

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA COBÁN  
ALTA VERAPAZ



**CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DIRECTO QUE  
POSEE EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL  
NEONATO CON DIAGNÓSTICO DE PREMATUREZ, EN EL SERVICIO DE  
NEONATOS, DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO PENADOS DEL  
BARRIO, SAN BENITO, PETÉN**

Estudio tipo descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo realizado  
en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén  
diciembre de 2,011

**MARTHA LYDIA LÓPEZ LÓPEZ**

**Carné 200721559**

Asesora: Licda. Sara Lorena López de Quiñones  
Revisora: Licda. Marta Rosa Gómez De Juárez

**TESIS**

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas-  
Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela Nacional de Enfermería de  
Cobán A.V.

Previo a optar al grado de  
Licenciada en Enfermería

Cobán, Alta Verapaz, abril de 2,012



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN, ALTA VERAPAZ



### **ARTÍCULO 8° RESPONSABILIDAD**

Solamente el autor es responsable de los conceptos y opiniones expresadas en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN  
3ª. Calle 5-18 Zona 3, Cobán, Alta Verapaz, Teléfonos 7952-1025 y 7951-2806  
E-mail: enec\_direccion@hotmail.com



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA A TRAVÉS DE  
LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS  
TITULADO

**“CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DIRECTO QUE POSEE EL  
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO CON  
DIAGNÓSTICO DE PREMATUREZ, EN EL SERVICIO DE NEONATOS DEL HOSPITAL  
REGIONAL DR. ANTONIO PENADOS DEL BARRIO, SAN BENITO, PETÉN”**

Presentado por la estudiante: **MARTHA LYDIA LÓPEZ LÓPEZ**

Carné: 200721559

Trabajo Asesorado por: Licda. Sara Lorena López de Quiñones

Y Revisado por: Licda. Marta Rosa Gómez de Juárez

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de  
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Cobán, Alta Verapaz a los doce días del mes de abril del año 2,012.

Licda. Gilma Adalgisa Morales Marroquín  
DIRECTORA, ENEC



Vo. Bo.

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal  
DECANO





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN



Cobán, Alta Verapaz Abril 10 del 2012.

Enfermera Profesional:  
MARTHA LYDIA LÓPEZ LÓPEZ  
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

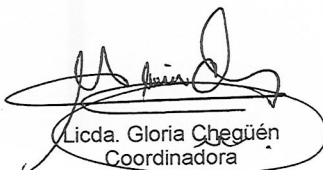
“CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DIRECTO QUE POSEE EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO CON DIAGNÓSTICO DE PREMATUREZ, EN EL SERVICIO DE NEONATOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO PENADOS DEL BARRIO, SAN BENITO, PETÉN”

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse a examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licda. Gloria Chegüén  
Coordinadora  
Unidad de Tesis

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE INVESTIGACION  
COBAN, ALTA VERAPAZ



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE COBÁN



Cobán, Alta Verapaz Abril 12 del 2,012

Profesores:  
UNIDAD DE TESIS  
Escuela Nacional de Enfermería de Cobán, A.V.  
Presente.

Se les informa que la Enfermera:

MARTHA LYDIA LÓPEZ LÓPEZ

Ha presentado el Informe Final de su trabajo titulado:

*"CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DIRECTO QUE POSEE EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO CON DIAGNÓSTICO DE PREMATUREZ, EN EL SERVICIO DE NEONATOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO PENADOS DEL BARRIO, SAN BENITO, PETÉN"*

Del cual autor, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

AUTOR

Licda. Sara Lorena López de Quiñonez

ASESORA

Licda. Marta Rosa Gómez de Juárez

REVISORA

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Fuente de conocimiento y sabiduría, gratitud por haberme permitido culminar con éxito una etapa más de mi vida profesional.

### **A MIS PADRES:**

Erick Adolfo López Caceros y Marta Cristina López de López. Gracias por su apoyo incondicional e inspirarme a seguir adelante en mi vida.

### **A MI ESPOSO:**

Ing. David Ricardo Figueroa Zetina. Por su apoyo incondicional e instarme a culminar con éxito esta etapa de mi carrera profesional.

### **A MIS HERMANAS Y SOBRINO:**

Ángela María, Susana Fabiola y Erick Josué. Que este triunfo alcanzado les sirva de ejemplo y luchen por sus metas.

### **A MI SUEGRA Y CUÑADA:**

María de Lourdes Zetina Puga y Licda. Carmen Iveth Figueroa Zetina. Gracias por abrirme las puertas de su corazón, aceptarme como parte de su familia y sobre todo instarme a culminar con esta etapa.

### **A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA:**

Lorena López, Teresa Zetina, Hilda Morales, Silvia Cumul y Marta Rosa Gómez. Gracias por su apoyo, sugerencias y guía para realizar este documento.

### **A MI FAMILIA EN GENERAL:**

Por su apoyo y muestras de cariño.

## INDICE

### RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA .....	3
A. Antecedentes del problema .....	3
B. Definición del problema .....	6
C. Delimitación del problema .....	8
D. Planteamiento del problema .....	8
III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	9
IV. OBJETIVOS.....	11
V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA .....	12
A. Reseña Histórica del Municipio de San Benito, Petén.....	12
B. Reseña Histórica, Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén .....	13
C. Breve Reseña Histórica del servicio de Neonatos, Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén .....	17
D. Conocimiento.....	18
E. Cuidado directo de enfermería .....	22
F. Equipo de enfermería .....	25
G. Neonato .....	31
H. Prematurez .....	35
I. Complicaciones del prematuro .....	35
J. Problemas de salud especiales del recién nacido pretérmino .....	39
VI. MATERIAL Y MÉTODOS .....	64
A. Tipo de estudio .....	64
B. Unidad de análisis .....	64
C. Población y muestra .....	64
D. Definición, y operacionalización de las variables.....	66
E. Descripción detallada de las técnicas y procedimientos a utilizar .....	68
F. Alcances y límites de la investigación.....	68
G. Plan de análisis de datos.....	68

H. Aspectos éticos de la investigación .....	69
VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	71
VIII. CONCLUSIONES .....	93
IX. RECOMENDACIONES .....	95
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
XI. ANEXOS .....	99
A. Test de APGAR .....	99
B. Test de CAPURRO (o método de CAPURRO) .....	100
C. Consentimiento informado .....	101
D. Cuestionario .....	103

## RESUMEN

La presente investigación, es de tipo descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, se realizó con el objetivo de determinar que conocimiento posee el personal auxiliar de enfermería, sobre los cuidados que se le brindan a los recién nacidos prematuros, en el servicio de neonatos, del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, de San Benito, Petén; durante el mes de diciembre del 2011.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue un cuestionario de 20 preguntas, dirigido al personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de neonatos.

La información recopilada se tabuló manualmente y se presentó en cuadros porcentuales con su respectivo análisis, donde se identifica que el personal posee conocimiento de las enfermedades que afectan más frecuentemente a los recién nacidos prematuros, los signos y síntomas especialmente de alarma para intervenir oportunamente, los cuidados de enfermería que se le brindan al prematuro con cada enfermedad, los cuales no los describen de una forma ordenada, así mismo no utilizan terminología científica, por lo tanto se hace necesario realizar e implementar un plan de educación continua, aprovechando de esa forma el entusiasmo, la mística, el don de servicio que refleja el personal de enfermería que labora en el servicio de recién nacidos.

En el estudio se da a conocer el recargo laboral, el material insuficiente y el equipo en malas condiciones con las que cuenta el servicio actualmente, lo que no permite brindar una atención de mejor calidad, esto podría mejorar con la agilización de las gestiones administrativas a través de las autoridades hospitalarias.

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es ciencia y arte, se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano.

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: **el cuidado**.

El arte del cuidado, es la utilización creadora y estética de la ciencia de la enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

El interés por realizar esta investigación, surgió como una necesidad observada y manifestada por el personal de enfermería, esto hace que surja una inquietud por conocer los cuidados que el personal auxiliar de enfermería brindan al recién nacido prematuro, por ser pacientes totalmente dependientes y vulnerables.

Entre el contenido del estudio, se incluye la definición y análisis del problema, justificación, objetivos tanto general como específicos y marco teórico, que sustenta la investigación, el mismo está relacionado con el quehacer de enfermería, especialmente en los problemas de salud más comunes que presenta un recién nacido prematuro.

Para la obtención de datos se estructuró un cuestionario con 20 preguntas, relacionadas a la investigación. La técnica utilizada para recolectar información

fue abordando de forma individual a las 7 participantes en el estudio, que laboran en el Servicio de Neonatos del Hospital de San Benito, Petén.

Entre los aspectos éticos contemplados está el anonimato, confiabilidad y el consentimiento informado, además toda la investigación fue autorizada por el medico director del hospital y la jefe de la sub-dirección de enfermería.

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros estadísticos incluyendo la interpretación de los datos y posteriormente se realizan las conclusiones y recomendaciones.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### A. Antecedentes del problema

Prematuros son los nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Anteriormente, se consideraba prematuro a cualquier recién nacido con un peso <2.500 g; esta definición era incorrecta, pues muchos recién nacidos con pesos <2.500 g son realmente maduros o pos maduros, pero pequeños en relación con su edad gestacional (PEG) y tanto su aspecto como los problemas que plantean son diferentes a los de los recién nacidos prematuros.<sup>1</sup>

El lactante prematuro es pequeño, con un peso generalmente inferior a 2,5 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. Su actividad espontánea y su tono son menores y las extremidades no mantienen su posición flexionada. En los varones, el escroto puede tener pocas arrugas y es posible que los testículos no hayan descendido, en las niñas, los labios mayores no cubren todavía los menores.

Hoy en día hay grandes avances en la medicina, se ganan batallas a complicadas enfermedades, se dispone de una alta tecnología hospitalaria y mayores recursos asistenciales, aun así cada vez nacen más niños prematuros.

Son muchos los factores que determinan la probabilidad de sobrevivir de un niño prematuro como: el número de semanas con las que nace (edad gestacional), el peso, la presencia de problemas respiratorios, la existencia de anomalías congénitas e infecciones.

---

<sup>1</sup> RERDER, Sharon y colaboradores. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. Tercera Edición. 1995. México. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA. Pag. 1147.

Cada año aumenta de manera preocupante las cifras de recién nacidos prematuros. De ellos un 20 a 30 por ciento, padecen algún tipo de secuela que necesitará atención de por vida.<sup>2</sup>

La tasa de niños prematuros se mantiene, e incluso aumenta, a lo largo de los años. Esto acarrea posibles secuelas neurológicas, sensoriales, respiratorias, de inteligencia o de psicomotricidad, tanto a corto como a medio plazo.

Las secuelas también conciernen a neurólogos, psiquiatras y psicólogos infantiles, ya que actualmente se sabe que la evolución del bebé prematuro y la aparición o no de problemas depende en gran medida del entorno familiar, sobre todo de cómo interactúa la madre con su hijo en sus primeros meses de vida.

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del parto prematuro, precedido o no de una ruptura prematura de la bolsa. No obstante, las historias clínicas de las mujeres con este tipo de partos suelen revelar un nivel socioeconómico bajo, carencia de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, educación deficiente, soltería y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas. Otros factores de riesgo son la vaginosis bacteriana materna no tratada y los partos prematuros previos.

El riesgo de parto prematuro, una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad neonatales, puede reducirse garantizando que todas las gestantes, especialmente las de alto riesgo, tengan acceso a una atención prenatal temprana y adecuada. El uso de tocolíticos para detener el parto prematuro y proporcionar tiempo para la administración prenatal de corticosteroides con los que aceleran la maduración pulmonar.

---

<sup>2</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20\\_1\\_06/ems02106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems02106.htm). Consultado 25 de julio del 2011.

En la actualidad la prematuridad es una de las prioridades de salud, por la magnitud y elevada prevalencia en algunos países. Las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas, constituyen un gran reto para el cuidado de enfermería.

Enfermería, como profesión de servicio, se orienta a brindar una intervención de calidad, pues no solo le brinda el cuidado directo al neonato prematuro, sino que también integra a la madre y al padre en los cuidados, estando el prematuro aun hospitalizado y lo más importante orientándolos y mostrándoles las técnicas de atención que le deberán dar en casa, pues de allí depende que logre alcanzar un peso adecuado y el desarrollo psico-motor necesario para vivir.

Hoy en día el personal de enfermería se enfrenta a una alta incidencia de nacimientos pre término, cuyas causas son atribuidas mayormente a la enfermedad hipertensiva del embarazo, infecciones cérvico vaginales y urinarias, anomalías en la implantación de la placenta, líquido amniótico ya sea aumentado o disminuido, embarazos múltiples, enfermedades de la madre como diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedad de la glándula tiroides, son las más frecuentes.

Los niños de menos de 1500 gramos son los que ocupan la mayor parte de las cunas del servicio de intensivos, y estos son los que demandan la mayor parte del cuidado y el esfuerzo del personal de enfermería.

La sobre vida de los niños prematuros ha aumentado en comparación de años anteriores, lo que se puede considerar un hecho positivo, pero también se ha incrementado el número de niños que sobreviven con las secuelas propias de la prematuridad. El promedio de estadía en el hospital de un niño prematuro es de 50 días, esto se traduce en costos que son 4 a 5 veces más altos de un niño a término.

En el Hospital Regional del Petén, no se a realizado ningún estudio relacionado con el tema de investigación, lo que hace que sea innovador.

## **B. Definición del problema**

En el sistema de salud de Guatemala existe una red de servicios para la población ofreciéndoles personal capacitado como Enfermeras y Enfermeros que constituyen el grupo mayoritario. Este grupo de personal se encuentran tres niveles, los cuales son: a) Auxiliares de enfermería, que egresan con un curso de 10 meses de preparación, b) Técnico Universitario, con 3 años de preparación académica, responsables de la administración de la atención, y c) Las/os Licenciadas/os en Enfermería, quienes administran los servicios de salud.

El área de Salud Petén Norte, está dividida en tres distritos con tres centros de salud ubicados en: Santa Elena, San José y San Francisco, 15 puestos de salud, 1 hospital distrital, ubicado en Melchor de Mencos con responsabilidad del área preventiva en su municipio. Se encuentra además un Hospital Regional, ubicado en San Benito, Petén con una capacidad de 126 camas, ofreciendo servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, Medicina Interna, Traumatología, Psiquiatría, Emergencia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Área Verde (quirófanos, labor y partos, central de equipos); a partir del año 2,011 se cuenta con los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia con residentes en cada especialidad. Actualmente el Hospital Regional cuenta con 118 auxiliares de Enfermería y 20 Enfermeros Profesionales como Jefes de servicio y supervisores, cubriendo así las 24 horas del día.

El departamento de Pediatría se divide en servicios de: Traumatología, Cirugía, Medicina, y Neonatos, para este ultimo departamento hay una enfermera jefe, con 1 auxiliar de enfermería que cubre las mañanas de lunes a viernes en horario de 7:00 a 15:00 horas y 5 más con turnos rotativos que cubren las 24 horas continuas de atención, tiene capacidad para 10 unidades, las mismas no son

suficientes, tomando en cuenta que se atienden pacientes de 0 a 28 días de vida, nacidos en el centro hospitalario; así como también los referidos de los demás servicios de atención o que consultan por sus propios medios. “Durante el año 2010 se atendieron 412 pacientes el 25% de ellos prematuros, mientras que el otro 75% son ingresados por otros diagnósticos médicos, como síndrome de aspiración meconial, síndrome de distrés respiratorio, malformaciones congénitas, etc.”<sup>3</sup>

Los neonatos que nacen prematuros generalmente son trasladados del servicio de labor y partos, hacia la Unidad de Cuidados Intensivos, ellos son atendidos por un pediatra, por el equipo de enfermería capacitado para realizar las acciones específicas que necesita este tipo de pacientes.

El prematuro que ingresa al servicio de neonatos luego de estabilizarle sus signos vitales, valorar si logró tener una buena maduración pulmonar y descartar que tenga un proceso infeccioso; se inicia con el tratamiento para ganancia de peso, esto se realiza con el apoyo de la madre impulsando la lactancia materna (si el peso del prematuro lo permite 1.5 kg de peso) y si no es posible hacerlo se realiza con las técnicas de alimentación por sonda nasogástrica.

Cuando el neonato logra alcanzar el peso ideal (1.8 Kg) y se encuentra estable, se le da egreso, previo a ellos se le orienta a los padres de los cuidados necesarios, para garantizar así su desarrollo y además se les da a conocer la importancia que tiene el llevarlos periódicamente al médico para su control, no únicamente cuando estén enfermos.

El cuidado es la expresión de la práctica y por ello debe basarse en el conocimiento de enfermería que es el conjunto de ideas que ayudan a resolver los problemas que el neonato prematuro presenta, lo anterior se ve reflejado en

---

<sup>3</sup> Datos estadísticos. Departamento de Estadística. Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén. Marzo 2011.

todas las acciones de cuidado directo que realiza el personal auxiliar de enfermería, en todo momento a los prematuros del servicio de neonatos del Hospital Regional de San Benito, Petén.

