15 – 21 días de vida | 10 | 43,6% |
| TOTALES | 23 | 100% |

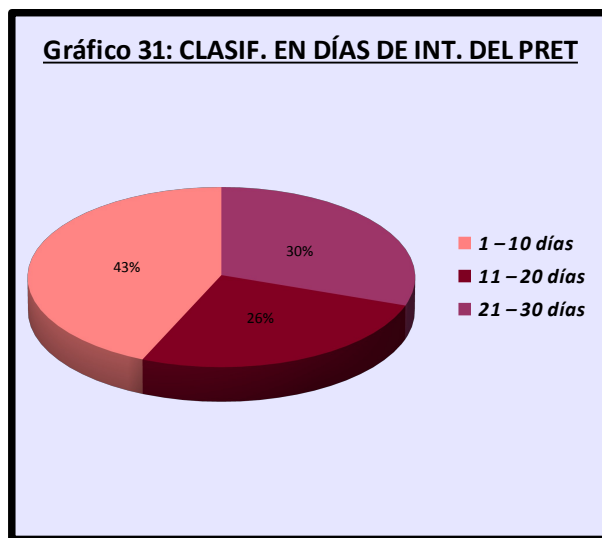


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según la recolección de datos, el 43,6% de los recién nacidos pretérmino se encontraba entre los 15 y 21 días de vida.

Tabla 31: Clasificación en días de internación

| CLASIFICACIÓN EN DÍAS DE INTERNACIÓN | | |
|---|----|-------|
| DÍAS DE INTERNACIÓN | FA | FR |
| 1 – 10 días | 10 | 43,6% |
| 11 – 20 días | 6 | 26% |
| 21 – 30 días | 7 | 30,4% |
| TOTALES | 23 | 100% |

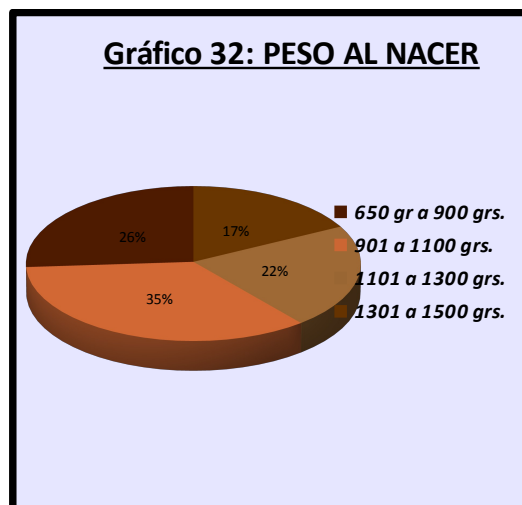


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según a los días de internación el 43,6% se encontraban entre 21 y 30 días.

Tabla 32: Peso al nacer

| PESO AL NACER | | |
|-------------------|-----------|-------------|
| PESO | FA | FR |
| 650 gr a 900 grs. | 6 | 26,1% |
| 901 a 1100 grs. | 8 | 34,8% |
| 1101 a 1300 grs. | 5 | 21,7% |
| 1301 a 1500 grs. | 4 | 17,4% |
| TOTALES | 23 | 100% |

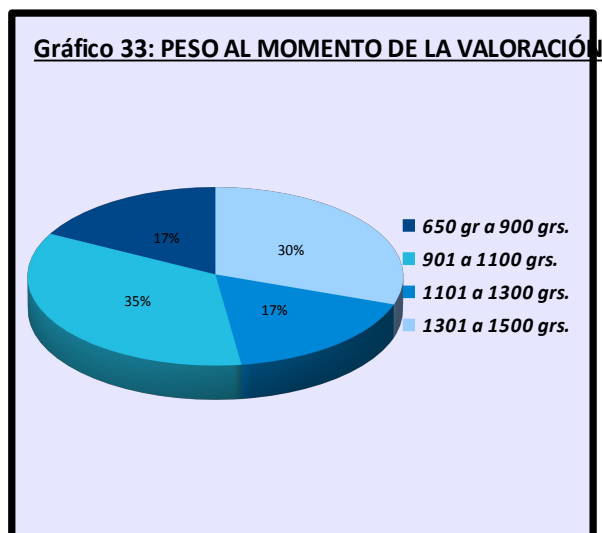


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Con respecto al peso al nacer el 34,8% se encontraba entre 901 gr. y 1100 gr.

Tabla 33: Peso al momento de la valoración

| PESO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN | | |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| PESO | FA | FR |
| 650 gr a 900 grs. | 4 | 17,4% |
| 901 a 1100 grs. | 8 | 34,8% |
| 1101 a 1300 grs. | 4 | 17,4% |
| 1301 a 1500 grs. | 7 | 30,4% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

Peso al momento de la valoración de la recolección de datos, un 34,8% se encontraban entre 901 gr. y 1100 gr.

Tabla 34: Hidratación de la piel

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| HIDRATACIÓN DE LA PIEL | FA | FR |
| 1 | 22 | 96% |
| 2 | 1 | 4% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

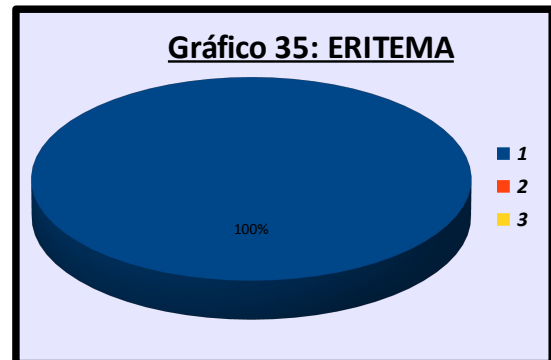


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNP (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según la clasificación del estado de la piel se observó que un 4% presentaba leve deshidratación, el resto no presento deshidratación de piel.

Tabla 35: Eritema

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| ERITEMA | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

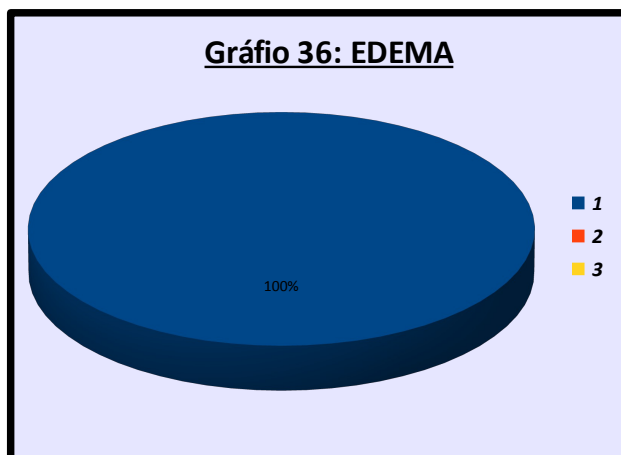


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

En un 100% no se observó eritemas en los recién nacidos pretérminos.

Tabla 36: Edema

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| EDEMA | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 0 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

En un 100% no se observó edemas en los recién nacidos pretérminos.

Tabla 37: Lesión de la piel

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| LESIÓN DE LA PIEL | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

El 100% de los recién nacidos pretérminos no presentaron lesiones de piel.

Tabla 38: Escoriaciones

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|--|-----------|-----------|
| ESCORIACIONES | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

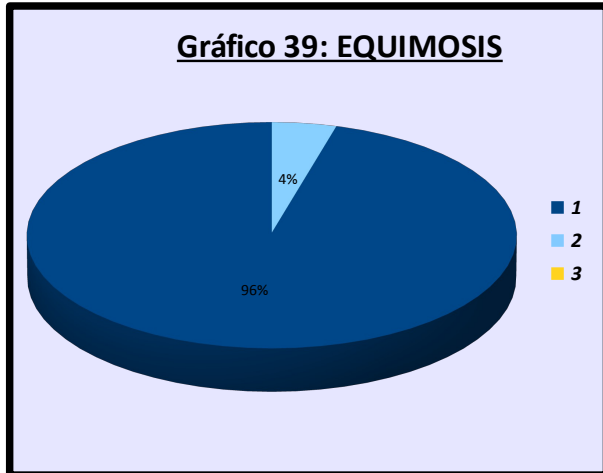


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el periodo octubre - diciembre 2012)

El 100% de los recién nacidos pretérminos no presentaron escoriaciones.

Tabla 39: Equimosis

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|-------|
| EQUIMOSIS | FA | FR |
| 1 | 22 | 95,7% |
| 2 | 1 | 4,3% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

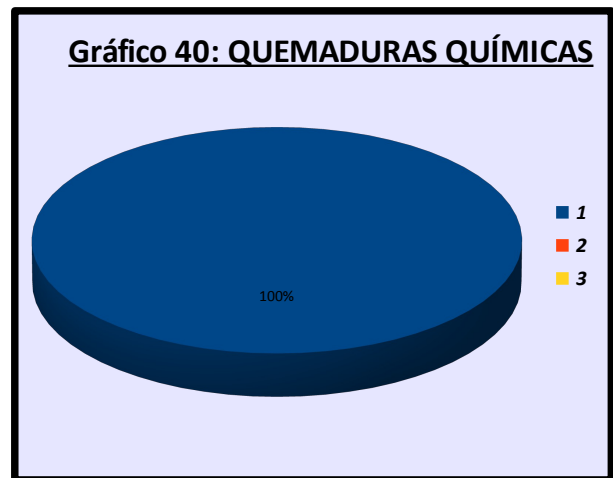


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 4,3% de los recién nacidos pretérminos presentó equimosis.

Tabla 40: Quemaduras químicas

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| QUEMADURAS QUÍMICAS | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 100% de los recién nacidos pretérminos no presentó quemaduras químicas.

Tabla 41: Quemaduras por calor

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| QUEMADURAS POR CALOR | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 100% de los recién nacidos pretérminos no presentaron quemaduras por calor.

Tabla 42: Lesión por extravasación

| CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO | | |
|---|----|------|
| LESIÓN POR EXTRAVASACIÓN | FA | FR |
| 1 | 23 | 100% |
| 2 | 0 | 0% |
| 3 | 0 | 0% |
| TOTALES | 23 | 100% |

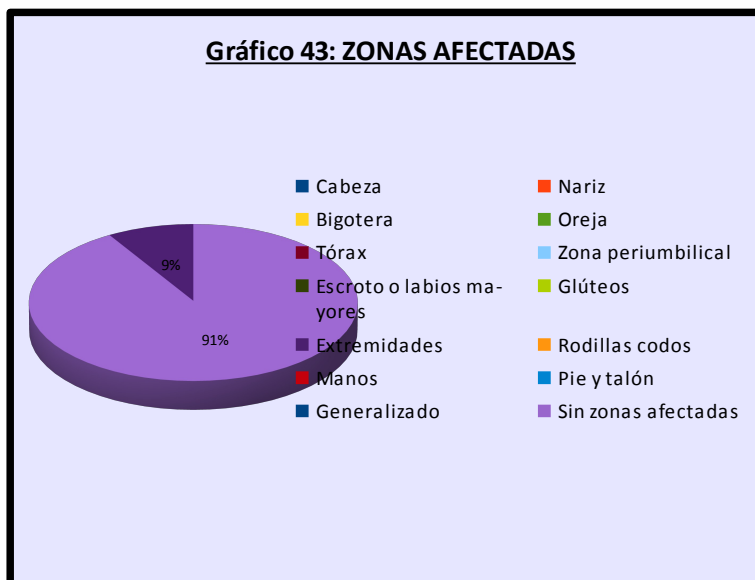


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 100% de los recién nacidos pretérminos no presentaron lesiones por extravasación.

Tabla 43: Zonas afectadas

| ZONAS AFECTADAS | | |
|--------------------------|-----------|-------------|
| ZONAS AFECTADAS | FA | FR |
| Cabeza | 0 | 0% |
| Nariz | 0 | 0% |
| Bigotera | 0 | 0% |
| Oreja | 0 | 0% |
| Tórax | 0 | 0% |
| Zona Periumbilical | 0 | 0% |
| Escroto o labios mayores | 0 | 0% |
| Glúteos | 0 | 0% |
| Extremidades | 2 | 8,7% |
| Rodillas- codos | 0 | 0% |
| Manos | 0 | 0% |
| Pie y talón | 0 | 0% |
| Generalizado | 0 | 0% |
| Sin zonas afectadas | 21 | 91,3% |
| TOTALES | 23 | 100% |

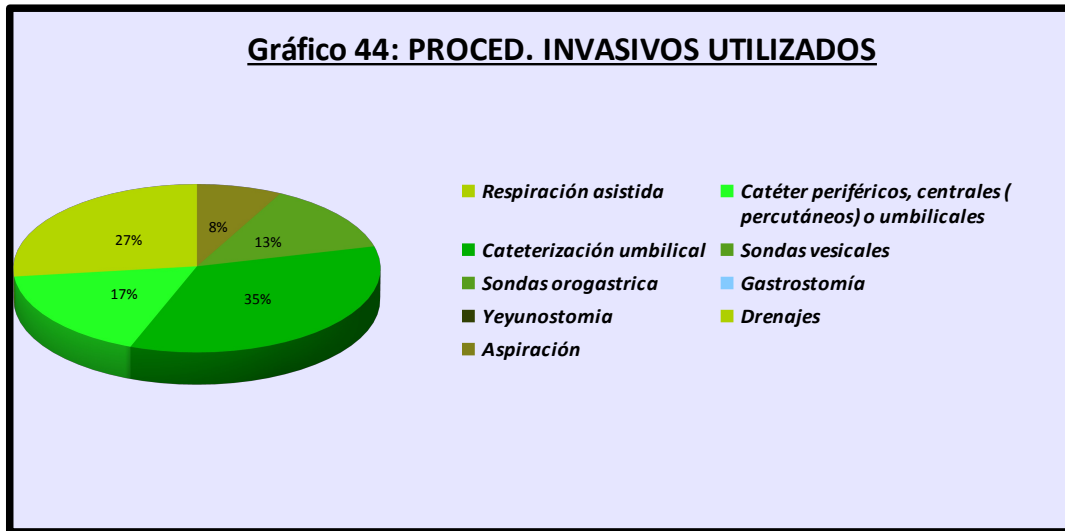


Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

El 8,7 de los recién nacido pretérminos presentó lesiones en extremidades, se aclara que dichas lesiones no son derivadas de los cuidados de enfermería.

Tabla 44: Procedimientos invasivos utilizados

| PROCEDIMIENTOS INVASIVOS UTILIZADOS | | |
|---|-----------|-----------|
| PROCEDIMIENTOS | FA | FR |
| Respiración asistida | 14 | 27% |
| Catéter periféricos, centrales (percutáneos) o umbilicales | 9 | 17% |
| Cateterización umbilical | 18 | 35% |
| Sondas vesicales | 0 | 0% |
| Sondas orogástricas | 7 | 13% |
| Gastrostomía | 0 | 0% |
| Yeyunostomía | 0 | 0% |
| Drenajes | 0 | 0% |
| Aspiración | 4 | 8% |



Fuente: datos obtenidos de las HC de los RNPT (instituciones estudiadas en el período octubre - diciembre 2012)

Según lo observado en la recolección de datos, el 35% de los recién nacidos le realizaron cateterización umbilical.

ANÁLISIS

Con el fin de dar respuesta a nuestro objetivo, nos interesó conocer como enfermería profesional realiza la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas internados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (en lo sucesivo nos referiremos como UCINs). El estudio se llevó a cabo en seis instituciones diferentes en los ámbitos públicos y privados. A través de la recolección de datos por medio de encuestas a enfermería profesional y la obtención de datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos, logramos una muestra de cincuenta enfermeras/os profesionales y un total de veintitrés recién nacidos pretérminos en situaciones críticas en dichas UCINs. De la totalidad de las enfermeras/os profesionales encuestadas un 12% se encontraba ejerciendo la jefatura de los servicios y un 88% eran enfermeras/os profesionales asistenciales; el total de las/os enfermeras/os profesionales en las instituciones estuvo dividido en: 20% en la Medica Uruguaya, 18% se encontraban en el Servicio Médico Integral (En lo sucesivo nos referiremos como SMI) y en Casmu respectivamente, seguidos de 16% en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (En lo sucesivo nos referiremos como CHPR) y Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” recíprocamente, por último 12% en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (En lo sucesivo nos referiremos como HCFFAA). Hubo un 6% de enfermeros/as profesionales que se encontraban desempeñando sus funciones en dos de las instituciones estudiadas simultáneamente, los datos de los mismos fueron tomados una única vez en la muestra. No hemos contemplado el multiempleo fuera de las instituciones estudiadas.

Vemos que el periodo de desempeño en las UCINs se diferencia en: un 44% a un periodo mayor a diez años, el 20% entre uno y tres años, el 18% se desempeñan entre cinco y diez años, un 10% se desempeña hace menos de un año en los servicios y el 8% se desempeña entre tres y cinco años; esta variable esboza un número significativo de profesionales con experiencia en el área.

Relativo al desempeño de dichas enfermeras/os profesionales podemos destacar que un 78% se han actualizado en el último año, el 20% no ha realizado actualizaciones y un 2% no hemos contado con datos. Tanto el período de experiencia mayor a diez años, como la actualización en el último año muestran un grado de preparación constante e interés en su trabajo.

En cuanto a la variable de actualizaciones en el último año (consideramos como actualización: posgrados, cursos, congresos, jornadas, seminarios, talleres), un 40% ha realizado dos actualizaciones, 22,5% ha realizado tres actualizaciones, un 17,5% más de cuatro actualizaciones, un 12,5% ha realizado una actualización, y un 7,5% no contamos con datos.

Referente a las horas de actualización, cabe destacar que un 42,5% realizó entre veinte, y cuarenta y cinco horas, un 30% menor a veinte horas, y un 27,5% mayor a cuarenta y cinco horas. Esto señala la búsqueda de estos profesionales en la incorporación de conocimientos vinculados a su área de trabajo, lo cual es positivo no solo para cada profesional sino para todos en su conjunto.

En relación a las horas de actualización, observamos que el 42,5% de las/os enfermeras/os profesionales, optan por hacer cursos de menor carga horaria entre veinte y cuarenta y cinco horas.

Concerniente a las variables, si brinda y coordina cursos de capacitación, podemos referir que un 68% afirma que brinda cursos de capacitación intrainstitucionales y un 32% no lo realiza.

Cabe enfatizar que la coordinación se realiza preferentemente por las jefas del área, por consiguiente un 26% coordina cursos y un 74% no lo realiza.

En cuanto al brindar cursos de actualización intrainstitucional, destacamos la importancia que ello implica en el generar, transmitir y actualizar al personal de enfermería, con el objetivo de elevar el nivel de atención y la calidad del cuidado a los recién nacidos pretérminos y a sus familias.

Según las variables, si existe y si se cumple el protocolo para el cuidado de la piel del recién nacido pretérmino, podemos decir que un 68% refiere contar con protocolo en la Institución, un 30% refiere no contar con protocolo, y un 2% no disponemos de datos al respecto.

Un 64% refiere que se cumple el protocolo en el servicio, un 34% refiere que no se cumple el

protocolo, y un 2% no aportan datos.

Aquellas instituciones que no han podido implementar el protocolo, realizan su labor en base a cuidados estandarizados.

Enfermería Profesional en los servicios de las UCINs, tiene su área de actuación centrado en el cuidado de los recién nacidos pretérminos, atendiendo a la integridad, continuidad y calidad del proceso salud enfermedad y es por medio del proceso de atención de enfermería que inicia en la valoración de estos pretérminos; permitiendo establecer a través de este método juicios acerca de los recién nacidos pretérminos siendo el punto de partida para el despliegue de líneas de acción. Por medio de las encuestas obtuvimos que el 56% utilizaba el método de valoración cefalo-caudal, un 34% realizaba la valoración priorizando el sistema afectado y un 10% de los encuestados mencionaron que la valoración la realizaban por los dos métodos. Siguiendo un orden y de manera sistemática, la valoración conlleva a una planificación de cómo se va a actuar.

El 81% de los encuestados utiliza la observación como método de valoración de la piel del recién nacido pretérmino, el 15% por la palpación y un 4% no tenemos datos.

La observación es el método de valoración que no causa daños en la piel del recién nacido pretérmino, esto favorece la implementación del mínimo manejo manual, en las encuestas obtuvimos que el 88% refiere cumplirlo y un 12% a veces si lo cumple y otras no lo cumple.

El mínimo manejo manual evita la aparición de lesiones de piel y además colabora en la adaptación del recién nacido al ambiente extrauterino y su sobrevida con la menor cantidad de efectos adversos, apoyado por el equipo médico y utilizando los recursos materiales adecuados. Algunos de los objetivos del mínimo manejo manual son: incrementar los períodos de descanso, disminuir episodios de estrés, evitar fluctuaciones de constantes vitales y disminuir las tasas de infecciones intrahospitalarias.

El 42% de los encuestados realiza la valoración del recién nacido pretérmino al comienzo de la guardia, luego le sigue un 40% que valora en cada control (los controles se realizan cada tres horas o según la fórmula de alimentación que esté recibiendo), el 12% de los encuestados lo valora a todo momento y un 6% lo realiza al final de la guardia. Los porcentajes señalan que existe planificación, organización y control por parte del equipo de enfermería profesional.

Basándonos en la experiencia práctica que han adquirido en el transcurso del tiempo, los encuestados nos revelan cuales son las lesiones de piel más observadas, apuntan que un 20% son quemaduras por contacto, continuado por un 12% de lesiones en puntos de apoyo, un 9% con quemaduras químicas y un 8% por punción y fijación de vías venosas y arteriales respectivamente. Al investigar sobre las lesiones de la piel del recién nacido pretérmino y teniendo como referencia el proceso de atención de enfermería, incluyendo la valoración se desprendieron las necesidades, intereses y problemas de estos recién nacidos pretérminos; a raíz de las mismas formulamos diagnósticos de enfermería para la unificación de criterios de los encuestados, considerando que los mismos se observarían con mayor frecuencia, el diagnóstico más mencionado con un 23% fue Alteración de la integridad cutánea relacionado a la presencia de accesos venosos periféricos, central y umbilical, drenajes y ostomas. El 22% señaló, Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la presencia de elementos de fijación (del tubo endotraqueal y sondas), y también un 22% marcó, Riesgo potencial de infección relacionado a la presencia de lesión de la piel, accesos venosos, periféricos, centrales, umbilicales, drenajes y ostomas. Un 19% destacó, Riesgo potencial de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad y un 15% presentó, Riesgo potencial de hipotermia relacionado a la inmadurez de la piel.

Para proyectar la planificación de acciones realizamos una guía de plan de cuidados basándonos en datos bibliográficos. La guía fue elaborada con el propósito de conocer el tipo de cuidado de la piel que se implementaba en los servicios por parte de enfermería profesional, para tener una visión de la dinámica de trabajo y como aplican los cuidados para evitar las lesiones de piel²⁹(Anexo 1 prototipo).

El 100% de las/os enfermeras/os profesionales encuestados considera que una oportuna valoración

29 Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Revista Neonatal. Fundasamin. 2010. p. 10-17.

logra evitar lesiones de piel.

Anteriormente hemos mencionado que recolectamos datos de veintitrés recién nacidos pretérminos en las seis instituciones donde se realizó el estudio, el 65% se encontraban entre las veintinueve y treinta y cuatro semanas de edad gestacional y el 35% se hallaban entre las veinticinco y veintiocho semanas de edad gestacional. La mayoría se encuentra en un 65%, está en estado de viabilidad inmadura pero en pleno desarrollo de sus sistemas, sus estructuras se van asemejando al desarrollo de un recién nacido a término, a esta edad gestacional el sistema respiratorio aunque inmaduro, permite el intercambio gaseoso y el sistema nervioso central está suficientemente desarrollado como para controlar algunas funciones corporales, aumentando la posibilidad de sobrevivida.

Los factores de riesgo están estrechamente relacionados con la morbi-mortalidad de los recién nacidos pretérminos, las causas que desencadenan los partos prematuros pueden estar vinculadas a los antecedentes maternos, se observó el 47,8% son embarazos mal controlados, un 43,5% tienen edades maternas extremas (menores a veinte años y mayores a cuarenta años), un 39% con antecedentes de abortos previos, un 30,5% presentaba hábitos nocivos, en un 22% se observó estados hipertensivos en el embarazo, un 8,7% presentó patologías maternas previas, bajo nivel socio-económico e insuficiente de ganancia de peso respectivamente y un 4,3% desarrolló diabetes gestacional.

De acuerdo a los antecedentes obstétricos, las causas que inciden en los nacimientos de los pretérminos, que son parte de la muestra del estudio, se encuentra un 30,5% con amenaza de parto prematuro, seguido de un 26% con roturas prematura de membrana, luego un 13% con desprendimiento prematuro de placenta, un 8,7% con placenta previa y un 4,3% con rotura uterina.

En las historias clínicas que fueron incluidas en nuestra muestra, los registros de los antecedentes fetales encontrados son escasos, destacándose el 13% son pequeños para la edad gestacional, apreciándose que el motivo del nacimiento con el mayor porcentaje fue un 43% con rotura prematura de membrana, seguido del 17% con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y preclampsia respectivamente, se distingue un 9% con doppler patológico, un 4% con placenta previa, un 4% con eclampsia y un 4% con infecciones urinarias.

Para saber el nivel de adaptación a la vida extrauterina se utilizan del Test de Apgar, evaluándolos en dos oportunidades: al primer minuto de vida con el cual obtuvimos, que el 39% presentó un Apgar de siete a diez puntos, 35% se encontraba dentro del rango de cinco a seis puntos y un 26% sumaron un puntaje menor a cuatro puntos. El Test Apgar a los cinco minutos de vida obtuvo el mayor porcentaje con 87% en el rango de siete a diez puntos, le siguió un 8,7% el rango comprendido entre cinco a seis puntos y un 4,3% en el rango menor a cuatro puntos.

Para estipular la edad gestacional se utiliza un Test de maduración al nacer, el mayor porcentaje se observó el 61% en el rango de veintiocho a treinta y cuatro semanas de edad gestacional, con un 26% en el rango de veinte y seis a veinte y ocho semanas de edad gestacional y seguidos por un 13% los menores o igual a veinticinco semanas de edad gestacional.

Según la clasificación en días de vida obtuvimos un 43% de los recién nacidos pretérminos se encontraba entre los quince y veintiún días de vida, el 39% se encontraba en el rango entre uno y siete días vida y un 17% se hallaba entre ocho y catorce días de vida.

Continuando con la clasificación en los días de internación del pretérmino obtuvimos el 43% que se encuentran entre uno y diez días de internación, le siguió un 30% en el rango entre veintiuno a treinta días de internación y luego 26% se encontraba entre once y veinte días de internación.

De acuerdo a la variable peso al nacer se encontró que el 35% pesó entre novecientos uno a mil cien gramos, el 26% pesó entre seiscientos cincuenta a novecientos gramos, el 22% se encontraba entre mil ciento uno a mil trescientos gramos y un 17% pesó entre mil trescientos uno a mil quinientos gramos.

Cabe mencionar que el peso al momento de la recolección de datos un 35% se encontraba entre novecientos uno y mil cien gramos, el 30% pesaba entre mil trescientos uno a mil quinientos gramos, hubo dos rangos con un 17% que se encontraban entre seiscientos cincuenta a novecientos gramos y mil ciento uno a mil trescientos gramos.

Para clasificar el estado de la piel en los recién nacidos pretérminos, formulamos a partir de la revisión bibliográfica un cuadro de las lesiones más frecuentes, otorgándole a cada lesión una escala con distintos grados de afectación³⁰.

Este estudio reflejó la calidad de los cuidados brindados a estos recién nacidos, ya que solamente un 4,3% presentó equimosis, a este se le otorgó un grado dos presentando pequeñas áreas localizadas y referente a la hidratación de la piel un 4,3% presentó un grado dos, piel seca visiblemente escaldada. Hacemos hincapié en destacar que las lesiones presentes no son propias del déficit de cuidados por parte del equipo de enfermería. En los otros ítems no hubo lesiones presentes.

Según a las zonas afectadas solamente un 8,7% presentó equimosis y deshidratación de la piel en las extremidades.

De acuerdo al grado de implementación de los procedimientos invasivos, destacamos que un 78% le realizaron cateterización umbilical, 61% en algún momento de su internación en las UCINs, requirió de respiración asistida, un 39,1% presentó catéter periférico, central, y percutáneo y un 30,4% presentó sondas orogástricas. No se identificaron lesiones a raíz de estos procedimientos.

³⁰ Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Revista Neonatal. Fundasamin. 2010. p. 10-17.

CONCLUSIÓN

Al comenzar nuestro estudio partimos desde una línea de investigación donde teníamos claro la inquietud de conocer sobre los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas, luego de realizar el planteamiento del problema nos enfocamos en el método de valoración que emplea enfermería profesional en la piel de los recién nacidos pretérminos. Inmediatamente de la revisión bibliográfica decidimos relacionar la valoración de enfermería profesional con la aparición de lesiones de piel en los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas internados en las UCINs. Nos planteamos una hipótesis a verificar y variables a estudiar junto a nuestro diseño de investigación que fue llevado a cabo luego del permiso otorgado por cada institución donde se realizó nuestra recolección de datos y su posterior análisis de los resultados.

Para concluir nuestro estudio, consideramos que cumplimos con el objetivo general logrando conocer la experiencia práctica de enfermería profesional para la valoración en la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las UCINs.

La valoración es llevada a cabo por enfermería profesional, la misma permite una planificación, otorga sentido y organización al trabajo, esto depende del estado que se encuentre cada recién nacido pretérmino, y así favorece que se realicen las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

El período de tiempo para la recolección de datos, no se extendió más de una semana en cada institución seleccionada, como resultado del mismo nos ha limitado el número de la muestra de los recién nacidos pretérminos y por lo cual no se han observado lesiones de piel propias del cuidado brindado por enfermería, esto pudo deberse al tipo de cohorte seleccionado no permitiendo realizar un seguimiento del tema.

Estos profesionales refieren que no son frecuentes las lesiones cuando existe un buen manejo de los cuidados estandarizados de enfermería.

Cabe destacar que para los días de internación que presentaban estos pretérminos no constatamos lesiones de piel que fueran producto de la internación, por lo cual podemos decir que no hemos identificado si existía una relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en el periodo en que se desarrolló el estudio.

Nuestras encuestas revelan que enfermería profesional antes que la valoración, prioriza en la promoción y la prevención de los cuidados de la piel.

Para contrastar con los porcentajes obtenidos en nuestra investigación no hemos encontrado estadísticas que estén relacionadas específicamente a las lesiones de piel.

En virtud a la hipótesis planteada, podemos mencionar que la misma se verificó, ya que enfermería profesional demostró haber cumplido con las normas de cuidado para evitar las lesiones de piel de los recién nacidos pretérminos.

Señalamos la importancia de contar y cumplir con un protocolo, dicho protocolo brinda un seguimiento, una continuidad en el trabajo, y eleva a un mismo nivel la calidad de atención.

Cabe mencionar que no en todas las Instituciones visitadas existe protocolo, pero así mismo es importante hacer hincapié que enfermería profesional tienen incorporado los conocimientos y logra trabajar de forma estandarizada, al llevarse a cabo las normas de cuidado y cumpliendo con el mínimo manejo manual. El mínimo manejo manual en algunas oportunidades no es llevado a cabo en su totalidad debido al estado que se encuentre el recién nacido pretérmino y en otras ocasiones debido a la falta de unificación de criterios con el equipo médico.

En algunas de las instituciones donde se realizó el estudio observamos que contaban con diferentes recursos materiales de uso y consumo.

Es de destacar que en la mayoría de las Instituciones se lleva a cabo la capacitación constante del personal, lo cual nos demostró el interés de enfermería profesional, en cuanto a lo que tiene que ver con formación, aprendizaje, intercambio, factores condicionantes a la hora de la atención de los recién

nacidos pretérminos.

Podemos distinguir que aquellas/os enfermeras/os profesionales con más de diez años en sus funciones demuestran una mayor desenvoltura al momento de la entrevista, revelando su vasta experiencia en la atención de los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas.

Luego de la revisión bibliográfica y la recolección de datos y encuestas en las instituciones seleccionadas, logramos conocer los factores de riesgos que inciden en el parto prematuro y que son desencadenantes que están estrechamente vinculados al motivo del nacimiento. También conocimos que a menor peso al nacimiento, mayores serán los problemas de adaptación a la vida extrauterina y mayor riesgo de mortalidad relacionado a la inmadurez de sus sistemas.

A todos los recién nacidos al momento del nacimiento se realiza valoración a partir del Test de Apgar al primer minuto y a los cinco minutos de vida para conocer la adaptación a la vida extrauterina y el Test de maduración para estimar la edad en semanas de gestación del recién nacido, cabe destacar que en las historias clínicas no especificaban cual era el Test empleado para estimar la edad gestacional del pretérmino.

Obtuvimos estadísticas otorgadas por las diferentes instituciones donde se llevó a cabo el estudio y tomamos como base las estadísticas del CHPR, es el centro de referencia nacional. En las estadísticas del año 2011 del Hospital de la mujer “Dra. Paulina Luisi” otorgadas por el CHPR, muestra una realidad no muy alejada a lo que reflejó nuestro estudio, en los porcentajes del CHPR aparecen las infecciones urinarias con un 21% seguido de un 20,5% de rotura prematura de membrana. Revelan que hubieron 7652 nacidos vivos, de los cuáles 0,9% pesaban menos de mil gramos, 2,4% pesaba menos a mil quinientos gramos y en la totalidad de los nacidos vivos el 12,2% fueron pretérminos (edad gestacional menores a treinta siete semanas y peso menor a dos mil quinientos gramos), según nuestro criterio de inclusión y exclusión no se toma como referencia la totalidad de estos pretérminos. Pertinente a nuestro estudio se podría aclarar que el total de la muestra es significativo para el número de nacimientos pretérminos y de bajo peso ocurridos en CHPR (Ver anexos estadísticas).

Como futuras Enfermeras Profesionales, la realización de este trabajo nos resultó de suma importancia, ya que no solamente nos hemos involucrado en un campo que era desconocido a cada una de nosotras hasta ese momento, además nos permitió conocer su formación de posgrado y valorar la actuación de Enfermería Profesional, que va a reflejar en nuestro futuro desempeño.

SUGERENCIAS

- ❖ Continuar intensificando criterios para el plan de cuidados de la piel.
- ❖ Trabajo en conjunto con el equipo médico y enfermería para que se logre llevar a cabo el mínimo manejo manual en su totalidad.
- ❖ Mantener el interés en la búsqueda de la actualización de enfermería profesional.
- ❖ Apoyar en la implementación de la especialización de Perinatología en enfermería profesional.

HUELLAS QUE DEJA LA INVESTIGACIÓN

El carisma y calidez de enfermería profesional al momento de actuar y expresar sus conocimientos sobre los recién nacidos pretérminos.

La iniciativa y dedicación de los cuidados a los recién nacidos pretérminos por parte de enfermería profesional.

La vulnerabilidad y fragilidad de los recién nacidos pretérminos, la constancia y perseverancia de enfermería profesional para brindarle una mejor calidad de atención.

Enfermería profesional actúa permanentemente para que no ocurran eventos adversos, trabaja generando conductas de prevención para disminuir la morbi-mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Arribas A., Amescua A., Santamaría J., Robledo J., Blasco T., Gómez J. Diagnósticos estandarizado de Enfermería. Clasificación de los valores determinantes. 2 ed. FUDEN. 2011 p. 10
- Ballesteros H., Vintancurt A. M., Sánchez S. D. Bases Científicas de la Administración. 1er ed. México: McGraw-Hill; 1997. p 78.
- Bustos R, Failache O, Aldao J, Parodi V, Tobeña R, Laín A, et al. Temas de Neonatología para pregrados. Universidad de la República Facultad de Medicina. Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, 2005. p. 23-27.
- Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Revista Neonatal. Fundasamin. 2010. p. 10-17.
- Cloherty J.P, Eichenwald E.C, Stark A.R. Manual de Neonatología. Wolters Kluwer, Lippincott William& Wilkins. 6 ed. 2009. p. 40-58, 625-630.
- Deacon J, O'Neill P. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2001. p.654-74.
- Dickason E. J., Silverman, B. L., Schult M. O., Enfermería Materno-infantil, Madrid, 1995, Mosby. p. 377-80.
- Erpen N., Comité Científico de Enfermería. Cuidados en Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.J.C. P. (Prof. Dr. J. P. Garrahan). 3 ed. Journal. 2009. p. 195-219.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4 ed. Mc Graw Hill Interamericana. p. 45-56, 157-58.
- Ibarburu D, Magnari E, Fisher E, Ferro M, Mut M, Modernell B. Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales. Copyright 1969. p 11.
- Jewell R. T., Triunfo P., Aguirre R. Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay. Noviembre 2004
- Ketzoian C., Aguirrezabal X., Alonso R., Benzano D. Estadística Médica. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo. 2004.
- Klaus, Fanaroff, Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 3 ed. Panamericana. Buenos Aires. 1987. p. 19-49, 89-116.
- Kovasevic C. Comité Científico de Enfermería. Cuidados en Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.J.C. P. (Prof. Dr. J. P. Garrahan). 3 ed. Journal. 2009. p. 456-464.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos da ocorrência de

eventos adversos em hospitais. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005; 8(4): 393-406.