### **C. Delimitación del problema**

El personal de enfermería que brinda cuidado directo en el servicio de neonatos del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén, será a quienes se medirá el nivel de conocimiento que posee, acerca del cuidado directo que brindan al neonato con diagnóstico de prematuridad.

### **D. Planteamiento del problema**

Con la experiencia del ejercicio profesional, surge la interrogante:

¿Qué conocimientos relacionados con el cuidado directo posee el personal auxiliar de enfermería, en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos, del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén durante el mes de diciembre de 2011?

### III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La práctica de la enfermería neonatal, se caracteriza por ser individual y muy precisa, la dependencia total, tanto del neonato como de la familia, refleja la destreza del personal de enfermería, lo que hace que ésta tarea sea mucho más difícil, llena de retos y recompensas; al mismo tiempo requiere de conocimientos y habilidades en cuanto al cuidado de enfermería y de esta manera lograr disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad asociada a la prematurez en este grupo de población, que se atiende en el servicio de neonatos en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén.

Se considera posible y necesario realizar un estudio relacionado con este tema, ya que es accesible, por ser el servicio de neonatos parte importante de la atención que se presta a la población en el Hospital de San Benito, Petén. Al igual que será de mucho interés, porque en la actualidad no se ha hecho ningún estudio en este grupo de población en ésta región del país, siendo el punto de partida para conocer además los datos relacionados con la morbilidad y mortalidad neonatal en el área de salud, debido a que constituye un problema a nivel departamental, nacional e internacional.

Para el Hospital Regional, específicamente para el departamento de enfermería será de mucha utilidad realizar este estudio, tendrá trascendencia tanto dentro del Hospital como también en el área de salud del Petén, ya que reflejará el conocimiento que posee el personal auxiliar de enfermería que atiende a los neonatos prematuros y de esa forma ir implementando estrategias para mejorar la calidad de atención a este grupo de población. En el ámbito de enfermería, en el departamento del Petén, no se encontraron estudios que aborden este tema. Se tienen registros de investigaciones similares sobre el conocimiento que posee el personal auxiliar de enfermería con otro grupo de pacientes, como por ejemplo en los servicios de medicina y cirugía de hombres, lo cual hace la presente investigación innovadora, ya que es la primera vez que se trabaja con este grupo

de población, siendo el punto de partida para futuras investigaciones que aborden este problema social, no solo en el departamento sino a nivel nacional.

Para el personal de enfermería y de salud resulta beneficioso acrecentar el cuerpo de conocimientos con estudios que reflejen la realidad que se vive en Guatemala, y de esa manera ejecutar acciones de promoción de la salud, mediante la aplicación de modelos y teorías que se adaptan a la población en riesgo.

Esto último está íntimamente ligado al nacimiento de un neonato prematuro, pues está expuesto a múltiples estímulos donde su fin último es la supervivencia y el crecimiento con los problemas que esto conlleva, es allí donde la atención que enfermería brinda, garantiza una vida lo más normal posible.

De lo anterior surge la idea de identificar cuáles son los conocimientos que el personal auxiliar de enfermería tiene acerca de los cuidados de enfermería que se le brindan al Neonato prematuro, teniendo en cuenta que este personal tiene un papel importante en la atención, ya que de los cuidados adecuados que se brindan al recién nacido prematuro, depende en gran parte la sobrevivencia con los menores daños posibles a lo largo de la vida.

## IV. OBJETIVOS

### A. Objetivo General

Determinar los conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería del Servicio de Neonatos, al brindar cuidados de enfermería al paciente con diagnóstico de prematurez en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio de San Benito, Petén.

### B. Objetivos Específicos

1. Identificar los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el manejo del neonato prematuro.
2. Relacionar los cuidados de enfermería que se brindan actualmente al neonato prematuro con lo indicado en la fundamentación científica.

## V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

### A. Reseña Histórica del Municipio de San Benito, Petén

“No se tienen referencias históricas de los primeros pobladores de este municipio, pero si datos de algunos estudios arqueológicos recientes, antes de que fuera poblado por gente morena, parda o mulata, ya se habían ubicado en esta región pobladores mayas”<sup>4</sup>.

“El pueblo de San Benito, fue fundado primeramente con el nombre de San José de los Negros en 1795-6. Inglaterra trajo esclavos negros de África para venderlos, parte de estos fueron llevados a Belice, también los españoles introdujeron esclavos negros al país de contrabando, estos provenían de El Congo, Carabalí, Angola, Arana, Guinea, Vidah, Puerto Rico, Jamaica y la Habana”<sup>5</sup>.

“Estos pobladores primeramente fueron ubicados en la Isla de Los Remedios (Flores), después los trasladaron al otro lado de la laguna continuo al pueblo de San José donde fundaron el pueblo de San José de los Negros, dándoles problemas a los maya itzaes, por lo que el comandante de Petén, José de Gálvez, por la protesta de los caciques y justicias de San Andrés y San José para que estos morenos fueran enviados a otro lugar argumentando que las sangres se estaban interpolando, fue así como los trasladaron a su lugar actual de San Benito (Barrio La Ermita)”<sup>6</sup>.

El tercer traslado los ubicó en lo que hoy es el barrio de La Ermita en 1799 y se cambió el nombre de San José de los Negros por el de San Benito de los Negros. En 1805 la población de San Benito se elevó a categoría de municipio, durante los primeros años de su fundación San Benito formó parte de un cantón de la cabecera departamental y se hizo representar en las sesiones y actos públicos de la municipalidad de Los Remedios, por un regidor que era parte integrante de la Corporación de la cabecera de San Benito.

---

<sup>4</sup> Revista Petén Itzá, 62/No.40 Monografía del Municipio de San Benito Año, 2000.

<sup>5</sup> LÓPEZ LÓPEZ MARTHA LYDIA. Informe final del ejercicio profesional supervisado. Noviembre de 2010 Pag. 6.

<sup>6</sup> VÁSQUEZ FRANCO, RG. 2000. Monografía del Municipio de San Benito, 22 pag.

Ya siendo municipio su pobreza llego a tal extremo que, 1829 a 1839 fue anexado nuevamente a Flores para poder subsistir. San Benito fue elevado a municipio otra vez hasta 1837. En el año 1874, siendo jefe político Martín Quesada, fue erigido en municipio independiente nuevamente<sup>7</sup>.

San Benito, Petén, se fundó el 3 de abril de 1805, pero por motivos económicos fue agregado como cantón al Municipio de Ciudad Flores, representado por un regidor de esa comuna, hasta el 26 de enero de 1873, fecha en que estableció definitivamente como municipio.

Territorialmente es el municipio más pequeño del departamento con 112 kilómetros cuadrados. A distancia de un kilómetro de la cabecera departamental.

“Se cree que los primeros habitantes descendían de los esclavos procedentes de Belice, quienes trajeron la imagen de San Benito de Palermo, proclamándolo patrono del lugar<sup>8</sup>; su feria es la mejor de Petén.

Actualmente tiene 50,000 habitantes, sus principales calles asfaltadas, sitios arqueológicos, balnearios de aguas cristalinas del Lago Petén Itzá, se celebra la Pasión de Cristo en vivo en Semana Santa y la vida nocturna de buenos centros nocturnos, iglesia católica como la Ermita y Parroquial, así como 20 iglesias evangélicas, estadio de futbol “Alejandro Ochaeta” y su Palacio Municipal con bellos parques.

## **B. Reseña Histórica, Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén**

Antes, este Hospital fue conocido como Nacional y ahora catalogado como Regional con el nombre de “Dr. Antonio Penados del Barrio”. Actualmente está situado en la cabecera municipal de San Benito, Departamento de Petén, en la bifurcación hacia los municipios de La Libertad, San Andrés y San Francisco.

---

<sup>7</sup>LÓPEZ LÓPEZ MARTHA LYDIA. Informe final del ejercicio profesional supervisado. Noviembre de 2,010

<sup>8</sup> Pinelo López, M.T. Monografía de San Benito. Petén. Revista Cultural San Benito No. 31. 2,001.

Para obtener el desarrollo que actualmente tiene, tuvo que pasar por muchas construcciones hechas anteriormente.

## **1. Primer Hospital: El Hospital de Ciudad Flores**

La construcción de este primer hospital tuvo lugar a principios del siglo pasado y se realizó por iniciativa de don Clodoveo Bérge, Jefe Político y Comandante de Armas. Se aprovechó el producto de una rifa en Ciudad Flores en el año de 1904 y se encomendó a la recién instalada Cruz Roja Guatemalteca la realización del proyecto. Ese mismo año se colocó la primera piedra del Hospital de Petén. Se contó con la valiosa colaboración de Rafael Izard y Manuel Sisniega Otero. Poco después se designó la Junta Directiva y a la vez se solicitó al gobierno su reconocimiento como entidad jurídica. A causa de que la construcción requería de cierto tiempo para su terminación en la contracción, la Junta Directiva resolvió comprar la casa de la señora Amanda Gálvez en \$4,000.00 (cuatro mil pesos plata), dinero que se reunió por suscripción entre los socios de la entidad. El hospital se inauguró en esa casa el 15 de marzo de 1907, y estuvo ubicado en donde ahora está la Escuela primaria J. Miguel Castellanos Pacheco, en ciudad Flores. Este año funcionó con los estatutos elaborados, los que posteriormente se aprobaron el 1 de julio de 1907. El Acuerdo del Ejecutivo del 10 de septiembre de 1927 dispuso que el producto de los impuestos de todo el departamento sobre el destace de ganado se destinara al hospital. El primer enfermero asistido en ese hospital fue el señor Francisco Camal, originario de la Aldea San Juan de Dios, del Municipio de San Francisco, Petén. Este hospital estuvo a cargo de un cirujano militar y funcionó durante algunos años.

## **2. Segundo Hospital: El Hospital del Islote**

En esta época es conveniente relatar algunos acontecimientos que dieron lugar a que se pensara en construir un nuevo hospital en un lugar aislado por las siguientes razones:

1. La casi nula efectividad del Hospital para atender a los heridos de la guerra revolucionaria contra el régimen de Manuel Estrada Cabrera que también fue librada en Petén en 1916 y que dejara a una gran cantidad de heridos mortales. Su tamaño resultó muy pequeño y se carecía de medicinas. En esta época era Jefe Político de Petén el Licenciado Clodoveo Bérge, amigo de Estrada Cabrera.
2. La también inefectividad para atender a los heridos del incendio que se desató en Flores en 1922 donde ardieron más de sesenta casas. Este hospital no se dio abasto.

**Incursión de Bandoleros Mexicanos a Petén:** Doña Carlota Juárez relata este incidente de la siguiente forma: “Empezaron a venir los sobrevivientes de la guerra muy enfermos, parecían esqueletos vestidos, venían agonizantes; otros venían pálidos, amarillentos y con el estómago hinchado. Estos hombres parecían salidos de ultratumba, pues estaban más muertos que vivos. Al llegar a la Playa, cayeron como costales de huesos. Casi cargados los metieron, las familias a las canoas. Con ellos trajeron la fiebre amarilla y dejaron un olor fétido horrible y una alfombra de moscas que daba miedo. La fiebre que ellos traían se extendió en todo Flores. Las autoridades los aislaron y el hospital no daba cabida a tanto enfermo, porque el local era pequeño. Allí se murieron muchos, porque no habían medicinas”. En este tiempo, ya estaba el Dr. Roberto Boburg (Inglés).

**El Incendio de 1921:** Como consecuencia de este incendio hubo muchos quemados, quebrados y zafados, que se cayeron de los techos al tratar de desenguanar sus casas. Este incendio fue el mismísimo infierno y donde se quemaron vivas dos personas. El hospital resultó muy pequeño y como estaba ubicado en el centro de la Isla, era muy insano. Fue Prado Romaña quien construyó el Segundo Hospital en el islote entre Flores y San Miguel. Fue una gran autoridad, apreciado por el pueblo. El presidente de Guatemala en ese tiempo era el señor Carlos Herrera. Este hospital fue terminado prontamente y se puso al servicio de los enfermos, pero, solamente una parte. El problema era que de día era bueno, pero de noche era muy lóbrego, porque no había alumbrado eléctrico y nadie quería quedarse a velar a los enfermos, que se agravaban y morían. Al subir drásticamente el nivel del lago, se tuvo que abandonar y la construcción se quedó sin terminar. Pasaron muchos años y el Islote quedó llamándose el Islote del Hospital. Según relata doña Carlota de Juárez (EPD), que, decían algunos de los enfermos que les daba mucha tristeza mirar solamente la laguna y que no había una canoa para cruzar. Este hospital fue terminado de construir después que se construyó la Administración de Rentas en 1927, habiendo sido absorbido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Este hospital fue abandonado por la creciente del lago. Ydigoras Fuentes llegó de Jefe Político de Petén y dispuso renovar este hospital y festejó este acontecimiento con un baile, pero, vino un ciclón y botó todo el techo, mientras el lago continuó subiendo de nivel que al fin acabó con los cimientos.

### **3. Tercer Hospital: El Hospital de Arévalo**

En marzo de 1945, tomó posesión como Presidente de la República el Dr. Juan José Arevalo Bermejo después de unas democráticas elecciones. En 1946 se inició la construcción de otro hospital en el Municipio de San Benito. Este se edificó donde hasta 1934 había estado ubicado el Cementerio General del área Central de Petén y donde estuvo situada la Municipalidad de San Benito, Petén, hoy en día se encuentran las instalaciones del Consejo Nacional de Áreas Protegidas (CONAP).

El sitio para el nuevo hospital, fue inspeccionado previamente por el Alcalde de esta época de San Benito, don Gertrudis Reyes Vásquez y el Diputado por Petén, Br. Carlos Gutiérrez Guzmán.

Fue inaugurado el 10 de junio de 1950 siendo Presidente de la República el Dr. Juan José Arévalo Bermejo (1945-1951), diputado por Petén, el Br. Carlos Gutiérrez Guzmán y el Gobernador Departamental el Coronel Pedro Díaz Marroquín. En estas instalaciones se atendieron a las personas que se accidentaron el 27 de octubre de 1951, cuando un avión C-47 de la Fuerza Aérea Guatemalteca se incendió y cayó a 5 kilómetros de Ciudad Flores, Petén, siendo la mayor parte de los pasajeros grandes artistas del ámbito nacional, que habían venido a dar un concierto, donde perdió la vida entre otros el reconocido compositor Paco Pérez. Esta vez, como médicos atendieron los doctores Javier Aguja, Antonio Penados del Barrio y Carlos Herbert (recién graduado de la USAC); espiritualmente, prestaron auxilio los presbíteros Próspero Penados del Barrio y el Padre Albizúrez, ambos recién ordenados. Penados llegó a ser Arzobispo primado de la Arquidiócesis de Guatemala, cargo que renunció en el 2001.

#### **4. Cuarto Hospital: El Hospital “Dr. Antonio Penados del Barrio”**

A partir del 14 de febrero de 1988, principió a funcionar el actual hospital, este edificio fue entregado en dos oportunidades anteriores, pero no se utilizó hasta la fecha indicada, y durante el Gobierno del Lic. Marco Vinicio Cerezo Arévalo.

A finales del año 1996, la Asociación Fraternidad Petenera, presidida por el Maestro Ascensión E. Morales Cetina, gestionó ante el gobierno Central para que el mencionado hospital fuera nombrado “Dr. Antonio Penados del Barrio”, ya con la categoría de Regional, como su reconocimiento a tan destacado médico Traumatólogo y Filántropo petenero. Fue así como el 29 de enero de 1997, el Presidente de la República Álvaro Arzú Irigoyen firmó el Acuerdo Gubernativo No. 63-97 nominando a dicho Centro Asistencial con el referido nombre. El acto protocolario de nominación fue efectuado el 31 de mayo de 1997 a las 10 horas, habiendo asistido el homenajeado, su esposa, familiares, pacientes y autoridades del hospital, autoridades municipales y departamentales y los miembros de la Asociación Fraternidad Petenera.

Este centro hospitalario en sus primeros años funcionó con 6 médicos y su respetivo Director, los que cubrían todos los servicios, no está demás hacer mención que este contaba con la capacidad de 100 camas desde pediatría hasta aislamiento de mujeres, pero debido al aumento elevado en la producción por el crecimiento demográfico del departamento, se ha visto en la necesidad de

aumentar no sólo el número de camas, sino también el personal que contribuye a la prestación de dichos servicios.<sup>9</sup>

Con el transcurso de los años, se ha ido mejorando uno a uno los servicios que en él se prestan, gracias a las gestiones de los Directores y entidades encargadas de la Salud Pública y Asistencia Social, así como también a Asociaciones que han contribuido al mejoramiento del mismo. Hoy en día el hospital carece de muchos equipos y mejoras en su infraestructura, debido al aumento poblacional; el hospital cuenta actualmente con una capacidad de 126 camas, ofreciendo los servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, Medicina Interna, Traumatología, Psiquiatría, Emergencia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Área Verde (quirófanos, labor y partos, central de equipos), y a partir del año 2,011 se cuenta con los Departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia, con residentes con cada especialidad; por lo anterior se ve en la necesidad de una ampliación en su infraestructura.

### **C. Breve Reseña Histórica del servicio de Neonatos, Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén**

En el año 1994, asumió la dirección del hospital el Dr. Eduardo Cáceres y como Jefe del departamento de enfermería E.P. Lorena López y únicamente habiendo 2 enfermeros profesionales y alrededor de 32 auxiliares de enfermería, además el servicio de pediatría funcionaba juntamente con el servicio de ginecología en el 2do. Nivel del edificio actual.

En el año 1997, el Dr. Cáceres gestionó ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que se impartiera en el hospital un curso para Auxiliares de enfermería y de esa forma lograr incrementar el número de personal, al final del curso se logró graduar a 7 auxiliares de enfermería para prestar sus servicios a la población petenera.

Gracias al aumento del personal auxiliar de enfermería, apoyo de las autoridades hospitalarias y a la buena voluntad del personal que ya laboraba en el hospital, se realizó una reorganización de los servicios y se dividen los servicios de pediatría y ginecología, además se crea la Sala de neonatología, inaugurándola

---

<sup>9</sup> Historial del Hospital Regional "Dr. Antonio Penados del Barrio" ubicado en San Benito, Petén. Ascensión E. Morales Cetina. Revista Petén Itzá 2003.

en el mes de abril del año 1998, siendo la primera jefe de servicio E.P. Yolanda Mas.

El doctor Gustavo Herrera, fue el primer pediatra que laboró en el centro asistencial y a partir de la creación del servicio de neonatos, inician la rotación de médicos residentes, quienes realizaban el Ejercicio Profesional Supervisado, los primeros fueron Dr. Walter Paz y Dra. Lesli Custodia.<sup>10</sup>

#### D. Conocimiento

“Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas”.<sup>11</sup> Capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema.

“Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente”<sup>12</sup>. También es una mezcla de experiencia, valores, información y saber hacer las cosas, que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y poder así llevar a cabo una actividad.

El conocimiento tiene su origen en la **percepción sensorial**, después llega al **entendimiento** y concluye finalmente en la **razón**. Se dice que el conocimiento es una relación entre un **sujeto** y un **objeto**. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: **sujeto, objeto, operación y representación interna** a este se le llama proceso cognoscitivo<sup>13</sup>.

---

10 Breve Reseña Histórica del servicio de Neonatos, Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén. Entrevista personal con Licda. Yolanda Mas. Realizada 17 de Octubre de 2011.

11 Conocimiento. Impresos Brosmac, S.L. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Vigésima primera edición. 1996. España. Pág. 384.

12 Conocimiento. [http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos\\_conocimiento.htm](http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm). Consultado 5 de Julio del 2011.

13 Conocimiento. <http://definicion.de/conocimiento>. Consultado 5 de Julio del 2011.

## **1. Tipos de conocimiento**

### **a) Conocimiento Científico**

Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar porqué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquieran del conocimiento científico están fundamentados en la realidad y en las investigaciones.

El llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

En sí el Conocimiento Crítico, es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo a una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

### **b) Conocimiento Artístico**

Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas. El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él.

### c) Conocimiento Revelado

Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas.

### d) Conocimiento Empírico

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos.

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que los rodean.

Por tanto el conocimiento empírico, es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

El conocimiento se puede generar de varias maneras y aplicar de distintas formas. A partir de esta clasificación se han generado otros tipos de conocimiento como: el demostrativo, intuitivo, sensible, dinámico, inteligible, y otros. Sea cual sea el conocimiento, el fin es el mismo, y es desarrollar las capacidades de los seres humanos para aportar a la sociedad.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup>Tipos de Conocimiento <http://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento>. Consulta 5 de Julio del 2011.

## 2. Conocimiento de enfermería

El conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, incorporado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes.

Se considera la enfermería como una disciplina profesional, que contiene como tal dimensión histórica, antropológica, filosófica, valores propios, principios éticos y un marco legal, que la lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de enfermería.

### a) Enfermería

Conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran en actividades de promoción de la salud, diagnóstico de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.<sup>15</sup>

La enfermería como disciplina académica depende de la existencia de un conocimiento teórico para todas las áreas, tanto en el campo de la docencia como en la asistencia, gestión e investigación. La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, estos modelos de enfermería reflejan las tendencias filosóficas que inundan el saber y que a partir de ellas se deriva una visión conceptual y práctica de las actividades realizadas de docentes, clínicos e investigadores. Estos modelos conceptuales actúan como una guía para un correcto desarrollo de la práctica, educación, investigación y ética, a su vez funciona como base para el desarrollo del conocimiento clínico y científico orientando la práctica del profesional de enfermería, ambos conocimientos son

---

15 Enfermería. [www.monografias.com/etica-enfermeria/Balderas](http://www.monografias.com/etica-enfermeria/Balderas). Consultado julio 25 del 2011.

interdependientes debido a que no pueden existir por separado, cada uno de ellos sirve de sustento al otro favoreciendo el desarrollo de la práctica profesional, debido a que la forma de desarrollo de conocimiento en la disciplina no es basado sólo en un área, sino más bien es un complemento y una convergencia de saber que fundan y asientan nuestra identidad y que al mismo tiempo mejoran ampliamente los resultados en la práctica.

El manejar un cuerpo de conocimientos aplicándolo en el día a día permite distinguir un enfermero experto de aquel que es un mero ejecutor de órdenes, otorga seguridad en el actuar y fortalece la autoestima profesional. Permite identificar: estándares para la práctica, los ambientes y características de los receptores del cuidado, los diversos procesos de enfermería y las tecnologías que deben utilizarse, dirigen las formas de prestación de servicios de enfermería, sirven de base para los sistemas de información que se requieren para la toma de decisiones y dan forma a los programas de aseguramiento de la calidad de los servicios de enfermería que son consecuencia o resultado del desarrollo de los puntos anteriores.<sup>16</sup>

#### **E. Cuidado directo de enfermería**

Los cuidados de enfermería contribuyen de manera específica a la promoción y al mantenimiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida de la persona, familia y la comunidad. Las actividades de enfermería se centran en las necesidades específicas de las personas que presenten un problema de salud o necesiten mejorarla.

El objetivo de los cuidados de enfermería, es la persona en todas sus dimensiones; la familia y la comunidad se desenvuelven en un marco de colaboración interdisciplinar.

Los cuidados de enfermería ayudan a la persona, a la familia y a la comunidad a asumir sus responsabilidades en materia de salud y movilizar los recursos para

---

<sup>16</sup> Conocimiento de Enfermería. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>, consulta 25 de julio 2011.

mantener o mejorar el entorno en el que se desenvuelve, así como a fomentar el autocuidado.

“Los cuidados de enfermería se fundamentan en valores humanísticos y en conocimientos científicos; han de respetar siempre los derechos de las personas y ayudarlas si éstos son vulnerados”.<sup>17</sup>

Enfermería lleva implícito el arte del cuidado del ser humano. Al ser enfermeras se profesionaliza ese cuidado. ¿Qué significa profesionalizar el cuidado? Hacer que el cuidado sea de calidad, que al atender a una persona en estado de inestabilidad de salud física o psicológica, ésta atención, se realice en forma organizada, con cuidados específicos para cada uno de los problemas que el paciente presente y además que se cuente con los recursos necesarios y pertinentes para dar una atención oportuna.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.<sup>18</sup>

El cuidar es la esencia de la Enfermería, se ejecuta a través de una serie de Acciones de Cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud, por esto las

---

17 Cuidado de Enfermería. Cooperativa agrícola Integral “El Recuerdo”, R.L., Dirección General de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA. Tercera edición, noviembre 2010. Pag. 91.

18 Cuidado de Enfermería. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132->. Consulta 25 de julio 2011.

personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan.

## **1. Etapas del cuidado**

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atención de enfermería enfocada específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

## **2. Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem**

En esta teoría se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado independiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Esta teoría está totalmente relacionada con el prematuro, porque tiene un déficit total de autocuidado, obedece en un 100% de los cuidados de enfermería, de ella depende en gran parte la sobrevivencia del prematuro y que está sea con los menores daños posibles, para que en el futuro sea una persona sin ninguna limitación.

## **F. Equipo de enfermería**

### **1. Enfermera Profesional**

El rol profesional de la enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia, este rol se lleva a cabo a través de las siguientes funciones: Asistencial (Atención Directa), Administrativa, Educativa y de Investigación.

Un/a enfermera/o profesional, es aquella persona que está a cargo de la gestión del cuidado, que realiza acciones con conocimiento a través de una base teórica y ética, con cierta mística de la enfermería. Este cuidado de la vida humana se realiza dependiendo el nivel de atención donde se ubique la enfermera/o por ejemplo: si trabajara en el primer nivel de atención (área preventiva) ejercería actividades de promoción y fomento de la salud.

### **2. Auxiliar de Enfermería**

Un/a Auxiliar de Enfermería, es la persona que presta asistencia sanitaria al paciente, como parte integrante de los equipos de enfermería y cuya labor va dirigida al cuidado del individuo, la familia y la comunidad. Su principal objetivo es suministrar los cuidados básicos de enfermería necesarios para mejorar el bienestar de la comunidad y colaborar en la prevención y promoción de la salud.

La primera imagen que ven los pacientes y sus familiares cuando entran a un hospital es la de los/as auxiliares de enfermería, quienes se encargan de disminuir la angustia y el miedo de los enfermos durante el período de hospitalización. Los usuarios necesitan encontrar un nexo humano con su familia. Cada contacto con ellos se utiliza para hacer una valoración integral de su situación y una identificación de los problemas reales y potenciales, a fin de mejorar en todo lo posible su situación.

Los auxiliares de enfermería son los encargados de recibir a los pacientes en el hospital, proporcionar los cuidados asistenciales básicos, vigilar y controlar los cambios anímicos-asistenciales del enfermo. Además mantienen un contacto humano y profesional con los pacientes, pasando paulatinamente de ser el soporte del médico y del profesional de enfermería.<sup>19</sup>

#### **a) Perfil del o la auxiliar de enfermería**

Al seleccionar los y las candidatos a Auxiliar de Enfermería se espera que tengan las siguientes cualidades:

- Se manifiesten dispuestos a investigar y a aprender de sus experiencias y la de los otros. Sensibles a las necesidades de salud de la población y manifiesta su disposición a trabajar en donde se le necesite.
- Pleno reconocimiento, valoración y respeto de la diversidad cultural y de género, con equidad y derecho a la diferencia.
- Mantiene relaciones positivas, tolerantes, solidaria y empáticas con las personas.
- Se siente orgulloso/a de ser guatemalteco y miembro del equipo de salud.
- Manifiesta interés en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones, haciendo valer sus derechos de manera respetuosa.
- Valorar el bien común y respetar las necesidades individuales.

---

<sup>19</sup> Auxiliar de Enfermería. <http://www.agapea.com/libros/AUXILIARES-DE-ENFERMERIA-TEMARIO-Y-EJERCICIOS-PRACTICOS-isbn-8482191918-i.htm>. Consulta 25 de julio 2011.

- Reconoce y demuestra el respeto por la vida, la libertad y la cooperación.
- Estar comprendido en un rango de edad que le permita poder interactuar con el grupo en relación de iguales, poder movilizar pacientes, que se asegure que la inversión gubernamental en su formación garantiza un tiempo adecuado de acción dentro de su campo.

## **b) Las competencias esperadas del o la auxiliar de enfermería**

### Área de Competencias I

El o la auxiliar de enfermería administra los recursos disponibles en su ámbito laboral.

#### Sub-competencias

1. Gestiona los recursos materiales necesarios en su ámbito laboral.
2. Organiza los bienes, equipo material y suministros disponibles en el área de trabajo.

#### Actividades

- Identifica las necesidades del servicio en su ámbito laboral.
- Solicita de acuerdo con normas establecidas, material y equipo.
- Detecta e informa oportunamente los daños encontrados en el material y equipo.
- Dispone racionalmente de los recursos de acuerdo con necesidades del servicio.
- Revisa y compara recursos recibidos con hojas de envío para cerciorarse de que está acorde con lo solicitado.
- Distribuye apropiadamente los recursos con que cuenta en las diferentes áreas de trabajo.

- Mantiene equipados con lo necesario las diferentes áreas de trabajo en el servicio asignado.

## Área de Competencia II

El/la auxiliar de enfermería participa en acciones de mejoramiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

### Sub-competencias

1. Detecta necesidades para el fomento, promoción y recuperación de la salud.
2. Fomenta en forma integral el mejoramiento de la salud en el individuo, familia y comunidad.

### Actividades

- Participa en la realización y/o actualización del estudio de la situación de la salud de la comunidad.
- Registra datos estadísticos de su ámbito de desempeño para ser analizados con el equipo de salud.
- Identifica necesidades de salud de la comunidad, tomando en cuenta la estructura organizacional del área de influencia.
- Participa en la elaboración y ejecución del plan de acción, de acuerdo con necesidades detectadas en su ámbito laboral.
- Realiza actividades de promoción de la salud con participación comunitaria.
- Participa en el equipo de salud en la ejecución de las acciones de prevención.
- Promueve la organización comunitaria y auto-gestión.

## Área de competencia III

El/la auxiliar de enfermería participa con el equipo de salud en la atención integral en las diferentes etapas de la vida.

### Sub-competencias

1. Brinda cuidado integral de salud al usuario en los 3 niveles de atención.
2. Asiste al profesional de la salud en los diferentes procedimientos según área de trabajo.
3. Participa en la vigilancia epidemiológica.

### Actividades

- Ejecuta atención de enfermería en la atención del individuo en las diferentes etapas de la vida.
- Atiende íntegramente al individuo según morbilidad utilizando los protocolos vigentes.
- Identifica y reporta signos y síntomas de alarma de los pacientes a su cargo para evitar complicaciones.
- Participa en procedimientos especiales que favorecen el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud.
- Vigila el estado de salud del paciente antes, durante y posterior a los procedimientos realizados en los servicios de salud.
- Explica al paciente y a su familia sobre el tratamiento a realizar.
- Mantiene las medidas de bioseguridad en los servicios de salud.
- Elabora estadísticas vitales de los servicios de salud.
- Identifica factores de riesgo para el paciente, familia y comunidad en su ámbito laboral.
- Colabora con el equipo de salud en las acciones de vigilancia epidemiológica en los 3 niveles de atención.

- Brinda atención de enfermería en situación de emergencia y desastres para disminuir daños.
- Atiende al paciente grave y moribundo para ayudarlo a bien morir.

#### Área de Competencia IV

El/la auxiliar de enfermería maneja adecuadamente los sistemas de comunicación, educación e información existentes en su área de trabajo.

#### Sub-Competencias

1. Utiliza medios y formas de comunicación apropiados en el ámbito laboral.
2. Utiliza metodología apropiada para impartir educación en salud.

#### Actividades

- Establece comunicación efectiva de doble vía con el individuo, familia, comunidad y con el equipo de trabajo.
- Contribuye a mantener relaciones interpersonales adecuadas en el trato con el paciente, familia, comunidad y compañeros de trabajo.
- Identifica las necesidades educativas del paciente y/o familia, comunidad.
- Participa con el equipo multidisciplinario en las acciones educativas de los servicios de salud.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Cuidado de Enfermería. Cooperativa agrícola Integral "El Recuerdo", R.L., Dirección General de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERIA. Tercera edición, noviembre 2010. Pag. 122.

## G. Neonato

El período neonatal comprende desde el nacimiento hasta el 28º día después, es un período de grandes riesgos para el recién nacido (RN) por la alta frecuencia de morbi-mortalidad. Los mayores cambios en el RN se producen durante los primeros dos días de vida y durante los restantes se producen paulatinamente, por las adaptaciones del organismo al medio extrauterino.

"Un neonato también se denomina "recién nacido". El período neonatal (las primeras 4 semanas de la vida de un niño) representa un tiempo en el que los cambios son muy rápidos y se pueden presentar muchos eventos críticos".<sup>21</sup>

### 1. Test De Apgar

Es el primer examen que se le realiza a los recién nacidos y se lleva a cabo en la sala de parto. Sirve para evaluar rápidamente la condición física de los recién nacidos inmediatamente después del parto y para determinar la necesidad de cualquier tratamiento adicional.

Los primeros diez minutos después de nacer son críticos en la vida del bebé. El test de Apgar se trata de una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos, y a veces a los 10 minutos del nacimiento, que permite valorar el estado general del bebé.

Los cinco signos que se evalúan son:

- Ritmo cardíaco: frecuencia del latido del corazón.
- Respiración: normal, lenta o nula.
- Tono muscular: fuerza de los movimientos, flexión de las extremidades.

---

21. Neonato <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002271.htm>. Consultado 25 de julio 2011.

- Reflejos: si el bebé estornuda o tose, cuando se le aspira con una sonda nasal, indica una buena respuesta al estímulo.
- Color de la piel: sonrosado, azulado o pálido.