- Menezes Brito, M.J., De Mattia Rocha, A., Resende Ferreira, V. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería
- Polto J., Arena, J., Berro P., Pereira J. Pautas Terapéuticas en Obstetricia. Montevideo. 1999. Oficina del Libro AEM. p. 161.
- Santana S., Verde J., Cabrera A. Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Cátedra de Administración. 1er ed. Uruguay. Dourteau. 2006. p 11-12.
- Sebastiani M., Ceriani Cernadas J. M. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants Arch Argent Pediatric. 2008. 106(3):242-248
- Tapias J.L., Ventura P. Manual de Neonatología. Mediterráneo. 2 ed. 2002. p 23.

Páginas en Internet:

- Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000300006&script=sci_arttext
- Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo8/capitulo8.htm>
- Disponible: <http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/default.htm>
- Valoración de enfermería del paciente neonatal en estado crítico.
Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org>
- Disponible: <http://minsal.comenius.cl/elgg/file/download/2191>
- Informe de Gestión Maternidad 2009. Publicado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Junio 2010.
- Blasina F. Neonatología, principales temáticas, Material otorgado por el CLAP.

ANEXOS

I. Protocolo de investigación

**II. Tabla 1: Grado de madurez
Tabla 2: Test de Apgar
Tabla 3: Test de Capurro**

III. Valoración del recién nacido

IV. Cuidados de la piel del RNPT

V. Cartas de autorización a las instituciones

VI. Entrevista a Jefas de las UCINs

VII. Estadísticas

VIII. Protocolos para el cuidado de la piel

ANEXO I

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

***COMO VALORA ENFERMERÍA PROFESIONAL LA PIEL DEL RECIÉN
NACIDO PRETÉRMINO EN SITUACIONES CRÍTICAS EN LAS
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, EN
MONTEVIDEO ENTRE OCTUBRE Y DICIEMBRE DEL 2012***

Título del proyecto

Como enfermería profesional valora la piel del Recién Nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en Montevideo entre octubre y diciembre del 2012.

Resumen del proyecto

El propósito de este estudio será verificar si existe relación entre la valoración de enfermería profesional y la aparición de lesiones de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas.

El desconocimiento de la temática referente a los cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas nos ha llevado a la elección del mismo, además este tipo de usuario presenta características de vulnerabilidad y difícil adaptación extrauterina, sufren el desapego familiar y múltiples procedimientos invasivos en los días de internación.

Dentro de la población seleccionada se incluirá aquellos recién nacidos pretérminos que se ubicaban por encima de las 25 semanas de gestación con un peso igual o mayor a 650 gramos y que se encuentren en situaciones críticas.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (en lo sucesivo nos referiremos como UCINs) requiere de personal entrenado y que tenga conocimiento en los cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas. Nos interesa conocer la experiencia práctica de enfermería profesional y su desempeño en la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Instituciones: Servicio Médico Integral (en lo sucesivo nos referiremos como SMI), Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Central de las Fuerzas Armadas (en lo sucesivo nos referiremos como HCFFAA), Sanatorio Medica Uruguay, Centro hospitalario Pereira Rossell (en lo sucesivo nos referiremos como CHPR) y Sanatorio CASMU N°3.

Para obtener las respuestas a nuestras interrogantes nos planteamos realizar entrevistas y encuestas a enfermería profesional sobre la valoración de la piel de los recién nacidos pretérminos y además recabaremos datos de las historias clínicas de los pretérminos que hagan parte de nuestra muestra.

Planteamiento del problema

¿Existe relación entre la valoración de enfermería profesional y la aparición de lesiones de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales?

Justificación de los resultados

Seleccionamos este tema ya que al revisar Bibliografías previas, comprobamos el desconocimiento de la temática lo que genero nuestro interés. Por la cual nos impulsó a profundizar en la investigación de la valoración de enfermería profesional sobre la integridad de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas.

La definición de la población a estudiar fue determinada por la situación crítica de los recién nacidos pretérminos, algunas de estas situaciones ocasionados por la dificultad de la adaptación extrauterina debido a la inmadurez de los sistemas orgánicos, (entre los más importantes: sistema cardiovascular, respiratorio, nervioso, nutricional y tegumentario), y el desapego familiar sufrido durante los días de internación, así como los procedimientos invasivos.

Para llevar a cabo esta investigación incluiremos en nuestro estudio a los recién nacidos pretérminos en situación crítica que sean mayores a las 25 semanas de gestación, pesen igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos.

La valoración de enfermería profesional puede eliminar o minimizar las lesiones de la piel del recién nacido pretérmino si se identifican y evitan sistemáticamente las complicaciones de los procedimientos invasivos, junto a un tratamiento precoz³¹ y la utilización del mínimo manejo manual. Por lo cual es relevante conocer cómo, cuándo y qué herramientas utiliza para realizar dicha valoración.

Al ser las UCINs un área cerrada requiere de personal de enfermería entrenada en esta especialidad, para nosotros es importante conocer la experiencia práctica de enfermería profesional en la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas, también si existen y se cumplen protocolos de cuidados de la piel en las instituciones para que el desempeño no sea un causante más de la morbi-mortalidad de los recién nacidos pretérminos y sea un coadyuvante en la sobrevida de los mismos.

Fundamento Teórico

31 Cloherty J.P, Eichenwald E.C, Stark A.R. Manual de Neonatología. 6 ed. Editorial Wolters Kluwer, Lippincott William& Wilkins. 2009. P. 625.

En Uruguay según el material revisado son inviábiles productos iguales y menores a las 25 semanas de edad gestacional y de peso menor a 750 gramos. El período neonatal presenta altas tasas de morbimortalidad, como consecuencia de factores de riesgo de orden genético, infeccioso o que causan hipoxia, que en conjunto son los agentes etiológicos más frecuentes que afectan el desarrollo fetal y promueve la prematuréz. El nacimiento es un momento crítico que tiene el ser humano, es cuando ocurren cambios bruscos respecto a la homeostasis. El estado crítico se define como toda aquella situación en la que hay un desequilibrio importante en una o varias constantes vitales. Cuanto menor sea la edad gestacional mayor será la inadaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de sus órganos y de los sistemas de compensación. Cuanto menor sean el cambio más rápido se hará la adaptación al nuevo medio³².

Como primera barrera de defensa del organismo contra la infección se encuentra la piel y los cuidados apropiados protegerán su integridad y evitaran lesiones. La atención adecuada de la piel del recién nacido es un factor que trasciende directamente en la morbimortalidad, sobre todo en el recién nacido pretérmino³³. La estructura básica es igual a la del adulto, mientras menos maduro sea el recién nacido menos madura será la función de la piel. Cuanto más temprana sea la edad gestacional, más fina y gelatinosa será la misma. La epidermis madura rápidamente después del nacimiento de los recién nacidos pre términos y en un lapso de dos a tres semanas se asemeja a la de los recién nacidos a término.

La grasa subcutánea se acumula más bien durante el tercer trimestre de la gestación. Los recién nacidos pretérminos tienen poca grasa, y por eso son incapaces de conservar su temperatura corporal y su nivel de glucemia. La grasa parda, importante para la regulación térmica del recién nacido, comienza a diferenciarse en el séptimo mes de la gestación.

La piel inmadura es más delgada y, por consiguiente, más permeable³⁴.

Según los últimos datos de estadísticas del 2011, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (en lo sucesivo nos referiremos como: CHPR) nacieron 930 recién nacidos pretérminos. Y según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (en lo sucesivo nos referiremos como: OMS) el país tiene la tasa más alta de la región en nacimientos de pretérminos, un rango que oscila entre el 10 y el 15%. El 12,2% de los recién nacidos en el CHPR, centro asistencial de referencia nacional son pretérminos. La prematuréz y el bajo peso al nacer están directamente relacionados. El 11,9% de los recién nacidos en el CHPR en el 2011 peso menos de 2500 gr, el 2,4% de ellos peso menos de 1500 gr y el 0,9% peso menos de 1000 gr³⁵.

El peso al nacer es un indicador de la salud del recién nacido, permite predecir la sobrevivencia y el desarrollo y capacidad reproductiva de la madre³⁶.

Según la OMS los factores de riesgo de prematuréz en nuestro país son divididos en 3 tipos: **epidemiológicos**, que abarca Bajo nivel socio-económico, bajo nivel educativo, edades extremas de la madre como el embarazo adolescente, corto periodo intergenésico, peso materno inadecuado previo al embarazo (bajo peso u obesidad), antecedentes de hijos previos con bajo peso al nacer, óbitos, abortos o amenaza de partos prematuros. Seguidos de los factores de riesgo **fetales** como las malformaciones, infecciones connatales, también existen los factores de riesgos **maternos** como enfermedades crónicas: diabetes, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, anemia crónica, enfermedades infecciosas (VIH),

32 Valoración de enfermería del paciente neonatal en estado crítico.
Disponibile: <http://www.ecepn.aibarra.org>

33 Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Revista Neonatal. Fundasamin. 2010. p: 10-17.

34 Deacon J, O'Neill P. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2001. p.654-74

35 Estadísticas otorgadas por el Centro Hospitalario Pereira Rossell del 2011.

36 Jewell R. T., Triunfo P., Aguirre R. El peso al nacer de los niños de la principal maternidad de Uruguay: 1995 a 2004. Desarrollo y Sociedad 2007 Mayo 4; N°59; 1-20

abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas ilegales), hemorragia en el 3° trimestre³⁷.

La OMS expresa, que las tasas de nacimientos pretérminos están aumentando en casi todos los países con datos fiables. El nacimiento pretérmino es la causa principal de muerte en las primeras cuatro semanas de vida.

Como mencionamos anteriormente, la prematuridad y el bajo peso del recién nacido aumentan posibilidades de peor desenlace. El avance y desarrollo tecnológicos, el manejo clínico y los cuidados intensivos neonatales ha permitido que sobrevivan recién nacidos muy inmaduros así como la mayoría de los recién nacidos a término con patologías graves. Suelen ocurrir eventos adversos que son determinantes en la definición del pronóstico del recién nacido pretérmino, cada evento aumenta las posibilidades de complicaciones³⁸. Los eventos adversos son lesiones no intencionales que resultan en incapacidades temporales o permanentes, prolongando el tiempo de permanencia o la muerte como consecuencia y aumentando los costos asistenciales³⁹. Asumiendo que la prematuridad y que un mayor número de intervenciones aumenta la incidencia de morbi-mortalidad, esto aporta como consecuencia un aumento en las dificultades del cuidado, y en las habilidades y atenciones requeridas de los profesionales. Son aspectos importantes en la calidad de la atención del recién nacido pretérmino la infraestructura y la experiencia práctica⁴⁰.

37 Jewell R. T., Triunfo P., Aguirre R. Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay. 2004. Noviembre.

38 Sebastiani M., Ceriani Cernadas J. M. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants Arch Argent Pediatric. 2008. 106(3):242-248

39 Menezes Brito, M.J., De Mattia Rocha, A., Resende Ferreira, V. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería

40 Sebastiani M., Ceriani Cernadas J. M. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants Arch Argent Pediatric. 2008. 106(3):242-248

Objetivos de investigación

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la experiencia práctica de enfermería profesional para la valoración de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Conocer como enfermería profesional realiza la valoración de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas.
- Conocer la capacitación en el último año de enfermería profesional.
- Conocer la incidencia de lesiones cutáneas en los recién nacido pretérmino en situaciones críticas.
- Identificar la relación entre los días de internación y la aparición de lesiones de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas.
- Conocer si existen protocolos de cuidado de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las UCINs de las Instituciones ya mencionadas.

Metodología

Tipo y diseño general del estudio

La investigación que se planteó corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo, y según el período de secuencia del estudio de corte transversal.

Para la selección de este estudio hemos considerado que sea descriptivo, con respeto al análisis y al alcance de los resultados estos se consideran como una primera aproximación a la realidad y se toma posibles asociaciones de las variables.

La investigación es cuantitativa por que mide la incidencia de un evento determinado, seleccionamos como evento a investigar como enfermería profesional valora la piel en el recién nacido pretérmino internado en las UCINs.

El estudio es además transversal debido al periodo en que se aplica la investigación en el tiempo.

Área de estudio

Este estudio se llevara a cabo en la República Oriental del Uruguay en el Departamento de Montevideo, en instituciones que brinden un tercer nivel de atención y que sean especializados en los Cuidados Intensivos Neonatales. Las UCINs que serán parte del área de estudio se ubican en las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3.

Variables

1. Edad Gestacional

- ❖ Definición Conceptual: Es el período de tiempo medido en semanas, transcurrido entre la concepción y el nacimiento.
- ❖ Definición Operacional: Clasificación de edad gestacional.
- Pretérminos: edad gestacional < de 37 semanas.
- A término: edad gestacional entre 38 y 41 semanas + 6 días.
- Post-término: edad gestacional > de 42 semanas.
- ❖ Tipo de variable: Cuantitativa continua.

2. Prematuréz

- ❖ Definición Conceptual: Según la OMS define como pretérmino aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación.
- ❖ Definición Operacional: Clasificación de la prematuréz.
- Menor a 24 semanas inviable.
- Entre 25 y 28 semanas peri viable.
- Entre 29 y 34 semanas viables inmaduros pretérminos.
- Entre 35 y 37 + 6 días semanas pretérminos tardíos.
- ❖ Tipo de variable: Cuantitativa continua.

3. Antecedentes prenatales

- ❖ Definición Conceptual: Son todos aquellos factores que durante el embarazo pueden afectar o determinar el desarrollo del feto. Se subdividen en 3 grandes grupos: los *maternos*, los *obstétricos* y *ginecológicos* y los *fetales*. Para evaluarlos, se tienen en cuenta diversos tipos de información:
 - Las **patologías maternas previas** son aquellas enfermedades que presenta la madre en el embarazo o previo al mismo que pueda acarrear consecuencias en la gestación.
 - El **bajo nivel socioeconómico** es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc.
 - La **Edad materna < 20 y > 40 años** son los rangos de edad materna que comprende ciertos factores de riesgo para cursar una gestación.
 - La **Insuficiente ganancia de peso materno** es el déficit de aumento del peso de la madre durante el embarazo.
 - Los **hábitos nocivos maternos** son aquellos que pueden traer consecuencias al embarazo como el consumo de drogas ilegales y legales.
 - Los **estados hipertensivo en el embarazo** entendemos por la presencia de dos registros tensionales elevados, en condiciones basales separados por un lapso de 6 horas.
 - La **diabetes gestacional** se define como la intolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el actual embarazo.
 - El **corto periodo intergenésico** es el período de tiempo entre dos gestas.
 - El **número de controles prenatales** es una serie planificada de entrevistas ambulatorias entre la paciente embarazada y el equipo de salud, para vigilar, controlar, prevenir y educar.
 - Se entiende como **antecedentes de abortos previos** a la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional.
 - Los **antecedentes de prematuréz** son gestaciones anteriores culminadas en un parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 gr. o antes de la 37 a

38 semanas de gestación.

–La **rotura prematura de membrana** es cuando ocurre rotura espontánea de la bolsa amniótica antes del comienzo del parto.

–La **placenta previa** es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

–El **desprendimiento prematuro de placenta normoinserta** es el desprendimiento de la placenta implantada en posición normal en un embarazo de al menos 20 semanas, o durante el parto antes del nacimiento del feto.

–La **rotura uterina** es el desgarro o fisura del útero como consecuencia de un traumatismo o de otras causas.

–La **amenaza de parto prematuro** es la presencia de una o más contracciones en 10 minutos, con escasas o nulas modificaciones cervicales en una gestante con una edad gestacional menor a 37 semanas.

–El **embarazo múltiple** es el desarrollo simultáneo de más de un feto en la cavidad uterina.

–**Pequeño para la edad gestacional** es el recién nacido menor al tamaño estimado para su edad gestacional.

–El **retardo de crecimiento intrauterino** es cuando se le estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional.

❖ Definición Operacional: Clasificación de los Antecedentes prenatales.

● Antecedentes Maternos

● Patologías maternas previas.

● Bajo nivel socioeconómico.

● Edad materna < 20 y > 40 años.

● Insuficiente ganancia de peso.

● Hábitos nocivos.

● Estado hipertensivo en el embarazo.

● Diabetes gestacional.

● Corto periodo intergenésico.

● N° de controles prenatales.

● Antecedentes de abortos previos.

● Antecedentes de prematuréz.

● Antecedentes obstétricos

● Rotura prematura de membrana.

● Placenta previa.

● Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

● Rotura uterina.

● Amenaza de parto prematuro.

● Embarazo múltiple.

● Antecedentes Fetales

● Pequeños para la edad gestacional.

● Retardo de crecimiento intrauterino.

❖ Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

4. Motivo del nacimiento

❖ Definición Conceptual: Es el diagnóstico que ha desencadenado el parto referido por el profesional que lo asistió. En el caso de los nacimientos pretérminos está íntimamente relacionado a los antecedentes prenatales.

❖ **Definición Operacional**

● **Antecedentes Maternos**

- Patologías maternas previas.
 - Bajo nivel socioeconómico.
 - Edad materna < 20 y > 40 años.
 - Insuficiente ganancia de peso.
 - Hábitos nocivos.
 - Estado hipertensivo en el embarazo.
 - Diabetes gestacional.
 - Corto periodo intergenésico.
 - N° de controles prenatales:
 - Antecedentes de abortos previos.
 - Antecedentes de prematuréz.
 - **Antecedentes obstétricos**
 - Rotura prematura de membrana.
 - Placenta previa.
 - Desprendimiento prematuro de placenta.
 - Rotura uterina.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - **Antecedentes Fetales**
 - Pequeños para la edad gestacional.
 - Retardo de crecimiento intrauterino.
- ❖ Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

5. Apgar

❖ **Definición Conceptual:** Es la puntuación total asignada a cinco signos objetivos del Recién Nacido, se valora al minuto de vida y a los cinco minutos de vida.

❖ **Definición Operacional:** Clasificación del Apgar en el primer minuto de vida.

● < a 4 puntos

● De 5 a 6 puntos

● De 7 a 10 puntos

❖ Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

❖ **Definición Operacional:** Clasificación del Apgar a los cinco minutos de vida.

● < a 4 puntos

● De 5 a 6 puntos

● De 7 a 10 puntos

❖ Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

6. Test de maduración

❖ **Definición Conceptual:** Es el test que evalúa el desarrollo del recién nacido en semanas de gestación al momento del nacimiento.

❖ **Definición Operacional:**

● Menor a 24 semanas.

● Entre 25 y 28 semanas.

● Entre 29 y 34 semanas.

● Entre 35 y 37 + 6 días semanas.

❖ Tipo de variable: Cuantitativa continúa.

7. Días de vida

❖ Definición Conceptual: Tiempo en días de vida desde el nacimiento hasta el momento de la valoración.

❖ Definición Operacional: Clasificación en días de vidas.

• 1 - 7 días de vida

• 8 - 14 días de vida

• 15 - 21 días de vida

❖ Tipo de variable: Cuantitativa continúa.

8. Días de internación del pretérmino

❖ Definición Conceptual: Tiempo en días de internación del recién nacido al ingreso a la UCIN.