Cada uno de estos parámetros se puntea de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza una puntuación máxima de 10. Si el resultado es de 8 a 10 puntos, indica que el bebé está en buenas condiciones. Si es de 4 a 6, indica que algo no va del todo bien y requiere actuación inmediata. Si es menor de 4, necesita atención de emergencia como respiración asistida o medicamentos.

A los cinco minutos se realiza la misma evaluación, valorando la adaptación del bebé al medio, por lo que el resultado deberá ser mayor que el primero y superior a 7 puntos.

El test, lleva el nombre de su inventora, la Dra. Virginia Apgar, médico anestesista, quien en 1952 propuso estandarizar la respuesta de los recién nacidos a cinco parámetros clínicos.

“A lo largo de más de 50 años, este método ha logrado reducir la tasa de mortalidad y la tasa de morbilidad evaluando la vitalidad de los recién nacidos inmediatamente después de nacer.”<sup>22</sup>

## 2. Test de Capurro

En neonatología, el **test de Capurro** (o **método de Capurro**) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

---

<sup>22</sup> TEST DE APGAR, <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/test-de-apgar-evaluacion-del-recien-nacido>. Consultado 25 de julio del 2011.

A continuación se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la llamaremos P) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos E):

$$E = \frac{204 + P}{7} =$$

### **3. Cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido**

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de las actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procurar el bienestar del recién nacido.

Los cuidados del recién nacido se clasifican en: inmediatos, mediatos y tardíos. Para los cuidados inmediatos, como todo procedimiento a realizar, el personal de enfermería debe anticiparse, preparar y comprobar el funcionamiento del equipo; además de repasar el procedimiento en el caso de estar en la etapa de formación.

#### **a) Cuidados Inmediatos**

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

La más frecuente es la depresión cardio-respiratoria, que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación. Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento. El personal de enfermería debe tener formación y

entrenamiento requeridos para la atención en este período. La atención inmediata requiere de cuidados de enfermería especiales; como:

- *Prevenir la pérdida de calor:* una vez separado de la madre el recién nacido se debe colocar en una cuna radiante. Secar energéticamente al bebé, remover las toallas mojadas.
- *Liberar la vía aérea:* continuar con la aspiración de secreciones iniciando con la boca y luego con la nariz, evitando la succión profunda de laringe, pero se debe tener cuidado porque esto puede provocar un paro cardíaco o respiratorio.
- *Iniciar respiración:* estimulación táctil, realizar pequeños golpecitos en el talón del niño o bien tallar ligeramente su espalda.
- Todas estas maniobras deben realizarse en menos de un minuto.

#### **b) Cuidados Mediatos**

Estos cuidados son los que se le brindan al recién nacido luego de los cuidados inmediatos, siempre en el área de transición.

- Ligar el cordón umbilical.
- Realizar aseo ocular y aplicar cloranfenicol oftálmico (2 gotas en cada ojo).
- Administrar vitamina k (1ml, intramuscular, dosis única).
- Verificar permeabilidad rectal con termómetro rectal y tomar temperatura.
- Medir talla y peso.
- Identificación del recién nacido y la madre.
- Llenar la hoja en el libro de nacimientos para posteriormente se realice constancia de alumbramiento.
- Exploración física.
- Administración de vacunas (Hepatitis B y BCG).

## H. Prematurez

Recién nacido (RN) cuya edad gestacional es inferior a las 37 semanas y peso al nacer inferior a 2500 g. Se considera como prematurez extrema al RN con menos de 31 semanas de gestación; moderada de 32 a 34 semanas y leve de 35 a 36 semanas.<sup>23</sup>

El término *prematuro* parece correcto para los lactantes inmaduros a *pretérmino* sin importar el peso al nacer, los lactantes de pretérmino son los que nacen antes de la semana 37 de gestación. Estos niños también pueden ser pequeños para la edad gestacional lo cual implica que por lo menos influyeron en ellos dos factores: Uno que ocasiona parto pretérmino y otro que retrasa la velocidad de crecimiento *in utero*.

“El término *lactante de peso bajo al nacer* define al recién nacido vivo que pesa 2500 gramos o menos. Los *lactantes de muy bajo peso al nacer* pesan 1500 gramos o menos”.<sup>24</sup>

### I. Complicaciones del prematuro

Los lactantes tienen riesgo de diferentes problemas médicos que dependen de su edad gestacional.

Gracias a los avances en tecnología neonatal, la supervivencia de los lactantes de muy bajo peso al nacer mejora año tras año. Existe controversia con respecto al control de los lactantes prematuros al tener en cuenta su costo financiero y el riesgo de alguna incapacidad.

#### 1. Problemas fisiológicos

---

23 Prematurez. <http://www.cursosparamedicos.com/protocolos/premadurez.asp>. Consultado 25 de julio del 2011.

24 RERDER, Sharon y colaboradores. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. Tercera Edición. 1995. México. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA. Pag. 1160.

### **a) Sistema cardiovascular**

El defecto cardiovascular más frecuente de los lactantes de pretérmino no es el conducto arterioso persistente. El conducto, que es la estructura fetal que actúa como vía para la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los niños de pretérmino. Los lactantes a pretérmino tienen menor resistencia vascular pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Los esfuerzos de vasoconstricción no son tan fuertes con respecto al aumento de niveles de oxígeno. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar lo que en último término produce edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio en el consumo de oxígeno. Cerca de 15% de los lactantes con conducto arterioso persistente tiene defectos cardiacos adicionales.

### **b) Sistema respiratorio**

El lactante de pretérmino tiene riesgo de problemas respiratorios. Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones es deficiente, además, hasta la 34ava o la 36ava semana maduran los alveolos del pulmón fetal.

### **c) Sistema digestivo**

El aparato digestivo madura de la semana 36 a la 38 de gestación. Por tanto, en lactantes de pretérmino este aparato aún no funciona a todo su potencial. Estos lactantes están expuestos a los siguientes factores que interfieren en el funcionamiento gastrointestinal maduro:

1. Succión y deglución sin coordinación hasta la semana 34 o 35.

2. Reducción de la absorción de grasa.
3. Digestión inadecuada de proteínas.
4. Reducción o descoordinación de la motilidad.

#### **d) Sistema nervioso central**

Es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el lactante de pretérmino. Este experimenta por lo general sueño más tranquilo, con menor actividad y niveles mayores de  $po_2$  en posición prona. Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutros.

Se observa poca expresión facial antes de la semana 30 a la 32 de gestación y presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32. A partir de este momento expresa hambre mediante llanto. Sólo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación. El sistema auditivo funciona desde la semana 26 de vida intrauterina, se observan respuestas auditivas congruentes de la semana 32 a la 34.

#### **e) Sistema renal**

En el lactante pretérmino, los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduros. Los riñones no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además, la excreción de fármacos toma más tiempo. La eficiencia de la velocidad de filtración glomerular es paralela a la edad gestacional. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.

## f) Sistema hepático

El hígado inmaduro del lactante de pretérmino plantea graves problemas durante el período neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina con más rapidez se alteran, que en los niños a término, debido a que el hígado es incapaz de excretar la bilirrubina. Los lactantes que pesan menor de 1500 gramos pueden recibir fototerapia profiláctica.

La hipoglucemia del recién nacido se debe a la baja reserva de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteínas en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguíneos y la conjugación, desintoxicación deficiente de ciertos fármacos, son atribuibles a la inmadurez hepática.

## 2. Problemas inmunitarios

El lactante de pretérmino tiene niveles inferiores de IgG, la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre. Es posible que el neonato que no reciba alimentación oral por determinadas enfermedades no cuente con IgA e IgM ya que éstas provienen del calostro.

La elevación de niveles de IgM o IgA en la sangre del cordón umbilical en ocasiones refleja exposición del feto algún antígeno *in utero*. En caso de hemorragia transplacentaria de la madre al feto también se detecta elevación de los niveles de IgM o IgA. Los leucocitos de los lactantes de pretérmino no funcionan muy bien para combatir las bacterias.

## 3. Problemas tegumentarios

La piel del lactante de pretérmino es delgada, transparente y cubierta de vernix abundante. Se aprecia mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, en particular en lactantes menores de 30 semanas de gestación. Además, la piel

del lactante de pretérmino absorbe los productos químicos con facilidad por lo cual hay que tener precaución al aplicar ungüentos y soluciones tópicas sobre ella. Por último, la piel es vulnerable a daños por materiales adhesivos, la manera que hay que cuidar el tipo y cantidad de adhesivo que se emplea para fijar monitores y otros aparatos a la piel.

#### **4. Regulación térmica**

Los siguientes factores causan problemas con respecto a la regulación de la temperatura en el neonato de pretérmino:

- a. Alta proporción de superficie con respecto a la masa corporal.
- b. Reducción de las reservas de grasa parda.
- c. Aumento de pérdidas insensibles de agua.
- d. Sufrimiento respiratorio, que favorece las pérdidas insensibles de agua por el trabajo respiratorio.
- e. Extremidades en posición extendida.
- f. Control vasomotor inmaduro.

#### **J. Problemas de salud especiales del recién nacido pretérmino**

##### **1. Síndrome de Distres Respiratorio**

Se le conoce como enfermedad de la membrana hialina. El síndrome de insuficiencia respiratoria tipo I es una afección del desarrollo de los niños de pretérmino adecuados para su edad gestacional. Dicho síndrome es la causa única de sufrimiento respiratorio neonatal y se presenta de manera casi exclusiva en niños de pretérmino. Aunque los avances en cuidados neonatales mejoran el pronóstico de estos lactantes, el síndrome de insuficiencia respiratoria aún es una de las principales causas de mortalidad neonatal.

Los signos y síntomas del síndrome de dificultad respiratoria se pueden manifiesta en recién nacidos justo después del parto o después de transcurridas varias horas. Se caracteriza por dificultad respiratoria más o menos marcada, respiración rápida, retracciones de las costillas y del centro del tórax con cada respiración, gruñido o quejido con cada respiración y aleteo o ensanchamiento de la nariz al respirar.<sup>25</sup>

Luego, por razón del distrés respiratorio aparece cianosis, apnea y letargo y, en el peor de los casos, especialmente frecuente en neonatos menores de 1 kg, se instala una neumonía que imposibilita aún más el respirar. Las cifras de una gasometría arterial muestran una acidosis con hipoxia, lo cual conduce a una vasoconstricción pulmonar con aumento de la resistencia pulmonar que promueven la deposición de fibrina, rigidez pulmonar y membranas hialinas.

## **2. Displasia Broncopulmonar**

La displasia broncopulmonar es una afección crónica pulmonar significativa en los neonatos. Esta definición incluye a los neonatos que tras recibir ventilación mecánica durante la primera semana de vida dependen del oxígeno durante más de 28 días y presentan densidad superior persistente en las radiografías torácicas. La incidencia y la gravedad son variables y van de 15 a 50% en lactantes que pesan menos de 1500 gramos y que utilizaron ventilación asistida. El diagnóstico se efectúa cuando el lactante depende de períodos largos del ventilador y del tratamiento con oxígeno. Varias semanas después se observan cambios radiológicos característicos.

En apariencia, la displasia broncopulmonar resulta de diversos factores de riesgo como inmadurez pulmonar, intubación endotraqueal, administración de oxígeno, ventilación mecánica y conducto arterioso persistente.

---

<sup>25</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_distr%C3%A9s\\_respiratorio#cite\\_note-midlineplus-2](http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_distr%C3%A9s_respiratorio#cite_note-midlineplus-2), Consultado 25 de julio del 2011.

### 3. Neumotórax

El neumotórax es una complicación potencial de la ventilación asistida y la ventilación con presión espiratoria positiva.

Los signos clínicos indican deterioro repentino y rápido del estado del niño en especial si éste tiene afecciones respiratorias. Se observa taquipnea, gruñidos, palidez o cianosis; los ruidos respiratorios disminuyen en ciertos casos. El ápex cardíaco puede desplazarse, alejándose del lado de la afección. También se observa bradicardia e hipotensión.

El diagnóstico se comprueba mediante transiluminación del tórax y placas radiográficas definitivas.

En ocasiones se requiere administración de oxígeno a niveles altos por sí solo o con algún otro tipo de intervención para volver a inflar el pulmón de la afección. La fuga de aire puede descomprimirse mediante aspiración con aguja e introducción de una sonda torácica con sello de agua y succión de 10 a 20 cm de H<sub>2</sub>O. Cuando cesan el burbujeo y el movimiento del aire en la sonda se coloca una pinza en ésta y se retira a las 24 horas si el niño sigue estable.

#### **a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con problemas respiratorios**

- Manipular al niño con estrictas medidas de asepsia.
- Colocar al niño en incubadora a temperatura de 36-36.5 C°.
- Administrar los líquidos en bomba de infusión.
- Evitar colocar vías periféricas en miembros inferiores.
- Administrar oxigenoterapia prescrita (cámara cefálica de O<sub>2</sub> al 60%).
- Auscultar entrada de aire pulmonar.
- Valorar por aumento de insuficiencia respiratoria: aleteo nasal, retracciones intercostales, quejidos respiratorios, cianosis, y apneas.
- Mantener vías aéreas permeables.

- Evaluar características de secreciones.
- Evaluar por signos de sepsis: piel marmórea, apneas, cianosis, llenado capilar lento.
- Tomar constantes vitales cada 4 horas.
- Mantener el equipo de entubación preparado.
- Al efectuar una buena valoración de la edad gestacional, la enfermera(o) determina con rapidez que el niño es de pretérmino y por lo tanto tiene riesgo de sufrir del síndrome de insuficiencia respiratoria.
- En consecuencia debe estar alerta para detectar las características de este síndrome como el quejido, dificultad respiratoria, taquipnea, aleteo nasal, etc.
- La enfermera lleva a cabo una valoración respiratoria completa para determinar la gravedad de la insuficiencia respiratoria presente.
- Es prioritario efectuar acciones rápidas que mejoren la oxigenación, porque el estado del lactante puede cambiar al producirse variaciones mínimas en la terapia con oxígeno.
- La enfermera valora el estado nutricional y el equilibrio de líquidos en forma regular.
- Es de suma importancia proporcionar buena nutrición ya que la mala nutrición retrasa el desarrollo de nuevos alvéolos y predispone a infecciones.
- Es necesario reconocer los signos de sepsis e infección respiratoria tan pronto sea posible para iniciar su tratamiento, tal como la fiebre, poca tolerancia por vía oral.<sup>26</sup>

#### 4. Apnea

La apnea es el cese temporal de la respiración. Es un fenómeno frecuente en los recién nacidos prematuros y de bajo peso, tienen muy a menudo, una respiración irregular. Es posible que después de hacer varias respiraciones rápidas la interrumpen durante unos segundos y después comienzan a respirar normalmente.

Cuando la pausa respiratoria dura más de 15-20 segundos se llama apnea y, suele acompañarse de bradicardia, hipotonía y cambio de coloración a pálido o azul.

---

<sup>26</sup> Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con problemas respiratorios  
[www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema01.htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema01.htm). Consultado 17 de Octubre de 2011.

## a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro que presenta apnea

- Ante pausas de apnea leves, suelen ser suficientes estímulos táctiles suaves en extremidades inferiores o tronco, usar suave estimulación para evitar stress excesivo.
- Amarre una tira de gasa al pie del niño, esto es preferible a mover la cabecera de la cama hacia arriba y abajo.
- Colocar colchón de apnea o de agua.
- La postura en decúbito prono, en menores de 1500 g, con el plano de la cuna o incubadora ligeramente incorporada, mejora la mecánica respiratoria y disminuye el número de pausas de apnea. Igualmente se deben evitar alteraciones en la temperatura corporal.
- Monitoreo estricto de signos vitales y de apneas.
- Si hay hipoxemia, se puede aumentar ligeramente la concentración de oxígeno siempre monitorizando la saturación.
- Si no hay recuperación rápida, puede ser preciso ventilación manual con mascarilla asociada a una fuente de oxígeno.
- Si no se recupera, intubación y ventilación mecánica.
- Si se sospecha obstrucción de vía aérea, esta debe ser resuelta mediante aspiración de secreciones.
- Inicio de aminofilina si se presentan las condiciones y por orden médica, ya que aumentan la sensibilidad, disminuyen la fatiga diafragmática y la depresión respiratoria.

## 5. Retinopatía de la Prematurez

La retinopatía de la prematurez es la enfermedad adquirida de los niños de bajo peso al nacer. Aunque en el pasado se consideraba que la administración de oxígeno era uno de los factores que contribuían a esta afección, se cuenta con evidencia de que existen otros factores que contribuyen a su desarrollo. Los

lactantes de peso más bajo al nacer, que pesan de 500 a 750 gramos presentan incidencia de 42% en comparación con 7% en lactantes que pesan de 1,000 a 1,550 gramos. Según las publicaciones medicas actuales la retinopatía de la prematurez no es una enfermedad que pueda prevenirse ya que se desconocen las causas que la originan.

La progresión de la enfermedad va desde dilatación y tortuosidad en los vasos de la retina hasta desprendimiento de la misma.

#### **a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Retinopatía de la prematurez**

- Muy poco Oxígeno en la sangre: Daño cerebral.
- Demasiado Oxígeno en la sangre: Daño ocular, neurológico y otros.
- Uno de los factores involucrados en la ROP son los valores altos de  $\text{PaO}_2$ .
- Identificar al RN que requiere oxígeno suplementario.
- Administrar oxígeno como una droga: Beneficios y riesgos.
- Manejar el equipo adecuado para la administración de oxígeno.
- Monitorizar la oxigenación del RN.
- Ante una de saturación no hacer aumento brusco de  $\text{O}_2$ , valorar cual es la causa y tratarla.
- De ser necesario, el aumento del porcentaje de  $\text{O}_2$  donde el RN llega a estabilizarse, evitar la Hiperoxia, bajando gradualmente el porcentaje de 5 en 5%.
- La monitorización de la saturación de  $\text{O}_2$  debe ser constante, cuando el RN recibe  $\text{O}_2$  adicional en cualquier sistema de entrega.<sup>27</sup>

### **6. Hemorragia Interventricular**

La hemorragia interventricular se presenta en los lactantes de pretérmino y se reconoce como una de las afecciones más frecuentes. Su incidencia se reduce al aumentar la edad gestacional. La hemorragia interventricular es una de las

---

<sup>27</sup> Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con Retinopatía de la prematurez. [www.google.com.gt/#q=retinopatia+del+prematuro,+cuidados+de+enfermeria&hl](http://www.google.com.gt/#q=retinopatia+del+prematuro,+cuidados+de+enfermeria&hl). Consultado 16 de octubre de 2011.

principales causas de muerte. Los supervivientes en ocasiones no presentan síntomas pero en otros casos quedan con afecciones graves.

Grado I	Hemorragia aislada supendimal.
Grado II	Hemorragia intraventricular sin dilatación ventricular.
Grado III	Hemorragia intraventricular con dilatación ventricular.
Grado IV	Hemorragia intraventricular con hemorragia y hemorragia al parénquima cerebral.

Clasificación de la intensidad de la hemorragia intraventricular.

#### **a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Hemorragia Intraventricular**

- Manejo de enfermería de la manera menos agresiva y menos posible.
- Manipulación entre dos personas.
- El material que se va a utilizar debe estar preparado previamente.
- Controlar permanentemente temperatura de piel y saturación de oxígeno y anotar los valores encontrados.
- Evitar el dolor.
- Lavado de manos y calentamiento de estas antes de tocar al RN.
- La asistencia de enfermería tiene como finalidad sostener las funciones vitales y reducir al mínimo las necesidades energéticas del neonato prematuro.
- Colocar el lactante en un ambiente térmico neutro.
- Observar los signos vitales idealmente utilizando monitor cardiorrespiratorio.
- Elevar la cabeza ligeramente sobre las caderas y medir todos los días su circunferencia para evaluar el crecimiento.
- Conservar permeables las vías respiratorias, alinear correctamente las extremidades y voltear sistemáticamente el lactante cuando son manifiestas la flaccidez o la parálisis.
- Conservar el tratamiento por vía intravenosa cuando se demuestran reflejos deprimidos.
- Llevar un registro preciso de ingesta y excreta.

- Administrar anticonvulsivos conforme se haya ordenado por el médico.
- Brindar apoyo a los padres manteniéndolos informados y permitiéndoles participar en algunos de los aspectos de la asistencia del lactante.<sup>28</sup>

## 7. Conducto Arterioso Persistente

Es una afección en la cual un vaso sanguíneo, llamado conducto arterial, no logra cerrarse normalmente en un bebé poco después del nacimiento. (La palabra "persistente" significa abierto). Esta afección lleva a que se presente un flujo anormal de sangre entre la aorta y la arteria pulmonar, dos grandes vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón.<sup>29</sup>

### a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Conducto Arterioso Persistente

- Cumplir tratamiento medicamentoso (Profilaxis para evitar insuficiencia cardíaca.). Estos pacientes donde el defecto que prevalece es la comunicación arterio-venosa tienen tendencia a hacer insuficiencia cardíaca.
- Realizar examen físico para evaluar periódicamente, los signos y síntomas de la enfermedad.
- Medir signos vitales, antes de la administración del digital haciendo énfasis en la frecuencia cardíaca, vigilar signos de intoxicación como náusea, vómitos y diarrea.
- Vigilar un correcto aporte nutricional y enteral para compensar la disminución de reservas y enfrentar el tratamiento con el peso adecuado.
- Pesar y tallar de acuerdo a las normas del servicio para el cálculo medicamentoso, vigilar pérdida de peso, y edemas.
- Garantizar la realización de exámenes de laboratorio y así mismo reclamar los resultados.
- Brindar atención psicológica y educación sanitarias a padres y a familiares sobre las medidas de higiene.<sup>30</sup>

28 Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con Hemorragia Intraventricular: Manual de la Enfermería. Editorial Océano. Pag. 874-875.

<sup>29</sup> CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001560.htm> Consultado 25 de julio del 2011.

<sup>30</sup> Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con Conducto Arterioso Persistente.

<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/enf-en-las-pca-14.pdf>. Consultado 18 de Octubre de 2011.

## 8. Enterocolitis Necrozante

La enterocolitis necrotizante también conocida como NEC (sigla inglesa para Necrotizing Enterocolitis) es una enfermedad intestinal grave que usualmente afecta a los infantes prematuros. Esto usualmente ocurre en las dos primeras semanas de vida y después de haber comenzado la lactancia. Debido a la NEC, los intestinos se infectan e inflaman. Esto causa daños y necrosis (muerte de un tejido) en una parte o en todo el intestino. Al pasar el tiempo, la necrosis puede impedir el flujo de sangre a través de los intestinos, causando dolor, perforaciones o sangrados. Entre los signos y síntomas más comunes se encuentran: Distensión abdominal, sangre presente en las heces, vómitos de color verdoso, problemas respiratorios como apneas, cambios extremos en la temperatura corporal, llanto frecuente, letargo, hipotensión y problemas para succionar.

### a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Enterocolitis Necrozante

- Mantener al paciente en NPO.
- Cuidados de la sonda:
  - Permeabilidad.
  - Evitar ulceraciones en piel.
  - Cambio de esparadrapos.
  - Limpieza bucal y nasal.
  - Aspiración y medición estricta del contenido gástrico.
  - Cambio de sonda PRN.
- Cuidados e hidratación de la mucosa.
- Cuidar los accesos venosos.
- Estricta vigilancia del ingreso y eliminación.
- Correcta utilización de la bomba de infusión.
- Toma de signos vitales PRN.
- Oxigenoterapia.
- Control hídrico.
- Cuidados en aplicación de sangre y sus productos: condiciones asépticas, T° ambiente, pasar con equipo de perfusión con velocidad de acuerdo a las circunstancias concretas de cada caso y a la indicación.

- Cuidados térmicos.
- Prevención de la hipotermia.
- Básicos de post-operatorio.
- Cuidados de colostomía (si es el caso).
- Vigilar el orificio (estoma).
- Cuidar la piel.
- Medir la estoma, elegir y colocar la bolsa.
- Procurar estar con el niño de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible.
- El material a utilizar estará preparado previamente para optimizar el tiempo
- Evitar el dolor con medidas de consuelo y farmacológicas.
- Comprobar que las manos estén calientes y limpias antes de tocar al niño.
- Durante procedimientos o intervenciones contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecerle al niño la posibilidad de coger algún elemento.
- Utilizar cambios posturales y nidos acolchados para proporcionar confort.
- Utilizar guantes y material estéril para evitar lesiones o contaminaciones.
- Dar el baño con toques suaves y solo con agua destilada templada y gasas estériles suaves.
- Comprobar temperatura.
- Proteger al niño de la luz.
- El peso es diario.
- Cerrar las puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad.
- Instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal ser cuidadoso.
- Realizar caricias cíclicas suaves y acordes a su estado de salud.
- No despertarlo bruscamente y facilitar la transición gradual sueño-vigilia.
- Hablarle al bebe antes de iniciar alguna intervención.
- Planificar las intervenciones para no molestar al bebé.<sup>31</sup>

## 9. Control de la Temperatura del Recién Nacido Prematuro

El control de la temperatura del recién nacido es de vital importancia en el momento del nacimiento y los días posteriores.

Uno de los cuidados neonatales de mayor importancia, es aquel que corresponde a la termorregulación, control de la temperatura corporal, del recién nacido. Más

---

<sup>31</sup> *Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con Enterocolitis Necrozante*

dspace.universia.net/.../1/ENTEROCOLITIS+NECROTIZANTE.pptx. Consultado 18 de Octubre de 2011.

allá de todos los controles que se deben realizar al bebé, la temperatura se tiene que mantener bajo vigilancia y aun más en el prematuro pues la pierde con mayor facilidad por carecer de grasa parda.

#### **a) Hipertermia**

Este es un evento que puede suceder tanto en el recién nacido a término, como en el prematuro. Se define con una temperatura axilar de  $>37,5^{\circ}\text{C}$ , con el esfuerzo del organismo por disipar calor, ocurre vasodilatación periférica. Puede ser en consecuencia de anomalías en el sistema nervioso central, por sustancias tóxicas que afectan el centro de termorregulación, como en las infecciones bacteriana en las que se liberan toxinas o también se puede deber a condiciones ambientales, los cuales no deberían ocurrir dado los sistemas de control que tienen las incubadoras y calefactores radiantes, los cuales presuponen siempre una buena atención de enfermería.

#### **b) Hipotermia**

Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de los  $35^{\circ}\text{C}$ . En el prematuro, los signos son más sutiles, pero sus efectos más graves pudiendo ocasionar apnea e hipoglicemia que si no son detectadas pueden poner en peligro su vida. Además el enfriamiento se ha asociado con la incidencia de enterocolitis necrotizante y con un aumento de la presión en la arteria pulmonar.

La tendencia a perder calor es la amenaza para la supervivencia en este período de vida, especialmente si se trata de un niño prematuro.

La prevención y el tratamiento de la hipotermia se efectúa mediante el uso de incubadoras, en que la temperatura del aire circulante pueda regularse; o

bien, mediante incubadoras descubiertas de calor radiante, donde se puede atender mejor al neonato.

El mantenimiento de un ambiente térmico neutro es crucial en el caso del prematuro.

Su capacidad de termorregulación está limitada por:

- Tener mayor área de superficie cutánea con respecto al peso.
- Tener disminuida la cantidad de grasa subcutánea con una menor capacidad de aislamiento.
- Tener menores depósitos de grasa parda.
- Incapacidad de obtener la cantidad suficiente de calorías para el suministro de nutrientes necesarios para la termogénesis y el crecimiento.

Existen cuatro mecanismos de intercambio de calor:

- *Radiación*: lo hace a través de ondas electromagnéticas. La radiación solar es la principal fuente de calor radiante. El RN puede ganar calor por radiación si es cuidado en una cuna térmica.
- *Convección*: es la transferencia de calor a través del movimiento de un líquido o un gas de una zona de mayor a una de menor calor. La cantidad de calor eliminado por convección depende de la diferencia de temperatura entre la piel y el aire, el movimiento de aire sobre la superficie corporal y la extensión de la superficie corporal expuesta al aire.
- *Conducción*: dos cuerpos se ponen directamente en contacto. Por lo general el calor intercambiado por este mecanismo es escaso. Hay que tener en cuenta las pérdidas momentáneas cuando se pesan en una balanza no precalentada, al obtener las exploraciones radiológicas (placas de Rx frías) y durante las maniobras de exploración (manos frías).

- *Evaporación*: la pérdida de calor va a depender de la velocidad del aire y de la humedad relativa. Por eso es importante secar bien después del parto, para evitar la pérdida de calor por evaporación. Los RNPT rápidamente desarrollan hipotermia si no se añade humedad a la incubadora.

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

La actuación en la sala de partos debe ir encaminada al secado del cuerpo con toallas previamente calentadas y si el estado del pretérmino lo permite, lo colocaremos directamente en contacto con el cuerpo de la madre cubriéndolos con ropa de cama calentada. Si precisará reanimación, ésta se realizaría siempre tras secar al RN bajo una pantalla de calor radiante.

En la unidad de hospitalización o UCIN se mantendrá un ambiente térmico neutro mediante:

- Incubadora: son calentadas por convección (flujo aéreo calentado) si no cuentan con paredes dobles, no previenen la pérdida de calor radiante. Asimismo, la pérdida por evaporación sólo se compensa al agregar humedad adicional. La incubadora permite la observación del RN, desnudo o vestido, proporcionándole el calor necesario con la posibilidad de aumentar la concentración de oxígeno y el porcentaje de humedad. El control se puede realizar mediante el control de temperatura ambiental (entre 32-35°C) o mediante el modo servo (se prefija la tº corporal); la humedad prefijada es de un 60%. La humedad excesiva de las

vestimentas o de la incubadora pueden conducir a una pérdida de calor excesiva o a la acumulación de líquido y a posibles infecciones.

- Cuna térmica: cuando el RN requiere una manipulación muy frecuente, es atendido bajo una pantalla que emite energía radiante, a 90 cm sobre la superficie corporal y se controla a través de un sensor aplicado, preferiblemente, en la zona hepática del abdomen del neonato. El aporte de calor es asimétrico (menor en las zonas periféricas) y las pérdidas de calor por convección y evaporación son muy importantes; pero con la ventaja de tener un acceso fácil y continuo a un RN inestable sin suspender el soporte térmico.

### **c) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Hipotermia**

- En los prematuros extremos, el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy disminuidos. Es esencial realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua. Estos recién nacidos deben ser colocados en incubadoras tan pronto como ellos estén estables. Si esto no es posible el niño debe transferirse desde la cuna de calor radiante a una incubadora dentro de 2 horas desde el ingreso.
- El paciente debe ser manejado en una incubadora con servo-control y que el calentamiento del prematuro sea lento y progresivo. Mantener la temperatura cutánea abdominal entre 36,5-37,0°C para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía, y disminuir los requerimientos de líquidos.
- Deben usarse cobertores plásticos para ayudar a conservar la temperatura y disminuir las pérdidas insensibles de agua.
- Cubrir las paredes de la incubadora con mantas para conservar el calor y disminuir la exposición a la luz.
- Mantener manguitos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren.

- Debe intentarse hacer todos los procedimientos a través de las entradas de la incubadora excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes.
- Colocación de sensor: alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. La ubicación ideal es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizará preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda.
- Programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C. Vigilar el nivel de agua.
- Mantener a estos niños arropados o cubiertos y con gorros para prevenir pérdidas excesivas de calor. También pueden usarse calcetines si el prematuro no tiene un catéter arterial umbilical, en cuyo caso hay que dejar los pies descubiertos para evaluar la perfusión.
- Utilizar siempre material precalentado dentro de la incubadora.
- Colocar al prematuro en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.
- Manejo de la temperatura de la incubadora: durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta, para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos finalizada la manipulación, volver a servo-control.
- Todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el recién nacido dentro de la incubadora.

## 10. Hipoglicemia

Concentración baja de glucosa en la sangre. La hipoglucemia neonatal no es una afección médica en sí, sino una característica de enfermedad o de la incapacidad para adaptarse al pasar del estado fetal, con un consumo continuo

de glucosa por vía transplacentaria, a la vida extrauterina, donde el suministro de nutrientes es intermitente. Tiene mayor probabilidad de ocurrir cuando los lactantes se enfrían o cuando se retrasa el inicio de la alimentación.

Sus niveles normales son de 60 a 80 mg/dl. Cifras inferiores a 45 mg/dl, pueden causar lesiones cerebrales dependiendo del tiempo de duración, así como de la frecuencia con que esto ocurre.

Las manifestaciones clínicas son: Reflejo de succión, deglución y llanto débil, rechazo a la alimentación, temores, letárgica, cianosis, baja respuesta al estímulo.

#### **a) Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Hipoglicemia**

- Control de signos vitales.
- Observación de signos de alarma.
- Hacer control de glucómetro si el recién nacido presenta algún signo de hipoglicemia.
- Informar al médico pediatra de acuerdo al resultado.
- Forzar fórmula por vía oral o lactancia materna si el estado general del recién nacido lo permite.
- Cumplir con orden médica en la administración de solución dextrosa al 10%.
- Continuar con los controles de glucómetro cada 30 minutos hasta llegar a los valores normales.
- Evaluar la producción de leche materna, el reflejo de succión-deglución del recién nacido.

## 11. Ictericia en el Prematuro

La ictericia es un trastorno frecuente en los recién nacidos prematuros, que se caracteriza por un color amarillento de la piel y la zona blanda del ojo, provocado por un exceso de bilirrubina en la sangre. Los bebés prematuros tienen más probabilidades que los bebés nacidos a término de desarrollar ictericia ya que su hígado no se encuentra lo suficientemente maduro para eliminar la bilirrubina de la sangre.