❖ Definición Operacional: Clasificación en días de internación del pretérmino:

• 1 - 10 días

• 11 - 20 días

• 21 - 30 días

❖ Tipo de variable: Cuantitativa continúa.

9. Peso al nacer y al momento de la valoración

❖ Definición Conceptual: Es el peso en gramos del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento y al momento de la valoración.

❖ Definición operacional: Peso al nacer.

• 650gr a 900gr.

• 901 a 1100gr.

• 1101 a 1300gr.

• 1301 a 1500gr.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.

❖ Definición Operacional: Peso al momento de la valoración.

• 650gr a 900gr.

• 901 a 1100gr.

• 1101 a 1300gr.

• 1301 a 1500gr.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.

10. Estados de la piel

❖ Definición Conceptual: Situación específica en que se valora las condiciones de la piel.

–La **Hidratación de la piel** es el agua que aporta la sangre a la piel, junto con el oxígeno y los nutrientes, durante el pasaje desde los vasos hacia los tejidos.

–El **Eritema** es el enrojecimiento o inflamación de piel o mucosas, que se produce como consecuencia de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

–El **Edema** es la acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial de los tejidos.

–La **Lesión de la piel** es una respuesta frente a distintos estímulos que afectan a los componentes cutáneos (epidermis, dermis, hipodermis y vasos).

–Las **Escoriaciones** son irritaciones a nivel superficial producido por el roce continuo en la piel.

–La **Equimosis** es la alteración de la coloración de una zona de la piel o mucosa producida por la extravasación de sangre en el tejido subcutáneo, como consecuencia de un traumatismo de los vasos

sanguíneos subyacentes o de la fragilidad de las paredes vasculares.

–Las **Quemaduras químicas** son lesiones tisulares provocadas por la exposición a un ácido o base fuerte.

–Las **Quemaduras por calor** son lesiones tisulares provocadas por la exposición a temperaturas elevadas.

–La **Extravasación** es la exudación o salida hacia los tejidos, normalmente de sangre, suero o linfa.

❖ **Definición Operacional:** Clasificación del estado de la piel del recién nacido pretérmino

• **Hidratación de la piel**

1=Normal no hay signos de deshidratación.

2=Piel seca visiblemente escaldada.

3=Piel muy seca grietas/fisuras visibles.

• **Eritema**

1=No hay presencia de eritema.

2=Eritema Visible < 50% de la superficie corporal.

3=Eritema Visible > 50% de la superficie corporal.

• **Edema**

1= No presenta.

2= Edema Presente < 50% de la superficie corporal.

3= Edema Presente > 50% de la superficie corporal.

• **Lesión de la piel**

1= No presenta.

2=Pequeñas áreas localizadas.

3=Áreas extensas.

• **Escoriaciones**

1= No presenta.

2=Pequeñas áreas localizadas.

3=Áreas extensas.

• **Equimosis**

1= No presenta.

2= Pequeñas áreas localizadas.

3= Áreas extensas.

• **Quemaduras químicas**

1=No hay presencia de quemaduras.

2=Quemadura visible < 50% de la superficie corporal.

3=Quemadura visible > 50% de la superficie corporal.

• **Quemaduras por calor**

1=No hay presencia de quemaduras.

2=Quemadura visible < 50% de la superficie corporal.

3=Quemadura visible > 50% de la superficie corporal.

• **Lesión por extravasación**

1=No presenta.

2= Punto de inserción.

3= Pequeñas áreas localizadas.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

11.Zonas afectadas

❖ **Definición Conceptual:** áreas con límites y características específicos afectados por una lesión.

- La Cabeza es la parte más superior del cuerpo que contiene el encéfalo, los órganos especiales de los sentidos, la boca, la nariz y las estructuras relacionadas.
- La nariz es la estructura saliente de la porción anterior del cráneo, que sirve para el paso del aire hacia los pulmones.
- Los orificios nasales están ubicados perforando la porción externa de la nariz.
- La boca es la cavidad oral, casi ovalada, del extremo anterior del tracto digestivo, delimitada anteriormente por los labios y que contiene la lengua y los dientes.
- La bigotera es la zona comprendida entre la parte inferior de la nariz y el labio superior.
- La Oreja es la parte externa del oído.
- El Tórax es la caja constituida por hueso y cartílago que contiene los principales órganos de la respiración y la circulación y que cubre parte de los órganos abdominales.
- La Zona Periumbilical es la región que rodea el ombligo.
- El Escroto es la bolsa de piel que contiene los testículos y parte de los cordones espermáticos. Los labios mayores son dos pliegues cutáneos grandes, uno a cada lado del orificio vaginal, por fuera de los labios menores.
- Los Glúteos son los músculos que forman las nalgas.
- Las Extremidades o miembros son los órganos externos, articulados con el tronco, que cumplen funciones de locomoción.
- Rodillas y Codos son las regiones del miembro inferior y miembro superior que forman las articulaciones entre el fémur y la tibia y el brazo y antebrazo.
- Manos son las partes distales de las extremidades comprendida desde la muñeca inclusive hasta la punta de los dedos.
- Pie y talón es la región distal de la extremidad inferior que soporta el peso del cuerpo y el talón es la parte posterior del pie constituido por la región posterior del hueso calcáneo.
- Generalizado es la totalidad de la zona afectada del cuerpo.
- ❖ Definición Operacional: Clasificación de las zonas afectadas.
 - Cabeza (zona de apoyo- occipucio).
 - Nariz, peri-orificio nasal y boca.
 - Bigotera.
 - Oreja.
 - Tórax.
 - Zona Periumbilical.
 - Escroto o labios mayores.
 - Glúteos.
 - Extremidades.
 - Rodillas y Codos.
 - Manos.
 - Pie y talón.
 - Generalizado .
- ❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

12. Procedimientos invasivos utilizados

- ❖ Definición Conceptual: Técnicas médicas que invaden el cuerpo, con un fin diagnóstico o terapéutico. Por lo general, cortan o punzan la piel, o insertan instrumentos dentro del cuerpo.
 - Respiración asistida. Utilización de dispositivos mecánicos o de otro tipo para ayudar a mantener la respiración, suministrando oxígeno a presión positiva.

- Catéter periféricos, centrales (Percutáneos) o umbilicales son tubos que pueden ser insertados en una cavidad del cuerpo, conducto o vaso, para drenar líquidos, efectuar lavados, introducir fármacos, alimentar, efectuar biopsias por aspiración, realizar tratamientos vasculares.
- Cateterización umbilical es la introducción de un catéter a través de una arteria umbilical con el fin de proporcionar al recién nacido alimento parenteral, obtener muestras de sangre utilizando la vena umbilical, realizar transfusión de urgencia o administrar medicamentos, líquidos o expansores del plasma.
- Sonda vesical es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral.
- Sondas orogástricas es el procedimiento por medio del cual se introduce al paciente una sonda por boca hasta el estómago con el objetivo de extraer muestras para análisis clínico, evitar acumulación de líquidos y gases en el tubo digestivo y establecer una vía artificial para administrar alimentos y medicamentos.
- Gastrostomía es la intervención quirúrgica que consiste en establecer una abertura que hace comunicar el estómago y la pared abdominal (fistula gástrica) y que permite hacer absorber, por medio de una sonda, los alimentos cuando está obstruida la parte superior del tubo digestivo.
- Yeyunostomía es la técnica quirúrgica para crear una abertura artificial al yeyuno a través de la pared abdominal. La apertura puede ser temporal o permanente.
- Drenajes es la salida o extracción de material líquido (sangre, pus, suero), en forma espontánea o a través de un tubo colocado en el interior de la cavidad afectada.
- Aspiración es la extracción de un fluido (líquidos o gases) mediante un aspirador o mediante una presión negativa.

❖ Definición Operacional: Clasificación de Procedimientos invasivos utilizados

- Respiración asistida.
- Catéter periféricos, centrales (Percutáneos) o umbilicales.
- Cateterización umbilical.
- Sonda vesical.
- Sondas orogástrica.
- Gastrostomía.
- Yeyunostomía.
- Drenajes.
- Aspiración.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

13. Período de desempeño en la UCINs

❖ Definición Conceptual: Período de tiempo transcurrido que la enfermera profesional lleva vinculado al servicio.

❖ Definición Operacional: Clasificación del Período de desempeño:

- < a un año
- De 1 a 3 años
- De 3 a 5 años
- De 5 a 10 años
- >a 10 años

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa continua.

14. Capacitación en el área en los últimos 12 meses

❖ Definición Conceptual: Actualizaciones de la enfermera profesional en el conocimiento, actitudes,

comportamientos y habilidades necesarias para cumplir sus labores eficazmente en el servicio, como cursos, jornadas, talleres, congresos, posgrados, realizado en los últimos 12 meses.

❖ Definición Operacional

- Si
- No
- Sin Datos

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

15. Cantidad de actualizaciones realizadas en el año

❖ Definición Conceptual: Conjunto de actividades planificadas realizadas en el año.

❖ Definición Operacional:

- 1
- 2
- 3
- >4
- Sin Datos

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.

16. Ámbito donde realiza las actualizaciones

❖ Definición Conceptual: Lugar físico donde se realizan las actualizaciones planificadas.

❖ Definición Operacional:

- Público-Facultad Enfermería.
- Privado.
- Sin Datos.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

17. Horas promedio de actualizaciones realizadas

❖ Definición Conceptual: Periodo de tiempo promedio que ha realizado las actualizaciones

❖ Definición Operacional:

- < 20 horas
- 20-45 horas
- 45 horas

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.

18. Brinda cursos de capacitación en el área

❖ Definición Conceptual: Ofrece cursos de capacitación al personal del área.

❖ Definición Operacional:

- Si
- No
- Sin Datos

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

19. Coordina cursos en el área

❖ Definición Conceptual: Elabora u organiza cursos de capacitación al personal del área.

❖ Definición Operacional:

- Si
- No
- Sin datos

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

20. Existe protocolo para los cuidados de la piel en el recién nacido pretérmino

❖ Definición Conceptual: Conjunto de normas y procedimientos destinados a estandarizar el trabajo en el área.

❖ Definición Operacional:

- Si
- No
- Sin datos

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

21. Utiliza protocolo para los cuidados de la piel en el recién nacido pretérmino

❖ Definición Conceptual: Se cumple con las normas y procedimientos estandarizados del trabajo en el área.

❖ Definición Operacional:

- Si
- No
- A veces

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

22. Método de valoración

❖ Definición Conceptual: Es la recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente.

❖ Definición Operacional:

- Valoración por sistema afectado.
- Valoración cefalo-caudal.
- Ambas.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

23. Cómo valora la piel

❖ Definición Conceptual: Método que se utiliza para recolectar la información de la valoración de la piel

❖ Definición Operacional:

- Observación.
- Palpación.
- Otros.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

24. Momento en que realiza la valoración del recién nacido pretérmino

❖ Definición Conceptual: Instancia en la guardia en que realiza la valoración.

❖ Definición Operacional:

- Comienzo de guardia.
- Junto a los controles.
- A todo momento.
- Final de guardia.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

25.Utiliza el mínimo manejo manual

- ❖ Definición Conceptual: Minimizar los procedimientos invasivos exploraciones e intervenciones.
- ❖ Definición Operacional:
 - Si
 - No
 - A veces
- ❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

26.Lesiones de la piel más frecuentes en los recién nacidos pretérmino

- ❖ Definición Conceptual: Alteraciones de la integridad cutáneas más comunes en el recién nacido pretérmino.
- ❖ Definición Operacional:
 - Flebitis.
 - Descamación.
 - Infiltración.
 - Punción.
 - Adhesivos.
 - Fijación Vías Venosas y Arteriales.
 - Fijación sensor.
 - Prótesis.
 - Apoyo.
 - Quemaduras por Contacto.
 - Quemaduras Químicas.
 - Eritemas.
 - No ha visto.
 - Otros.
- ❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

27.Diagnósticos de enfermería más frecuentes relacionados con la piel de los recién nacidos pretérmino

- ❖ Definición Conceptual: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales.
- ❖ Definición Operacional:
 - Alteración de la integridad cutánea relacionada a presencia de accesos venosos periféricos, central y umbilical, drenajes, ostomas.
 - Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la presencia de elementos de fijación, respiración asistida, sondas y aspiración.
 - Riesgo potencial de infección relacionado a la presencia de lesión de la piel, accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales, drenajes, ostomas.
 - Riesgo potencial de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad.
 - Riesgo potencial de hipotermia relacionado a la inmadurez de la piel.
- ❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

28.Guía del plan de cuidados de enfermería

- ❖ Definición Conceptual: Es un método sistemático y organizado para administrar y brindar cuidados

humanistas individualizados eficientes centrados en el logro de resultados esperados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

❖ Definición Operacional:

- Lavado de manos previo y posterior al contacto con el recién nacido pretérmino.
- Uso de material y guantes estériles hasta que la piel este integra a recién nacidos menores a 1000 gr.
- Control de termorregulación del servo-control.
- Control de temperatura de incubadora.
- Control de utilización de mantas y/o colchones térmicos.
- Control cambios posturales programados en cada turno.
- Control de hidratación e higiene de la piel.
- Control de desinfección y el uso de alcohol.
- Control de productos utilizados en las curaciones de las lesiones sean los adecuados.
- Cuidado al retirar parches y adhesivos con torundas de algodón embebidas en agua.
- Control de la integridad de la piel en los puntos de apoyo.
- Control de uso de parches hidrocoloides en zonas de apoyo y bigoteras.
- Control del uso de adhesivo adecuado al tamaño del recién nacido pretérmino.
- Uso de apósitos transparentes (tergaderm) en sitios de punción.
- Supervisión de uso de dispositivos de prevención (colchón de agua, aire, almohadillas de gel, mantas piel de cordero-freshpeel).
- Control de la utilización de protectores como nidos y barreras.
- Control de rotación de sitios de contacto de sensores y electrodos en cada turno.
- Control de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales en sitios de punción.
- Control de la permeabilidad de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales.
- Control de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales en sitios de fijación.
- Control de la alimentación para el aporte proteico.
- Control de cambios de fijación de sondas orogástricas.
- Control de cambios de fijación de Yeyunostomía y Gastrostomías.
- Control de características de la piel peri-sonda vesical.
- Control de características de la piel peri-ostomas.
- Control de fijación de los drenajes en la piel.

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

29. Oportuna valoración evita lesiones de piel

❖ Definición Conceptual: Método de valoración que se utiliza en el momento apropiado para no generar lesiones de piel.

❖ Definición Operacional:

- Si
- No

❖ Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

Hipótesis

La valoración de la enfermera profesional logra evitar lesiones en la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas.

Universo de estudio.

Son todas las/os enfermeras/os profesionales que realizan la valoración de la piel en los recién nacidos pretérminos y todos los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas que se encuentren entre la edad gestacional de 25 semanas y hasta el último día de la semana 36 y 6 días y con un peso igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos internados en las UCINs de las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3, en el periodo comprendido entre 8 de octubre al 20 de diciembre del 2012.

Selección y tamaño de muestra.

Nuestra muestra está compuesta por enfermería profesional y los recién nacidos pretérmino en situaciones críticas, que se encuentren entre la edad gestacional de 25 semanas y hasta el último día de la semana 36 y 6 días y con un peso igual o mayor a 650 gramos y menor o igual a 1500 gramos, internados en las UCINs de las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay CHPR y Sanatorio CASMU N°3

Unidad de análisis y observación.

Nuestra unidad de análisis es la actividad de las enfermeras profesionales que realizan la valoración de la piel en los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas en las UCINs de las instituciones: SMI, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, HCFFAA, Sanatorio Medica Uruguay, CHPR y Sanatorio CASMU N°3.

Criterios de inclusión y exclusión.

Incluiremos en nuestro estudio a todas las/os enfermeras/os profesionales que se encuentren trabajando en las diferentes UCINs, donde llevaremos a cabo la investigación. Además incluiremos a los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas mayores a 25 semanas y menores a 36 y 6 días y con un peso mayor o igual a 650 gramos y menores o igual a 1500 gramos.

Excluiremos en nuestro estudio a las/os enfermeras/os profesionales que al momento de la recolección de datos se encuentren de licencia reglamentaria, licencia maternal o certificación médica y a los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas con mal formaciones congénitas, también a los menores de 25 semanas y mayores de 37 semanas y que tengan un peso menor 650 gamos y mayores de 1500 gramos.

Procedimiento para recolección de información

El método que se utilizara serán entrevistas a todas las/os enfermeras/os profesionales que desempeñan sus funciones en las UCINs de las instituciones ya mencionadas. Se realizara una recolección de datos en las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que se incluyan en nuestra muestra.

Instrumentos a utilizar

El instrumento a aplicarse será un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas a las/os

enfermeras/os profesionales que se desempeñen en las UCINs de las instituciones anteriormente mencionadas y obtención de información de las historias clínicas de los recién nacidos pretérmino internados en dichas UCINs mediante la utilización de fichas. Los datos recabados serán de carácter anónimo e individual. De las encuestas a enfermería profesional y de las historias clínicas de los recién nacidos seleccionaremos treinta variables a investigar.

Aspectos Éticos

Consentimiento informado:

Se deberá contar previamente con el permiso de las instituciones: Servicio Médico Integral, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Medica Uruguay, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Casmu N° 3, y los departamentos de enfermería respectivamente, para el ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Se realizará entrevistas a las diferentes jefas de los servicios de dichas UCINs.

Se le explicará verbalmente a enfermería profesional sobre la encuesta a realizar para poder llevar a cabo la investigación, teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza del estudio, objetivos de la investigación y tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma.

Por lo que se aclara que las encuestas y datos obtenidos de las historias clínicas serán enteramente confidenciales y anónimos, y que serán utilizados con el fin de concluir nuestra investigación.

Plan de análisis de los resultados:

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Para el procesamiento de datos se utilizara el Programa Excel, los datos resumidos serán producto de la aplicación de las encuestas realizadas a la muestra seleccionada de enfermería profesional y la recolección de datos de las historias clínicas a través una ficha de los recién nacidos pretérminos asistidos en las UCINs. Los datos se presentan en tablas de frecuencia univariada.