La ictericia suele ser leve y, por lo general, no es nociva. No obstante, si el nivel de bilirrubina es muy alto puede causar daño cerebral. Por lo general, esto puede evitarse ya que a través de los análisis de sangre se puede comprobar si las concentraciones de bilirrubina son muy altas y, en ese caso, se puede tratar al bebé con fototerapia, un tratamiento basado en la luz que ayuda al organismo a eliminar el exceso de bilirrubina, alterándola o favoreciendo su eliminación a través del hígado.<sup>32</sup>

### a) Fototerapia

La fototerapia es una medida terapéutica en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia indirecta, especialmente en aquellos casos en que la causa no es una hemólisis grave (incompatibilidad de RH o de sub grupo), previa o post exanguíneo transfusión, este último caso su uso posterior a la primera exanguíneo transfusión reduce notablemente el número de recambios.

También es útil como profilaxis de la hiperbilirubinemia en el recién nacido pretermino.

---

<sup>32</sup> Ictericia en el prematuro. <http://parto.elembarazo.net/ictericia-en-el-bebe-prematuro.html>. Consultado 18 de octubre de 2011.

## Objetivo

Disminuir la bilirrubina mediante foto-oxidación a nivel de piel, para ser excretada por la bilis, deposiciones y orina.

## Material y equipo

- Equipo de fototerapia operativo.
- Antifaz negro.
- Esparadrapo.

## Procedimiento y cuidados de enfermería

- Primero verificar el correcto funcionamiento del equipo de fototerapia previo a su uso.
- Distancia de 40cm del Recién Nacido (RN).
- Colocar al RN un antifaz negro para proteger los ojos y evitar lesiones de la retina.
- Colocar al RN en la cuna o incubadora desnudo, si es varón tener cuidado de proteger los genitales.
- Cambiar el antifaz cada 6 a 8 horas o cada vez que sea necesario.
- Realizar control de T<sup>o</sup> axilar cada 2 a 4 horas.
- Realizar cambios de posición cada 3 a 4 horas para exponer todas las zonas del cuerpo a la luz.
- Interrumpir el menor tiempo posible la fototerapia durante la alimentación u otros procedimientos.
- En los RN pretérmino colocar frazada plástica para disminuir las pérdidas insensibles. Ya que éstas aumentan con la fototerapia.
- Realizar cambio de pañal frecuentemente y aseo de genitales para evitar dermatitis, ya que la fototerapia acelera el tránsito intestinal.

- En el caso de estar indicada la fototerapia intermitente, se aconseja interrumpirla durante la noche con el fin de disminuir estímulos.
- Al tomar las muestras para dopaje de bilirrubina y hematocrito, apagar la fototerapia.
- Controlar la densidad urinaria de los RN pretérmino y niños graves, con el fin de ajustar su requerimiento hídrico, ya que este aumenta con la fototerapia.
- Colocar en forma oblicua el equipo de fototerapia en los RN que están en cuna calefaccionada, para no interferir en el paso de calor radiante.

## Recomendaciones

- Se debe controlar que el uso de los fluorescentes no excedan las 1,000 horas.
- Retirar siempre el antifaz del RN durante la lactancia, con el objeto de favorecer la interacción afectiva con la madre y evitar la privación de estímulos visuales.
- Se debe tener en cuenta que la evaluación clínica de la ictericia pierde valor una vez que se ha iniciado el tratamiento.
- Se recomienda apagar la fototerapia para evaluar la coloración de piel (Palidez, cianosis etc.).<sup>33</sup>

## 12. Limpieza

La incubadora protege en buena medida contra las infecciones, pero el lavado cuidadoso de las manos resulta esencial.

- Control de las infecciones en la sala de recién nacidos a través de uso de gorros y batas.
- Evitar el contacto directo de quienes van a cargar al niño incluyendo los padres.

---

<sup>33</sup> FOTOTERAPIA.

<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Cuidados%20de%20Enfermer%C3%ADa%20RN%20con%20fototerapia%20Balance%20hidrico..pdf>. Consultado 18 de octubre de 2011.

- Otra medida de evidente protección es el uso de equipos limpios o asépticos.
- Los niños colocados en incubadoras por largos períodos deben ser transferidos a otras, recién limpiadas, en forma periódica.
- Es indispensable cambiar con frecuencia el agua de los humidificadores, por lo menos diariamente, y de preferencia cada 8 horas.

### **13. Monitoreo de los signos vitales**

La observación estrecha del neonato es una responsabilidad primordial y constante de la enfermera.

- Monitoreo de la temperatura, el pulso y la respiración.
- No se efectúan de manera sistemática las mediciones de la presión arterial en los prematuros, pero sí se toma con frecuencia la temperatura axilar, y se le registra; la frecuencia con que se practique esta medición depende de que tan inestable sea la temperatura corporal del niño.
- Se debe de tomar de manera periódica los pulsos periféricos, y escuchar con estetoscopio, durante un minuto completo, a fin de no pasar por alto cualquier irregularidad del ritmo cardiaco. Las observaciones deben incluir la frecuencia, el ritmo y la intensidad del latido. Los prematuros están sujetos a riesgosos períodos de bradicardia, en que la frecuencia llega a descender hasta 60 a 80 latidos por minuto, y en taquicardia hasta 160 a 200 por minuto. Estas observaciones son indispensables para saber en qué medida el niño tolera el manejo, la actividad, la alimentación, la concentración de oxígeno y la temperatura en la incubadora.
- El observar la respiración del prematuro, evidentemente, reviste la mayor importancia. La medición de la frecuencia respiratoria y la identificación de las retracciones costal y esternal son indispensables para establecer las contracciones de oxígeno adecuadas. Una de las características de mayor riesgo del prematuro es su tendencia a la interrupción periódica de la respiración (apnea). La hipoxia causada por esta última y las dificultades

generales en la respiración suelen ser causa de retraso mental u otros trastornos neurológicos.

#### **14. Oxígeno**

No todos los prematuros requieren oxígeno adicional, pero algunos sí.

- Mantener las incubadoras con una concentración de oxígeno del 20% a 21%, que es el contenido normal del ambiente, pero en caso que el niño este cianótico, respire con rapidez y presente retracciones, requerirá más oxígeno.
- Las concentraciones sanguíneas elevadas de oxígeno son peligrosas. Se acompañan de daños a la retina inmadura, que causan ceguera (fibroplasia retrolental).
- Las pruebas de gases sanguíneos, para determinar el oxígeno en la sangre arterial, son la forma más precisa de establecer la concentración adecuada de oxígeno para un niño dado.
- Lo más conveniente es mantener la concentración de oxígeno por debajo del 40%, si no hay trastornos pulmonares, a menos que se compruebe la hipoxia.

#### **15. Medicamentos**

Por lo general, los prematuros sanos reciben pocos medicamentos. Se les administra una inyección de vitamina K inmediatamente después del nacimiento, y se podrá agregar vitaminas o hierro a los alimentos, para mejorar la nutrición. A veces se prescriben antibióticos intramusculares, como la penicilina, para prevenir las infecciones, o fenobarbital, para evitar la hiperbilirrubinemia. Las dosis prescritas son mínimas, y se las debe calcular y medir con mucho cuidado. Usualmente el mejor sitio para las inyecciones intramusculares es la cara anterior de la parte superior del muslo.

## **16. Apoyo nutricional**

### **a) Terapia con líquidos**

Como los lactantes de pretérmino son en particular susceptibles a las pérdidas de agua ya que su proporción de superficie corporal con respecto a su masa corporal es mayor, su piel es permeable, se encuentra bajo calentadores radiantes, reciben fototerapia, su volumen urinario aumenta o se producen pérdidas anormales de líquidos debido a diarrea, requieren de un consumo adecuado de líquidos todo el tiempo. Además, la mayor parte de los lactantes de pretérmino al inicio están muy enfermos para tolerar alimentación por vía oral. Se utilizan diversas vías para administración parenteral de líquidos.

En algunos casos se utilizan sondas periféricas o centrales para administrar líquidos. Cuando este proceso es suplementario o se considera temporal es posible que las canalizaciones periféricas sean las más convenientes.

Es fundamental efectuar una buena valoración del consumo de líquidos y la producción de los mismos. Es necesario explicar todos los aumentos y las pérdidas como por ejemplo, por lavado de la sonda. La cantidad prescrita de líquidos intravenosos se administra cada hora. Los lactantes se mantienen bajo observación para detectar desequilibrio de electrolitos. Es preciso efectuar un control continuo de electrolitos en suero y orina.

### **b) Tipos de alimentación**

Existen fórmulas de composición especial para lactantes de pretérmino; en ellas se utilizan proteínas similares a las de la leche humana. Existe controversia con respecto a si las fórmulas con leche materna resultan más adecuadas para favorecer el crecimiento del lactante de pretérmino en comparación con las

fórmulas que se derivan de leche de vaca. Las ventajas de la leche materna es conocer bien en particular las de tipo inmunológico. No obstante, existen desventajas con respecto al almacenamiento. Al congelar la leche materna, se destruyen los anticuerpos que contiene. Aunque si se preserva a 4° C los anticuerpos se conservan, existe el riesgo de contaminación por bacterias. Un nuevo método para adaptar la leche materna para la alimentación de niños de pretérmino son los aditivos comerciales para la leche materna.

### **c) Horario de alimentación**

Los lactantes de peso muy bajo al nacer deben alimentarse cada hora o cada dos a tres horas. Se comienza por volúmenes pequeños que se incrementan en forma gradual.

### **d) Técnicas de alimentación**

#### Alimentación forzada con sonda (GAVAGE)

La alimentación forzada con sonda, ya sea de tipo intermitente o continuo, es un método común para los lactantes cuando su aparato digestivo se encuentra intacto. Los neonatos que requieren de este tipo de ayuda incluyen los menores de 32 semanas de gestación y los que tienen depresión del sistema nervioso central y malos reflejos de succión. Los lactantes adecuados para su edad gestacional que se cansan mucho, en ocasiones requieren este tipo de alimentación para evitar pérdidas innecesarias de energía y pérdidas de calorías.

#### Alimentación oral

El comportamiento que indica que el lactante está listo para recibir alimentación oral incluye una succión fuerte y vigorosa, coordinación de la misma con la

deglución, succión en respuesta a la sonda para alimentación forzada y estado de alerta antes de la alimentación. Se introduce la alimentación en forma lenta al niño. Se inicia la alimentación oral una vez al día y después cada 8 horas; después se alternan y así de manera sucesiva según la tolerancias. En caso de que el niño requiera más de 30 minutos para terminar de alimentarse la siguiente vez se le alimenta por sonda nasogástrica.

Si el lactante gasta demasiada energía en alimentarse, perderá peso en vez de aumentar. Existen chupetes extrasuaves para facilitar el proceso de succión. La enfermera lleva a cabo una valoración abdominal completa para determinar la tolerancia del niño a la alimentación.

#### Alimentación al seno

Los métodos tradicionales para iniciar la alimentación al seno del lactante de pretérmino se inician con la expresión de la leche materna hasta que el lactante cumple por lo menos 34 o 35 semanas. A continuación se le alimenta con biberón. Cuando el lactante ya toma la cantidad deseable con comodidad, se permite alimentarlo al seno. Con frecuencia no transcurre suficiente tiempo desde el inicio de la lactancia hasta el alta para que la madre logre sentirse cómoda al alimentar al neonato al seno.

### **17. Prevención de Infecciones**

La enfermera es responsable de reducir al mínimo la exposición del neonato a microorganismos invasores, ya que tiene riesgo de infecciones, por ser vulnerable a consecuencia de su sistema inmunológico inmaduro.

Muchos neonatos requieren procedimientos penetrantes y pruebas diagnósticas que en ocasiones los ponen en contacto con microorganismos.

#### **a) Lavado de manos y código de vestimenta**

Es necesario que todas las personas al cuidado de los niños, los padres y los visitantes que entran en contacto con el neonato de alto riesgo reciban instrucciones acerca del procedimiento del lavado de manos que se necesita en la unidad neonatal de cuidados intensivos y lo lleven a cabo. Además es preciso que se cumpla con los códigos de vestimenta que se requiera, por ejemplo el uso de bastas descartables, gorros y mascarillas. Son necesarias las medidas universales al cuidar del neonato de alto riesgo.

#### **b) Equipo**

Las incubadoras y los calentadores radiantes deben cambiarse cada semana. Las canalizaciones intravenosas y las soluciones se cambian mediante la técnica aséptica, esto depende de las políticas del hospital. Como también la limpieza del equipo restante.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### A. Tipo de estudio

La presente investigación, es de tipo descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Es descriptivo ya que el principal objetivo es determinar que conocimientos posee el personal auxiliar de enfermería, sobre los cuidados que se le brindan a los neonatos prematuros en el servicio de neonatos, del Hospital Regional de San Benito, Petén. Es de muestreo probabilístico por que todas las auxiliares de enfermería del servicio de neonatos fueron tomadas en cuenta para el estudio. Es transversal por que el estudio se realizó en un tiempo determinado.

### B. Unidad de análisis

Las auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de Neonatos, del Hospital Regional de San Benito, Petén.

### C. Población y muestra

Participaron en la investigación un total de 7 auxiliares de enfermería, del servicio de neonatos.

- 1. Criterios de inclusión:** Auxiliares de enfermería, que laboran en el servicio de neonatos del Hospital Regional de San Benito, Petén.
- 2. Criterios de exclusión:** Auxiliares de enfermería que no laboran en el servicio de neonatos del Hospital Regional de San Benito, Petén, auxiliares de enfermería del servicio de neonatos que se encuentren de vacaciones o suspendidas.

3. **Variable:** El estudio maneja una variable: que es el conocimiento del personal auxiliar de enfermería, sobre los cuidados directos en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos, en el Hospital Regional de San Benito, Petén.

D. Definición, y operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTAS
<p>Conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería sobre el manejo del neonato prematuro.</p>	<p>Son los conocimientos que posee el personal que atiende diferentes patologías que presenta el Neonato Prematuro en una Sala de Recién Nacidos.</p>	<p>Son todas aquellas habilidades y practicas; basadas en conocimientos científicos del cuidado directo que el personal auxiliar de enfermería posee en el Servicio de Neonatos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos generales.</li> <li>• Factor cognoscitivo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A qué edad gestacional se considera que es un prematuro: a) 40-42 S. b) &lt; 37 S. c) 15-20 S.</li> <li>2. Cuáles son los diagnósticos más comunes en el prematuro: a) SDR, b) SAM, c) EMH.</li> <li>3. Mencione 3 acciones o cuidados de enfermería que le brinda al prematuro al momento de su ingreso al servicio de neonato.</li> <li>4. Que peso debe tener el recién nacido prematuro para poder darle egreso.</li> <li>5. Generalmente cuantos recién nacidos prematuros tiene a su cargo en cada turno.</li> <li>6. Cuenta con suficiente material y equipo en buenas condiciones para la atención en el servicio de neonatos: Si. No.</li> <li>7. Anote el vestuario que utiliza el personal de enfermería que labora en el servicio de neonatos.</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Distres respiratorio.</li> <li>• Hipotermia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Que sabe usted del Síndrome de Distres Respiratorio (SDR).</li> <li>9. Qué sabe usted de la importancia del control de la temperatura en un recién nacido prematuro.</li> <li>10. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que brinda al recién nacido prematuro para prevenir la hipotermia.</li> </ol>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apnea.</li> <li>• Hipoglicemia.</li> </ul>	<p>11. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que se le brindan al neonato prematuro con problemas respiratorios.</p> <p>12. Que sabe usted de la apnea del recién nacido prematuro.</p> <p>13. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que ayudan a minimizar el riesgo para que el recién nacido prematuro presente apnea.</p> <p>14. Que sabe usted de la hipoglicemia en el recién nacido prematuro.</p> <p>15. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería en un recién nacido prematuro que presenta hipoglicemia.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enterocolitis Necrozante.</li> </ul>	<p>16. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido prematuro al momento de dar fórmula.</p> <p>17. Que sabe usted de la enterocolitis Necrozante.</p> <p>18. Mencione al menos 3 síntomas que el prematuro presenta al momento de iniciar con Enterocolitis Necrozante.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictericia en el prematuro.</li> </ul>	<p>19. Que sabe usted de la Ictericia en el recién nacido prematuro.</p> <p>20. Mencione los cuidados de enfermería que le brinda al recién nacido prematuro con tratamiento de fototerapia.</p>

## **E. Descripción detallada de las técnicas y procedimientos a utilizar**

Para el presente estudio se utilizó un instrumento consistente en un cuestionario elaborado de acuerdo a objetivos y variable de la investigación.

Está conformado por 20 preguntas las cuales miden el conocimiento que posee el personal auxiliar en el manejo del neonato prematuro.

El cuestionario fue acompañado del consentimiento informado, este documento le explica a las encuestadas la importancia que tiene el instrumento para realizar el estudio y además le informa que no es obligación responderlo.

## **F. Alcances y límites de la investigación**

1. *Ámbito Geográfico:* San Benito, Petén.
2. *Ámbito Institucional:* Hospital Regional, Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén.
3. *Ámbito Personal:* 7 auxiliares de enfermería del servicio de Neonatos.
4. *Ámbito Temporal:* Diciembre de 2011.

## **G. Plan de análisis de datos**

Luego de ordenar y tabular los datos obtenidos del cuestionario, se procedió a elaborar cuadros porcentuales que facilitaron el análisis y la objetivización de los resultados, de manera que al socializar la información se pueda hacer de manera clara y concreta, para posteriormente evaluar si se logró alcanzar los objetivos de la investigación.

## **H. Aspectos éticos de la investigación**

### **1. Consentimiento informado**

Compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado, para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.

El mismo se hizo llegar al personal objeto de estudio, adjunto al cuestionario, el cual fue leído, discutido y firmado previo a responder.

### **2. Individualidad**

Característica particular de la personalidad de un individuo que lo distingue especialmente de los demás. Ésta será respetada, pues cada uno de los sujetos de estudio tiene su propia forma de responder a las interrogantes.

### **3. Imparcialidad**

Carencia de prejuicios. Las respuestas del cuestionario serán tomadas con objetividad y no se hará ningún tipo comparación.

#### **4. Anonimato y Confiabilidad**

Tomando como base el derecho de la intimidad, se les dará a conocer que el nombre de las participantes no será revelado y que la información que proporcionen será confidencial.

## VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### CUADRO No. 1

Edad gestacional que se considera que un recién nacido es prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
< 37 Semanas	6	86%
15-20 Semanas	1	14%
40-42 Semanas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El 86% del personal encuestado identifica que un recién nacido es prematuro cuando su edad gestacional es menor de 37 semanas, el 14% considera que es de 15 a 20 semanas, las respuestas evidencian que la mayoría del personal auxiliar de enfermería identifica correctamente a un recién nacido prematuro, coincidiendo con la teoría planteada por los protocolos de prematuridad, que indica "prematuro recién nacido cuya edad gestacional es menor a las 37 semanas y peso al nacer menor de 2,500 gramos".<sup>34</sup>

<sup>34</sup> Prematuridad. <http://www.cursosparamedicos.com/protocolos/premadurez.asp>. Consultado 25 de julio de 2011.

## CUADRO No. 2

Diagnósticos más comunes en el recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Síndrome de dificultad respiratoria (SDR), Enfermedad de membrana hialina (EMH).	5	72%
Enfermedad de membrana hialina (EMH).	1	14%
Síndrome de dificultad respiratoria (SDR), Síndrome de aspiración Meconial (SAM), Enfermedad de membrana hialina (EMH).	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

### ANÁLISIS:

Del personal auxiliar de enfermería en estudio, el 72% menciona que los diagnósticos más común son: Síndrome de dificultad respiratoria y Enfermedad de membrana hialina, el 14% responde únicamente que es Enfermedad de membrana hialina, las respuestas indican que la mayoría de los sujetos de estudio relacionan correctamente los diagnósticos más comunes en el recién nacido prematuro, sin embargo el 14% restante del personal relaciona el Síndrome de Aspiración Meconial siendo incorrecto pues esto únicamente lo presentan los recién nacidos post-término, es importante tomar en cuenta esta información, al realizar el programa de educación permanente, para que todo el personal este actualizado.

### CUADRO No. 3

Cuidados de enfermería que se brindan al recién nacido prematuro al momento de su ingreso al servicio de neonato

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Preparar incubadora, Preparar oxígeno, Control de signos vitales.	3	42%
Colocarlo en incubadora, Vigilar la temperatura, Control de signos vitales.	2	29%
Colocar en incubadora, Vigilar por dificultad respiratoria, cumplir órdenes médicas.	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

Del personal encuestado con referencia a los cuidados de enfermería dirigidos al recién nacido prematuro, al momento de su ingreso al servicio de neonatos indica el 42% prepara la incubadora, prepara oxígeno y controla signos vitales, el 29% coloca al paciente en incubadora, vigila la temperatura y controla signos vitales y el otro 29% coloca al paciente en incubadora, vigila por dificultad respiratoria y cumple ordenes médicas, demostrando claramente el conocimiento que poseen según las respuestas, es importante detectar inmediatamente algún signo de alarma e informarle al médico, para tomar medidas emergentes y así evitar complicaciones en la salud del recién nacido prematuro.

#### CUADRO No. 4

Peso que debe tener el recién nacido prematuro para darle egreso

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
1.8Kg.	3	43%
2.0 Kg.	2	29%
1.5 Kg.	1	14%
2.5 Kg.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El 43% de las participantes en el estudio responden que el peso ideal del prematuro a su egreso debe ser de 1.8 kilogramos, el 29% indica que debe pesar 2 kilogramos, el 14% señalan que debe pesar 1.5 kilogramos y el otro 14% que debe pesar 2.5 kilogramos; respuestas que son variadas ya que se toma en cuenta la opinión de cada participante, sin embargo el egreso de un prematuro varía según criterio médico de cada institución, por lo que el personal responde correctamente en su mayoría, pues el peso de 1.8 kilogramos (3 libras 8 onzas) es el normado en diferentes referencias bibliográficas.

### CUADRO No. 5

Número de recién nacidos prematuros que tiene a su cargo el personal auxiliar de enfermería en cada turno

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
3 a 4	5	72%
2 a 3	1	14%
5	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El 72% del personal encuestado indica que generalmente tienen a su cargo de 3 a 4 recién nacidos prematuros por cada turno, el 14% de 2 a 3 y el 14% restante ha llegado a tener hasta 5 pacientes; tomando en cuenta que la pregunta únicamente interroga el número de prematuros, también debe considerarse que en el servicio se atienden a recién nacidos a término, limitando brindar una atención individualizada con calidad y calidez por el recargo de trabajo.

### CUADRO No. 6

Material suficiente y equipo en buenas condiciones para la atención en el servicio de neonatos

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
No	7	100%
Si	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El personal encuestado responde que no cuenta con suficiente material y equipo en buenas condiciones, para la atención en el servicio de neonatos, entre los que se pueden mencionar: falta de insumos como guantes, jeringas, sellos de heparina, etc. En cuanto al equipo, las incubadoras, módulos térmicos, pulsioxímetros, etc. se encuentran en mal estado, estos corresponden al 100% lo que evidencia las condiciones precarias en las que se encuentra la red hospitalaria a nivel nacional, que no permite brindar una atención de calidad y que puede significar un riesgo para el neonato y el personal que lo atiende.

### CUADRO No. 7

Vestuario que utiliza el personal de enfermería que labora en el servicio de neonatos

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Uniforme y Bata estéril.	5	72%
Uniforme, bata y cabello recogido.	1	14%
Uniforme, Bata, en aislamiento gorro y mascarilla.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El 72% del personal que responden el cuestionario informan que utilizan uniforme y bata estéril dentro del servicio, el 14% uniforme, bata y cabello recogido y el 14% indican que utilizan uniforme, bata y en caso de que un paciente este en aislamiento utilizan bata, gorro y mascarilla. La información obtenida demuestra que el personal de enfermería que labora en el servicio de neonatos, utilizan el vestuario correcto para la atención del recién nacido prematuro, en un 100%, es importante que el personal que atiende tome en cuenta estos datos para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales.

## CUADRO No. 8

Conocimientos del auxiliar de enfermería sobre el Síndrome de Distres Respiratorio (SDR)

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tiene dificultad para respirar y a veces necesita oxígeno.	4	58%
Patología asociada a la inmadurez pulmonar en el recién nacido prematuro.	1	14%
Aleteo nasal, cianosis peri-bucal, hundimiento del xifoides	1	14%
Dificultad respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

### ANÁLISIS:

De acuerdo a la pregunta el 58% relaciona el síndrome de Distres Respiratorio con la dificultad para respirar y la necesidad de oxígeno, el 14% indica que es una patología asociada a la inmadurez pulmonar en el recién nacido prematuro, el 14% con aleteo nasal, cianosis peri-bucal y hundimiento del xifoides, por último describe dificultad respiratoria, tiraje intercostal y aleteo nasal. Lo anterior demuestra que el personal de enfermería participante en el estudio, relaciona los signos y síntomas que presenta el neonato prematuro con el síndrome de Distres respiratorios; ya que la teoría menciona "Se caracteriza por dificultad respiratoria más o menos marcada, respiración rápida, retracciones de las costillas y del centro del tórax con cada respiración, gruñido o quejido con cada respiración y aleteo o ensanchamiento de la nariz al respirar".<sup>35</sup>

<sup>35</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_distr%C3%A9s\\_respiratorio#cite\\_note-medlineplus-2](http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_distr%C3%A9s_respiratorio#cite_note-medlineplus-2) , consultado 25 de julio de 2011.

### CUADRO No. 9

Importancia del control de la temperatura en un recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Es de suma importancia para que el recién nacido no sufra hipotermia y desencadenar problemas como cianosis e hipoactividad.	4	57%
Porque si tiene fiebre puede tener una infección o puede ponerse hipotérmico.	3	43%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

De la interrogante planteada el porcentaje más alto 57% sabe de la importancia del control de la temperatura en el recién nacido prematuro, indicando que es para evitar hipotermia y desencadenar otros problemas como cianosis e hipoactividad y el 43% restante indica que es un signo de alarma en cualquier infección; los dos criterios son correctos pues indican la importancia que tiene la hipotermia y la hipertermia, ya que ambas son mortales para el recién nacido, no importando si son prematuros o no.

### CUADRO No. 10

Cuidados de enfermería que brindan al recién nacido prematuro para prevenir la hipotermia

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Colocar lámpara de calor, incubadora con temperatura adecuada, colocar vendaje de algodón en cabeza y extremidades.	4	57%
Control de la temperatura adecuada de la incubadora, control de la temperatura corporal, cuidado directo de enfermería.	2	29%
Temperatura adecuada de la incubadora, uso de lámpara de calor, uso de colchón térmico.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El presente cuadro evidencia los cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido prematuro para prevenir la hipotermia, los enlistados son: colocar lámpara de calor, incubadora con temperatura adecuada, colocación de vendaje de algodón en cabeza y extremidades 57%, control de la temperatura adecuada de la incubadora, control de la temperatura corporal y cuidado directo de enfermería con un 29% y por ultimo con el 14% continúan mencionando la temperatura adecuada de la incubadora, el uso de la lámpara de calor y el uso del colchón térmico; las acciones enumeradas son correctas pues va con el fin de evitar complicaciones para este tipo de pacientes.

CUADRO No.11

Cuidados de enfermería que se le brindan al neonato prematuro con problemas respiratorios

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Colocación de Oxígeno, nebulizaciones y aspiración de secreciones.	4	57%
Monitoreo de signos vitales, mantenerlo en posición semi-fowler, monitorización de saturación de oxígeno.	2	29%
Vigilar constantemente, vigilar que tenga buena saturación de oxígeno, informar al medico inmediatamente ya que se complica y puede presentar paro respiratorio.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

**ANALISIS:**

En relación a los cuidados de enfermería que le brindan al recién nacido prematuro con problemas respiratorios, el personal auxiliar de enfermería indica colocar oxígeno, nebulizar y aspirar secreciones con un 57%, monitoreo de signos vitales, mantenerlo en posición semi-fowler y monitorización de saturación de oxígeno con 29%, Vigilar constantemente, vigilar que tenga buena saturación de oxígeno, informar al medico inmediatamente ya que se complica y puede presentar paro respiratorio con 14%; el personal encuestado no responde en forma ordenada y no prioriza las acciones de enfermería, aun así todos los cuidados que brindan son los adecuados. Esta información indica que debe existir o crearse un protocolo de atención para el recién nacido prematuro con problemas respiratorios, permitiendo tener una base para su intervención y que el paciente reciba una atención oportuna.

## CUADRO No. 12

Conocimiento del auxiliar de enfermería sobre apnea del recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ausencia respiratoria por segundos	6	86%
Presenta cianosis	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

### ANALISIS:

El 86 % del personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de neonatos respondió el instrumento indicando, que la apnea en el recién nacido prematuro es la ausencia respiratoria por segundos, lo cual es correcto, mientras que el 14% restante refiere que presenta cianosis, este es uno de los signos que muestra el prematuro al momento de tener un episodio; la información obtenida evidencia que el personal posee conocimientos en relación al tema siendo la base para que puedan brindar cuidados de enfermería evitando posibles daños a corto y largo plazo.

### CUADRO No. 13

Cuidados de enfermería que ayudan a minimizar el riesgo para que el recién nacido prematuro presente apnea

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Darle oxígeno con ambú, vía aérea permeable, colorar colchón de agua o vibrador, reportar al médico.	3	43%
Mantener temperatura corporal, vía aérea permeable, colocarlo en posición semi-fowler, vigilar por hiperglicemia.	2	29%
Buena oxigenación, que no vomite por el riesgo de broncoaspiración, vigilar por cianosis, vigilar por acumulación de secreciones en la boca.	1	14%
Musicoterapia, estimulación, monitorización de signos vitales y colocar oxígeno.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANÁLISIS:

El personal participante en el estudio da a conocer los cuidados de enfermería que se brindan al recién nacido prematuro para minimizar el riesgo de apnea, entre ellos: Darle oxígeno con ambú, vía aérea permeable, colocar colchón de agua o vibrador y reportar al médico 43%, mantener temperatura corporal, vía aérea permeable, colocarlo en posición semi-fowler y vigilar por hiperglicemia con 29%, buena oxigenación, que no vomite por el riesgo de broncoaspiración, vigilar por cianosis y vigilar por acumulación de secreciones en la boca 14% y por último musicoterapia, estimulación, monitorización de signos vitales y colocar oxígeno también con un 14%; todos estos cuidados de enfermería enumerados demuestran que el personal auxiliar está bien instruido en el qué hacer para lograr disminuir que un recién nacido prematuro presente apnea, además indican que hacer en el momento en que esto se presenta, estos datos se complementan con la información del cuadro No. 12 ya que el personal

tiene los conocimientos necesarios para brindar cuidados de enfermería de calidad.

### CUADRO No. 14

Conocimientos del auxiliar de enfermería sobre la hipoglicemia en el recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Es cuando baja el azúcar en sangre a 40mg/dl que los lleva a un estado de inconsciencia, hipoxia cerebral.	3	43%
Falta de alimentación o al no llevar un buen control de la solución intravenosa ordenada.	2	29%
Es muy peligrosa, puede causar la muerte ya que puede presentar convulsiones por la hipoglicemia, presentando hipoactividad.	1	14%
Causa problemas cerebrales.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

Los sujetos de estudio demuestran que poseen conocimientos del tema, pues indican que la hipoglicemia es cuando baja el azúcar en sangre a 40mg/dl, que los lleva a un estado de inconsciencia, hipoxia cerebral con un 43%, además que es falta de alimentación o al no llevar un buen control de la solución intravenosa ordenada 29%, es peligrosa, puede causar la muerte ya que puede presentar convulsiones presentando hipoactividad 1% y con el otro 1% indican que causa problemas cerebrales; las respuestas son algunas de las razones por las cuales un recién nacido prematuro puede presentar parámetros de azúcar baja, lo más importante es que esto se puede evitar con buenos cuidados en enfermería, control y monitorización constante al neonato, lo anterior se obstaculiza cuando hay recargo laboral.

### CUADRO No. 15

Cuidados de enfermería en un recién nacido prematuro que presenta hipoglicemia

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Control estricto de goteo de solución intravenosa, cumplir con controles de glucómetro ordenados, vigiar por tendencia al sueño, hipoactividad y reportar al medico.	4	57%
Administración de solución dextrosa indicada por el medico, control de glucómetro cada 8 Hrs, dar alimentación oral indicada y en horarios establecidos, control de soluciones intravenosas.	2	29%
Avisar inmediatamente al medico, pasar solución dextrosa al 10% 5 a 8 cc intravenosa, realizar control de glucómetro cada media hora después de la colocación de la solución dextrosa.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

Los cuidados de enfermería que brinda el personal a los recién nacidos prematuros al momento de presentar una hipoglicemia son adecuados, pues van con el fin de mejorar su salud lo más pronto posible, para que no tenga secuelas posteriores, entre los cuidados que mencionan están los siguientes: control estricto del goteo de solución intravenosa, cumplir con controles de glucómetro ordenados, vigilar por tendencia al sueño, hipoactividad y reportar al médico 57%, administración de solución dextrosa ordenada por el medico, control de glucómetro cada 8 hrs, dar alimentación oral indicada y en horarios establecidos, control de soluciones intravenosas 29%, avisar inmediatamente al médico, pasar solución dextrosa al 10% 5 a 8cc intravenosa, realizar control de glucómetro cada medio hora después de la colocación de la solución dextrosa 14%, todas las respuestas son correctas, es importante que estas acciones se realicen en orden

de prioridad, ejemplo: mantener vigilado al recién nacido por tendencia al sueño e hipoactividad; si la presenta, informar al médico, realizar control de glucosa, según resultado administrar alimentación por vía oral y posteriormente controlar el goteo de la solución intravenosa y hay que recordar que enfermería cumple con ordenes médicas.