Referencias bibliográficas

- Arribas A, Amescua A, Santamaría J, Robledo J, Blasco T, Gómez J. Diagnósticos estandarizado de Enfermería. Clasificación de los valores determinantes. 2 ed. FUDEN. 2011 p. 10
- Ballesteros H., Vintancurt A. M., Sánchez S. D. Bases Científicas de la Administración. México: McGraw-Hill; 1997. p 78.
- Bustos R, Failache O, Aldao J, Parodi V, Tobeña R, Laín A, et al. Temas de Neonatología para pregrados. Universidad de la República Facultad de Medicina. Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, 2005. p. 23-27.
- Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. Revista Neonatal. Fundasamin. 2010. p. 10-17.
- Cloherty J P, Eichenwald E C, Stark A.R. Manual de Neonatología. Wolters Kluwer, Lippincott William& Wilkins. 6 ed. 2009. p. 40-58, 625-630.
- Deacon J, O'Neill P. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2001. p.654-74.
- Dickason E J, Silverman, B L, Schult M O, Enfermería Materno-infantil, Madrid: Mosby;1995, p. 377-80.
- Erpen N., Comité Científico de Enfermería. Cuidados en Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.J.C. P. (Prof. Dr. J. P. Garrahan). 3 ed. Journal. 2009. p. 195-219.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4 ed. Mc Graw Hill Interamericana. p. 45-56, 157-58.
- Ibarburu D, Magnari E, Fisher E, Ferro M, Mut M, Modernell B. Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales. Copyright 1969. p 11.
- Jewell R. T., Triunfo P., Aguirre R. Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay. Noviembre 2004
- Ketzoian C, Aguirrezabal X, Alonso R, Benzano D. Estadística Médica. Oficina del Libro Montevideo:FEFMUR; 2004.
- Klaus, Fanaroff, Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 3 ed. Buenos Aires: Panamericana; 1987. p. 19-49, 89-116.

- Kovasevic C. Comité Científico de Enfermería. Cuidados en Enfermería Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.J.C. P. (Prof. Dr. J. P. Garrahan). 3 ed. Journal. 2009. p. 456-464.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005; 8(4): 393-406.
- Menezes Brito, M.J., De Mattia Rocha, A., Resende Ferreira, V. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería
- Polto J., Arena, J., Berro P., Pereira J. Pautas Terapéuticas en Obstetricia. Montevideo. 1999. Oficina del Libro AEM. p. 161.
- Santana S., Verde J., Cabrera A. Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Cátedra de Administración. 1er ed. Uruguay. Dourteau. 2006. p 11-12.
- Sebastiani M., Ceriani Cernadas J. M. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants Arch Argent Pediatric. 2008. 106(3):242-248
- Tapias J.L., Ventura P. Manual de Neonatología. Mediterráneo. 2 ed. 2002. p 23.

Páginas en Internet:

- Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000300006&script=sci_arttext
- Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo8/capitulo8.htm>
- Disponible: <http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/default.htm>
- Valoración de enfermería del paciente neonatal en estado crítico.
Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org>
- Disponible: <http://minsal.comenius.cl/elgg/file/download/2191>
- Informe de Gestión Maternidad 2009. Publicado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Junio 2010.
- Blasina F. Neonatología, principales temáticas, Material otorgado por el CLAP.

Cronograma

| Meses/ Año Actividades | Mayo 2011 | Julio- Octubr e 2011 | Abril - Julio 2012 | Agost o 2012 | Setiembr e 2012 | Octubre- Diciembr e 2012 | 1° quincen a Enero 2013 | 2° quin- cena Enero 2013 | Febrer o de 2013 | Marzo 2013 |
|--|-----------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------|
| Elección del Tema | ➔ | | | | | | | | | |
| Revisión Bibliográfica | | ➔ | | | | | | | | |
| Elaboración del Protocolo | | | ➔ | | | | | | | |
| Aprobación del Protocolo | | | | ➔ | | | | | | |
| Espera de aprobación de instituciones. | | | | | ➔ | | | | | |
| Recolección de Datos | | | | | | ➔ | | | | |
| Procesamiento y Resultados | | | | | | | ➔ | | | |
| Análisis de datos y Conclusiones | | | | | | | | ➔ | | |
| Trabajo Final | | | | | | | | | ➔ | |
| Pedido al Tribunal | | | | | | | | | | ➔ |

Presupuesto

- Transporte: \$4000

- Papelería: \$500
- Impresiones: \$500
- Fotocopias: \$300
- Cartuchos: \$1100
- Encuadernaciones: \$250
- Cd's: \$100

Anexos

Prototipo del instrumento para recolección de datos

- 1. Encuesta: Entrevista Enfermería Profesional de las UCINs**
- 2. Ficha: Valoración del recién nacido crítico**

ENCUESTA

Entrevista a Enfermería profesional en la UCIN

Iniciales Enfermera profesional: _____ *Turno:* _____ *Fecha:* _____

Clasificación del Período de desempeño en la UCIN: _____

•Período de desempeño:

| | |
|----------------|--|
| < a un año | |
| De 1 a 3 años | |
| De 3 a 5 años | |
| De 5 a 10 años | |
| >a 10 años | |

Clasificación de la capacitación en el área:

•¿En los últimos 12 meses ha realizado actualizaciones en cursos, jornadas, talleres, congresos, posgrados pertinentes al área de Neonatología?

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

•Especifique

Cuántos _____

•Especifique Lugar _____

•¿Qué cantidad de horas promedio de los cursos, jornadas, talleres, congresos y posgrados de actualización ha realizado usted en los últimos 12 meses?

| | |
|-------------|--|
| <20 horas | |
| 20-45 horas | |
| >45 horas | |

•¿Brinda usted cursos de capacitación en el área?

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

•¿Coordina usted cursos?

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

•Existe protocolo de trabajo para los cuidados de la piel en los recién nacido pretérmino.

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

•Se lleva a cabo el protocolo de trabajo para los cuidados de la piel en los recién nacido pretérmino.

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

•¿Qué método de valoración utiliza en los recién nacido pretérmino?

| | |
|---------------------------------|--|
| Valoración por sistema afectado | |
| Valoración cefalo-caudal | |

•¿Cómo valora la piel del recién nacido pretérmino? _____

•¿Cuándo realiza la valoración del recién nacido pretérmino (en que momento de la guardia)?

•¿Utiliza el mínimo manejo manual en la manipulación de los recién nacido pretérmino?

•¿Cuáles son las lesiones de la piel más frecuentes en los recién nacidos pretérminos?

•¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería más frecuentes relacionados con la piel de los recién nacidos pretérminos?

| | |
|---|--|
| Alteración de la integridad cutánea relacionada a presencia de accesos venosos periféricos, central y umbilical, drenajes, ostomas. | |
| Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la presencia de elementos de fijación, respiración asistida, sondas y aspiración. | |
| Riesgo potencial de infección relacionado a la presencia de lesión de la piel, accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales, drenajes, ostomas. | |
| Riesgo potencial de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad | |
| Riesgo potencial de hipotermia relacionado a la inmadurez de la piel | |

| <i>Guía del plan de cuidados de enfermería</i> | Si | No |
|--|----|----|
| Lavado de manos previo y posterior al contacto con el recién nacido pretérmino | | |
| Uso de material y guantes estériles hasta que la piel este integra a recién nacidos < 1000gr | | |
| Control de termorregulación del servo-control | | |
| Control de temperatura de incubadora | | |
| Control de utilización de mantas y/o colchones térmicos | | |
| <i>Control cambios posturales programados en cada turno</i> | | |
| <i>Control de hidratación e higiene de la piel</i> | | |
| <i>Control de desinfección y el uso de alcohol</i> | | |
| <i>Control de productos utilizados en las curaciones de las lesiones sean los adecuados</i> | | |
| <i>Cuidado al retirar parches y adhesivos con torundas de algodón embebidas en agua</i> | | |
| <i>Control de la integridad de la piel en los puntos de apoyo</i> | | |
| <i>Control de uso de parches hidrocoloides en zonas de apoyo y bigoterías</i> | | |
| <i>Control del uso de adhesivo adecuado al tamaño del recién nacido pretérmino</i> | | |
| <i>Uso de apósitos transparentes (tergaderm) en sitios de punción</i> | | |
| <i>Supervisión de uso de dispositivos de prevención (colchón de agua, de aire, almohadillas de gel, manta piel de cordero)</i> | | |
| <i>Control de la utilización de protectores como nidos y barreras</i> | | |
| <i>Control de rotación de sitios de contacto de sensores y electrodos en cada turno</i> | | |
| <i>Control de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales en sitios de punción</i> | | |
| <i>Control de la permeabilidad de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales</i> | | |
| <i>Control de los accesos venosos periféricos, centrales y umbilicales en sitios de fijación</i> | | |
| <i>Control de la alimentación para el aporte proteico</i> | | |
| <i>Control de cambios de fijación de sondas orogástricas</i> | | |
| <i>Control de cambios de fijación de Yeyunostomía y Gastrostomías</i> | | |
| <i>Control de características de la piel peri- sonda vesical</i> | | |
| <i>Control de características de la piel peri-ostomas</i> | | |
| <i>Control de fijación de los drenajes en la piel</i> | | |

- ¿Usted cree que con una oportuna valoración logra evitar lesiones en la piel en el recién nacido pretérmino?

FICHA

Valoración del recién nacido pretérmino en situaciones crítica

Fecha de nacimiento:

| <u>Clasificación de edad gestacional</u> | |
|---|--|
| 1) Pretérminos: edad gestacional < de 37 semanas | |
| 2) A término: edad gestacional entre 38 y 41 semanas + 6 días | |
| 3) Pos-término: edad gestacional > de 42 semanas | |
| <u>Clasificación de viabilidad</u> | |
| 1) Menor a 24 semanas inviable. | |
| 2) Entre 25 y 28 semanas peri viable. | |
| 3) Entre 29 y 34 semanas viables inmaduros pretérminos. | |
| 4) Entre 35 y 37 + 6 días semanas pretérminos tardíos | |
| <u>Clasificación de los Antecedentes prenatales</u> | |
| <u>Antecedentes Maternos</u> | |
| Patologías maternas previas. | |
| Bajo nivel socioeconómico. | |
| Edad materna < 20 y > 40 años. | |
| Insuficiente ganancia de peso. | |
| Hábitos nocivos. | |
| Estado hipertensivo en el embarazo. | |
| Diabetes gestacional. | |
| Corto período intergenésico. | |
| Nº de controles prenatales: | |
| Antecedentes de abortos previos. | |
| Antecedentes de prematuréz. | |
| <u>Antecedentes obstétricos</u> | |
| Rotura prematura de membrana. | |
| Placenta previa. | |
| Desprendimiento prematuro de placenta. | |
| Rotura uterina. | |
| Amenaza de parto prematuro. | |
| <u>Antecedentes Fetales</u> | |
| Pequeños para la edad gestacional. | |
| Retardo de crecimiento intrauterino. | |

| | | |
|--|--------------------|--|
| Motivo del nacimiento: | | |
| Apgar en el primer minuto de vida | < a 4 puntos | |
| | De 5 a 6 puntos | |
| | De 7 a 10 puntos | |
| Apgar a los cinco minutos de vida | < a 4 puntos | |
| | De 5 a 6 puntos | |
| | De 7 a 10 puntos | |
| Test de maduración | < a 25 semanas | |
| | De 26 – 28 semanas | |
| | De 29 – 34 semanas | |
| | De 35 – 37 semanas | |
| <u>Clasificación en días de vidas</u> | | |
| 1 - 7 días de vida | | |
| 8 - 14 días de vida | | |
| 15 - 21 días de vida | | |
| <u>Clasificación en días de internación del pretérmino</u> | | |
| 1- 10 días | | |
| 11- 20 días | | |
| 21- 30 días | | |
| <u>Peso al nacer</u> | | |
| 650gr a 900gr. | | |
| 901 a 1100gr. | | |
| 1101 a 1300gr. | | |
| 1301 a 1500gr. | | |
| <u>Peso al momento de la valoración</u> | | |
| 650gr a 900gr. | | |
| 901 a 1100gr. | | |
| 1101 a 1300gr. | | |
| 1301 a 1500gr. | | |

| <i>Clasificación del estado de la piel del recién nacido pretérmino</i> | | |
|---|---|--|
| <i>Hidratación de la piel</i> | 1=Normal no hay signos de deshidratación. | |
| | 2=Piel seca visiblemente escaldada | |
| | 3=Piel muy seca grietas/fisuras visibles | |
| <i>Eritema</i> | 1=No hay presencia de eritema | |
| | 2=Eritema Visible < 50% de la superficie corporal | |
| | 3=Eritema Visible > 50% de la superficie corporal | |
| <i>Edema</i> | 1= No presenta | |
| | 2= Edema Presente < 50% de la superficie corporal | |
| | 3= Edema Presente > 50% de la superficie corporal | |
| <i>Lesión de la piel</i> | 1= No presenta | |
| | 2=Pequeñas áreas localizadas | |
| | 3=Áreas extensas | |
| <i>Escoriaciones</i> | 1= No presenta | |
| | 2=Pequeñas áreas localizadas | |
| | 3=Áreas extensas | |
| <i>Equimosis</i> | 1= No presenta | |
| | 2= Pequeñas áreas localizadas | |
| | 3= Áreas extensas | |
| <i>Quemaduras químicas</i> | 1=No hay presencia de quemaduras | |
| | 2=Quemadura visible < 50% de la superficie corporal | |
| | 3=Quemadura visible > 50% de la superficie corporal | |
| <i>Quemaduras por calor</i> | 1=No hay presencia de quemaduras | |
| | 2=Quemadura visible < 50% de la superficie corporal | |
| | 3=Quemadura visible > 50% de la superficie corporal | |
| <i>Lesión por extravasación</i> | 1=No presenta | |
| | 2= Punto de inserción | |
| | 3= Pequeñas áreas localizadas | |

| <u>Zonas afectadas</u> | |
|--|--|
| <i>Cabeza (zona de apoyo- occipucio)</i> | |
| <i>Nariz, peri-orificios nasales y boca</i> | |
| <i>Bigotera</i> | |
| <i>Oreja</i> | |
| <i>Tórax</i> | |
| <i>Zona Periumbilical</i> | |
| <i>Escroto o labios mayores.</i> | |
| <i>Glúteos</i> | |
| <i>Extremidades</i> | |
| <i>Rodillas y Codos</i> | |
| <i>Manos</i> | |
| <i>Pie y talón</i> | |
| <i>Generalizado</i> | |
| <u>Procedimientos invasivos utilizados</u> | |
| <i>Respiración asistida. Modalidad :</i> | |
| <i>Catéter periféricos, centrales(Percutáneos)</i> | |
| <i>Cateterización umbilical</i> | |
| <i>Sondas vesicales</i> | |
| <i>Sondas orogastriga</i> | |
| <i>Gastrostomía</i> | |
| <i>Yeyunostomia</i> | |
| <i>Drenajes</i> | |
| <i>Aspiración</i> | |

ANEXO II

Tabla 1

Grado de madurez según edad gestacional y peso

Peso del nacimiento esperado entre las semanas 24 y 38 de la gestación

| Edad gestacional (semanas) | Peso al nacer (gr.) | Madurez orgánica |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|
| 24 | 700 | Gran inmadurez |
| 26 | 900 | |
| 28 | 1.100 | |
| 30 | 1.350 | Inmadurez moderada |
| 32 | 1.650 | |
| 34 | 2.100 | |
| 36 | 2.400 | Limítrofes de inmadurez |
| 38 | 2.600 | |

Tabla 2

Test de Apgar

| | 0 puntos | 1 punto | 2 puntos |
|--------------------------|------------------------------|--|--|
| Color de la piel | todo azul | extremidades azules | normal |
| Frecuencia cardíaca | no posee | <100 | >100 |
| Reflejos e irritabilidad | sin respuesta a estimulación | mueca / llanto débil al ser estimulado | estornudos / tos / pataleo al ser estimulado |
| Tono muscular | ninguna | alguna flexión | movimiento activo |
| Respiración | ausente | débil o irregular | fuerte |

Tabla 3

Test de Capurro

| Variables | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| A. Físicas | | | | | |
| Incurvación del pabellón auricular | Chato liso, sin curvación = 0 | Incurvación del borde superior = 8 | Incurvación del borde superior = 16 | Incurvación total del pabellón = 24 | |
| Características de la piel | Lisa y gelatinosa = 0 | Fina y lisa = 5 | Más gruesa, escasa de descamación = 10 | Gruesa descamación abundante = 15 | Gruesa, fisurada y con descamación = 20 |
| Nódulo mamario | No palpable = 0 | Palpable < de 5 mm = 5 | Palpable entre 5-10 mm = 10 | Palpable > de 10 mm = 15 | |
| Formación del pezón | Apenas visible, sin areola = 0 | Diámetro < 7,5 mm = 5 | Areola visible, lisa chata, diámetro > 7,5 mm = 10 | Areola punteada, borde no levantado, diámetro > de 7,5 mm = 15 | |
| Pliegues Plantares | Planta lisa, sin pliegues = 0 | Marcas mal definidas sobre la parte anterior = 5 | Marcas bien definidas sobre la parte anterior y surcos en 1/3 anterior = 10 | Surcos en la mitad anterior = 15 | Surcos en más de la mitad de la planta = 20 |
| B. Neurológicas | | | | | |
| Maniobra de la bufanda | El codo alcanza la línea axilar anterior del lado opuesto = 0 | Codo entre la línea media y la línea axilar anterior = 12 | El codo alcanza la línea media = 12 | El codo no alcanza la línea media = 18 | |
| Sostén cefálico | Deflexión total de la cabeza ángulos mayores de 270° = 0 | Control cefálico parcial, ángulo entre 180° - 270° = 4 | Capaz de mantener cabeza en línea con el cuerpo 180° = 8 | Lleva la cabeza anterior al cuerpo ángulo menor 180° = 12 | |

ANEXO III

Valoración del Recién Nacido

Cabeza

Forma y tamaño

Es grande con relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.

Fontanelas

La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm, un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.

Suturas

Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis.

Bolsa Sero-sanguínea

Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de suturas y pueden ser extensos. Debe diferenciarse de los cefalohematoma.

Cara

Ojos

Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales y esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.

Nariz

El recién nacido es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.

Milium Sebáceo

Quiste blanquecino de pequeñas dimensiones, que aparece en la epidermis, producido por la obstrucción de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas.

Boca

Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Ebstein en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistesepiteliales). No tiene significado patológico.

Oídos

Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

Cuello

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen: bocio, quistes tiroideos y hematomas del esternocleidomastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

Tórax

Sistema cardiorrespiratorio:

El color de la piel es probablemente el índice aislado más importante en la función respiratoria. En los niños de raza caucásica buen color significa un tono rosado rojizo, excepto por la posibilidad de cianosis en las manos, los pies y ocasionalmente en los labios (acrocianosis). Las membranas mucosas de los recién nacidos de piel oscura son indicadores más fiables que la piel. Los hijos de madre diabética y los recién nacidos prematuros tienen un color más rosado que la media, mientras que los recién nacidos pos-término son más pálidos.

Clavículas:

Se palpan de superficie lisa y uniforme, descartar fractura, especialmente en los recién nacidos grande para la edad gestacional.

Nódulo mamario

Es palpable en los recién nacidos a término, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

Pulmones

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 por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología. La frecuencia respiratoria suele ser de 40 a 60 rpm. Todos los recién nacidos respiran de forma periódica, en vez de regular aspecto que es más evidente en los pretérminos que los nacidos a término. Así pues los recién nacidos pueden respirar con una frecuencia bastante regular durante aproximadamente un minuto y a continuación presentar un corto periodo de ausencia de respiración (generalmente de 5 a 10 segundos). Así como la respiración periódica es normal, la apnea, definida generalmente como la presencia de periodos de ausencia de respiración durante los cuales el color normal del recién nacido cambia a distintos grados de cianosis, no es normal. Así pues, la apnea es una prolongación anormal de la respiración periódica.

Si el recién nacido está caliente, no habría de existir quejido espiratorio y escaso o nulo aleteo nasal. Al llorar, los recién nacidos muestran cierta retracción de la pared torácica; sino existe quejido, esta retracción se puede considerar normal.

Cuando un recién nacido esta sonrosado y respira sin tirajes ni quejidos a un ritmo <60 rpm, el aparato respiratorio suele estar intacto. En ausencia de taquipnea es poco frecuente la existencia de patologías. En ocasiones se aprecian roncus, ruidos cardiacos o respiratorios amortiguados, o asimetría del murmullo vesicular en un recién nacido asintomático, que pueden poner de manifiesta una patología oculta que confirmara una radiografía de tórax.

Corazón

Frecuencias cardiacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El ápex está lateral a la línea medio-clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado. Al explorar el corazón se debe observar la actividad precordial, la frecuencia, el ritmo, la calidad de los ritmos cardiacos y la presencia o ausencia de soplos.

Se debe determinar si el corazón está del lado derecho o izquierdo, mediante la auscultación y palpación.

La frecuencia cardiaca normal es de 120 a 160 lat/min. Varía con los cambios de actividad del recién nacido, aumentando cuando el recién nacido llora, está activo o respira muy deprisa, y disminuyendo cuando está tranquilo y respira despacio.

Los soplos son menos significativos en el periodo neonatal que en cualquier otro momento. Los recién nacidos pueden padecer cardiopatías extremadamente graves sin que exista soplos.

Se deben palpar los pulsos femorales aunque con frecuencia son débiles en el primer y segundo día de vida. Si existen dudas sobre los pulsos femorales en el momento del alta se comprobará la tensión arterial en las extremidades superiores e inferiores.

Abdomen

Forma

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. 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 recién nacido con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.

Ombigo y cordón umbilical

Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc.

Ano y recto

Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas.

Genitales

Masculinos

En el recién nacido a término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el pretérmino el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

Femeninos

Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protuyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina.

Caderas

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de caderas si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (signo de Ortolani).

Extremidades

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bote, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones puede palparse fracturas.

ANEXO IV

Cuidados de la piel del Recién nacido pretérmino

Es importante limpiar la piel con agua y utilizar jabón no alcalino, neutro. Los recién nacidos pretérminos deben ser bañados pocas veces en los primeros dos meses de vida, para evitar el resecaamiento excesivo de la piel y también la hiperestimulación, el estrés y la fatiga.

Se manipula con suavidad y de manera mínima, para no causar traumatismos.

Se llevara al mínimo el uso de cintas adhesivas, en la medida de lo posible, y se tendrá gran cuidado cuando se la quite, para no desprender la epidermis.

No se ha corroborado la inocuidad de los solventes de adhesivos. Las torundas de algodón humedecidas en agua tibia pueden utilizarse eficazmente para quitar la cinta adhesiva y material similar de otro tipo.

Los adhesivos “en gel” y las barreras a base de pectinas han sido útiles para evitar el traumatismo de la piel durante las maniobras de quitarlos.

Las capas de pectina o hidrocoloide aplicadas antes de los adhesivos pueden proteger a la piel de daños, cuando se fijen las sondas endotraqueales o catéteres.

La tintura de benjuí y otros agentes adhesivos forman un vínculo potente entre el material mencionado y la epidermis, y agravan el peligro de que ésta se desprenda cuando se quite el adhesivo. Es mejor no utilizar dichos agentes en los recién nacidos pretérminos.

La mayor permeabilidad de la piel permite la absorción de algunos medicamentos y productos como el alcohol y la yodopolivinilpirrolidona (Betadine). Si se utilizan las sustancias mencionadas en algún método penetrante, se recomienda quitarlas del todo con agua, tan pronto sea posible, para evitar la absorción o quemaduras químicas.

Las cremas emolientes que no tienen conservadores ni perfumes pueden ser beneficiosas para el recién nacido pretérmino, al disminuir la pérdida de agua transepidérmica y la solución de continuidad de la piel.

Una tienda con ambiente húmedo y tibio puede proteger la piel y aminorar la pérdida insensible en el recién nacido de muy bajo peso.

Cabe utilizar apósitos adhesivos transparente sobre heridas y abrasiones y para fijar catéteres intravenosos y los que se colocan en venas centrales. También pueden ser colocados sobre eminencias óseas como las rodillas, para evitar abrasión de la piel.

Prevenir otras lesiones en la piel

Los cambios posturales frecuentes previenen la aparición de lesiones. La presión prolongada del peso corporal disminuye la circulación local y favorece lesiones en la epidermis, originando por veces necrosis local.

Se recomienda el cambio de posición cada dos o tres horas, de acuerdo con la estabilidad del recién nacido.

Colocar protecciones en las eminencias óseas, como las rodillas para evitar abrasiones de la piel.

Prevención de úlceras por presión: usar piel de cordero (además facilita los cambios posturales) o colchón moldeable relleno de gel.

Hacer la rotación frecuente del sensor transcutáneo de oxígeno, para la prevención de quemaduras locales. Evitar la presión excesiva al fijar los sensores. Para fijarlo utilizar una banda de gasa o tira de velcro.

Atención al tiempo recomendado sobre la permanencia del sensor transcutáneo de CO₂ – riesgo extremo de quemadura.

- **Cuidados de Enfermería:**

- Procurar acceder al prematuro de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible.
- Las manipulaciones se harán siempre entre dos profesionales (1 enfermera y a auxiliar ó 2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo.
- El material que se vaya a utilizar estará preparado previamente para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.
- Entre manipulaciones se anotará en gráfica la temperatura de piel y las constantes del monitor, saturación de O₂ y parámetros del respirador.
- Con el fin de facilitar la relación de los padres con el pretérmino se les informará sobre el horario preestablecido y, si fuera necesario, se adecuará un horario para ellos.
- Alimentación: introducción precoz, la alimentación oral coincidirá con horario de manipulaciones.
- Evitar el dolor con medidas de consuelo y de ser necesario medidas farmacológicas.
- Permitir que las manos del niño estén cerca de la cara.
- Comprobar que nuestras manos estén calientes y limpias antes de tocar al recién nacido pretérmino.
- Durante procedimientos o intervenciones: contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecer la posibilidad de coger a algún elemento: dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.
- **Cuidado de la piel:**
 - En los grandes pretérminos el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión. Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente. El pH de la piel al nacimiento es de 6,34, durante los cuatro primeros días disminuye a 4,95 este manto ácido protege frente a microorganismos.
 - Aproximadamente a las 2 semanas de vida, la función protectora de la piel es parecida a la de los recién nacidos a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis.
 - Intervenciones:
 - Utilizar guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra (mínimo una semana).
 - Baño: lavar con toques suaves y solamente con agua destilada templada y gasas estériles suaves, durante las dos primeras semanas no es aconsejable el baño diario. Cuando la piel esté íntegra es aconsejable el baño por inmersión. A partir de los quince días se puede utilizar jabón neutro.
 - Cremas hidratantes específicas (Eucerín): para evitar sequedad, fisuras y descamación, previniendo la aparición de dermatitis. No aplicar sobre lesiones ya existentes. Sólo algunas se pueden utilizar con fototerapia.
 - Telas adhesivas y apósitos: utilizarlos siempre del tamaño más pequeño posible y para retirarlos humedecer antes con agua destilada templada o aceite vegetal; procurar esperar 24h. antes de retirar una tela, es menos doloroso.

- Para la fijación de tubo endotraqueal, sondas gástricas y vías, utilizar telas muy pequeñas.
- Para los sensores de temperatura usar telas de papel.
- Para censer de O₂ usar gasa.
- No utilizar bolsas colectoras adhesivas.
- Prevención de úlceras por presión usar piel de cordero (además facilita los cambios posturales).
- En las zonas de roce o presión colocar apósitos.
- Monitorización: usar preferentemente monitorización no invasiva. Cambiar sensores según hoja de horario de manipulaciones. Retirar manguito después de cada toma de tensión arterial.
- Cambios posturales frecuentes.

ANEXO V

Cartas de autorización a las instituciones



Montevideo, setiembre de 2012.

Dirección del Departamento de Enfermería del S.M.I.
Licenciada Jefe Marinela San Martín
Presente

Por la presente las que suscriben Laura Sanchis CI: 4290933 -7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en la piel en los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, quien nos orientó ponernos en contacto con Ud., conjuntamente contactamos entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y además realizamos investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, setiembre de 2012.

S.M.I.
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Prof. Dr. José Luis Díaz Rossello
Presente

Por la presente las que suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud./s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en la piel en los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, quien nos orientó ponernos en contacto con Ud., conjuntamente contactamos entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y además realizamos investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, 14 de agosto de 2012.

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Departamento de Neonatología
Prof. Dr. Gonzalo Giambruno
Presente

Por la presente las que suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en la piel en los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería y encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, quien nos orientó ponernos en contacto con Ud., conjuntamente contactamos entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y además realizamos investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, setiembre de 2012.

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”
Directora División Enfermería
Lic. Enf. Esp. Ana Eguía
Presente

Por la presente las que suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación y la aparición de lesiones en la piel en los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, quien nos orientó ponernos en contacto con Ud., conjuntamente contactamos entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y además realizamos investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, noviembre de 2012.

Medica Uruguaya
División de enfermería
Licenciada Adjunta Jefa Sarita Nova

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan e informan según su solicitud:

- La investigación que planteamos desarrollar tiene como Título del proyecto: *Cómo valora enfermería profesional la piel del Recién Nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.*
- El Planteamiento del problema: *¿Existe relación entre la valoración de enfermería profesional y la aparición de lesiones de la piel en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales?*
- El OBJETIVO GENERAL: *Conocer la experiencia práctica de enfermería profesional para la valoración de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales*
- Realizaremos un estudio descriptivo, cuantitativo, y según el período de secuencia del estudio de corte transversal. El tiempo estimado para recolectar la información en su institución no excederá los 15 días aproximadamente.
- El Universo de estudio: *Son todas las Licenciadas que realizan la valoración de la piel de los recién nacidos pretérminos en situaciones críticas internados en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Excluiremos a las licenciadas que se encuentren en goce de licencia reglamentaria, maternal o certificaciones médicas.*
- El método que utilizaremos: *serán entrevistas (cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas) a todas las licenciadas en enfermería que desempeñan sus funciones en la UCIN. También haremos recolección de datos en las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que se incluyan en nuestra muestra.*
- Recordamos que lo recabado en nuestra investigación será de carácter anónimo siendo este solamente de utilidad académica para presentar nuestro trabajo final.
- En este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez.

Sin más que informar y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Laura Sanchis, Natalia Reinoso, Ximena Maciel, Andrea Zas.



Montevideo, noviembre de 2012.

Medica Uruguaya
División de enfermería
Licenciada Adjunta Jefa Sarita Nova

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación con la aparición de lesiones en la piel de los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, hemos realizado investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema e iniciamos el desarrollo de nuestro estudio en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, contactando entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología de la misma institución y a la fecha estamos recabando datos en el Sanatorio SMI en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, noviembre de 2012.

Medica Uruguaya
Licenciada Jefa Raquel Kuczera

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación con la aparición de lesiones en la piel de los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, hemos realizado investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema e iniciamos el desarrollo de nuestro estudio en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", contactando entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología de la misma institución y a la fecha estamos recabando datos en el Sanatorio SMI en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, noviembre de 2012.

Sr. Director del Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Coronel Alejandro Salaberry

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación con la aparición de lesiones en la piel de los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, hemos realizado investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema e iniciamos el desarrollo de nuestro estudio en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, contactando entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología de la misma institución y a la fecha estamos recabando datos en el Sanatorio SMI en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, noviembre de 2012.

Sanatorio CASMU
Licenciada Jefa del área Neonatal Susana Kuzmicz

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación con la aparición de lesiones en la piel de los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, hemos realizado investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema e iniciamos el desarrollo de nuestro estudio en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, contactando entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología de la misma institución y a la fecha estamos recabando datos en el Sanatorio SMI en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso



Montevideo, noviembre de 2012.

Centro Hospitalario Pereira Rossell
Departamento de Enfermería

Por la presente quienes suscriben Laura Sanchis CI: 4290933-7, Andrea Zas CI: 1913462-8, Natalia Reinoso CI: 3226509-2, Ximena Maciel CI: 4631986-5, estudiantes de Licenciatura en Enfermería correspondiente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto módulo del tercer ciclo; se presentan a los efectos de solicitar a Ud. /s autorización para desarrollar una investigación en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tal investigación nos es de relevante importancia para elaborar la tesis que elegimos como prueba final para la acreditación de nuestro curso.

Enfocaremos nuestro trabajo en la valoración de enfermería profesional en la piel del recién nacido pretérmino en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrechando si existe relación entre los días de internación con la aparición de lesiones en la piel de los pretérminos.

Para dicho trabajo aplicaremos instrumentos de recolección de datos a través de entrevista a la Jefa de Enfermería, encuestas a las Licenciadas en Enfermería del área y también recabaremos datos de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplan los criterios para formar parte de nuestra muestra.

Aclaremos que las encuestas y entrevistas oportunas así como acceso a las historias clínicas tendrán el fin de recabar información a nivel estadístico para nuestra investigación y la misma será de carácter anónimo.

Destacamos que en este trabajo contamos con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Enfermería Alicia Pérez, hemos realizado investigaciones bibliográficas recomendadas referente al tema e iniciamos el desarrollo de nuestro estudio en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", contactando entre otros referentes docentes del Departamento de Neonatología de la misma institución y a la fecha estamos recabando datos en el Sanatorio SMI en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Agradecemos la autorización que nos pueda otorgar en el área de la institución para realizar nuestra investigación.

Ante el conocimiento que la presentación y aceptación de la tesis nos otorgará el título final por el cual cursamos y elegimos esta carrera, tenga a bien comunicarnos a la brevedad la disponibilidad de la solicitud.

Sin más y agradeciendo desde ya su gentil atención le saludamos atte.

Br. Laura Sanchis

Br. Andrea Zas

Br. Ximena Maciel

Br. Natalia Reinoso

ANEXO VI

ENTREVISTAS A REFERENTES DE LAS UCINs

Entrevista a jefa del sector de UCIN

- ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña en el servicio de Neonatología?
- ¿Cuánto tiempo lleva en la jefatura, supervisión o responsable de este servicio?
- ¿Quién es su superior inmediato?
- ¿Con cuántas licenciadas en enfermería cuenta el servicio?
- ¿Cómo están distribuidas por turno?
- ¿Con cuántos auxiliares de enfermería cuenta el servicio?
- ¿Cómo están distribuidos por turno?
- ¿Cuál es la dotación de incubadoras que dispone el servicio?
- ¿Cuántos recién nacidos pretérminos asiste cada licenciada de enfermería por turno?
- ¿Cuántos recién nacidos pretérminos asiste cada auxiliar de enfermería por turno?
- ¿Se realiza evaluaciones del desempeño a todo el personal de enfermería?
- ¿Cuenta con RRHH suficientes en el servicio?
- ¿Cuenta con RRMM suficientes en el servicio?
- ¿Cuáles son los cuidados estandarizados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
- ¿Existe protocolo sobre los cuidados de la piel recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
- ¿Se lleva a cabo la utilización del protocolo de cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
- ¿Se llevan a cabo jornadas de actualización en Neonatología?
- ¿Para quienes van dirigidos?
- ¿Cuáles son las lesiones de la piel más frecuentes en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
- ¿Según su opinión existe relación entre el tiempo de internación y la aparición de lesiones?
- ¿Cuál es el porcentaje de sobrevivencia en la institución?
- ¿Cuál es la edad gestacional que son viables en la institución?

Entrevista a la Jefa de la UCINs del Hospital de Clínicas

- 1) Se desempeña en el servicio de Neonatología desde el año 1990.
- 2) Se desempeña como jefa del sector desde hace un año y medio.
- 3) Su superiores son la Supervisora Mercedes Corbacho, Directora del sector Elvira Fernández y Directora del departamento de Enfermería Ana Eguía.
- 4) El servicio cuenta con 8 licenciadas de enfermería, 2 con medio horario.
- 5) Se encuentra una licenciada de enfermería por turno, que no alcanza para la cobertura de las 24 horas de una licenciada.
- 6) El servicio cuenta con 24 auxiliares de enfermería.
- 7) Que están distribuidos en los cuatro turnos.
- 8) El servicio cuenta con 8 incubadoras, que en este momento 3 no se encuentran disponibles, cuando hay una necesidad se alquilan incubadoras para el servicio.
- 9) Como hay una licenciada por turno se hace cargo de todo el servicio.
- 10) El Auxiliar de enfermería atiende de 2 a 3 usuarios, según la situación que se encuentre el usuario.
- 11) Se realizaba evaluaciones anuales, pero desde hace 2 años no se están llevando a cabo.
- 12) El material que es utilizado para el cuidado de la piel es suficiente en el servicio.
- 13) No se cuenta con cuidados estandarizados, pero se ha unificado los cuidados como es un ejemplo, el baño que a los pretérminos no se le realiza, el cuidado con la localización de los sensores.
- 14) No se cuenta con protocolo de cuidados de la piel en el servicio.
- 15) Se realizó la última jornada hace un año, asistencia inmediata al recién nacido, no se han llevado a cabo más actualizaciones por que las licenciadas de enfermería se encuentran en conflicto.
- 16) Las jornadas están dirigidas a todo el personal del servicio.
- 17) Los pretérminos extremos son los que pueden llegar a presentar alguna equimosis o a veces en la remoción de alguna prótesis la piel se puede dañar, generalmente no se ven lesiones de piel.
- 18) No necesariamente existe relación de lesiones con el tiempo de internación, si con la edad gestacional.
- 19) No se manejan con la edad gestacional lo determina el neonatólogo en el momento del nacimiento por el test de Capurro, lo cual lo registra en la historia clínica (test de maduración). No se manejan con semanas de gestación para medir el porcentaje de viabilidad, si el recién nacido pretérmino es vital se asiste.
Carga horaria de cursos en el último año: 2 horas.
El protocolo todas lo hacen igual pero no está escrito. En general la observación del neonato que está en un área de cuidados intensivos se realiza todo el tiempo, pero se registra cada 3 hs. Sistemáticamente se hace cada 3 hs, pero si por alguna causa hay que hacerla antes se adelanta. La valoración se realiza de forma continua.
Membrana Hialina, depresión neonatal moderada o severa, una de las causas de parto prematuro es la infección.
Riesgo de hipotermia relacionado con la inmadurez (los niños quedan en incubadora por la poca grasa parda). Manta térmica (no se utilizan).
En la piel no se utiliza otra cosa que no sea agua, y unas toallitas que se enjuagan bien.
Los productos a utilizar en las lesiones de la piel dependen de que lesión sea.
En la desinfección se utiliza alcohol.
No se cuenta con servicio de cirugía, si requieren son derivados al C.H.P.R.

Hospital de Clínicas, Piso 16, Servicio de Neonatología.

Entrevista al Dr. Fernando Silveira.

En este servicio no se cuenta con un protocolo específico, si se cuenta con un protocolo de manejo global.

Dentro de los cuidados del recién nacido, tenemos los cuidados de la piel.

En los cuidados del recién nacido, hay objetivos a cumplir:

- Objetivos en el primer minuto de vida
- Objetivos en la primera hora de vida
- Objetivos en las primeras veinticuatro horas de vida
- Objetivos en la primer semana de vida
- Objetivos en el primer mes de vida
- Objetivos en el primer año de vida

Los recién nacidos prematuros se clasifican por:

- Edad gestacional
- Peso al nacer (es más confiable por ser un valor exacto

Cuando el bebé nace, se coloca bajo la fuente de calor, se retira de la bolsa de polietileno que tenía previamente la cual lo envuelve en su totalidad excepto la cabeza donde lleva un gorro.

Eso nos permite evitar el daño de la piel por no haber secado, frotamiento, el recién nacido permanece con la humedad necesaria. Todos estos recién nacidos tienen que tener humedad por encima del 60-70% en los primeros cinco días de vida. La piel es muy inmadura y eso dificulta la filtración de agua.

La temperatura de la piel es de unos 28-29° C cuando sale al medio ambiente, perdiendo de esta manera unos 6-7°C.

La bolsa de polietileno tiene una cámara de aire entre la piel y el exterior la cual evita la pérdida de calor.

En segundo lugar no se colocan vías periféricas, con lo cual se evitan accesos vasculares innecesarios.

Si se colocan catéteres umbilicales en las primeras 24-48 hs (7 a 10 días en los más graves).

Si es necesario segundo acceso vascular (vías percutáneas periféricas). Se utilizan también catéteres umbilicales de doble luz (en caso de prematuros muy chiquitos). Esto permite prevenir la infección en los primeros días de vida:

Se utilizan antisépticos (como alcohol al 70% o clorhexidina alcohólica), sólo sobre el ombligo, que no toque la piel para evitar quemaduras. No se realizan baños en soluciones antisépticas en prematuros extremos.

Se protege con duoderm la zona del bigote, y zonas con prótesis (extremidades, saturómetros). Pies y manos también se protegen con duoderm.

Pieza nasal y endotraqueal también se protege con duoderm. En los casos de las úlceras por presión, se generan por mal cuidado.

Los recién nacidos salen de la UCIN, a las 33-34 semanas para cuidado con su madre y con apoyo del personal de enfermería.

En esta unidad todos los prematuros son desnutridos.

Para disminuir la tasa de mortalidad es necesario tratamiento personalizado por parte del personal de salud, personal adecuado, y control del embarazo.

Clasificación de los recién nacidos de acuerdo a las semanas de gestación:

- Menor a 25 semanas inviabile.
- Entre 26 y 28 semanas peri viable.
- Entre 28 y 34 semanas viables inmaduros pretérminos.
- Entre 34 y 38 semanas pretérminos tardíos.
- 39 semanas término
- Mayor a 40 semanas altísima mortalidad.

Entrevista a jefa del sector UCIN del SMI

Hace dieciséis años que desempeñas funciones en el servicio de Neonatología y cuatro años como jefa de dicho sector. Su superior inmediato es la Licenciada de Enfermería, Marinella San Martín.

El servicio cuenta con 1 o 2 licenciadas por turno. El total de 12 licenciados con un régimen de horarios diferentes: 1 con un régimen de 4 y 1, 4 con un régimen de suplentes, 1 licenciada que acaba de renunciar y cuenta con veinte y cinco auxiliares de enfermería, seis distribuidas por turno.

El servicio tiene doce camas, se distribuye por cada auxiliar de enfermería en intermedio dos o tres niños, en intensivo dos niños o un niño. Cuentan con dos cunas una de ellas es incubadora, cuentan con camas de más, para poder limpiarlas y rotar la cama de los pacientes.

Las Licenciada de Enfermería no realiza asistencia directa, cuando hay poco personal, y hay por ejemplo un caso de bronquiolitis, la Licenciada se auto asigna pacientes ella es responsable del total de pacientes, se determina entre las dos licenciadas quien se encarga del niño más complejo, y la otra de los restantes.

Se realiza evaluación en el desempeño a todo el personal de enfermería una vez al año. Cuenta con RRMM y RRHH suficientes, en excepción por certificaciones o licencias prolongadas, que no hay profesionales para cubrir.

La idea de los protocolos es unificar criterios, aquí se ha logrado por ser una UCINs con muchos años, y personal de enfermería con muchos años de experiencia, Nosotros tenemos varios protocolos, tenemos uno que es de cuidados de la piel que utilizamos en cualquier niño independientemente de su edad gestacional.

Los cuidados estandarizados de la piel del recién nacido pretérmino son; no pegar adhesivo directamente sobre la piel, colocar parche hidrocoloide (duoderm extrafino), para fijar en la servo-incubadora, para apoyar la pinza del saturómetro primero se cubre con duoderm, luego se apoya la pinza y luego gasa escoban. Para fijar la sonda orogástrica, para fijar una sonda vesical, todo va a llevar un parche de duoderm debajo. Los cateterismos umbilicales se fijan con apósitos transparentes.

Sí se llevan a cabo jornadas de actualización una vez al mes, ahí se tratan casos clínicos, o algún tema que quiera tratar el personal. Es dado por un médico quien da el fundamento teórico y por la Licenciada quien da todos los cuidados de esa patología. A las mismas asiste no solo personal del servicio sino también de otras instituciones, además de que se entrega certificado de asistencia.

La Institución creó COSEPA (Comisión de seguridad del paciente), se supone debe formar parte de los protocolos para disminuir los factores de riesgo de los pacientes internados. COSEPA lo integra una Licenciada de Enfermería, y un Médico que forman parte de la Dirección Técnica.

La lesión de la piel del recién nacido pretérmino más frecuente es la lesión por antiséptico en el periferro umbilical para el cateterismo umbilical que es la primera elección para el acceso vascular. Es una lesión química. Se usa clorhexidina alcohólica o alcohol blanco, igual cualquiera de estos dos elementos les quemaba cuando son de 25, 26 semanas de vida, y no a los pretérminos de 27 semanas de vida.

Existe relación entre el tiempo de internación y la aparición de lesiones de piel, pero depende de los cuidados de enfermería, aumentan los tiempos de internación aumentan los riesgos.

La enfermera profesional dirige, decidí acerca de un tratamiento, pero la que está encargada de los cuidados es la auxiliar de enfermería, es la que realiza la práctica.

El porcentaje de sobrevida en la Institución es de un total de 322 niños en el año 2011, fallecieron 10 del total. Distribución por peso en el año 2011: menores de 1000 gr, 20 niños, de 1001 a 1500 gr, 26 niños.

Es una UCIN que vende servicios 10 pretérminos procedieron de Universal, 5 del SMI, 2 del MSP y 3 de Colonia Camec.

Estadísticamente el SMI ocupa un 40 % de las camas, el restante 60% realiza venta de servicios a otras Instituciones.

Fallecidos en el año 2011:

- 571 gr, 23 semanas de gestación, tiempo de vida extrauterina 26 días, con un ductus abierto, y enterocolitis necrotizante, procedente del MSP.
- Gemelares: 687 gr, 24 semanas de gestación, tiempo de vida extrauterina 26 días.
- 986 gr, 24 semanas de gestación, tiempo de vida extrauterina 3 días. (Camec).
- 900gr, 27semanas de gestación, tiempo de vida extrauterina 14 días, pretérmino severo.
- 910gr, 27 semanas de gestación, tiempo de vida extrauterina 4 días.

En el 2011 fallecieron 5 de un total de 46.

Causas de muerte: pretérmino severo (1) (ductus abierto y enterocolitis necrotizante), pretérmino severo (2).

Las conclusiones realizadas en un seguimiento en el SMI, sobre la calidad de asistencia a los prematuros menores de 1000gr, se llegó a la conclusión, los niños tienen menos complicaciones asociadas a ser prematuros, cuando su peso es de 750 gr para arriba.

Patologías asociadas para medir la calidad de asistencia utilizada para dicho trabajo: Infecciones intrahospitalarias, hemorragia intracraneana, retinopatía.

Se observó que de 750 gr para abajo tenían más posibilidad de presentar alguna de dichas patologías, que los de 750 gr para arriba.

Se lleva a cabo un registro diario de los niños: nombre, CI, procedencia, peso al nacer, edad gestacional, fecha de ingreso, motivo de ingreso.

En el día que nace, el niño pesa tanto, si se le hizo surfactante, indometasina para cierre del ductus si es profiláctico o está en tratamiento, si se le puso catéter umbilical, vía central que la coloca la licenciada de enfermería, si se le puso vía periférica, si tiene nutrición parenteral total. Con esto puedo ver cuán precoz comienza la nutrición parenteral total, cuántos días de internación tuvo con vía central no importa si es vía, cateterismo o subclavia y valoro lo circulatorio que es uno de los factores de riesgo para las infecciones intrahospitalarias. En lo respiratorio, si respira al aire, oxígeno, Fio2, si está en presión positiva C-PAP o si esta ventilado. A mayor Fio2 mayor posibilidad de broncodisplasia, retinopatía, aumento de riesgos, tengo tiempo de internación y el promedio de Fio2 que recibió el niño mientras estuvo internado. Indicadores de calidad, retinopatía (a las 32 semanas con más de 1 kilo y medio), broncodisplasia, hemorragia intracraneana e infecciones intrahospitalarias (hemocultivo a las 48 hs, si da positivo pongo el germen y el tratamiento).

Niveles de cuidados son muchas veces a nivel médico para laUCIN, y la complejidad de la demanda de Enfermería es para intermedios y viceversa.

La sobrevida del prematuro está directamente relacionado al peso al nacer independientemente de la edad gestacional.

Entrevista a la Jefa de enfermería de la UCIN del sanatorio CASMU N° 3

Se desempeña hace treinta años en el servicio de Neonatología e ingreso al sanatorio Casmu desde el año 1984.

Se desempeña como Supervisora del área de cuidados intensivos neonatales del servicio de Maternidad del Casmu desde hace diez años.

Su superior inmediato es la Dra. Gabriela Guidobono.

El servicio cuenta con 10 licenciadas/os de enfermería, distribuidas en cuidados intensivos y cuidados intermedios.

Se distribuyen una licenciada por turno y hay dos turnantes para cubrir los libres, una licenciada se hace cargo del servicio por turno.

El servicio cuenta con una dotación de 4 incubadoras, pero tienen 8 incubadoras por cualquier necesidad.

Se cuenta con dos auxiliar de enfermería por turno, que brindan atención a uno o dos usuarios según la necesidad del servicio.

Se realiza evaluación constante del personal de enfermería.

Refiere que son suficientes los recursos humanos y recursos materiales.

Los cuidados estandarizados son la humidificación, no se realizan baños precoces, no retirar el unto, ambiente térmico neutro, resguardarlo del frío, poner nylon, conservar calor y humedad, se colocan parches hidrocoloides, no se los monitoriza con electrodos, se utiliza el saturómetro, se utiliza la presión no invasiva, cada tres o dos horas se realiza los controles, a recién nacidos menores a 1200 gramos se utiliza guantes estériles, realizar rotación, protección de puntos de apoyo con nidos y freshpeel.

Existe protocolo sobre el cuidado de la piel y se lleva a cabo.

Se llevan a cabo jornadas de actualización a todo el personal de enfermería.

No son frecuentes las lesiones de piel, pero las lesiones que ya se vieron fueron por quemaduras por sensores.

Cree que existe relación de las lesiones de piel con los días de internación, por las complicaciones o heridas quirúrgicas que pueden presentarse.

La viabilidad en la institución es de 25 semanas de edad gestacional.

Entrevista a la Jefa de enfermería de la UCIN del CHPR

Se desempeña en el servicio de Neonatología desde hace veinte años

Lleva cuatro años como jefa del servicio de cuidados intensivos neonatales del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Su superior inmediato es la Dra. Dinora Piñeiro.

Se cuenta con doce licenciadas de enfermería, se encuentran dos o tres licenciadas de enfermería distribuidas por turno y asisten a cuatro o cinco recién nacidos según la necesidad del servicio.

Cuenta con ocho auxiliares de enfermería por turno, que brindan atención a uno o dos recién nacido según la necesidad del servicio.

No son suficientes las licenciadas de enfermería con que se cuenta, en cambio refiere que los auxiliares de enfermería si son suficientes.

Se cuenta con recursos materiales suficientes.

No se realiza evaluación del desempeño del personal de enfermería.

La dotación del servicio es de 15 incubadoras.

Cuentan con protocolos de cuidados de la piel y se implementan en el servicio.

Se llevan a cabo jornadas de actualización para todo el personal de enfermería, no se logra una concurrencia masiva, debido al multiempleo del personal.

Las lesiones de piel son pocas, pero cuando se presentan pueden ser por quemaduras de sensores o quemaduras por productos químicos.

Si existe relación entre los días de internación y las lesiones de piel que se presentan.

Depende mucho del peso y de la edad gestacional con que nazca.

Los recién nacidos pretérminos viables en la institución son a partir de las 26 semanas generalmente.

Entrevista a jefa del Militar el 14 de diciembre de 2012.

- ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña en el servicio de Neonatología?
Hace 10 años que se desempeña en el servicio de neonatología.
- ¿Cuánto tiempo lleva en la jefatura, supervisión o responsable de este servicio?
Lleva 6 meses en el cargo.
- ¿Quién es su superior inmediato?
La supervisora del sector es Tte. 1° (N) Macarena Barylko.
- ¿Con cuántas licenciadas en enfermería cuenta el servicio?
Se cuenta con 6 licenciadas.
- ¿Cómo estas distribuidas por turno?
Distribuidas una por turno.
- ¿Con cuántos auxiliares de enfermería cuenta el servicio?
Son 17 enfermeros y una ecónoma.
- ¿Cómo están distribuidos por turno?
Dependiendo de la demanda del trabajo 2 o 3 por turno.
- ¿Cuál es la dotación de incubadoras que dispone el servicio?
Son 2 incubadoras, 2 termo cunas, si necesitan tienen apoyo del material de nursery.
- ¿Cuántos recién nacidos pretérminos asiste cada licenciada de enfermería por turno?
Desde 4 niños a 6, dependiendo de la cantidad de pacientes internados. (Debido a que el servicio del SARP atiende a CTI Pediátrico y neonatal a la vez).
- ¿Cuántos recién nacidos pretérminos asiste cada auxiliar de enfermería por turno?
Son 2 pacientes graves o 3 de cuidados moderados.
- ¿Se realiza evaluaciones del desempeño a todo el personal de enfermería?
Si
- ¿Cuenta con RRHH suficientes en el servicio?
No
- ¿Cuenta con RRMM suficientes en el servicio?
Si
- ¿Cuáles son los cuidados estandarizados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
Se trabaja con un protocolo de cuidados de la piel en los menores de 1000 gramos el cual no tuvimos acceso para recabar cuales eran los principales cuidados efectuados.
- ¿Existe protocolo sobre los cuidados de la piel recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
Si
- ¿Se lleva a cabo la utilización del protocolo de cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
Si
- ¿Se llevan a cabo jornadas de actualización en Neonatología?
Si en la Escuela de Sanidad.
- ¿Para quienes van dirigidos?
A todo el personal de enfermería que quiera concurrir.
- ¿Cuáles son las lesiones de la piel más frecuentes en el recién nacido pretérmino en situaciones críticas?
Se observan pocas lesiones, algunas veces se ven flebitis.
- ¿Según su opinión existe relación entre el tiempo de internación y la aparición de lesiones?
No existe relación.

•¿Cuál es el porcentaje de sobrevivencia en la institución?

En el 2011 fueron 40 nacidos vivos, 5 fallecidos, de estos 3 estaban en la semana 24, 1 era una malformación y otro fue una sepsis.

En el 2010 hubo 8 fallecimientos de los cuales 6 eran recién nacidos pretérminos menores a 1000 gramos.

En el 2012 enero falleció un recién nacido pretérmino de 26 semanas de edad gestacional con 850 gramos por enfermedad de la membrana hialina; otro también en el mes de enero de 26 semanas pesando 1200 gramos falleció luego de 9 días de vida. En abril del mismo año falleció un recién nacido pretérmino de 35 semanas pesando 3550 gramos por un síndrome de diestrés respiratorio precoz.

•¿Cuál es la edad gestacional que son viables en la institución?

En la institución son viables recién nacidos pretérminos mayores a 25 semanas, ha habido un caso en donde sobrevivió un recién nacido pretérmino de 24 semanas.

Entrevista a la jefa de la UCINs de la Medica Uruguaya

Hace 30 años que trabaja en el servicio de Neonatología, y 8 años que cumple funciones en la jefatura en el servicio. Su superior inmediato es la Licenciada en Enfermería Silvia Fernández.

El servicio brinda atención a pacientes pediátricos y neonatos, cuentan con diez Licenciadas en Enfermería, que están distribuidos dos por turno y treinta y dos auxiliares en enfermería, ocho por turno y dos ecónomos uno desempeña su función en la mañana y el otro en la tarde. Disponen de catorce incubadoras, cada licenciada asiste a siete pacientes y cada auxiliar de enfermería asiste a dos pretérmino, de acuerdo a la gravedad, si el pretérmino pesa menos de 1000gr, el auxiliar de enfermería asiste únicamente a ese neonato para evitar riesgo de infecciones. El servicio cuenta con los recursos humanos y materiales suficientes. Anualmente se realiza evaluaciones del desempeño a todo el personal.

Los cuidados estandarizados de la piel del recién nacido pretérmino en estado crítico son; protección de la piel en los puntos de apoyo, del uso de apósitos y adhesivos. En la institución se implementa el Sistema de Humidificación Calefaccionada (MICROCLIMA) a menores de 1000gr, para mantener una buena hidratación de la piel a fin de evitar lesiones. En el servicio existe y se lleva a cabo la utilización del protocolo sobre los cuidados de la piel del recién nacido pretérmino en situación crítica. La institución brinda jornadas de actualización de neonatologías que van dirigidos a los Licenciados y Auxiliares de Enfermería.

Las lesiones de la piel en los recién nacidos pretérminos son por quemaduras por saturómetros pero no son frecuentes. Existe una relación entre el tiempo de internación y la aparición de lesiones de piel, pero en la institución los pretérminos no presentan lesiones de piel. El pretérmino más pequeño que nació en la institución fue de 400gr. Las edades gestacional que son viables en la institución son de 24-25 semanas.

ANEXO VII

ESTADÍSTICAS DE NATALIDAD **DE LAS INSTITUCIONES AÑO** **2011**

Estadísticas del Hospital de Clínicas año 2011

Total de Nacimientos: 859 Recién Nacidos

Ingreso a la UCINs: 176 RN → 20%

Edad Gestacional: < 30 semanas: 13 RNPT → 7%
31 a 33 semanas: 24 RNPT → 14%
34 a 36 semanas: 50 RNPT → 28%
37 a 42 semanas: 89 RNT → 51%

Peso: < 1000 gr.: 5 RN → 3%
1001 a 1499 gr.: 13 RN → 7%
1501 a 2000 gr.: 27 RN → 15%
2001 a 2500 gr.: 36 RN → 21%
> 2500 gr.: 95 RN → 54%

Estadísticas del SMI año 2011

| REG. | PROC. | F.N. | F.I. | EGC | PESO | MOTIVO DE INGRESO | F.E. | DIAS DE INTERNACION |
|------|-------|------------|------------|-----|------|--|------------|---------------------|
| 1 | MSP | 05/11/2011 | 05/11/2011 | 23 | 571 | PTS FALLECIO DUCTUR ABIERTO IIH ECN | 30/11/2011 | 26 |
| 2 | SMI | 26/03/2011 | 26/03/2011 | 27 | 647 | PTS | 27/06/2011 | 94 |
| 3 | SMI | 17/08/2011 | 17/08/2011 | 26 | 650 | PTS | 17/11/2011 | 93 |
| 4 | UNIV | 22/07/2011 | 14/09/2011 | 26 | 670 | 1 MES 23 DÍAS PROVIENIENTE DE HOSP MILITAR | 04/11/2011 | 52 |
| 5 | UNIV | 20/04/2011 | 20/04/2011 | 25 | 676 | PTS / QUELOIDEPALATOSQUISIS | 20/07/2011 | 92 |
| 6 | UNIV | 20/04/2011 | 29/07/2011 | 25 | 676 | VRS (+) ESTABA EN PEDIATRÍA | 06/08/2011 | 9 |
| 7 | UNIV | 20/04/2011 | 11/09/2011 | 25 | 676 | BRONQUILITIS | 20/09/2011 | 10 |
| 8 | CAMEC | 26/09/2011 | 26/09/2011 | 24 | 687 | PTS GEMELAR (FALLECIO) | 18/10/2011 | 23 |
| 9 | CAMEC | 12/02/2011 | 12/02/2011 | 31 | 704 | PT PEG SEVERO | 24/03/2011 | 41 |
| 10 | SMI | 01/06/2011 | 01/06/2011 | 28 | 782 | PTS | 11/08/2011 | 72 |
| 11 | SMI | 01/06/2011 | 16/12/2011 | 28 | 782 | 6 MESES Y 15 DIAS RGE. | 21/12/2011 | 6 |
| 12 | CAMEC | 26/09/2011 | 26/09/2011 | 24 | 786 | PTS GEMELAR (FALLECIO) | 28/09/2011 | 3 |
| 13 | UNIV | 13/06/2011 | 13/06/2011 | 25 | 850 | PTS | 18/08/2011 | 67 |
| 14 | UNIV | 13/06/2011 | 22/08/2011 | 25 | 850 | APNEA | 29/08/2011 | 8 |
| 15 | SMI | 05/11/2011 | 05/11/2011 | 27 | 873 | PTS | 30/01/2012 | 87 |
| 16 | UNIV | 02/11/2010 | 02/11/2010 | 28 | 900 | PTS | 14/04/2011 | 164 |
| 17 | MSP | 16/07/2011 | 17/07/2011 | 27 | 900 | PTS FALLECIO | 30/07/2011 | 14 |
| 18 | UNIV | 21/08/2011 | 21/08/2011 | 27 | 910 | PTS FALLECIO | 24/08/2011 | 4 |
| 19 | UNIV | 02/04/2011 | 02/04/2011 | 27 | 933 | PTS | 01/07/2011 | 91 |
| 20 | UNIV | 30/07/2011 | 30/07/2011 | 28 | 978 | PTS | 01/10/2011 | 64 |
| 21 | UNIV | 02/04/2011 | 02/04/2011 | 27 | 1035 | PTS | 03/06/2011 | 63 |
| 22 | SMI | 14/11/2011 | 14/11/2011 | 27 | 1040 | PTS | 31/01/2012 | 79 |
| 23 | MSP | 24/08/2011 | 24/08/2011 | 30 | 1065 | PT | 20/09/2011 | 28 |
| 24 | UNIV | 02/03/2011 | 02/03/2011 | 29 | 1093 | PTS | 14/04/2011 | 44 |
| 25 | SMI | 14/03/2011 | 14/03/2011 | 28 | 1095 | PTS | 22/04/2011 | 40 |
| 26 | UNIV | 24/12/2011 | 24/12/2011 | 30 | 1109 | PT | 06/02/2012 | 45 |
| 27 | SMI | 14/06/2011 | 14/06/2011 | 30 | 1115 | PT | 25/07/2011 | 42 |
| 28 | BPS | 06/02/2011 | 06/02/2011 | 34 | 1198 | PT PEG | 21/02/2011 | 16 |
| 29 | SMI | 30/11/2011 | 30/11/2011 | 32 | 1216 | PRETERMINO PEG | 03/01/2012 | 35 |
| 30 | MSP | 03/10/2011 | 03/10/2011 | 31 | 1262 | PT | 07/10/2011 | 5 |
| 31 | SMI | 18/02/2011 | 18/02/2011 | 30 | 1270 | PT GEMELAR | 03/04/2011 | 45 |
| 32 | UNIV | 05/06/2011 | 05/06/2011 | 27 | 1290 | PTS | 29/07/2011 | 55 |
| 33 | UNIV | 30/03/2011 | 30/03/2011 | 28 | 1321 | PTS | 09/05/2011 | 41 |
| 34 | SMI | 07/06/2011 | 07/06/2011 | 30 | 1352 | PT | 12/07/2011 | 36 |
| 35 | BPS | 14/05/2011 | 30/05/2011 | 30 | 1360 | ENVIA DEL SANATORIO CANZANI PORQUE EL HERMANO ESTA ACA | 03/06/2011 | 5 |
| 36 | BPS | 22/02/2011 | 22/02/2011 | 32 | 1382 | PT / SDR | 07/03/2011 | 14 |
| 37 | SMI | 19/08/2011 | 19/08/2011 | 29 | 1393 | PT | 03/10/2011 | 46 |
| 38 | UNIV | 05/08/2011 | 05/08/2011 | 36 | 1410 | PEG | 06/09/2011 | 33 |
| 39 | SMI | 24/10/2011 | 24/10/2011 | 32 | 1411 | PT | 25/11/2011 | 33 |
| 40 | MSP | 22/10/2011 | 23/10/2011 | 32 | 1430 | PT / SDR TRILLISOS | 04/11/2011 | 13 |
| 41 | UNIV | 12/01/2011 | 12/01/2011 | 32 | 1436 | PTM GEMELAR PEG | 18/02/2011 | 38 |
| 42 | SMI | 18/05/2011 | 18/05/2011 | 35 | 1460 | PTM / PEG | 11/06/2011 | 25 |
| 43 | SMI | 20/01/2011 | 20/01/2011 | 31 | 1468 | PT | 21/02/2011 | 33 |
| 44 | UNIV | 30/12/2011 | 30/12/2011 | 32 | 1481 | SDR PRECOZ | 20/01/2012 | 22 |
| 45 | BPS | 27/08/2011 | 27/08/2011 | 33 | 1500 | PEG / SDR | 09/09/2011 | 14 |
| 46 | SMI | 26/09/2011 | 26/09/2011 | 28 | 1500 | PTS | 03/11/2011 | 39 |

| | PROC | FN | FI | EGC | PESO | MO TIVO DE INGRESO | F.E. | DIAS DE INTER |
|----|-------------|------------|------------|------|------|-------------------------------------|------------|---------------|
| 47 | SMI | 10/01/2012 | 10/01/2012 | 20 | 632 | PTS (FALLECIO) | 15/01/2012 | 6 |
| 48 | UNIV | 07/01/2012 | 07/01/2012 | 26 | 740 | PTS (FALLECIO) | 12/01/2012 | 6 |
| 49 | SMI | 29/02/2012 | 29/02/2012 | 32 | 1343 | PT | 26/03/2012 | 27 |
| 50 | MSP | 29/02/2012 | 29/02/2012 | 31 | 1460 | PT/LUES CONNATAL | 27/03/2012 | 28 |
| 51 | ORAMECO | 01/01/2012 | 01/03/2012 | 33 | 1264 | VRS (+) | 05/03/2012 | 5 |
| 52 | MSP | 07/03/2012 | 07/03/2012 | 32 | 1425 | PT / SDR | 05/04/2012 | 30 |
| 53 | H. POLICIAL | 20/03/2012 | 20/03/2012 | 33 | 1440 | PT | 21/03/2012 | 2 |
| 54 | SMI | 08/04/2012 | 08/04/2012 | 30,4 | 1160 | PT / SDR | 25/05/2012 | 48 |
| 55 | MSP | 05/04/2012 | 05/04/2012 | 31 | 1297 | PT / EMH | 16/05/2012 | 42 |
| 56 | MSP | 31/05/2012 | 31/05/2012 | 31 | 1436 | PT | 15/06/2012 | 16 |
| 57 | SMI | 09/06/2012 | 09/06/2012 | 29 | 975 | PT | 30/07/2012 | 52 |
| 58 | HOSP. CLÍN. | 31/05/2012 | 03/06/2012 | 29 | 1200 | PTS / PROBLEMAS DE INFRAESTRUCTURA | 21/06/2012 | 19 |
| 59 | SMI | 28/06/2012 | 28/06/2012 | 29 | 1417 | PTS | 11/07/2012 | 14 |
| 60 | MSP | 15/06/2012 | 16/06/2012 | 26 | 1430 | PT / PCR REANIMADO | 26/07/2012 | 41 |
| 61 | COMEF | 21/07/2012 | 21/07/2012 | 24 | 679 | PTS (FALLECIO) | 22/07/2012 | 2 |
| 62 | BPS | 30/07/2012 | 30/07/2012 | 26 | 780 | PTS | 26/09/2012 | 59 |
| 63 | MSP | 12/07/2012 | 12/07/2012 | 27 | 990 | PT SEMH | 20/09/2012 | 71 |
| 64 | SMI | 28/07/2012 | 28/07/2012 | 29 | 1342 | PTS | | -41117 |
| 65 | MSP | 05/07/2012 | 05/07/2012 | 30 | 1375 | PT SDR | 22/08/2012 | 49 |
| 66 | SMI | 05/07/2012 | 05/07/2012 | 30 | 1500 | PT Valoracion y tto RPM | 30/07/2012 | 26 |
| 67 | SMI | 14/07/2012 | 14/07/2012 | 37 | 1500 | PEG | 25/07/2012 | 12 |
| 68 | SMI | 08/09/2012 | 09/09/2012 | 29 | 1250 | PTS | 10/11/2012 | 63 |
| 69 | MSP | 28/07/2012 | 28/07/2012 | 29 | 1342 | PTS | 22/09/2012 | 57 |
| 70 | SMI | 12/07/2012 | 04/10/2012 | 27 | 990 | APNEAS OSBST RUCTIVAS | 10/10/2012 | 7 |
| 71 | SMI | 12/07/2012 | 04/10/2012 | 27 | 990 | REFLUJO GASTRO ESOFAGICO EN ESTUDIO | 10/10/2012 | 7 |
| 72 | SMI | 23/10/2012 | 23/10/2012 | 31 | 1035 | PTS PEG | | -41204 |
| 73 | MSP | 04/10/2012 | 04/10/2012 | 32 | 1360 | PT GEMELAR PEG | 17/10/2012 | 14 |

Estadísticas del CASMU año 2011



REGISTRO DE PACIENTES Y SU TIEMPO DE ESTADIA

SANATORIO Nº 3 **OCTUBRE** **2011**
CENTRO TRATAMIENTO INTENSIVO

DOTACION CAMAS: 4

| F. ING. | F. EGR. | CLF. PAC. | R.N | Nº H.C. | SEXO | F. NAC. | DIAGNOSTICO | PESO | PROCED. | DESTINO | T. ESTADIA | OBSERV. |
|--------------|----------|-----------|-----|-------------|------|----------|---|------|------------------|------------------|------------|-----------|
| 02-10-11 | 05-10-11 | RNP | 1 | 5.927.703 | M | 07-09-11 | Apneas, Probable RGE, Ecocardio normal. | 3260 | ASSE/LAS PIEDRAS | ASSE/LAS PIEDRAS | 3 | VTA.SERV. |
| 02-10-11 | | RN | 2 | 5.931.503 | M | 02-10-11 | DNNS, S. Down, Atresia esofago, Sepsis | 3000 | S.P. | | | |
| 03-10-11 | 10-10-11 | RN | 3 | 5.931.567 | M | 03-10-11 | HTPulmonar severaSDR,,36sem. | 3040 | S.P. | A.C. | 7 | |
| 10-10-11 | | RNP | 4 | 211.052.377 | F | 10-10-11 | PT.Gemelar 31 sem. | 1348 | H.CLINICAS | | | VTA.SERV. |
| 13-10-11 | 24-10-11 | RN | 5 | 5.933.140 | F | 13-10-11 | DNNS,Acidosis cordon,Hidops fetal.,CIV +estenosis pulmonar. | 2830 | S.P. | C.I. | 11 | |
| 23-10-11 | 26-10-11 | RN | 6 | 5.934.494 | M | 23-10-11 | SDR,Hipoglicemia,hijo madre diabetica | 3200 | S.P. | C.I. | 3 | |
| 26-10-11 | | RN | 7 | 5.934.855 | M | 26-10-11 | | 1120 | S.P. | | | |
| 30-10-11 | | RN | 8 | 5.935.014 | M | 27-10-11 | | 2290 | A.C. | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | 24 | |

8 4



REGISTRO DE PACIENTES Y SU TIEMPO DE ESTADIA

SANATORIO Nº 3 **DICIEMBRE** **2011**
CENTRO TRATAMIENTO INTENSIVO

DOTACION CAMAS: 4

| F. ING. | F. EGR. | CLF. PAC. | R.N | Nº H.C. | SEXO | F. NAC. | DIAGNOSTICO | PESO | PROCED. | DESTINO | T. ESTADIA | OBSERV. |
|--------------|----------|-----------|-----|-----------|------|----------|--|------|---------|---------|-----------------|---------|
| 18-11-11 | | RN | 19 | 5.938.349 | M | 18-11-11 | | 1580 | S.P. | | -40.865 | |
| 26-11-11 | 06-12-11 | RN | 20 | 5.939.545 | F | 26-11-11 | | 2060 | S.P. | C.I. | 10 | |
| 27-11-11 | | RN | 21 | 5.939.723 | M | 27-11-11 | PT,28 sem. | 1300 | S.P. | | -40.874 | |
| 30-11-11 | 05-12-11 | RNP | 22 | 5.938.585 | M | 19-11-11 | Ictericia, fotot. Anemia hemolitica(esferocitosis) | 2100 | DOM | C.I. | 5 | |
| 04-12-11 | 08-12-11 | RNP | 23 | 5.937.340 | M | 12-11-11 | Estenosis hipertrofica de piloro, infeccion herida op. | 2650 | DOM | SAN.1 | 4 | |
| 06-12-11 | 06-12-11 | RN | 24 | 5.941.070 | F | 06-12-11 | PEG severo, sindrome de heteroatxia, situs isometrico der., corazon univentricular | 2240 | S.P. | I.C.I. | 1 | |
| 08-12-11 | | RN | 25 | 5.941.279 | F | 08-12-11 | 1er.gem.820g. | 820 | S.P. | | -40.885 | |
| 08-12-11 | | RN | 26 | 5.941.280 | F | 08-12-11 | 2do.gem. 1170g. | 1170 | S.P. | | -40.885 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | | | | | | | | 0 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | -163.489 | |

8 4
4
4



REGISTRO DE PACIENTES Y SU TIEMPO DE ESTADIA

SANATORIO Nº 3
CENTRO TRATAMIENTO INTENSIVO

NOVIEMBRE

2011

DOTACION CAMAS: 4

| F. ING. | F. EGR. | CLF. PAC. | R.N | Nº H.C. | SEXO | F. NAC. | DIAGNOSTICO | PESO | PROCED. | DESTINO | T. ESTADIA | OBSERV. |
|--------------|----------|-----------|-----|-------------|------|----------|---|------|------------|------------|------------|-----------|
| 02-10-11 | 09-11-11 | RN | 9 | 5.931.503 | M | 02-10-11 | DNNS, S. Down, Atresia esofago, Sepsis | 3000 | S.P. | C.I. | 38 | |
| 10-10-11 | 02-11-11 | RNP | 10 | 211.052.377 | F | 10-10-11 | PT, Gemelar 31 sem. | 1348 | H.CLINICAS | H.CLINICAS | 23 | VTA.SERV. |
| 26-10-11 | 28-11-11 | RN | 11 | 5.934.855 | M | 26-10-11 | | 1120 | S.P. | C.I. | 33 | |
| 30-10-11 | 01-11-11 | RN | 12 | 5.935.014 | M | 27-10-11 | | 2290 | A.C. | C.I. | 2 | |
| 05-11-11 | 09-11-11 | RNP | 13 | 211.052.378 | M | 01-11-11 | Aspiracion vomito, cianosis, fisura palatina bil. completa. | 3535 | H.P.R. | H.P.R. | 4 | VTA.SERV. |
| 13-11-11 | 16-11-11 | RNP | 14 | 211.052.379 | F | 13-11-11 | DNNS, acidosis cordon, SDR | 3475 | H.P.R. | H.P.R. | 3 | |
| 18-11-11 | | RN | 15 | 5.938.349 | M | 18-11-11 | | 1580 | S.P. | | | |
| 26-11-11 | | RN | 16 | 5.939.545 | F | 26-11-11 | | 2060 | S.P. | | | |
| 27-11-11 | | RN | 17 | 5.939.723 | M | 27-11-11 | PT, 28 sem. | 1300 | S.P. | | | |
| 30-11-11 | | RNP | 18 | 5.938.585 | M | 19-11-11 | Ictericia, fotot. Anemia hemolitica (esferocitosis) | | S.P. | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | 103 | |

10
4
6

Estadísticas del Centro Hospitalario Pereira Rossell año 2011

Estadísticas del Sanatorio Médica Uruguay año 2011

ANEXO VIII

Protocolos de la piel utilizados en las distintas instituciones

PROCOLO CUIDADOS DE LA PIEL SMI

PROTOSCOLOS CUIDADOS DE LA PIEL
SANATORIO MÉDICA URUGUAYA

PROTOSCOLOS CUIDADOS DE LA PIEL
SANATORIO CASMU NRO. 3