### CUADRO No. 16

Cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido prematuro al momento de darle formula

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Lavado de manos, si succiona cargarlo para darle la formula, si es por Sonda Orogástrica asegurarse que este bien colocada, sacarle los gases, vigilar residuo gástrico y aspecto, verificar cantidad y tipo de formula ordenada.	4	57%
Que tolere bien la formula, que no presente distensión abdominal, que no tenga residuo gástrico y dar cantidad de formula ordenada	2	29%
Medir residuo gástrico y si da mucho no dar formula, vigilar por distensión abdominal y vomito.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

Los cuidados de enfermería en un paciente con soporte nutricional por vía oral, requieren de un personal calificado y entrenado pues la evolución del recién nacido prematuro y el éxito de la nutrición, dependen en gran medida de intervenciones específicas, entre ellos el personal participante en la investigación menciona: Lavado de manos, si succiona dar el suplemento alimenticio en brazos, sacarles los gases, verificar que no presente distensión abdominal, residuo gástrico o vomito, esto refleja que el personal realiza los cuidados de enfermería adecuados para que la nutrición sea exitosa, pues de allí depende la ganancia de peso y logre egresar lo más rápido posible del servicio con una recuperación adecuada.

### CUADRO No. 17

Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre Enterocolitis Necrozante (NEC) en el recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Necrosamiento de una parte del intestino	4	57%
Problemas intestinales	3	43%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

El personal de enfermería que participa en el estudio indican en un 57% que la Enterocolitis Necrozante es el necrosamiento de una parte del intestino, el otro 43% indica que son problemas intestinales; lo anterior refleja que las auxiliares de enfermería del servicio de neonatos conocen muy bien el diagnóstico de NEC, pues la literatura dice: Afección de los neonatos que se caracteriza por necrosis del intestino.

### CUADRO No. 18

Síntomas que el recién nacido prematuro presenta al momento de iniciar con Enterocolitis Necrozante (NEC)

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Intolerancia a la formula, abdomen globoso o agudo, vómitos tipo chingaste, heces ligosas, verdes, blanquecinas en escasa cantidad.	3	43%
Vómitos, deshidratación, intolerancia alimenticia, no defeca.	3	43%
No tolera formula, da residuo, puede defecar sangre.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

Los síntomas que un recién nacido prematuro presenta al momento de iniciar con la Enterocolitis Necrozante que el personal encuestado indica son las siguientes: Intolerancia a la formula, abdomen globoso o agudo, vómitos tipo chingaste, heces ligosas verdes blanquecinas en escasa cantidad con el 43%, vómitos, deshidratación, intolerancia alimenticia, no defeca, con el 43% y por ultimo no tolera fórmula, da residuo, puede defecar sangre 14%. Todos los síntomas mencionados son los que realmente presenta el prematuro con NEC, esto indica que el personal de enfermería logra distinguirlos y de inmediato informarle al médico para que así de una forma precisa se tomen decisiones y acciones para evitar complicaciones en los prematuros.

### CUADRO No. 19

Conocimientos que tiene el auxiliar de enfermería sobre Ictericia en el recién nacido prematuro

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
El recién nacido se pone amarillo en general, bilirrubinas elevadas, mal funcionamiento del hígado.	6	86%
Es muy peligrosa en el recién nacido puede causarle la muerte, puede ser una incompatibilidad de grupo.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

#### ANALISIS:

La ictericia es un trastorno frecuente en los recién nacidos prematuros, que se caracteriza por un color amarillento de la piel y la zona blanda del ojo, provocando un exceso de bilirrubinas en la sangre. Por lo anteriormente descrito se observa que el personal de enfermería participante en el estudio tiene conocimientos básicos de lo que es la ictericia porque el 86% indica que el recién nacido se pone amarillo en general, bilirrubinas elevadas y mal funcionamiento del hígado, además el 14% informan que es muy peligrosa en el recién nacido puede causar la muerte y puede ser una incompatibilidad de grupo.

## CUADRO No. 20

Cuidados de enfermería que le brinda al recién nacido prematuro con tratamiento de fototerapia

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Protección ocular, no abrigarlo, que este bien hidratado, evitar quemaduras en la piel.	4	57%
Verificar que el aparato funcione, mantener la lámpara a una distancia de 40cms del recién nacido, mantenerlo sin ropa, colocar antifaz.	2	29%
Protección ocular, colocar fototerapia, protección de genitales.	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario de investigación con personal auxiliar de enfermería.

### ANALISIS:

El presente cuadro refleja los cuidados que los auxiliares de enfermería brindan al recién nacido prematuro con tratamiento de fototerapia los cuales son: Protección ocular, no abrigarlo, que este bien hidratado y evitar quemaduras en la piel con un 57%, además verificar que el aparato funcione, mantener la lámpara a una distancia de 40cms, mantenerlo sin ropa y colocar antifaz con el 29% y por ultimo protección ocular, colocar fototerapia y protección de genitales con el 14%; las acciones de enfermería antes descritas son correctas, únicamente es importante mencionar que las mismas no están descritas en el orden que deben hacerse por ejemplo: el primer cuidado de enfermería que se debe realizar es la verificación que el aparato esté en buen funcionamiento y el personal encuestado lo colocan después y también hay algunas más importantes que otras.

## VIII. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos se identifica que el personal auxiliar de enfermería del servicio de neonatos del Hospital Regional de San Benito, Petén, conoce en un 100% el concepto de lo que es un Recién Nacido prematuro, sus características, qué enfermedades son las más comunes, el peso ideal para darle egreso del servicio, sin embargo se hace necesario que se retroalimente y fortalezcan esos conocimientos, por las diferentes rotaciones que hace el personal y tomar en cuenta el ingreso de personal nuevo al servicio, para evitar cualquier riesgo para este tipo de pacientes.
2. De acuerdo a los datos obtenidos es importante mencionar se evidencia recargo laboral para el personal auxiliar de enfermería, pues indican que tienen a su cuidado de 3 a 4 prematuros en cada turno, recordando que únicamente se investigó el número de recién nacidos prematuros; tomando en cuenta que en el servicio de neonatos se atienden a recién nacidos de 0 a 28 días de vida, por lo que en los turnos tienen a su cargo hasta 15 pacientes, agregado a esto no cuentan con suficiente material y equipo en buenas condiciones para brindar una buena atención al recién nacido en general, esto lamentablemente no es algo nuevo, pues se conocen las condiciones precarias en las que se encuentra la red hospitalaria nacional.
3. El personal auxiliar de enfermería posee amplios conocimientos de los problema de salud más comunes que padecen los recién nacidos prematuros, entre ellos: Problemas respiratorios, hipotermia, apnea, hipoglicemia, enterocolitis necrozante e ictericia, lo cual les permite estar siempre alertas y brindar una atención oportuna al recién nacido prematuro, sin embargo se detectó que no utilizan vocabulario técnico para describir su concepto y no logran situar de forma prioritaria los cuidados de enfermería que se brindan en las diferentes patologías.

4. De acuerdo a los resultados el personal auxiliar de enfermería que atiende a recién nacidos prematuros, brinda cuidado directo eficiente y eficaz, cumpliendo con las normas establecidas en el servicio; como el uso de bata adicional al uniforme dentro del mismo, la colocación de bata descartable, gorro y mascarilla en el lapso de tiempo que se atiende al neonato en aislamiento y el lavado de manos, esto permite minimizar el riesgo de sobre infección a los recién nacidos prematuros; que son tan vulnerable y que dependen de los cuidados de enfermería en un 100% para poder sobrevivir con las mínimas secuelas posibles.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que el Comité de Educación Permanente del Hospital Regional de San Benito Petén, elabore y ejecute un programa de educación para el personal auxiliar de enfermería que rota por el Servicio de Neonatos, para fortalecer sus conocimientos y mantenerlos actualizados, garantizando una atención integral y de calidad para los pacientes.
2. Que las autoridades del Hospital de San Benito Petén, tomen en cuenta que el personal auxiliar de enfermería tienen a su cargo hasta 15 neonatos por turno, limitando brindar cuidados de calidad, siendo necesario apoyar este servicio con más personal capacitado por cada turno que permita una intervención de enfermería oportuna y eficaz.
3. Socializar con las autoridades hospitalarias el estudio y en especial los resultados obtenidos con respecto al material insuficiente y equipo en malas condiciones con que cuenta el servicio de neonatos, pues esto no permite al personal auxiliar de enfermería brindar una mejor atención y de esa forma también gestione los recursos para continuar con la segunda etapa de la unidad materno-neonatal.
4. Que la enfermera jefe de Servicio de Neonatos establezca un registro específico de los Recién nacidos prematuros que se atienden diariamente, para justificar la creación de un servicio exclusivo para Recién Nacidos Prematuros, ya que este tipo de pacientes necesitan una atención directa individualizada.

5. Que el comité de protocolos elabore protocolos de atención dirigido a los recién nacidos prematuros, con las diferentes patologías para que el personal auxiliar de enfermería que atiende a este tipo de pacientes tengan una guía para brindar atención de enfermería oportuna y de calidad.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ascensión E. Morales Cetina. Revista Petén Itzá 2003. Pág. 59–61.
2. *Cuidados de Enfermería dirigidos al prematuro con Enterocolitis Necrozante*.  
dspace.universia.net/.../1/ENTEROCOLITIS+NECROTIZANTE.pptx.  
Consultado 18 de octubre de 2011.
3. Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Hemorragia Intraventricular. GRUPO EDITORIAL S.A. Manual de la Enfermería. Primera edición. Barcelona, España. Editorial Grupo Oceano. Pág. 874–875.
4. Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con Problemas respiratorios.  
[www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema01.htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema01.htm).  
Consultado 17 de octubre de 2011.
5. Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro con retinopatía de la prematuridad.  
[www.google.com.gt/#q=retinopatia+del+prematuro,+cuidados+de+enfermeria&hl](http://www.google.com.gt/#q=retinopatia+del+prematuro,+cuidados+de+enfermeria&hl). Consultado 16 de octubre de 2011.
6. Cuidados de enfermería dirigidos al prematuro Conducto Arterioso Persistente. <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/enf-en-las-pca-14.pdf>. Consultado 18 de octubre de 2011.
7. FOTOTERAPIA.  
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Cuidados%20de%20Enfermer%C3%ADa%20RN%20con%20fototerapia%20%20Balance%20hidrico..pdf>. Consultado 18 de octubre de 2011.
8. [http://m.aollatino.com/blog/familia/2011/04/07/bebes-prematuros-contaminacion/?icid=lat\\_buen\\_pad\\_art](http://m.aollatino.com/blog/familia/2011/04/07/bebes-prematuros-contaminacion/?icid=lat_buen_pad_art). Consultado el 18 de mayo de 2011.
9. <http://www.defamilias.com.ar/noticias/nota.aspx?id=fe670e8f-e08e-4a42-8523-2a3c3aa3f9e9&sectionId=17>. Consultado el 18 de mayo de 2011.










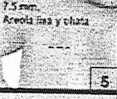
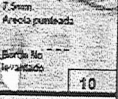
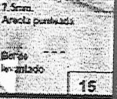
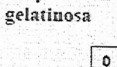
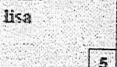
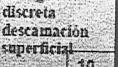
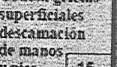






10. <http://www.serpadres.es/embarazo/parto/Por-que-adelanta-parto.html>. Consultado el 18 de mayo de 2011.
11. Ictericia en el prematuro. <http://parto.elembarazo.net/ictericia-en-el-bebe-prematuro.html>. Consultado el 18 de octubre de 2011.
12. Impresos Brosmac, S.L. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Vigésima primera edición. 1996. España. Pág. 384.
13. Licenciada Yolanda Mas, Entrevista Personal. Realizada el 17 de octubre de 2011.
14. LOPEZ LOPEZ MARTHA LYDIA. Informe final del ejercicio profesional supervisado. Noviembre de 2,010. Pág. 6.
15. Pinelo López, M.T. Monografía de San Benito. Petén. Revista Cultural San Benito No. 31. 2,001.
16. REEDER, Sharon y colaboradores. Enfermería Materno Infantil. Tercera edición 1,995. México. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA. Pág. 1150.
17. Revista Petén Itzá, 62/No.40. Monografía del Municipio de San Benito. Año 2000.
18. Servicio de estadística, Hospital Regional, San Benito, Petén.
19. VÁSQUEZ FRANCO, RG. 2000. Monografía del Municipio de San Benito, 22p. (En prensa.)

## XI. ANEXOS

<b>PUNTAJE DE APGAR</b>	Edad gestacional:
-------------------------	-------------------

SIGNO	0	1	2	1 min	5 min	10 min	15 min	20 min
COLOR	AZUL O PÁLIDO	ACROCIANOSIS	ROSADO COMPLETAMENTE					
FC	AUSENTE	< 100 / min	> 100 / min					
IRRITABILIDAD REFLEJA	NO RESPUESTA	MUECAS	LLORA O RETIRA					
TONO MUSCULAR	FLÁCCIDO	ALGUNA FLEXION	MOVIMIENTOS ACTIVOS					
RESPIRACIÓN	AUSENTE	LENTA, IRREGULAR	BUENA, LLORA					

### A. Test de APGAR.

<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 Aplanaada, sin incurvacion 0	 Borde superior perceptiblemente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	
<b>Tamaño de GLANDULA MAMARIA</b>	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm 5	 Palpable entre 5 y 10 mm 10	 Palpable mayor de 10 mm 15	
<b>Formación del PEZON</b>	 Apéndice visible sin areolas 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areolas lisas y claras 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areolas punteadas 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areolas punteadas 15	
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamacion superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamacion de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamindas 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

**B. Test de CAPURRO (o método de CAPURRO).**

### **C. Consentimiento informado**

**TITULO DEL ESTUDIO: Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos, en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén.**

Estudiante de Licenciatura en Enfermería: Martha Lydia López López, con carné No. 200721559, está realizando el estudio sobre Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos, en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén, con el propósito de identificar el grado de conocimiento que tiene el personal auxiliar de enfermería sobre el tema.

El estudio y los procedimientos han sido aprobados por la unidad de tesis de la Escuela Nacional de Enfermería de Cobán, A.V. con el aval académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y por la Dirección del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén. Esta investigación consiste en responder una serie de preguntas abiertas, cerradas y de selección múltiple, sobre el conocimiento que tiene el personal auxiliar de enfermería sobre el cuidado directo al neonato prematuro.

Su participación en el estudio es de forma libre y voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar cuando así lo considere.

La información del estudio será confidencial y codificado, para que no pueda relacionarse con usted y en el informe no se verá afectada. La participación en el estudio le ocupara aproximadamente 15 minutos.

He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente acepto participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

ESTUDIANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA, COBÁN, ALTA VERAPAZ



Conocimientos relacionados con el cuidado directo que posee el personal auxiliar de enfermería en la atención del neonato con diagnóstico de prematuridad, en el servicio de neonatos, del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén.

#### D. Cuestionario

##### INSTRUCCIONES:

Responda a las interrogantes que se le presentan a continuación.

1. A qué edad gestacional se considera que un recién nacido es prematuro:
  - a) 40-42 S.
  - b) < 37 S.
  - c) 15-20 S.
2. Indique cuáles son los diagnósticos más comunes en el recién nacido prematuro:
  - a) Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)
  - b) Síndrome de aspiración meconial (SAM)
  - c) Enfermedad de membrana Hialina.((EMH)
3. Mencione 3 cuidados de enfermería que le brinda al recién nacido prematuro al momento de su ingreso al servicio de neonato:
  - a.
  - b.
  - c.
4. Que peso debe tener el recién nacido prematuro para poder darle egreso:

11. Menciones al menos 3 cuidados de enfermería que se le brindan al neonato prematuro con problemas respiratorios:

- a.
- b.
- c.

12. Que sabe usted de la apnea del recién nacido prematuro:

13. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que ayudan a minimizar el riesgo para que el recién nacido prematuro presente apnea.

- a.
- b.
- c.

14. Que sabe usted de la hipoglicemia en el recién nacido prematuro:

15. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería en un recién nacido prematuro que presenta hipoglicemia:

- a.
- b.
- c.

16. Mencione al menos 3 cuidados de enfermería que se le brindan al recién nacido prematuro al momento de dar fórmula:
- a.
  - b.
  - c.
17. Que sabe usted de la Enterocolitis Necrozante (NEC) en el recién nacido prematuro:
18. Mencione al menos 3 síntomas que el recién nacido prematuro presenta al momento de iniciar con Enterocolitis Necrozante(NEC):
- a.
  - b.
  - c.
19. Qué sabe usted de la Ictericia en el recién nacido prematuro:
20. Mencione los cuidados de enfermería que le brinda al recién nacido prematuro con tratamiento de fototerapia: