

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADMISIÓN DEL
NEONATO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATAL, HOSPITAL PETROLERO OBRAJES DE LA PAZ, TERCER
TRIMESTRE GESTIÓN 2019**

POSTULANTE: Lic. Adela Irene Choque Ticona
DOCENTE: Lic. Paola Ticona

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERÍA**

**LA PAZ – BOLIVIA
2020**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, guiarme y bendecirme, en los momentos más difíciles de mi vida.

A toda mi familia: con todo mi amor, a mi querida abuelita Asencia (+) porque desde cielo siempre estuvo conmigo acompañándome, a mis padres Marcelino, Pacesa, ya que ellos fueron quienes siempre me brindaron todo el cariño, apoyo en los momentos que más necesitaba con su sacrificio para que culminaré mis estudios; fueron aliciente para seguir en pie y nunca rendirme. A mis hermanos: Jesús por sus palabras sabias, Félix y Cindya, por su apoyo incondicional, José un buen hermano solidario con todo los suyos, Richard siempre desinteresado, Sonia gracias por estar en las buenas y malas conmigo, a María creció sin darme cuenta, mi querida hermana, gracias a todos por el tiempo invertido en mí y decirles que nunca les fallaré.

Dedico de manera especial, a Rubén quien ha sido mi mayor motivación más grande para concluir este proyecto.

A mis queridas hijas que estuvieron conmigo en las buenas y en las malas: Yasmin, Michel, Ivana, Aracely, Wendel, Axel, Khaly, Perla; Sobrinos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida e iluminar guiarme a elegir una carrera al servicio de las personas enfermas más necesitadas.

A la Lic. Elena Blanco Apaza, Jefa de Enfermeras del Hospital Petrolero Obrajes, por darme su confianza y apoyarme en la culminación de mis estudios. También, agradecerle por todo el trabajo que realiza por las personas brindando amor, apoyo, solidaridad y comprensión.

Al personal de enfermería de la Unidad de Intensivo Neonatal del Hospital Petrolero Obrajes por colaborarme durante el tiempo de mi investigación.

Muy especial a todas las profesionales de enfermería del Hospital Petrolero Obrajes por la colaboración que recibí durante la realización del trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. MARCO TEÓRICO	6
3.1. MARCO CONCEPTUAL	6
3.1.1. Cuidado	6
3.1.1.1. Cuidado de Enfermería	8
3.1.1.2. Gestión del cuidado de Enfermería	10
3.1.1.3. Cuidados en Neonatología.....	12
3.1.2. Enfermería	13
3.1.2.1. Desarrollo de disciplina de Enfermería.....	14
3.1.2.2. Base teórica de Enfermería.....	17
3.1.2.3. Teorías de Enfermería	18
3.1.2.4. Principales actividades en Enfermería	20
3.1.3. Neonato crítico.....	21
3.1.3.1. Factores de riesgo del neonato crítico.....	24
3.1.3.2. Admisión del neonato crítico	25
3.1.3.3. Criterios de admisión a Unidades de Neonatología.....	26
3.1.3.4. Recursos necesarios para la admisión.....	28
3.1.3.5. Precauciones que se debe tomar en cuenta en el momento de la admisión	30
3.1.3.6. Antes de la admisión del neonato crítico	30
3.1.3.7. Control de la temperatura corporal en la recepción	30
3.1.3.7.1. Administración de oxígeno y presión positiva en la recepción	31

3.1.3.7.2.Recomendaciones a seguir en la admisión del neonato crítico	33
3.1.4. Durante la admisión del neonato crítico	33
3.1.4.1. Condiciones del neonato crítico para el traslado	33
3.1.4.2. Equipos necesarios para el traslado	34
3.1.4.3. Comunicación entre el equipo de traslado y la familia	35
3.1.5. La admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	36
3.1.5.1. El equipo de salud que recibirá al neonato crítico	36
3.1.5.2. Comunicación entre los miembros del equipo de salud.....	37
3.1.5.3. El ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.....	38
3.1.5.4. Intervenciones de Enfermería en la admisión del neonato crítico.....	40
3.1.5.5. El equipamiento de la UCIN	41
3.1.5.6. Procedimientos iniciales en la UCIN	43
3.1.6. Unidad Neonatal de Cuidados intensivos	49
3.1.7. Organización de un servicio	49
3.1.8. El rol de la enfermera en neonatología.....	51
3.1.9. Deberes de la enfermera de neonatología	51
3.1.10. Valoración que realiza la enfermera	52
3.2. MARCO CONTEXTUAL.....	54
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	57
4.1. Pregunta de investigación	59
V. OBJETIVOS.....	60
5.1. Objetivo General	60
5.2. Objetivos Específicos	60
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	61

6.1.	Tipo de estudio	61
6.2.	Área de estudio	61
6.3.	Universo y muestra	62
6.4.	Muestra	62
6.5.	Criterios de inclusión y exclusión	62
6.6.	Variables	63
6.7.	Operacionalización de variables	64
6.8.	Técnicas e instrumentos	65
VII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	66
VIII.	RESULTADOS	67
8.1.	Características del profesional de Enfermería	68
8.2.	Cuidados de atención al neonato crítico en la admisión a la UCIN	70
IX.	CONCLUSIONES	82
X.	RECOMENDACIONES	84
	BIBLIOGRAFÍA	85
	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	PÁG.
Tabla N° 1	68
Gráfico N°1.....	68
Tabla N° 2.....	69
Gráfico N°2.....	69
Tabla N° 3	70
Gráfico N°3.....	70
Tabla N° 4	71
Gráfico N°4.....	71
Tabla N° 5	72
Gráfico N°5.....	72
Tabla N° 6.....	73
Gráfico N°6.....	73
Tabla N° 7.....	74
Gráfico N°7.....	74
Tabla N° 8.....	75
Gráfico N°8.....	75
Tabla N° 9.....	76
Gráfico N°9.....	76
Tabla N° 10.....	77
Gráfico N°10	77
Tabla N° 11	78
Gráfico N°11.....	78
Tabla N° 12.....	79
Gráfico N°12.....	79
Tabla N° 13.....	80
Gráfico N°13	80
Tabla N° 14.....	81

Gráfico N° 14..... 81

LISTA DE ACRÓNIMOS

CPAP:	Presión Positiva de la Vía Aérea.
°C:	Grados centígrados.
Cm:	Centímetros.
FR:	Frecuencia Respiratoria.
FiO₂:	Fracción Inspiratoria de Oxígeno.
Gr:	Gramos.
H₂O:	Oxígeno.
LH:	Leche Humana.
Min:	Minutos.
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association.
PA:	Presión Arterial.
PAE:	Proceso de Atención de Enfermería.
PEEP:	Presión Positiva al Final de la Expiración.
SatO₂:	Saturación de Oxígeno.
SDR:	Síndrome de Dificultad Respiratoria.
RN:	Recién Nacido.
RNPT:	Recién Nacido Pre término.
TET:	Tubo Endotraqueal.
UCIN:	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
UPC:	Unidad de Paciente Crítico.
UTI:	Unidad de Tratamiento Intermedio.
UCI:	Unidad de Cuidado Intensivo.
VM:	Ventilación Mecánica.

RESUMEN

El cuidado de Enfermería en la admisión del neonato crítico se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control en la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención del neonato crítico. El objetivo fue determinar los cuidados de Enfermería en la admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019. Fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, el tiempo de estudio fue el tercer trimestre 2019. El universo fueron 12 profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó una encuesta de carácter cerrado fue validado antes de su aplicación por tres expertos y se aplicó el consentimiento informado. Los resultados mostraron que el 58% de las profesionales tenían licenciatura, el 58% tenían un tiempo de experiencia de 1 a 2 años. El 100% verifica la unidad antes del ingreso, el 67% usa el lavado de manos clínico, el 58% comunica al equipo de Enfermería del servicio, el 58% comunica toda la información sobre el neonato crítico, el 84% toma en cuenta todos los recursos y material necesarios para la admisión, el 50% valora al neonato crítico al ingreso, el 84% toma un tiempo de 5 a 10 minutos para preparar la unidad, el 83% toma un tiempo de 5 a 10 minutos en la admisión del neonato crítico, el 42% monitoriza signos vitales, el 58% valora con el test de APGAR, el 92% considera que existe la necesidad de crear una guía para la correcta admisión del neonato crítico. Se concluye que los cuidados que realizan las profesionales de Enfermería durante la admisión del neonato crítico, son aceptables, pero puede fortalecerse aún más, con el fin de ofrecer un mejor servicio.

Palabras clave:

Neonato crítico, Admisión, profesional de Enfermería, cuidado profesional.

ABSTRACT

Nursing care in the admission of the critical neonate is defined as the application of a professional judgment in the planning, organization, motivation and control in the provision of care, timely, safe, comprehensive, to ensure the continuity of the critical infant's care . The objective was to determine the nursing care in the admission of a critical neonate in the Neonatal Intensive Care Unit at the Obrajes Petroleum Hospital in La Paz, third trimester 2019 management. It was descriptive, observational, transversal, the study time was third quarter 2019. The universe was 12 professionals from the Neonatal Intensive Care Unit, with inclusion and exclusion criteria. A closed survey was used, it was validated before its application by three experts and informed consent was applied. The results showed that 58% of the professionals had a bachelor's degree, 58% had an experience time of 1 to 2 years. 100% verify the unit before admission, 67% use clinical handwashing, 58% communicate to the nursing team of the service, 58% communicate all information about the critical neonate, 84% take into account all the resources and material necessary for admission, 50% value the critical newborn at admission, 84% take a time of 5 to 10 minutes to prepare the unit, 83% take a time of 5 to 10 minutes in the admission of the critical neonate, 42% monitor vital signs, 58% value with the APGAR test, 92% consider that there is a need to create a guide for the correct admission of the critical neonate. It is concluded that the care performed by nursing professionals during the admission of the critical neonate, is acceptable, but can be further strengthened, in order to offer a better service.

Keywords:

Critical newborn, Admission, nursing professional, professional care.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto el aumento de pacientes en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal con patologías complejas. Cuando el recién nacido presenta alguna complicación es necesario su ingreso en la Unidad de Cuidados Neonatales, por ello, la Unidad de Neonatología (UN) debe reunir ciertas condiciones y sobre todo organización para elevar la calidad de la atención al neonato, debe estar integrado por personal calificado y con experiencia, tener una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de buena tecnología.

El cuidado de Enfermería en la admisión del neonato crítico se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control en la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención durante la admisión del neonato crítico. Por lo tanto, los cuidados de Enfermería en el momento de la admisión son un diagnóstico y tratamiento de las condiciones en el que se llevará a cabo su posterior recuperación y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Su fin principal es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (1).

El cuidado del profesional de Enfermería hace referencia a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de cada paciente (2). El rol que cumple la profesional de Enfermería neonatal es fundamental, porque interviene en cada aspecto de cuidado, atención y seguimiento del neonato crítico, las funciones varían de acuerdo al neonato y su diagnóstico, por ello cada enfermera aporta a los neonatos críticos un conjunto individual de variables para su pronta recuperación (3). Por ello la enfermera profesional tiene como objetivo principal el cuidado de la vida, la salud, familia y comunidad buscando estrategias que

permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional, ofreciendo lo mejor como profesionales.

Según datos expuestos por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina (2019), se enfatiza sobre la importancia de estandarizar las prácticas asistenciales en los grupos de pacientes de mayor riesgo, que son los recién nacidos prematuros, nacidos con menos de 32 semanas de gestación o con un peso menor a 1.500 gr. (4). La admisión del neonato crítico debe estar guiada por guías o protocolos estandarizados, con el fin de brindar atención de calidad; situación que no siempre sucede en los centros hospitalarios.

La calidad de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (CIN) impacta directamente sobre los resultados de los niños nacidos con menos de 1.500 g de peso. Bajo este contexto, la profesional de Enfermería debe realizar cuidados en los que no haya espacio para ejercer el cuidado por medio de métodos empíricos, (5) que en ocasiones suele usarse, sino debe cumplir un perfil profesional adecuado a las exigencias de la Unidad, por la importancia de los casos que se atienden.

Según el estudio de Novoa (2009) el neonato puede transitar por la Unidad de Cuidados Intensivos dependiendo de la dinámica de su patología, monitoreo y tratamiento. Esta unidad no es transición por lo general en esta unidad se requiere observación exhaustiva, con cuidado médico y enfermero permanente (6).

La falta de conocimiento en la aplicación de la admisión del neonato crítico que se pudo percibir en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, porque empíricamente se observó que cada profesional actúa o cuida según su propio criterio, aspecto que puede ocasionar problemas con la salud del neonato, es la razón principal por la que se realiza la presente investigación.

De esta manera, la presente investigación se estructura con el objetivo de determinar los cuidados del profesional de Enfermería en la admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, en el Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019.

II. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la presente investigación se debe a que la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un área donde se presta atención al neonato en situación de criticidad, lo que significa que los cuidados que brinda el profesional de Enfermería deben ser realizados con rapidez y criterio formado, ofreciendo lo antes posible atención inmediata, porque los minutos que transcurren sin atención son importantes para el neonato.

El medio ambiente de la UCIN está diseñado para asegurar el bienestar del neonato crítico mediante acciones estandarizadas en protocolos de manejo y tratamiento y contrasta con el medio ambiente intrauterino, interfiriendo esta situación con el desarrollo del prematuro, sus estados conductuales y su capacidad de desarrollar respuestas adaptativas.

El profesional de Enfermería debe contar con conocimientos claros, con una formación excelente, sobre el manejo de toda la unidad y sus equipos, para actuar inmediatamente cuando se presenta alguna situación de urgencia.

Los cuidados realizados por la profesional de Enfermería incidirán y marcará diferencia en los resultados obtenidos. Las actividades que realizan las profesionales son muchas durante la admisión del neonato crítico y la omisión o descuido de algún procedimiento o actividad influirá en la salud del neonato crítico. La mortalidad neonatal es inferior cuando los prematuros de mayor riesgo, como lo son los neonatos de menos de 1500 gr. de peso nacen en unidades más equipadas y con personal de salud de gran experiencia, debido a que depende de la experiencia de la institución, personal de salud y proporción de enfermeras por cada paciente crítico.

Los resultados que se obtengan de la presente investigación serán valiosos para la institución, porque se podrá proponer estrategias para mejorar la organización

de la unidad, también serán importantes para la profesional de Enfermería porque mejorar el procedimiento de admisión del neonato crítico. Por ende también se beneficiará el neonato crítico porque podrá acceder a una atención más rápida y oportuna.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Cuidado

El tema del cuidado ya hace varios años que está siendo jerarquizado en la agenda internacional. Su valorización y la necesidad de hacerlo visible han ido acompañados de un cambio conceptual, por el que ya no se entiende como una obligación exclusiva de la mujer y se lo considera una responsabilidad a compartir entre toda la familia, el Estado, el mercado laboral y la sociedad (7).

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida.

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional. Se habla del cuidado formal que proporcionan los profesionales de la Enfermería, y del cuidado informal o familiar, que es el que brindan los familiares, allegados y amigos. No obstante, los límites entre estas dos clases de cuidado son cada vez más borrosos. En ambos, cuidar se define como una relación y un proceso; no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico. En efecto, el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad; cuidar es “todo lo que ayuda a vivir y permite existir”. Los cuidados, por tanto, se dirigen a todo lo que estimula la vida. El cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado (8).

El origen de la palabra cuidado se halla en el latín “*cogitatus*”, integrada por el prefijo de globalidad “*co*” y por el verbo “*agitare*” que significa en el sentido de mover una cosa. “*Cogitatus*” es el participio del verbo “*cogitare*” que indica la

acción de reflexionar o pensar. El término cuidado se aplica para designar a una acción reflexiva puesta a disposición de un fin que se pretende llevar a cabo con dedicación, empeño y esmero.

Por cuidados se puede entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: “material”- corporal, e “inmaterial”- afectiva. El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona.

Cuidar es una actividad del ser humano, donde se establece una relación, es un proceso que va más allá de la enfermedad del paciente. En Enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (9).

La enfermera Vera Regina Waldow expresa su concepción del cuidado como “...una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida”. Cuidar es, en este sentido, una postura ética que acompaña a la atención de las personas en estado de salud y enfermedad (10).

El cuidado se construye en las interrelaciones humanas comprendiendo la importancia de principios y valores tales como tolerancia, cooperación, humildad, respeto y justicia, sin los cuales la vida social se extinguiría. El cuidado permite la revolución de la ternura al dar prioridad a lo social sobre lo individual y al orientar el desarrollo hacia la mejora de la calidad de los seres humanos y de los demás

organismos vivos. El cuidado hace que surja un ser humano complejo, sensible, solidario, amable y conectado con todo y con todos en el universo. Sin el cuidado el ser humano se volvería inhumano.

Al brindar cuidado se debe saber escuchar, tocar, dar ánimo y alegrar si se puede, acompañar, reemplazar y sufrir con el otro, ofreciendo la disponibilidad, con la presencia y vigilancia, pero a la vez mostrando respeto y preservando la intimidad del paciente. Se procura dar el máximo confort, lo que incluye el alivio del dolor y siempre ofreciendo la posibilidad de aprender, para recuperar o mejorar su capacidad de autocuidado, su autonomía y su seguridad clínica (10).

3.1.1.1. Cuidado de Enfermería

Cuidar en Enfermería es una relación establecida entre el paciente y la enfermera, es una condición humana. Se puede afirmar que es la esencia de la Carrera de Enfermería, se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (9).

Actualmente, en la práctica de Enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la Enfermería como ciencia y como arte.

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 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 interacción 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 (11).

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de Enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado (2).

El cuidado se produce en la relación entre el cuidador y el ser que es cuidado, en esta relación se identifican cinco perspectivas: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción interpersonal, y el cuidado como intervención terapéutica, siendo que el proceso de cuidar existe interrelación entre estas categorías (12).

El cuidado entendido como un proceso, el proceso de cuidado de Enfermería, procede de un encuentro entre dos o más seres humanos, en el cual cada uno de ellos contiene elementos del proceso de cuidado, es un sistema de intercambios, teniendo en cuenta la determinación de la naturaleza del cuidado y los medios para producirlo.

El cuidado de Enfermería es una parte fundamental del sistema de salud. El profesional de Enfermería cumple importantes funciones en el proceso de apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las actividades de promoción de la salud y prevención de las distintas enfermedades. Todas estas actividades se conocen como cuidados de Enfermería (13).

3.1.1.2. Gestión del cuidado de Enfermería

A partir de los años 70 se ha desarrollado bastante los servicios de salud, el conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación han experimentado un progreso considerable. El profesional de Enfermería es el recurso humano más numeroso en el cuidado de la salud, las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud.

En este entendido, las acciones de Enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con gran contenido multidisciplinario, con pensamiento crítico, capacidad de análisis, entre otras cualidades.

La práctica de Enfermería está totalmente orientada al cuidado de la persona enfermera o herida. La práctica de Enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica profesional de Enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas (11).

La Gestión del Cuidado de Enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor

administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (1).

Por otro lado, es importante que la enfermera trabaje en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales a fin de asegurar el cumplimiento de las terapéuticas. Sin embargo, es necesario valorar aquellas actividades que le son delegadas a las enfermeras, tareas nuevas o emergentes y de todas aquellas actividades que alejen del centro de interés que es el cuidado.

La gestión del cuidado incluye la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud (11).

La gestión de los cuidados está orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de Enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

Entre las estrategias que se puede brindar al gestor del cuidado se tienen las siguientes:

- Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos de los cuidados.
- Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de Enfermería para mejorar la salud individual y colectiva. A través de la investigación y la aplicación en la práctica.
- Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.

- Explicar que la intervención terapéutica de Enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas.
- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- Modificar los sistemas de prestación del cuidado: número y tipo de personal, descripción de puestos, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad (11).

Finalmente, la gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de Enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la Enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

3.1.1.3. Cuidados en Neonatología

El profesional de Enfermería debe tener la formación y el entrenamiento necesario para la supervisión y procedimientos que se requieren durante los primeros 28 días de vida del neonato crítico, esto depende del crecimiento y desarrollo del neonato (14).

Los profesionales de Enfermería pediátrica realizan los cuidados inmediatos del recién nacido en la sala de partos, brindan al bebé la atención primordial ya que sólo en esta etapa se puede evitar un porcentaje alto de patologías. Durante las primeras horas de vida el recién nacido requiere una supervisión especial, cuidados básicos como la limpieza, la ligadura del cordón umbilical, exámenes físicos, detección del tipo de sangre y la administración de vitaminas y vacunas.

La especialista en Enfermería neonatal debe estar capacitada para proporcionar cuidados de Enfermería especializados durante la etapa inicial, hacer un diagnóstico acertado con rapidez y acierto, y de su capacidad de reacción depende la vida del niño/a, sobre todo en los primeros momentos de vida, es una profesión apasionante y que incide en la calidad de vida del neonato, de una atención eficaz y de la correcta orientación a sus padres depende su integración social, laboral, su productividad.

Por lo tanto, este profesional ha de desarrollar la pericia necesaria para el manejo de niños pequeños y frágiles, ya que su manipulación es distinta a la que requieren niños mayores o adultos, tareas básicas como poner una vía, administrar un tratamiento farmacológico o preparar la fórmula de la leche, es una labor de precisión ya que pequeñas variaciones pueden tener consecuencias dramáticas sobre todo en neonatos de cuidados intensivos, por lo tanto quien se dedique a esta profesión debe ser meticuloso en extremo y a la vez poseer cualidades empáticas para comunicar de manera adecuada los cuidados del recién nacido y las diversas circunstancias que se presentan en la Unidad de Neonatología (14).

3.1.2. Enfermería

La Enfermería, como actividad ha existido desde el inicio de la humanidad. La especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y por tanto, siempre ha requerido cuidar de los más desvalidos. Enfermería aparece así, unida y relacionada a la humanidad desde la antigüedad (16). En siglos pasados los cuidados de Enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas han sido tradicionalmente las encargadas de los cuidados sanitarios. La Enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX.

Enfermería como disciplina, está compuesta por varios componentes entre los que destacan, perspectiva, dominio, definiciones y conceptos existentes y aceptados por la Enfermería y patrones de conocimientos de la disciplina (1). La palabra Enfermería deriva del latín *infirmus* que vendría a ser algo así como lo relacionado con los no fuertes. Se puede decir que la Enfermería es tan antigua como la humanidad, ya que las personas siempre han necesitado cuidados de Enfermería cuando están enfermos o heridos (15).

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

Enfermería como profesión de naturaleza social intenta que el personal, bajo una óptica humanista, ayude a la persona solicitante del cuidado a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, por ello reconoce al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que va de lo orgánico a lo espiritual, de lo tangible a lo intangible. Bajo esta perspectiva, en Enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en Enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos (16).

3.1.2.1. Desarrollo de disciplina de Enfermería

El inicio de la Enfermería se remonta a los siglos pasados, cuando individuos observan una necesidad social y se comprometen a cubrirla, actuando sobre un

grupo determinado de problemas. La historia de la Enfermería está hoy en condiciones de arrojar luz sobre estos aspectos en dos momentos: 1. Etapa pre profesional que abarca, desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX, y 2. Etapa profesional en la que arrancando en el siglo XIX se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos (17).

En la etapa pre profesional abarca la historia de la Enfermería como oficio que arrancando en un periodo del que no hay testimonios escritos, se utiliza la tradición oral, en esta etapa se reconoce a la Enfermería y su existencia desde siempre y aparecen personajes como Hipócrates, Galeno, entre otros, el cristianismo introduce el concepto de cuidado al enfermo, y tiene como consecuencia la consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso. La condición igualitaria del tratamiento, no se hizo diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres, esclavos, pobres, ricos. La incorporación metódica del consuelo. La asistencia gratuita, por caridad del enfermo. La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor.

El amor al semejante centra su atención de toda una sociedad y tiene repercusiones importantes para la Enfermería. Se conoce que en Constantinopla y Alejandría ya se contaba con gente dispuesta a ayudar a los enfermos, tanto en sus casas como en los hospitales. No se conoce con exactitud lo que hacía, pero prestaban ayuda a enfermos. En la segunda mitad de la Edad Media la Enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social, la aparición de grupos representa un acercamiento a la profesión y su trabajo se reconoce por dar respuesta a una necesidad social, sobre todo en las grandes pestes.

Las primeras definiciones de enfermero, expresaban: el oficio del enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la Enfermería. Se define en su

campo de acción, además de las cualidades que deben poseer, su competencia en cuanto al oficio, al cuidado y conocimientos que deben tener.

En la etapa profesional, que es a partir del siglo XIX y con especial relevancia en el siglo XX, se produce los cambios que acercan a los cánones de la profesión, el hombre empieza a esforzarse por conocer las leyes que regulan la salud y la enfermedad y este conocimiento va cumpliendo su objetivo que es garantizar la vida, en cuanto a cantidad de vida, a lo cual la Enfermería ha contribuido con gran dignidad (17).

En el desarrollo de la Enfermería se hace necesario identificar qué se hace, cómo se lo hace, para que se lo hace, y porqué son necesarios los servicios, por ello se inicia a definir, el objeto de la profesión, la finalidad de su actividad, su rol, las dificultades con que se tropieza el paciente al que se atiende, la naturaleza de su intervención, y las consecuencias de esta intervención. Esta línea de análisis tiene sus orígenes con Florence Nightigale, en su inquietud de sacar a la Enfermería de su rutina. Considerando a la Enfermería como una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de sus servicios (17).

Varios años pasaron en los que se hizo la búsqueda de métodos que permitan a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, lo que ha llevado a desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), hasta 1953, cuando Vera Fray utilizaba el término Diagnóstico de Enfermería, afirmando que “una vez que las necesidades del paciente se identifican pasamos al siguiente apartado”, el Diagnóstico de Enfermería, la aparición de este nuevo concepto creó confusiones y debates para 1973 se organiza la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, más adelante se decide crear la NANDA, suponiendo un avance para Enfermería.

De esta forma, se da el establecimiento de procedimientos institucionalizados y la selección y formación de los candidatos para la profesión. De esta forma, la Enfermería ha derivado principalmente de las teorías sociales, biológicas y médicas (18).

3.1.2.2. Base teórica de Enfermería

Muchas teoristas han fundamentado el quehacer de Enfermería en el cuidado, como Florence Nightingale, Dorotea Orem, Jean Watson, Madeleine Leininger y Kristen Swanson, Vera Regina.

Florence Nightingale, es considerada como la madre de la Enfermería moderna, destacándose por sus servicios en la Guerra de Crimea de 1853 a 1856. Sus esfuerzos de saneamiento disminuyeron drásticamente la tasa de mortalidad y a su vuelta fundó la Escuela Florence Nightingale para Enfermeras en Londres, siendo el primer lugar donde se formó a Enfermeras (15).

Florence Nightingale, estableció programa de formación de Enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de Enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. Después de la Segunda Guerra Mundial, el personal de Enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria (quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria) (19).

El progreso del conocimiento y la educación en Enfermería sólo serán posibles, en la medida que se reúnan argumentos relativos a la explicación y contrastación de situaciones propias de la profesión, junto a todas aquellas proposiciones teóricas consideradas centrales para su desenvolvimiento (20).

Luego de un siglo de los aportes de Nightingale, la documentación se enriqueció notablemente “a partir de publicaciones en revistas y ediciones de libros, gracias a los valiosos aportes de teóricos como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) y Vera Fray (1953) quién incorpora el concepto de proceso de Enfermería. Surgen en torno a estos hechos, la creación de grupos de estudios como el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (20).

El gran desarrollo intelectual surgido de las teóricas, se vio acompañado de un aporte epistemológico que comenzó a ser incorporado tanto a la práctica clínica como a la investigación. Esta manifestación, se ha visto favorecida gracias a publicaciones de resultados de investigaciones, tesis, participación en congresos, manuales escritos, conferencias, actas de reuniones, libros de directorios y otros. Aunque en muchos países es reconocido el déficit de publicaciones, las existentes sin lugar a dudas, han permitido un desenvolvimiento que ha sido esencial para la profesión.

3.1.2.3. Teorías de Enfermería

Una teórica contemporánea de Enfermería es Jean Watson, su trabajo está soportado en el trabajo de Nightingale, Watson desarrolla la Teoría del Cuidado, fundamentada en enfoques filosóficos y base espiritual, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos. Entre las premisas más importantes se tiene que el cuidado y la Enfermería han existido en todas las sociedades, la actitud asistencial se transmite a través de la cultura. La interacción enfermera – paciente está definido por la dimensión propia y personal, se involucran los valores, conocimientos, voluntades y compromisos en la acción de cuidar (21).

Otra premisa importante es que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado, la

enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. El momento del cuidado es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado (22).

La teoría de Watson sostiene que es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la Enfermería. Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal.

En esta teoría los factores curativos de la ciencia del cuidado se resumen en: formación de un sistema humanístico, altruista de valores, inculcación de la fe-esperanza. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, desarrollo de una relación de ayuda confianza, promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos, uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal, asistencia en la gratificación de las necesidades humanas (23). En la práctica el cuidado tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tenga lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

Watson, J. reconoce al cuidado en conjunto con el amor, en que ambos estructuran la energía psíquica primordial y universal. Constituyen la piedra angular de la humanidad; asimismo, el nutrimento de estas necesidades (cuidado y amor) da sentido a la condición de ser humano (23).

El desarrollo de Enfermería hace imprescindible fomentar la investigación y documentación histórica, como una estrategia capaz de proveer respuestas a interrogantes, incrementar el conocimiento y sugerir caminos futuros.

El profesional de Enfermería en Bolivia debe cumplir aspectos importantes tales como organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de Enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna, continua e intercultural de acuerdo a las políticas y normas del Ministerio de Salud boliviano. En este sentido, debe participar en los lineamientos estratégicos relacionados con la dotación de recursos humanos, materiales, físicos y financieros del cuidado de Enfermería, incluyendo la administración presupuestaria asignada y la implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión.

3.1.2.4. Principales actividades en Enfermería

Los principales cuidados de Enfermería que se llevan a cabo en las Unidades de Cuidados Neonatales son los siguientes:

- **Monitorear signos vitales:** El personal de Enfermería es el primer contacto de tipo asistencial con el sistema de salud, siendo quien recoge los datos relacionados con el motivo de consulta, así como la determinación de parámetros fundamentales como es el caso de los signos vitales. (Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura).
- **Llevar a cabo procedimientos:** Las enfermeras y enfermeros realizan procedimientos como la cateterización de las vías periféricas, colocación de algunos tipos de sondas y varios tipos de curas y drenajes.
- **Aplicar medicamentos:** La administración de medicamentos indicados por el médico en la historia clínica del paciente.

- **Asistir al médico en diversos procedimientos:** Muchos procedimientos ameritan del apoyo del personal de Enfermería para ser llevados a cabo.
- **Actividades de promoción de la salud:** Las enfermeras son de gran apoyo al momento de poner en práctica programas para promover la salud como lo es la consulta de control prenatal, control de niño sano, control de adulto sano.
- **Actividades preventivas:** Las actividades preventivas son de gran importancia para la salud pública, una de las más importantes es la vacunación de la población (13).

3.1.3. Neonato crítico

Se denomina neonato crítico a aquel recién nacido enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado (24).

Un neonato crítico que no ha completado su desarrollo y se encuentran inmaduros sus sistemas orgánicos. Tiene dificultades para la adaptación a la vida extrauterina o es sometido a situaciones estresantes (25).

El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé. Es un tiempo en el que los cambios son muy rápidos, se pueden presentar muchos eventos críticos en este período:

Se establecen los patrones de alimentación.

- Se empiezan a formar los vínculos entre los padres y el bebé.
- El riesgo de infecciones que pueden volverse más graves es más alto.

- Se notan por primera vez muchos defectos congénitos o de nacimiento (26).

El periodo neonatal es considerado como muy especial y vulnerable, y aun cuando es muy breve con relación a la duración de la vida de un ser humano, en ella se producen más muertes que en cualquier otro periodo; muchos de los trastornos que sobrevienen en su transcurso son causa de secuelas, algunas seriamente incapacitantes para el resto de la vida; por lo que es necesaria la continuidad de una atención con calidad al alta hospitalaria (27).

De acuerdo con la edad de gestación, el neonato se clasifica en:

- **Recién nacido pre-término:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Recién nacido post término:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación (28).

El aspecto normal del recién nacido es macrocefálico y braquítico en relación con el cuerpo; su punto medio se sitúa a la altura del ombligo. Tiene el cuello corto y el tórax es cilíndrico, con las costillas aplanadas y flexibles, siendo el diámetro

anteroposterior igual al diámetro lateral. El abdomen es prominente, cilíndrico, blando y depresible (29).

La coloración de la piel del RN a término es rosada, con una textura suave, lisa y brillante y es característica la acrocianosis. Los recién nacidos adoptan una postura característica, con tendencia a la flexión y los puños cerrados, denominada posición fetal.

Las características del recién nacido que se deben tomar en cuenta son las siguientes: peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, frecuencia cardíaca, cabeza, caput, fontanela, pabellón auricular en línea recta con el ojo, respuesta auditiva, permeabilidad nasal, estornudos, salivación mínima, paladar arqueado, braquiotipo, acrocianosis, clinodactilia, color de la piel, vórnix caseosa, mancha mongólica, edema palpebral, esclerótica blanca, cuello corto, grueso, simétrico (29).

Los posibles problemas asociados a la prematuridad son:

- Respiratorios: Fundamentalmente membrana hialina y displasia broncopulmonar.
- Cardiovasculares: Hipertensión arterial precoz y persistencia del conducto arterioso.
- Digestivos: El más frecuente es la enterocolitis necrotizante.
- Neurológicos: Son frecuentes la hemorragia intracraneal y la leucomalacia periventricular.
- Hematológicos: Tendencia a sufrir hemorragias, anemia e ictericia, siendo esta más tardía e intensa.
- Metabólicos: Tendencia a la hipotermia y a la hipoglucemia.
- Inmunitarios: Relacionados con la inmadurez, favorecen las infecciones y de carácter grave.

- Renales: El más habitual e la necrosis tubular, que puede llevar a insuficiencia renal aguda.
- Oftalmológicos: En los menores de 28 semanas de gestación y peso inferior a 1.000 gr. es frecuente la retinopatía (29).

El test de APGAR sirve para realizar una primera valoración física sistemática del RN, de un modo metódico, rápido y simple. Se usa en todo el mundo, estandariza la valoración de los neonatos y sirve para evaluar la condición física del RN, el estado al primer minuto y a los 5 minutos, y en algunos casos a los 10 – 15 y 20 minutos del nacimiento. Evalúa cinco parámetros que se puntúan de 0 a 2 y después se suman, de acuerdo con los signos de vitalidad que se objetiven en el RN. La puntuación máxima es de 10 y la mínima es de 0 (29).

Los parámetros que se valoran son los siguientes:

- Frecuencia cardíaca.
- Esfuerzo respiratorio.
- Tono muscular.
- Color de la piel.
- Irritabilidad refleja.

3.1.3.1. Factores de riesgo del neonato crítico

Los factores de riesgo del neonato crítico existen precauciones especiales a tener en cuenta en la generalidad de los casos, tales como:

- Mayor fragilidad capilar, lo que les genera mayor riesgo de hemorragia cerebral.
- Mayor pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación a la masa y escasez de grasa.
- Mayor riesgo de daño por el exceso de oxígeno.

- Mayor probabilidad de tener una respiración ineficaz, por su debilidad muscular y por la inmadurez de su sistema nervioso.
- Pulmón inmaduro, por la deficiencia del surfactante.
- Menor volumen de sangre.
- Mayor riesgo de infecciones, por la inmadurez del sistema inmunológico.
- Microbiota intestinal susceptible de ser modificada.
- Mayor riesgo de hipoglucemia, por tener una reserva metabólica limitada y limitados mecanismos compensatorios (4).

3.1.3.2. Admisión del neonato crítico

La admisión es el acto y el resultado de admitir, admisión proviene del vocablo latino *amissio*, es habitual que el concepto se emplee respecto a la aceptación o el rechazo de un individuo a una entidad. Puede usarse como sinónimo recepción, sin embargo, para la admisión se debe considerar condiciones que se deben cumplir para ser admitido (30).

El ingreso del neonato crítico a la Unidad de Terapia Intensiva es un evento muy importante, en el cual se está definiendo gran parte de su tratamiento, y de las condiciones en las cuales se lleve a cabo dependerá su posterior recuperación. Por tal motivo, el centro receptor deberá estar preparado para recibir y asistir al neonato y a su familia. El neonato debe ser recibido por el equipo de salud, y la unidad debe disponer de los elementos necesarios para una atención adecuada según su estado o la patología del caso (31).

Se entiende por admisión el hecho de aceptar a alguien en alguna actividad, es decir, en admitirle. La definición se aplica a las cosas, sujetos y procesos, por lo que es posible hablar de la admisión de un neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Para la admisión del neonato crítico, se debe considerar algunos criterios como el peso del neonato menor de 34 semanas, recién nacido

con peso menor a 1800 gr, nacimiento producido por hemorragia materna en el 3° trimestre, anomalías congénitas quirúrgicas, entre los más comunes (32).

Es fundamental contar con personal capacitado para la recepción del neonato crítico, a fin de brindar asistencia y cuidados seguros y centrados en la familia, respetando todos los avances científicos y la evidencia publicada en relación al tema. La comunicación entre el equipo obstétrico y el equipo neonatal asegura la calidad de atención del binomio madre-hijo (4).

Para la admisión del neonato crítico se puede confeccionar un check-list que incluye los materiales y equipos que utilizan en la Unidad de Cuidados Intensivos. (33).

Finalmente, el neonato crítico debe ser recibido por el equipo de salud, y la unidad debe disponer de los elementos necesarios para una atención adecuada según su estado o la patología del caso (25).

3.1.3.3. Criterios de admisión a Unidades de Neonatología

El Servicio o Unidad de Neonatología está constituido o conformado por la Unidad de Paciente Crítico (UPC) y la Sección de Cuidados Básicos con el objeto de prestar cuidados en diferentes niveles de complejidad a neonatos con patología. La UPC se subdivide en 2 secciones, Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) y la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) (6).

Para el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se debe considerar los siguientes criterios:

- RN con <34 semanas de gestación.
- Hemorragia materna durante el tercer trimestre de embarazo.
- Anomalías congénitas que requieren corrección quirúrgica y observación.

- Infecciones.
- Incompatibilidad Rh.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Hipoglucemia.
- Convulsiones.
- Uno materno de drogas como cocaína, heroína, etc.
- Trastornos respiratorios que requieren oxigenoterapia y/o ventilación asistida.
- Arritmias cardíacas.
- APGAR <5 en el 5° minuto (34).
- RN con SDR agudo que requiere oxigenoterapia con $FiO_2 \geq 0,35$.
- RN que requiere cualquier tipo de apoyo ventilatorio, CPAP, Ventilación Mecánica Convencional, Sincronizada o VAF.
- RN con inestabilidad cardio-circulatoria y/o uso de drogas vasoactivas.
- RN con síndrome convulsivo en etapa aguda.
- RN con clínica de sepsis y/o meningitis bacteriana.
- RN en su post-operatorio hasta su estabilización.
- RN con apneas severas y repetidas de cualquier origen.
- RN con riesgo vital de cualquier otra etiología.
- RN con monitorización invasiva.
- RN prematuro < 1200 g hasta estabilización, definido como más de 5 días sin eventos de desestabilización.
- Peritoneodiálisis aguda.
- RN que requiere procedimiento invasivo (6).

El trabajo en equipo es fundamental en la admisión del recién nacido enfermo, debido que deben realizarse muchas intervenciones casi al mismo tiempo. Deben priorizarse los cuidados e intervenciones para no arriesgar la estabilidad del recién nacido (34).

3.1.3.4. Recursos necesarios para la admisión

Los recursos necesarios para la admisión del neonato crítico son los siguientes:

- Servocuna, incubadora o cuna.
- Balanza.
- Monitor, brazalete, electrodos, fonendoscopio, termómetro.
- Bombas de infusión.
- Equipo para ventilación y administración de oxígeno.
- Fuente central de oxígeno, aire comprimido y aspiración (dos de cada uno).
- Equipo para tomar muestras sanguíneas.
- Equipo para acceso venoso o arterial (4).
- Esfigmomanómetro/aparato de presión arterial.
- Respirador artificial, halo de oxígeno o CPAP nasal
- Oxímetro de pulso (34).

Los materiales necesarios para la admisión del neonato críticos son:

- Equipo de intubación endotraqueal.
- Cinta métrica.
- Equipo de recolección de sangre.
- Equipo para punción venosa.
- Tiras reactivas para medir glucosa periférica.
- Estetoscopio neonatal y termómetro.
- Equipo para cateterismo umbilical.
- Vitamina K y eritomicina oftálmica.
- Electrodo para el monitor cardiaco.
- Sensor para el oxímetro de pulso.
- Pulseras numeradas para la identificación del neonato crítico y de la madre (34).

Para no olvidar ningún material y equipo se debe se puede utilizar una lista de chequeo que permita la verificación de todo lo necesario, como se muestra a continuación:

PREPARACIÓN DE LA RECEPCIÓN

<ul style="list-style-type: none"> • Notificar al equipo sobre la inminencia del nacimiento prematuro. • Verificar el chek-list de sala de Unidad de Cuidados Intensivos. • Incorporar en la sala de partos: saturómetro/reloj/blender. 								
General	Incubadora.		Vías	Catéter 3,5.		Piel	Duoderm.	
	Saturómetro.			Catéter 2,5.			Tegarem.	
	Monitor FR FC.			Nylon.			Cinta de seda.	
	Ambú o neopuff.			Hilo 3.0.			Clorihexidina acuosa.	
	Calentador humidificador.			Hilo 4.0.			Tela adhesiva	
	Sensores saturómetro			Caja de canalización		Soluciones	Sol fisiológica 500 ml.	
	Electrodos			Jeringa 1.			Agua destilada AMP	
	Mascaritas 2,3.			Jeringa 5.			Sol fisiológica AMP	
	Manguito 1			Jeringa 10.			DX 10% 500ml	
	Domo.			Jeringa 20.			BIC NA 1 mol	
Ventilación	Laringo y ramas		Arbocath 22.		ASP	Set de aspiración		
	TET 2		Arbocath 24.			Sonda 29		
	TET 2.5		Conector suero			Sonda 31		
	TET 3		Llave de 3 vías.			Sonda 33		
	Fijación TET		Guía de suero			Sonda 35		
	Circuito de CPAP		Agujas,			Perita de goma		
	PRONG		Bisturí.			Trach care		
Ropa	Pañal							
	Sabanilla							
	Sábana bolsa plástica							
	Compresas							
	Gasas							
	Gorro							

Fuente: Roldan L. Atención inicial del recién nacido prematuro.

3.1.3.5. Precauciones que se debe tomar en cuenta en el momento de la admisión

Las precauciones que se deben tener en cuenta son las siguientes:

- Verificar el estado del neonato.
- Revisar su brazalete de identificación y su sexo.
- Revisar la remisión.
- Firmar los consentimientos de hospitalización.
- Explicar claramente a los padres el estado actual del neonato, los horarios de visita, los compromisos y los elementos que deben traer a la UCIN de uso personal para el neonato: pañales, algodón, crema antipañalitis, gorro y patines.
- Pesar al recién nacido.
- Tomarle la tensión arterial en sus cuatro extremidades.
- Informar a los padres cualquier anomalía durante el ingreso (laceraciones de la piel, deformidades, etc.). Verificar el número de la historia clínica, y preguntar por las creencias religiosas de los padres (35).

3.1.3.6. Antes de la admisión del neonato crítico

Los procedimientos que se aplican en la admisión del neonato crítico dependerán de la situación del mismo, sin embargo, de forma estandarizada los procedimientos comunes son: Control de temperatura corporal, administración de oxígeno y presión positiva en la recepción.

3.1.3.7. Control de la temperatura corporal en la recepción

La temperatura del recién nacido en rango normal, en aquellos no asfixiados, es un predictor de morbimortalidad en todas las edades gestacionales. Se recomienda mantener la temperatura corporal entre 36,5 °C y 37,5 °C. debe tener

como objetivo evitar la hipotermia, como así también la hipertermia iatrogénica. Se recomienda mantener la sala de recepción a 24-26 °C de temperatura ambiente, especialmente para tratar prematuros de menos de 29 semanas de gestación. En < 32 semanas se recomienda combinar intervenciones: fuente de calor radiante, toallas precalentadas, colchones térmicos, envolver al recién nacido con bolsas plásticas sin secarlo previamente, colocarle un gorro, calentar y humidificar los gases inspirados (4).

3.1.3.7.1. Administración de oxígeno y presión positiva en la recepción

Durante la ventilación con presión positiva:

- En recién nacidos >30 semanas de edad gestacional: comenzar con una FiO_2 de O_2
- En recién nacidos ≥ 30 semanas de edad gestacional: comenzar con una FiO_2 de 0,21.
- Aumentar o reducir la FiO_2 según valores de la saturimetría preductal, siguiendo los objetivos de saturación actualmente recomendados para los primeros minutos de vida.
- Los recién nacidos prematuros tardan más en alcanzar saturaciones superiores a 85%. Sin embargo, se recomienda mantener en esta población el mismo objetivo de saturación que se utiliza en los recién nacidos de término (4).

Los objetivos de saturación en los primeros minutos de vida deben estar en los siguientes parámetros:

PARÁMETROS DE SATURACIÓN

Tiempo	Saturación Preductal
1 minuto	60-65%
2 minutos	65-70%
3 minutos	70-75%
4 minutos	75-80%
5 minutos	80-85%
10 minutos	85-95%

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Los dispositivos para la ventilación son los siguientes:

- Se debe utilizar la presión de insuflación más baja posible, siempre con manómetro de presión. Generalmente, resulta adecuado emplear valores entre 20 y 25 cm de H₂ O.
- Se recomienda el uso de reanimador con pieza en T o bolsa autoinflable con válvula de PEEP, con valores entre 4 y 6 cm de H₂O.
- Tener presente que si se coloca PEEP a la bolsa autoinflable, se puede ofrecer PEEP si se ventila a través de la intubación endotraqueal, ya que es difícil mantener PEEP cuando la ventilación se realiza a través de la máscara con bolsa autoinflable (4).

En caso de usar el CPAP durante la recepción del neonato crítico:

- Si el recién nacido respira espontáneamente, mantiene frecuencia cardíaca > 100 y presenta dificultad respiratoria o saturación baja, se le debe ofrecer CPAP con máscara y reanimador con pieza en T.

3.1.3.7.2. Recomendaciones a seguir en la admisión del neonato crítico

Aplicar insuflaciones suaves con una presión de alrededor de 20-25 cm de agua, en niños que se encuentren en apnea o bradicárdicos. La intubación debe reservarse para bebés que no respondieron a la ventilación con presión positiva con máscara. Los bebés que requieren intubación para la estabilización deben recibir surfactante. Debe utilizarse bolsas de plástico y gorro debajo de calentadores radiantes durante la estabilización en los menores de bebés < 28 semanas de gestación para reducir el riesgo de hipotermia (4).

3.1.4. Durante la admisión del neonato crítico

Todos los recién nacidos deben encontrarse clínicamente estables antes de que se inicie su traslado. Este principio rige tanto, para los traslados entre distintos efectores como para los traslados dentro del ámbito del mismo efector (o traslado intrahospitalario). Un RN inestable puede agravarse en el camino y llegar a destino sin posibilidades de recuperación (4).

3.1.4.1. Condiciones del neonato crítico para el traslado

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Vía aérea segura.
- Temperatura corporal entre 36.5°C y 37.3°C.
- Saturación de oxígeno entre 89% y 94%.
- Sin pérdida aparentes de sangre.
- Sin signos de hipoxia ni de shock (4).

Las recomendaciones que se debe tener en cuenta para el traslado son las siguientes:

- Se debe conservar la bolsa de nylon utilizada en la recepción y el gorro, para evitar las pérdidas de calor.
- Se debe registrar la temperatura antes de salir del Área de Recepción.
- Asegurar la fijación del TET –si lo tiene– o del CPAP, sin provocar daño a la piel ni al tabique.
- Asegurar los accesos vasculares –si los tiene–, cuidando su fijación y preservando la piel del prematuro.
- Colocar los monitores de control de temperatura y de saturación, cuidando la piel del prematuro. Colocarlos en lugares visibles para que puedan ser observados.
- La posición del RN debe asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Evitar la posición de Trendelenburg. Favorecer la contención y la organización de la postura. Favorecer la posición prona.
- La manipulación del prematuro se debe realizar con delicadeza, aplicando los cuidados del neurodesarrollo desde la Sala de Partos y durante el traslado.
- Evitar las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

3.1.4.2. Equipos necesarios para el traslado

Se debe tener lo siguiente:

- Incubadora de transporte.
- Tubos de aluminio portátiles de 50 psi de oxígeno y de aire comprimido, y mezclador de gases.
- Durante el traslado, el paciente debe continuar recibiendo lo que se le estaba administrando en la Sala de Partos. Por ejemplo, CPAP (se puede administrar con un respirador de transporte con modalidad CPAP o a través del reanimador con pieza en T) o ventilación asistida.
- Monitorización con oximetría de pulso (SpO₂ y FC).

- De ser necesario realizar ventilación a presión positiva, se debe prestar atención a las presiones de inflado (usar manómetro y válvula de PEEP) y a la expansión torácica, para evitar la hiperventilación con los riesgos de escapes de gas e hipocapnia (4).

Las características generales del equipamiento deben ser las siguientes:

- Portátil.
- Duradero.
- De poco peso.
- Capaz de pasar a través de las puertas de los hospitales.
- Capaz de ser transportado por dos personas.
- De fácil mantenimiento.
- De fácil limpieza.
- Con autonomía energética a partir de una batería interna.
- Datos en pantallas claramente visibles, en formato digital y analógico.
- Alarmas visibles y audibles, tanto sobre las variables fisiológicas como ante el incorrecto funcionamiento del equipo (duración de la batería, estado de los gases, etc.).
- Anclado con óptimos sistemas de fijación.
- Compatible con otros equipos (4).

3.1.4.3. Comunicación entre el equipo de traslado y la familia

Antes y durante el traslado, es importante que la comunicación entre los miembros del equipo de salud, así como entre éste y la familia. Deberá ser:

- Debe ser clara y fluida. Eso tranquiliza a los padres y genera el imprescindible marco de confianza mutua para que el traslado se desarrolle de forma adecuada.

- Se debe favorecer que la madre pueda ver a su hijo antes del traslado a la Sala de Neonatología y, de ser posible, que el padre u otra persona que la madre elija acompañe al RN en ese traslado. Aun si el niño está grave, la familia debe tener la oportunidad de ver y tocar a su hijo. El equipo encargado del traslado decidirá cuál es el mejor momento para llevar a cabo esta práctica.
- Favorecer que la familia pueda tomar una fotografía al recién nacido, para la familia. Es muy importante cuando la madre no pudo ver a su hijo.

3.1.5. La admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

3.1.5.1. El equipo de salud que recibirá al neonato crítico

El personal destinado a recibir y atender estos pacientes debe ser el más experimentado. Sin duda, las nuevas generaciones de profesionales deben capacitarse y aprender a atender y cuidar este tipo de pacientes, pero nunca se debe dejar a cargo de un prematuro a un profesional con escasa o ninguna experiencia, sin que se encuentre presente al mismo tiempo un experto que lo guíe en su aprendizaje.

Es importante que el equipo establezca de antemano los roles que cada uno desempeñará al arribo del recién nacido y coordinar las acciones que se llevarán a cabo en primer lugar:

- Quiénes recibirán al neonato y lo prepararán para los procedimientos y
- Quiénes asistirán a los profesionales que los realizarán.

También es prudente establecer los roles a desempeñar en el caso de que se presente la necesidad de aplicar RCP avanzada. La Asociación Americana de Cardiología y la Academia Americana de Pediatría, destacan la importancia de

contar con personal entrenado para realizar una reanimación eficaz, en cualquier lugar donde se produzca el acontecimiento (34).

3.1.5.2. Comunicación entre los miembros del equipo de salud

La comunicación efectiva es uno de los estándares internacionales de seguridad del paciente. Esta debe ser oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe. Esto disminuye errores y da como resultado una mejora en la calidad de atención del paciente.

En la recepción de un paciente, la primera oportunidad de comunicación que se le presenta al equipo de salud es la información comunicada desde la Sala de Partos hacia la UCIN. Es fundamental que el personal que atiende los partos disponga de un método para comunicarse con la enfermera receptora y que le informe, antes del traslado, los datos relevantes y las condiciones en que se encuentra el paciente.

Esto permitirá, al equipo que recibirá al neonato, ultimar detalles a fin de que nada quede librado al azar. (Por ejemplo, armar y encender el respirador, comenzar con la preparación de los planes de hidratación endovenosa, alistar la bolsa y la máscara del tamaño adecuado o disponer del tubo endotraqueal apropiado, para que estén disponibles si hay que intubar o por si ocurre una extubación accidental en el trayecto).

Cada institución deberá implementar el método de comunicación más apropiado y adecuado a la dinámica del área neonatal. Además de la comunicación verbal (que suele ser la más rápida), es recomendable que haya una Carpeta de Pase de Guardia en la cual quede asentada la siguiente información:

- Nombre y apellido.
- Edad gestacional. Peso al nacer.

- Días de vida.
- Días de internación.
- Diagnósticos.
- Balance de ingresos y egresos.
- Accesos vasculares.
- Aportes hídricos y nutricionales.
- Soporte respiratorio.
- Último laboratorio.
- Cultivos.
- Tratamiento.
- Comunicación con la familia.
- Pendientes.

Por otra parte, es imprescindible que dicha información conste también en la Historia Clínica. El objetivo es instaurar un proceso que todos conozcan y se repita con cada transferencia, para fomentar la cultura de la comunicación y, con el paso del tiempo, hacerla cada vez más efectiva y eficiente (4).

3.1.5.3. El ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

- **La temperatura ambiente:** Debe ser cálida (25 °C a 28 °C), ofreciendo un clima que limite las pérdidas de calor al máximo posible y que, a su vez, permita el trabajo del equipo de salud. (Se aclara que esto NO está referido al ambiente de la incubadora, tema para el cual se sugiere consultar el apartado Termorregulación).
- **El sonido ambiental:** Es necesario tomar medidas para disminuir los ruidos dentro del ámbito de la unidad. Según la Comisión Internacional Neonatal debe ser de 40 a 45 decibeles. Entre las recomendaciones para reducir el nivel de ruido en la UCIN:

- No apoyar objetos o golpear las incubadoras, así como tampoco hablar muy cerca de ellas.
 - Verificar que los manómetros de aspiración o flowmeters estén cerrados si no se utilizan, para evitar el sonido de la salida o aspiración del aire.
 - Manipular las puertas y barandas de las incubadoras y servocunas, cuidadosa y delicadamente, para evitar golpes y ruidos innecesarios.
 - Restringir la circulación de personas entre las unidades a la menor cantidad posible.
 - Bajar las alarmas sonoras del equipamiento al mínimo audible.
 - En las unidades de cuidados neonatales no deben funcionar radios ni ningún otro aparato de emisión de sonido.
 - Retirar y cambiar el equipamiento averiado o en mal funcionamiento, si generan alarmas en forma permanente.
- **Iluminación general:** La iluminación tiene influencia sobre el desarrollo posnatal de la visión y los procesos visuales, así como sobre la maduración de la corteza visual, que es afectada por las experiencias visuales prematuras.

Es fundamental regular la intensidad de la luz ambiental entre 10 y 600 lux. Cada área de paciente debería incorporar focos para la iluminación individualizada. Cuando los procedimientos a realizar requieren un trabajo de precisión, puede ser necesario recurrir a un artefacto de iluminación accesorio. En aquellas situaciones en las cuales el recién nacido esté expuesto a la iluminación directa, se deberá recurrir a un protector ocular para evitarle el daño (4).

3.1.5.4. Intervenciones de Enfermería en la admisión del neonato crítico

Las intervenciones de Enfermería más comunes son las siguientes:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES	MOTIVOS
Colocar al paciente en la servocuna o en la incubadora.	Mantener el ambiente térmico estable para evitar la hipotermia o la hipertermia con sus consecuencias.
Recibir al paciente en la UCI neonatal, evaluar el estado general y el aparato cardiorrespiratorio.	Evitar la hipoxia y mantener el equilibrio homodinámico.
Evaluar el patrón respiratorio y administrar oxígeno si es necesario.	Evitar la hipoxemia y sus consecuencias.
Conectar el monitor cardíaco.	Evaluar la función cardíaca.
Pesar al paciente cuando las condiciones lo permitan.	Para calcular el aporte hídrico, aporte calórico y dosificación de medicamentos por vía IV. El recién nacido puede perder del 5 al 10% del peso durante la primera semana. El progreso de peso posterior deseado es de 15 a 25 g/24h.
Medir la talla y los perímetros torácicos y cefálicos cuando las condiciones lo permitan.	Evaluar la simetría corporal y el progreso ponderal durante la internación. Valores normales al nacimiento: talla de 48-53 cm. Con un aumento de 0.66 a 1cm/semana. Perímetro cefálico: 33-35 cm. Con un aumento de 0.33 a 0.66 cm/semanal perímetro torácico: 30-33 cm.
Controlar las constantes vitales: T, FR, y PA cada 30 minutos hasta estabilizar al paciente, después cumplir las normas de la UCI.	Para evaluar el aparato cardiorrespiratorio. En caso de observar factores riesgo para cardiopatías congénitas, medir la presión arterial en las cuatro extremidades. Una diferencia de 5mm Hg se considera normal. Valores normales de las constantes vitales: temperatura axilar: 36.5-37°C. frecuencia cardíaca: 100-160 pm. Frecuencia respiratoria: 40-60/min. presión arterial: varía según las horas de vida y el peso. Al comienzo es baja y después aumenta 1 a 2 mm Hg/día. A partir del 8° día aumenta 1 mmHg/semana durante 5 a 7 semanas, alcanza su valor estable a los 2 meses. Utilizar un manguito con el tamaño correcto según el peso y tamaño del recién nacido.

Evaluar el dolor con un instrumento adecuado.	Si no se trata el dolor se pueden producir alteraciones fisiológicas que pueden agravar el proceso de la enfermedad y aumentar el estrés o sus consecuencias.
Controlar la glucemia periférica en el momento de la admisión y una vez por hora durante las primeras tres horas, espaciando cuando se estabiliza los valores.	Debido al estrés por el parto y en algunas enfermedades maternas o del neonato, es importante controlar la glucemia con frecuencia, para prevenir la hipoglucemia o la hiperglucemia. Valores normales: 40-160mg/dl.
Punzar una vena o asistir en la colocación del catéter umbilical.	Acceso venoso para la administración de líquidos y medicamentos.
Tomar muestras o asistir en ellos para los exámenes de laboratorio según indicación médica.	Evaluar niveles de hemoglobina electrolitos y valores bioquímicos en sangre, hemocultivos y análisis de orina.
Administrar medicamentos prescritos.	En caso de estar indicada la administración de antibióticos debe realizarse lo antes posible para tratar el proceso infeccioso.
Evaluar la edad gestacional.	Evaluar la madurez gestacional para prestar cuidados y tratamiento de manera personalizada.
Completar la ficha de evaluación inicial.	Además de ayudar a determinar las necesidades del neonato, la ficha sirve como parámetro comparativo después de la admisión.

Fuente: Tamez R. Pantoja M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del recién nacido de alto riesgo. 2010.

3.1.5.5. El equipamiento de la UCIN

A la hora de preparar una unidad para un prematuro extremo, es necesario disponer del mejor equipamiento existente en la UCIN, que debe haber pasado por las verificaciones técnicas correspondientes, según las normativas institucionales y cuyo funcionamiento debe ser óptimo.

- **La incubadora:** Las nuevas tecnologías en incubadoras permiten ofrecer al neonato el microambiente apropiado desde el primer momento de su recepción y durante todo el tiempo que sea necesario realizar intervenciones.

- **Monitores:** La monitorización del paciente crítico es cada vez más avanzada y sofisticada. Cada paciente que ingresa en un Servicio de Neonatología se encuentra en situación de internación, por lo que requiere supervisión directa a través monitores con el objetivo de instaurar medidas anticipatorias en caso de una alteración de su situación clínica o para evaluar la respuesta al tratamiento.

En una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se puede encontrar varios tipos de monitores para distintas utilidades: Monitor de oximetría de pulso en sangre. Monitor multiparamétrico. El monitor que no puede faltar a la hora de la recepción de un recién nacido prematuro es el monitor multiparamétrico o, en su defecto, el de saturación de O₂ en sangre (4).

- **Respiradores:** Cuanto menor es la edad gestacional, mayor es la inmadurez de los sistemas. Uno de los sistemas principalmente afectados por la prematurez y que madura más tardíamente es el sistema respiratorio. Por eso es importante poner a disposición de estos bebés la tecnología más avanzada con la que se disponga, en el servicio que se encuentre. El médico será quien defina la modalidad a utilizar y el personal de Enfermería deberá encargarse del armado y disposición del equipo, con la atención puesta en que nada falte a la hora de ventilar al paciente. Los sistemas de tubuladuras más recomendados para mantener la temperatura estable de los gases administrados son aquéllos de doble resistencia. Ambas ramas del circuito –inspiratoria y espiratoria– poseen una resistencia eléctrica que calienta los gases en el trayecto hacia la vía aérea y lo mantiene caliente a la salida, para la evitar condensación de agua. No obstante, si no está disponible este tipo de circuito, sin dudas la tubuladura de elección será aquélla con resistencia en la rama inspiratoria. Nunca se debe utilizar un sistema sin cable para ventilar a un paciente (4).

3.1.5.6. Procedimientos iniciales en la UCIN

Cuidados generales del neonato en la incubadora:

- Tanto en modo piel como en modo aire el sensor de temperatura debe estar bien fijado a la piel y es conveniente cubrirlo.
- No acostar al niño sobre el sensor, ni cubrir éste con ropa. Para evitarlo cuando el bebé se encuentra en decúbito ventral, fijar el sensor en los flancos del abdomen.
- No fijar el sensor sobre zonas de la epidermis cercanas al hueso (como costillas, cresta ilíaca, etc.).
- Para los recién nacidos prematuros utilizar siempre el sistema de servocontrol de temperatura de la incubadora.
- Se desaconseja la utilización de servocunas en RNPT.
- Mantener una estrecha vigilancia del sensor de temperatura corporal, ya que su deslizamiento o separación de la piel puede provocar un sobrecalentamiento del recién nacido (36).

Manejo de la temperatura:

El ambiente térmico neutro es aquél que permite al recién nacido mantener su temperatura corporal con un consumo mínimo de oxígeno. Cuando el ambiente térmico se altera, el recién nacido aumenta su gasto metabólico y el consumo de oxígeno para mantener la temperatura en los límites normales.

Características del prematuro que afectan su temperatura corporal:

- Los receptores cutáneos de la piel que intervienen en la termogénesis no completaron su desarrollo.
- La inmadurez de los órganos y sistemas aumenta la pérdida de calor.

- Su piel inmadura, sin estrato córneo acabado, no puede actuar como barrera ante la pérdida de agua y calor corporal.
- Hay ausencia de grasa parda o es muy escasa en prematuros mayores de 26 semanas; en los menores no se encuentra.
- La grasa subcutánea es escasa, por lo que no logran un aislamiento corporal eficiente.
- La postura corporal en extensión del recién nacido prematuro, aumenta la superficie corporal expuesta al ambiente que lo rodea y favorece la pérdida de calor.
- La respuesta muscular involuntaria para generar calor es inmadura.
- La respuesta vasomotora es muy pobre, por lo que ante el frío no pueden responder por vasoconstricción y permanecen vasodilatados, aumentando así la pérdida de calor.
- Poseen depósitos muy limitados de sustratos metabólicos, como glucosa, grasa o glucógeno (4).

Canalización de los vasos umbilicales:

Es un procedimiento aséptico que debe ser realizado por el médico. Requiere de una estrecha supervisión del proceso de preparación de los materiales y la vestimenta de los operadores, para evitar la contaminación de los campos, el ambiente o los materiales a utilizar para la canalización.

Los catéteres umbilicales son muy importantes para evitar las punciones destinadas a obtener muestras de sangre o para medir la tensión arterial de manera no invasiva evitando la compresión del manguito. Desde luego son, además, la vía de acceso para la hidratación, la nutrición y la medicación que el paciente necesita. Sin embargo, también aumentan el riesgo de infección si su utilización no es prudente.

Por ello resulta de fundamental importancia optimizar las técnicas de colocación y respetar los protocolos de manipulación de estos dispositivos, a fin de evitar o minimizar las posibilidades de infecciones asociadas a los catéteres centrales (34).

Aportes por vía parenteral:

Entre los puntos más relevantes a tener en cuenta por el personal de Enfermería a la hora de recibir a un prematuro extremo, se encuentran el aporte de líquidos y el buen manejo de las pérdidas insensibles de agua.

Tal como se explica más arriba, las características anatómicas del prematuro lo predisponen a las pérdidas de calor y agua debido a la ineficiente e inmadura capa córnea de su piel y a la ausencia de tejido subcutáneo. Esas pérdidas de agua, llamadas transepidermicas, hacen que el bebé pierda el calor del cuerpo a consecuencia de la ulterior evaporación.

Por otro lado, resultan fundamental los cuidados relacionados con la colocación de los accesos vasculares, pues sin estos dispositivos sería imposible administrar cualquier terapia intravenosa.

La hipoglucemia se puede prevenir con un adecuado aporte intravenoso de glucosa. Entre los mecanismos asociados a la hipoglucemia en RN pretérmino o de bajo peso se cuentan:

- Bajos depósitos de glucógeno.
- Restricción de líquidos / energía.
- Inmadurez de la respuesta hormonal y enzimática.
- Dificultades en la alimentación. Es importante comenzar con el aporte de aminoácidos desde el primer día, para evitar el catabolismo proteico (32).

Los aportes por vía enteral:

Debe promoverse la alimentación enteral precoz antes tras el nacimiento a fin de favorecer la maduración gastrointestinal, el crecimiento y el desarrollo funcional. La leche humana (LH) es la primera elección por muchos motivos, proporciona muchos factores bioactivos que pueden contribuir a mejorar el crecimiento y el desarrollo. Su utilización en lactantes prematuros disminuye la incidencia de sepsis tardía, mejora la tolerancia alimentaria y disminuye la necesidad de nutrición parenteral.

También se asocia con una mejora en la vinculación afectiva madre-lactante, una disminución de la severidad de la retinopatía del prematuro, puntajes más elevados de desarrollo neurológico a largo plazo y menor riesgo de desarrollo posterior de síndrome metabólico. La producción de leche puede ser insuficiente en las nuevas madres.

Por lo tanto, se debe alentar a las madres a comenzar la extracción de leche tan pronto como sea posible después del nacimiento. Se debe instruir a las madres cuyos bebés se encuentran internados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para que empiecen la extracción entre las 6 y 12 horas luego del nacimiento y hacerlo cada 2 a 3 horas (8 a 12 veces por día), asegurando que vacían sus pechos cada vez (4).

La estabilización respiratoria:

- Se debe tener preparado el laringoscopio con ramas disponibles de distintos tamaños.
- Si el método de soporte respiratorio debe ser CPAP, será necesario tener preparadas piezas nasales de diferentes tamaños, para seleccionar la más adecuada a las narinas del bebé.
- Disponer de fijación para tubo endotraqueal.

- Fijación para CPAP, con hidrocoloide preparado, para preservar la integridad del tabique nasal.
- Sensor de oximetría con hidrocoloide para proteger la piel.
- Oxímetro de pulso o monitor programado con los valores de alarmas de saturación.
- Es recomendable tener próximo un circuito alternativo (ya sea CPAP o ARM, según sea el caso). Con frecuencia, al llegar a la UCIN se hace necesario cambiar la modalidad de administración de oxígeno y se pierde mucho tiempo reuniendo los materiales si éstos no están al alcance.
- Bolsa autoinflable y máscara acorde al tamaño del RN.
- Manómetro de presión y válvula de PEEP colocados en la bolsa de reanimación.

Cuidados del paciente con oxigenoterapia:

- Resulta fundamental que el paciente esté monitorizado.
- En todos los casos, los gases administrados deben ser humidificados y calentados.
- El aumento de la FiO_2 debe ser prudente. En cuanto haya mejoría y la saturación supere el 94%, se debe reducir.

Cuidados del paciente en Asistencia respiratoria mecánica:

- Resulta fundamental que el paciente esté monitorizado.
- En todos los casos, los gases administrados deben ser humidificados y calentados.
- Si se presupone una disminución del volumen pulmonar secundario a una aspiración del tubo endotraqueal, la primera alternativa –antes de aumentar la FiO_2 – es aumentar la presión al final de la espiración. Si todavía fuera necesario aumentar la FiO_2 , este aumento debe ser prudente y, en cuanto haya mejoría y la saturación supere el 94%, ésta debe ser reducida.

- Evitar la hiperoxemia y la hipocapnia. Utilizar parámetros de ventilación adecuados. El personal de Enfermería debe conocerlos y comprender sus bases fisiológicas.
- Verificar que el TET utilizado sea el adecuado para el RN.
- El cuidado del tubo endotraqueal debe ser extremo. Se deben evitar las extubaciones accidentales. Los intentos de intubación modifican la presión intracraneana, por lo que con cada re-intubación endotraqueal se expone al RN a padecer una hemorragia intracraneana.
- Verificar la posición del tubo mediante radiografía de tórax.
- Cualquier modificación sobre el tubo endotraqueal debe ser realizada entre dos operadores.

Cuidados de la piel:

La piel de los neonatos prematuros extremos está extremadamente inmadura. La eleidina, sustancia lipoproteica precursora de la queratina, es la responsable del aspecto gelatinoso de la piel. Estos niños carecen de un estrato córneo maduro y de todas las condiciones de defensa que provee esta capa de la piel. La permeabilidad de la piel está aumentada, por lo que las pérdidas de agua son mayores, así como también cualquier sustancia colocada sobre la piel (cremas, antisépticos, etc.) puede ingresar fácilmente, al no encontrar una barrera hidrofóbica (4).

La unión dermoepidérmica es tan frágil que cualquier adhesivo que se ponga en contacto con la epidermis inmadura será más resistente que la unión de ésta con la dermis. La inmadurez de los receptores nerviosos de la dermis aumenta la sensación de dolor y lo generaliza sobre la superficie de la piel. La ausencia de tejido subcutáneo aumenta el riesgo de lesiones por decúbito y la pérdida del calor corporal.

Las acciones para prevenir las lesiones de la piel son las siguientes:

- Brindar un ambiente cálido y con humedad controlada.
- Manejo delicado del recién nacido prematuro.
- Siempre que sea posible, hay que reposicionar a los bebés para prevenir las lesiones y utilizar superficies que alivian la presión. Estos incluyen almohadillas de gel, colchones de aire que redistribuyan la presión, etc.
- Evitar los pliegues en las sábanas.
- No es recomendable bañar a estos bebés, sin embargo puede ser necesario retirar restos orgánicos. Para ello se utilizarán sin friccionar, gasas suaves, humedecidas en agua destilada estéril, solo en las partes más sucias (4).

3.1.6. Unidad Neonatal de Cuidados intensivos

Los bebés recién nacidos que necesitan atención médica intensiva se admiten en el área especial del hospital llamada Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos. La UNCI combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidado especializado para los pacientes más pequeños. La UNCI puede también contar con áreas de cuidados continuos o intermedios para bebés que no están enfermos, pero necesitan un cuidado especializado. Algunos hospitales carecen de este personal especializado o de una UNCI y los bebés deben ser trasladados a otro hospital (35).

3.1.7. Organización de un servicio

Toda Unidad de Cuidados Intensivos debe contener lo siguiente:

- Se requiere de un lava manos a la entrada del servicio y en el interior de la sala debe existir 1 por cada 6 camas, con el objetivo de prevenir y controlar las infecciones. El departamento debe tener las instrucciones claramente

visibles, mediante letreros y gráficos referentes a la técnica del lavado de mano y del uso de soluciones antisépticas; pues es la principal vía de transmisión de infección.

- El ingreso a la Unidad, tanto del personal asistencial y de los visitantes, debe hacerse con ropa apropiada, como reforzamiento de las normas de higiene.
- El servicio debe tener por cada paciente un mínimo de 6 m², para evitar el hacinamiento en las áreas (36).
- No se deben utilizar cortinas de tela, pues favorecen a la dispersión de los gérmenes.
- La unidad debe tener un sistema de comunicación interno y externo, que facilite la comunicación con otros hospitales, para coordinar la recepción o traslado de pacientes.
- Se debe garantizar la extracción y conservación de la leche materna en refrigeración (37).
- El servicio debe contar con un área de vestuario, para que el personal que presta servicio pueda cambiar sus ropas de calle por ropa apropiada para trabajar.
- Las oficinas de los médicos y de las enfermeras deben localizarse a la entrada principal de la unidad y contar con un sistema sencillo de intercomunicación.
- El departamento debe tener un sistema de filtro y sellado correcto, para evitar las corrientes de aire externas.
- Debe tener todas las condiciones que faciliten el trabajo al personal que presta servicio en la unidad (servicios sanitarios, cuarto de la guardia médica, merendero, entre otras.)
- Debe contar con un médico jefe del servicio, responsable de la supervisión, organización y planificación del correcto funcionamiento del departamento, de los médicos especialistas y médicos residentes (38).

3.1.8. El rol de la enfermera en neonatología

El personal de Enfermería pediátrica interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de Enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Del mismo modo que los clientes (niños y familias) presentan una historia amplia y exclusiva, cada enfermera aporta a los clientes un conjunto individual de variables que afectan a sus relaciones (39).

Pero, sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera pediátrica debe ser siempre el bienestar del niño y de su familia. El personal de Enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades, y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos (5).

El desarrollo de funciones y responsabilidades independientes en la Enfermería perinatal ha enriquecido considerablemente y mejorado la calidad de la atención brindada a recién nacidos de alto riesgo y sus familias. Las enfermeras se desempeñan cada vez más en una relación de colegas con los médicos. El foco central de este concepto es el paciente y la familia. Para que la enfermera asuma estas mayores responsabilidades es necesario expandir, diseminar, implementar y evaluar la base de conocimientos de la ciencia de la Enfermería (40).

3.1.9. Deberes de la enfermera de neonatología

Los deberes de la enfermera de neonatología son los siguientes:

- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos.
- Ejecutar la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o broncoaspiración de meconio.

- Efectuar el examen físico del recién nacido y registrar los resultados en la historia clínica.
- Observar y evaluar al paciente asignado dentro del horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- Participar de forma activa en los pases de visitas junto al personal médico.
- Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.
- Realizar los cuidados generales al recién nacido. Ejecutar diariamente el baño, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.
- Cumplir el programa de inmunización.
- Reconocer las necesidades afectadas del paciente y trazar expectativas para resolverlas.
- Efectuar aspiración oral, nasofaríngea y traqueal.
- Extremar las medidas de higiene, insistir en el lavado de mano y mantener la unidad individual del paciente.
- Desinfectar la unidad individual del paciente, así como la desinfección terminal de cunas e incubadoras al egreso.
- Regular y controlar el equipo de administración de oxígeno. Brindar oxigenoterapia adecuada.
- Usar correctamente los cardiomonitores (41).

3.1.10. Valoración que realiza la enfermera

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo,

factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones (41).

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

La enfermera neonatóloga debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección.

3.2. MARCO CONTEXTUAL

La actual Caja Petrolera de Salud, que con el paso del tiempo fue cambiando de razón social y fue creciendo en infraestructura, equipamiento médico y recursos humanos, es por eso la invitación a conocer algo más de nuestra querida institución (43).

Luego de aprobado el Código de seguridad Social en 1956 y por iniciativa de la Federación de Trabajadores Petroleros Privados y la Federación de Trabajadores de YPFB que querían tener un seguro de salud exclusivo para trabajadores petroleros, se crea mediante Decreto Supremo 5083 del 10 de Noviembre de 1958 la Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales; seguro de invalidez, vejez y muerte, del régimen de asignaciones familiares y de vivienda popular.

Los trabajadores de YPFB deciden retirarse de la Caja, por considerar económicamente altos los aportes, es así que los trabajadores petroleros privados se hacen cargo de la institución. El año 1959 nace la primera Administración Regional en la ciudad de Cochabamba, con el establecimiento de una clínica piloto para la atención central de los cuatro distritos, en respuesta a la demanda de los trabajadores petroleros privados, pues esta ciudad se había convertido en el centro de operaciones de dichos trabajadores.

Un poco después, el mismo año se inicia también la prestación de servicios médicos en Yacuiba, en el hospital del pueblo que había sido recientemente inaugurado, posteriormente se instaló una pequeña clínica propia en un lugar alquilado, con capacidad para 10 camas, un quirófano equipado, el equipo hospitalario indispensable y 5 profesionales médicos.

Subsiguientemente, en julio de 1961, la Caja comienza a brindar atención médica en Santa Cruz y se crea la Administración Regional. En La Paz, se compraban servicios completos de consulta externa e internación, en medicina general y especializada a la clínica Santa Isabel, posteriormente se la compra para convertirla en la Clínica Petrolera. En otros distritos, donde aún no se tenía infraestructura, se compraban servicios médicos de acuerdo a la necesidad de los trabajadores afiliados a la Caja.

El 28 de marzo de 1972, mediante D.S. 10173, se cambia la denominación de nuestra institución a Caja Petrolera de Seguro Social. Mediante Decreto Supremo 10260, el 19 de mayo de 1972 los trabajadores de Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos se incorporan a la Caja Petrolera; se realiza un convenio en el que se les reconoce su antigüedad, y se comprometen a ponerse al día con sus aportes.

Por última vez, se cambia el nombre de la institución, de Caja Petrolera de Seguro Social a CAJA PETROLERA DE SALUD mediante el Decreto Supremo 21637 del 25 de junio de 1987, modificando sus Estatutos de seguro Integrado a Seguro a Corto Plazo.

El Hospital Petrolero de Obrajes se encuentra ubicado en la ciudad de La Paz, en la zona de Obrajes, cuenta con todas las especialidades para atender a pacientes de toda índole. Es una entidad sanitaria que presta servicios a toda su población asegurada y se considera como un hospital de tercer nivel (44)

Abre sus puertas en octubre de 1991 con personal seleccionado, se evaluó examen escrito con tribunal médico a postulantes que cumplieron el periodo de prueba en el auditorium. En cada periodo se logran cambios importantes para la profesional de Enfermería y prestigio institucional, se logró legitimidad y reconocimiento en el puesto, construcción, revisión, reconocimiento y puesta en marcha del primer manual de funciones y procedimientos. Acreditación del centro

hospitalario bajo el concurso, apoyo y trabajo tesorero del personal de Enfermería de los diferentes servicios (45).

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal UCIN se encuentra ubicada en el tercer piso, cuenta con una infraestructura propia con toda la implementación tecnológica, recurso humano e insumos. Asimismo, cuenta con áreas de Terapia Intensiva Pediátrica, Cuidados Intermedios, Cuidados Mínimos y un área de aislados para pacientes infectados dentro de UCIN (46).

La UCIN tiene capacidad para siete unidades cuenta con cuatro servo cunas, y tres incubadoras, es una unidad multidisciplinaria, polivalente con unidades de características mixtas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento prematuro es la primera causa de muerte en el periodo neonatal. En el mundo nacen 15 millones de niños prematuros cada año y esta cifra va en aumento, de este grupo 1.1 millones de recién nacidos mueren anualmente debido a complicaciones por un nacimiento prematuro, y varios bebés que sobreviven sufren algún tipo de discapacidades que pueden relacionarse con problemas visuales o auditivos (4).

Debido a que la prematurez constituye un riesgo significativo para la mortalidad infantil (42), se debe extremar esfuerzos para lograr la sobrevivencia de los recién nacidos críticos, ejecutando los procedimientos y acciones necesarias para lograr la mejora del recién nacido crítico, los cuidados durante la etapa de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es fundamental, debe ser rápida, coherente a las necesidades del bebé, el personal profesional de Enfermería debe actuar inmediatamente, con un criterio bien definido guiado por la ética profesional.

El Hospital Petrolero de Obrajés, es un centro hospitalario de tercer nivel, por ello debe brindar atención con calidad, en la Unidad de Cuidados Neonatales se cuenta con un equipo multidisciplinario con gran experiencia y profesionalidad. Sin embargo, en ocasiones se puede observar empíricamente que existen problemas por falta de comunicación entre servicios, o que se demora bastante en la organización de los equipos y materiales que se necesitarán para la atención del neonato crítico. En situación de emergencia la demora de minutos puede ocasionar complicaciones o incluso puede ocasionar la muerte del neonato; por esa razón es importante que el personal de Enfermería organice con efectividad todo lo necesario, para la atención oportuna.

Asimismo, se constató que la Unidad de Cuidados Intensivos trabaja con un Manual de procesos y procedimientos emitido el año 2012, siendo bastante

antiguo y que además no se encuentra al alcance de las profesionales para realizar consultas en caso de necesitarse, el manual se encuentra archivado y se debe solicitar permiso de uso con anticipación (47).

La falta de atención inmediata y estandarizada en la admisión del neonato crítico por parte de las profesionales de Enfermería puede ocasionar complicaciones posteriores en los neonatos, debido a que los minutos perdidos en la atención del neonato puede tener repercusiones negativas en el desarrollo posterior. Si la Unidad no está preparada o no es no es el adecuado, tanto en equipos, materiales, medicamentos o el ambiente térmico se altera, el neonato crítico aumenta su gasto metabólico y el consumo de oxígeno para mantener la temperatura en los límites normales, lo que empeorará su salud.

Esta es la razón por la que el centro de análisis de la presente investigación es el procedimiento que se sigue durante la admisión del neonato crítico.

4.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los cuidados del profesional de Enfermería en la admisión de neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, en el Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Determinar los cuidados del profesional de Enfermería en la admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, en el Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir datos sociodemográficos del profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Petrolero Obrajes.
- Identificar si el profesional enfermero otorga los cuidados de Enfermería en la admisión de neonato crítico.
- Identificar la necesidad del profesional de Enfermería acerca de una guía para la admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio

La metodología que se utilizó en la presente investigación es la que se expone a continuación.

Descriptivo: Se considera descriptivo porque este estudio busca especificar las características de las variables que se sometieron a análisis (48). Por ello se realizó una descripción de las variables de investigación como nivel sociodemográficos del personal de Enfermería y los cuidados que se realizan durante la admisión del neonato crítico.

Observacional: Se consideró un estudio observacional, porque se aplicó una lista de observación, o chek list (49) que permitió la recolección de la información sobre los cuidados de Enfermería durante la admisión del neonato crítico.

Transversal: Porque este tipo de diseños investigan y recopilan datos en un momento único (50). Considerando el tiempo en el que se recolectó la información fue de diseño transversal, porque la información se la obtuvo en un tiempo único. En este caso fue el tercer trimestre (julio, agosto, septiembre) de la gestión 2019.

6.2. Área de estudio

El Hospital Petrolero de Obrajes se encuentra ubicado en la ciudad de La Paz, en la zona de Obrajes, cuenta con todas las especialidades para atender a pacientes de toda índole. Es una entidad sanitaria que presta servicios a toda su población asegurada y se considera como un hospital de tercer nivel (43)

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal UCIN se encuentra ubicada en el tercer piso, cuenta con una infraestructura propia con toda la implementación

tecnológica, recurso humano e insumos. Asimismo, cuenta con áreas de Terapia Intensiva Pediátrica, Cuidados Intermedios, Cuidados Mínimos y un área de aislados para pacientes infectados dentro de UCIN (45).

La UCIN tiene capacidad para siete unidades cuenta con cuatro servo cunas, y tres incubadoras, es una unidad multidisciplinaria, polivalente con unidades de características mixtas.

6.3. Universo y muestra

Se tomó en cuenta al personal profesional de Enfermería a cargo del cuidado neonato en la Unidad Cuidados Intensivos Neonatal. Por ello se cuenta con 12 profesionales que prestan sus servicios en esta unidad.

6.4. Muestra

En la presente investigación no se utilizó muestra, sino se trabajó con las 12 profesionales que fueron el 100% de la población.

6.5. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

- Personal profesional de Enfermería de la Unidad Cuidados Intensivos Neonatal.
- Personal profesional de Enfermería que acepte participar del estudio.
- Personal profesional de Enfermería que no estén de vacación o baja médica.

Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

- Personal profesional de Enfermería de otras áreas diferentes a la Unidad Cuidados Intensivos Neonatal.
- Personal profesional de Enfermería que no acepte trabajar en la investigación.
- Personal profesional de Enfermería que se encuentre de vacación o baja médica.

6.6. Variables

Variable dependiente:

- Grado académico.
- Tiempo de experiencia.

Variable independiente:

- Cuidado del profesional de Enfermería en la admisión del neonato crítico:
 - Tiempo de verificación de la unidad y equipamiento.
 - Lavado de manos que se utiliza para la admisión del neonato crítico.
 - Comunicación en la admisión del neonato crítico.
 - Información que se debe comunicar al equipo de salud.
 - Recursos necesarios en la unidad.
 - Momentos de valoración del neonato crítico.
 - Tiempo de preparación de la unidad
 - Tiempo de admisión del neonato crítico.
 - Procedimientos en la admisión del neonato crítico.
 - Forma de valoración en la admisión del neonato crítico.
 - Necesidad de una guía de admisión.

6.7. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Características social y demográficas medidas en un grupo	Son características que definen a un grupo.	Cualitativa Nominal	Grado de instrucción	Licenciatura Especialidad Maestría	Encuesta
		Cuantitativa Continua	Tiempo de experiencia	1 a 2 años 3 a 5 años Más de 5 años	
Cuidados de la profesional de Enfermería en la admisión del neonato crítico	Actividades que se realizan para la admisión del neonato crítico.	Cualitativa nominal	Tiempo de verificación de la unidad y equipamiento	Óptimo Aceptable Insuficiente	Encuesta
		Cualitativa nominal	Lavado de manos que se utiliza para la admisión del neonato crítico.		
		Cualitativa nominal	Comunicación en la admisión del neonato crítico		
		Cualitativa nominal	Información que se debe comunicar al equipo de salud		
		Cualitativa nominal	Información que se debe comunicar al equipo de salud.		
		Cualitativa nominal	Recursos necesarios en la unidad.		
		Cualitativa nominal	Momentos de valoración del neonato crítico.		
		Cualitativa nominal	Tiempo de preparación de la unidad.		
		Cualitativa nominal	Tiempo de admisión del neonato crítico.		
		Cualitativa nominal	Procedimientos en la admisión del neonato crítico.		
		Cualitativa nominal	Forma de valoración en la admisión del neonato crítico.		
Necesidad de una guía para la admisión del neonato crítico	Necesidad latente	Cualitativa nominal	Existe la necesidad No existe la necesidad	Sí No	Encuesta

6.8. Técnicas e instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue elaborado después de la revisión bibliográfica pertinente, para posteriormente ser validado por 3 profesionales en Enfermería, entendidas en el tema de investigación, quienes revisaron y fortalecieron los instrumentos de investigación con sus aportes y recomendaciones, fueron aplicados al personal en estudio previa autorización de las autoridades competentes de la Unidad Cuidados Intensivos Neonatal y del Hospital Petrolero Obrajes La Paz y posterior a la firma de consentimiento informado del personal.

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la Encuesta, se aplicó una encuesta de carácter cerrado, con preguntas de selección múltiple para facilitar su tabulación, fue estructurada en tres partes; un área de recolección de datos sociodemográficos, una segunda área con los indicadores que se utilizan en la admisión de neonato crítico. Se aplicó al finalizar cada turno de trabajo para no entorpecer el trabajo diario. Permitió obtener información del personal profesional de Enfermería.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró solicitar los permisos necesarios a las autoridades pertinentes que cumplen sus funciones en el Hospital Petrolero de Obrajes La Paz:

- Jefe de Enseñanza e Investigación.
- Jefe Médico de la Unidad de Terapia Intensiva.
- Jefa del Departamento de Enfermería. (Ver Anexo 1).

Se realizó una previa presentación del perfil de tesis a cada una de las autoridades competentes para la aplicación de la encuesta.

VIII. RESULTADOS

El Hospital Petrolero Obrajes, es una institución de la seguridad social, de tercer nivel, que cuenta con diferentes especialidades de mayor complejidad, con capacidad de 154 camas; Se encuentra la “Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal” 7 unidades de internación para neonato crítico, con un promedio de internación de 6 por mes, es donde se realiza los procedimientos de Enfermería en admisión del neonato crítico, por lo que se presentan los resultados obtenidos de las encuestas que se realizaron.

En la primera parte se exponen los resultados sobre las características de las profesionales de Enfermería tales como el título académico que poseen y el tiempo que desempeñan sus funciones laborales. En la segunda parte se presentan los resultados de las preguntas que corresponden a los conocimientos que tiene la profesional de Enfermería sobre los cuidados que deben ofrecer al neonato crítico en la admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Finalmente, se presentan los resultados de la necesidad de una Guía para la admisión del neonato crítico. De esta forma se da cumplimiento a los objetivos de investigación formulados.

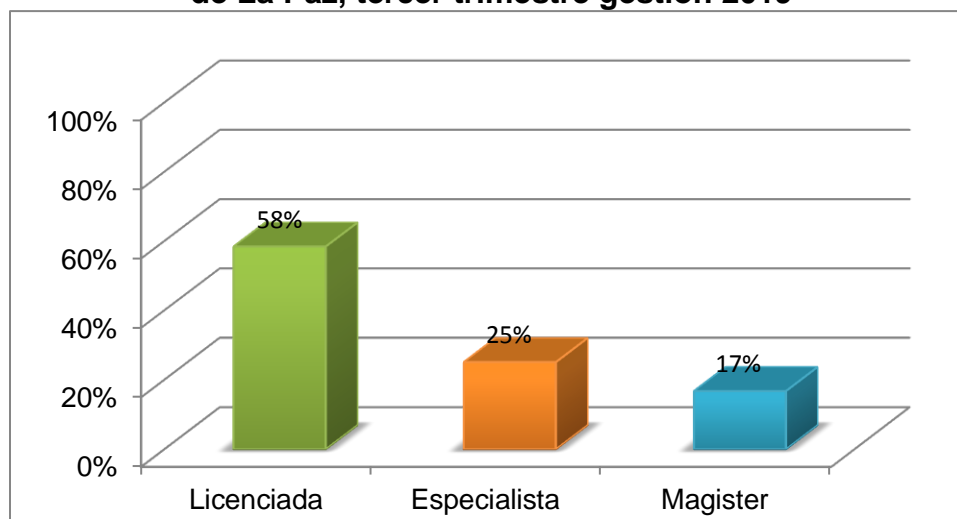
8.1. Características del profesional de Enfermería

Tabla N° 1
Grado académico del profesional de Enfermería de la
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes
de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada	7	58%
Especialista	3	25%
Magister	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 1
Grado académico del profesional de Enfermería de la
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes
de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

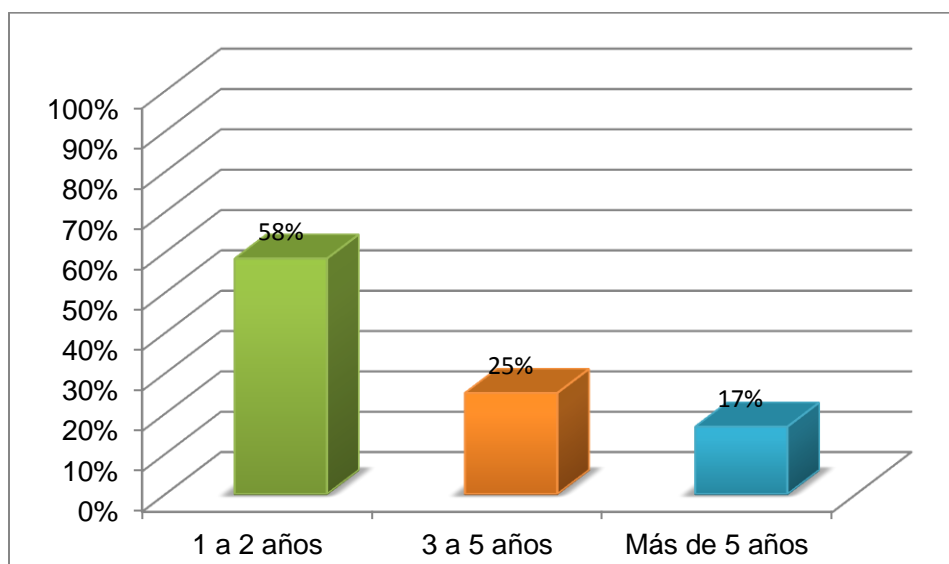
La encuesta permitió conocer que el 58% (7) de las profesionales de Enfermería obtuvieron un grado de licenciatura en Enfermería, el 25% (3) de las profesionales alcanzaron un grado de Especialidad y el 17% (2) de las restantes alcanzaron el grado de Magister, siendo que la mayoría solo tenía licenciatura.

Tabla N° 2
Tiempo de experiencia laboral profesional de Enfermería de la
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes
de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 años	7	58%
3 a 5 años	3	25%
Más de 5 años	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 2
Tiempo de experiencia laboral profesional de Enfermería de la
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes
de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos el 58% (7) del personal profesional de Enfermería tenía una experiencia entre 1 a 2 años, en la Unidad. Por otro lado, se pudo corroborar que el 25% (3) tenían una experiencia de 3 a 5 años. Finalmente, el 17% (2) tenía una experiencia de más 5 años.

8.2. Cuidados de atención al neonato crítico en la admisión a la UCIN

Tabla N° 3

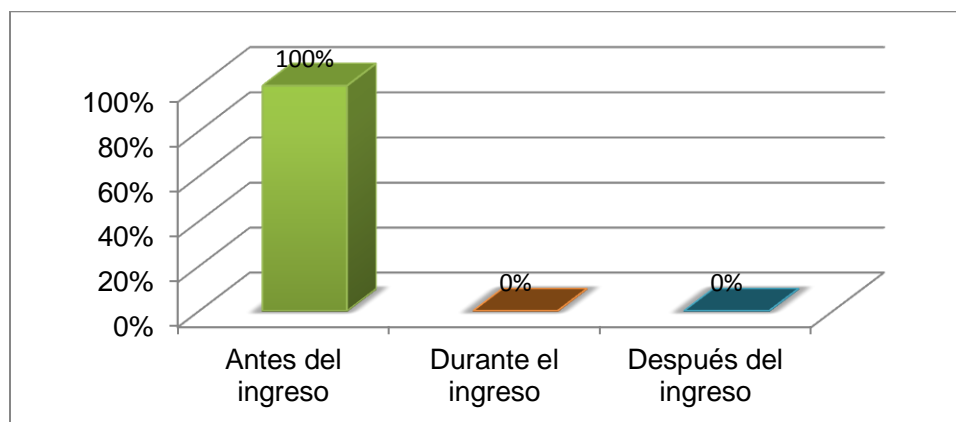
Tiempo de verificación de la Unidad y equipamiento para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Antes del ingreso	12	100%
Durante el ingreso	0	0%
Después del ingreso	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 3

Tiempo de verificación de la Unidad y equipamiento para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

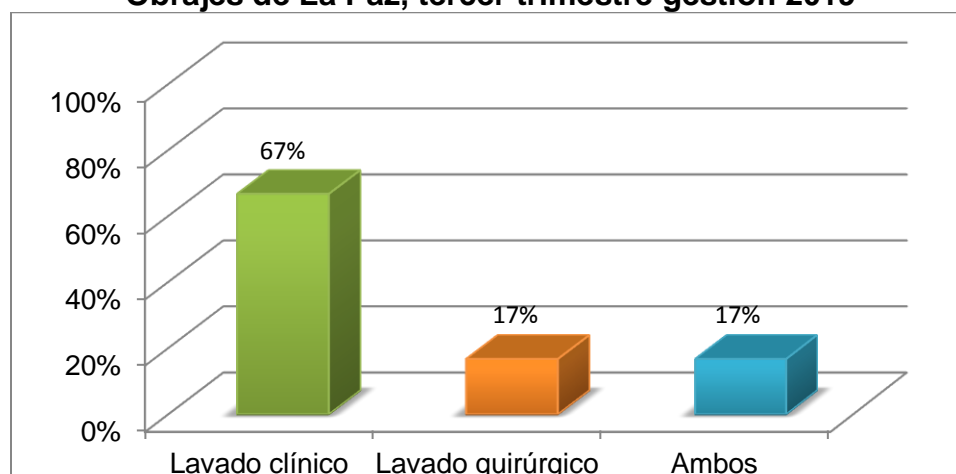
Respecto a la verificación que debe realizar el profesional de Enfermería se pudo conocer que el 100% (12) lo realiza antes del ingreso a la unidad. Siendo una fortaleza para la unidad, porque el profesional realiza la verificación al ingreso.

Tabla N° 4
Lavado de manos, para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Lavado clínico	8	67%
Lavado quirúrgico	2	17%
Ambos	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 4
Lavado de manos, para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

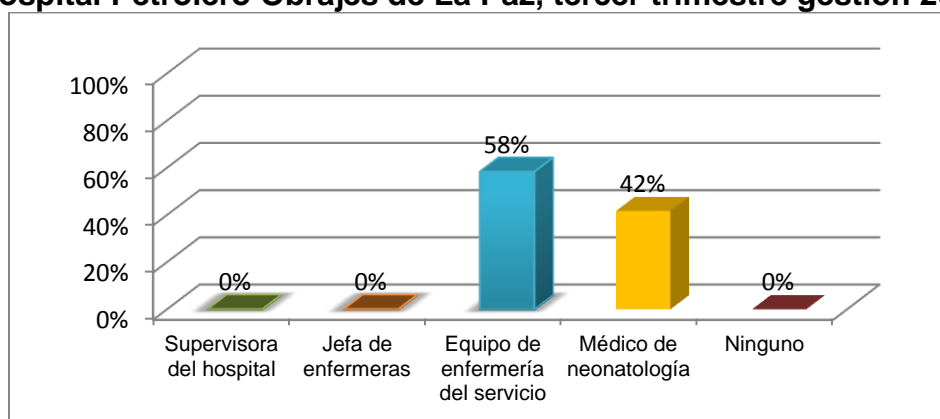
El lavado de manos que realiza el profesional de Enfermería antes de la admisión del neonato crítico el 67%(8) afirmó que realiza el lavado clínico. Por otro lado, el 17% (2) afirmó que realiza el lavado de manos quirúrgico. Finalmente, un 17%(2) dijo que realiza ambos lavados de manos. Sin embargo, la mayoría realiza el lavado clínico, este aspecto es positivo porque es el lavado de manos que se debe realizar antes de la admisión de neonato crítico.

Tabla N° 5
Comunicación a la autoridad para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Supervisora del hospital	0	0%
Jefa de enfermeras	0	0%
Equipo de Enfermería del servicio	7	58%
Médico de neonatología	5	42%
Ninguno	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 5
Comunicación a la autoridad para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

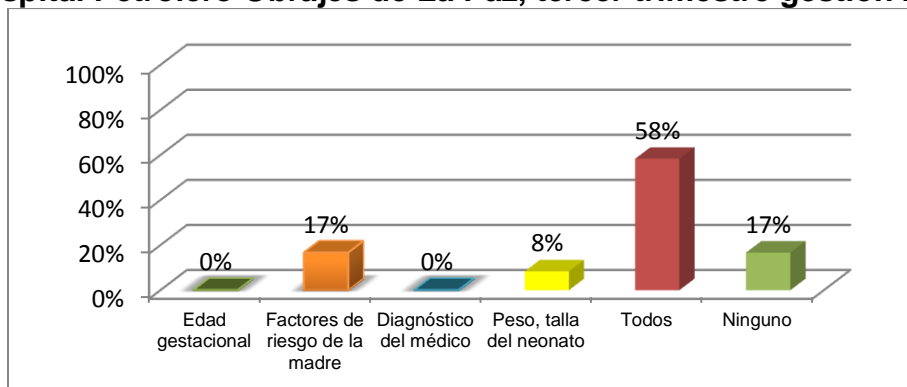
Según los datos se conoció que el 58% (7) del profesional de Enfermería comunica al equipo de Enfermería del servicio de la admisión del neonato crítico. Por otro lado, el 42% (5) respondió que se comunica a los médicos neonatólogos a cargo del servicio. No hubo ninguna persona que comunicará a la Supervisora del hospital o a la Jefa de enfermeras. Los datos muestran que la mayoría comunican a la persona indicada.

Tabla N° 6
Información que se debe comunicar entre los servicios de Emergencias y Maternidad al momento de admitir a un neonato crítico realizado por profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Edad gestacional	0	0%
Factores de riesgo de la madre	2	17%
Diagnóstico del médico	0	0%
Peso, talla del neonato	1	8%
Todos	7	58%
Ninguno	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 6
Información que se debe comunicar entre los servicios de Emergencias y Maternidad al momento de admitir a un neonato crítico realizado por profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos de la encuesta permitieron conocer que la comunicación que se tiene entre los servicios de Emergencia y Maternidad es efectiva, en el 58% (7) la comunicación se realizó todos los aspectos necesarios. Por otro lado, el 17% (2) se comunicaron acerca de los factores de riesgo de la madre. El 8% (1) se comunicaron acerca del peso, talla del neonato. Lo correcto es que se comuniquen todos los indicadores mencionados, así se tendrá una buena comunicación entre los servicios.

Tabla N° 7

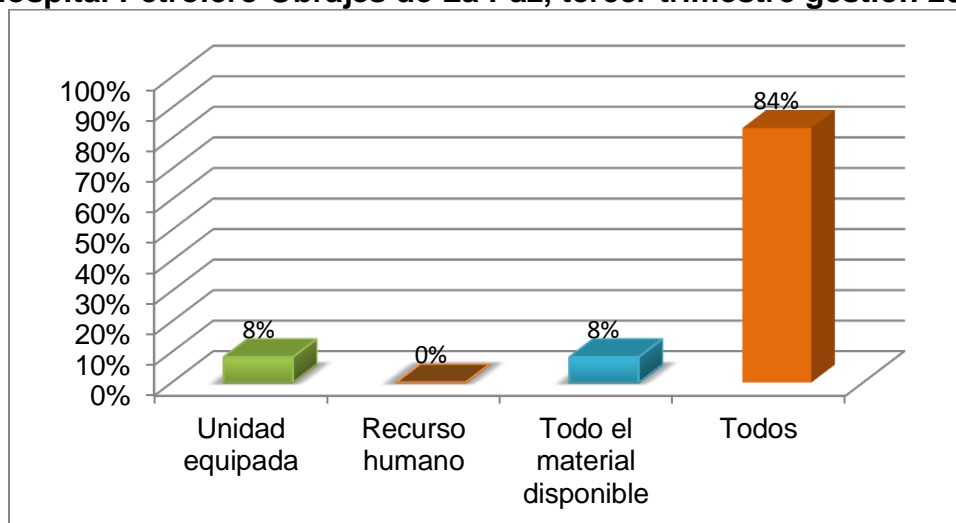
Recursos y materiales disponibles para la admisión del recién crítico por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Unidad equipada	1	8%
Recurso humano	0	0%
Todo el material disponible	1	8%
Todos	10	84%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 7

Recursos y materiales disponibles para la admisión del recién crítico por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

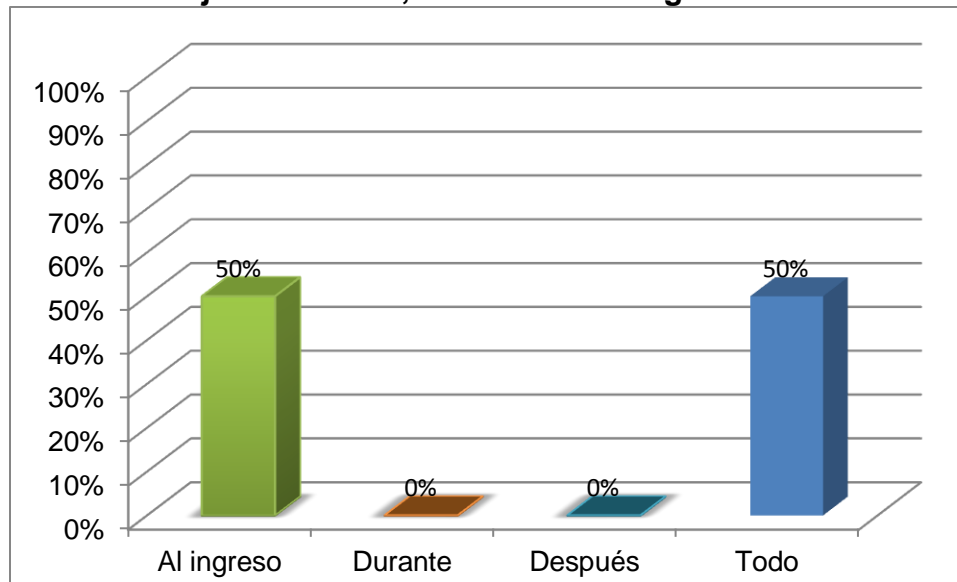
Los datos muestran que el personal de Enfermería prepara la Unidad para la admisión del neonato crítico, el 84% (10) considera todos los elementos necesarios para la admisión del neonato. También se conoció que el 8% (1) de las profesionales se encarga de organizar la unidad. Y otro grupo del 8%(1) organiza el material disponible en la unidad. Sin embargo, la mayoría respondió correctamente, porque se debe preparar tanto la unidad, el recurso humano y el material.

Tabla N° 8
Momento de valoración del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Al ingreso	6	50%
Durante	0	0%
Después	0	0%
Todo	6	50%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 8
Momento de valoración del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

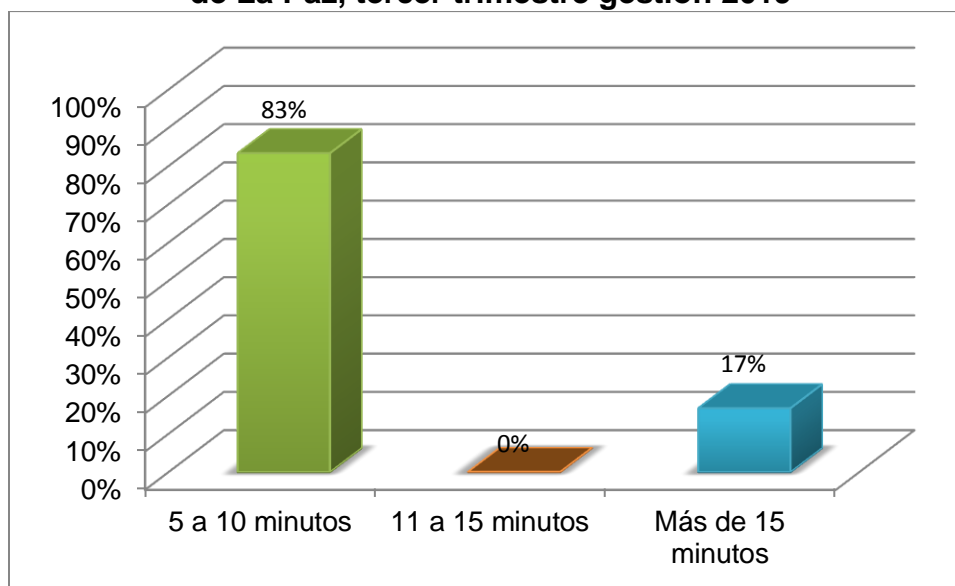
El gráfico muestra que el momento en que la profesional de Enfermería valora al neonato crítico, al ingreso de la unidad expresado por un 50%. (6) Por otro lado, el 50% (6) afirmó que la valoración la realizan al ingresar, durante y después de su ingreso. Este aspecto es importante porque la valoración se la debe realizar al ingreso, durante y después, es decir en todo momento.

Tabla N° 9
Tiempo para la preparación de la Unidad para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
5 a 10 minutos	10	83%
11 a 15 minutos	0	0%
Más de 15 minutos	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 9
Tiempo para la preparación de la Unidad para la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

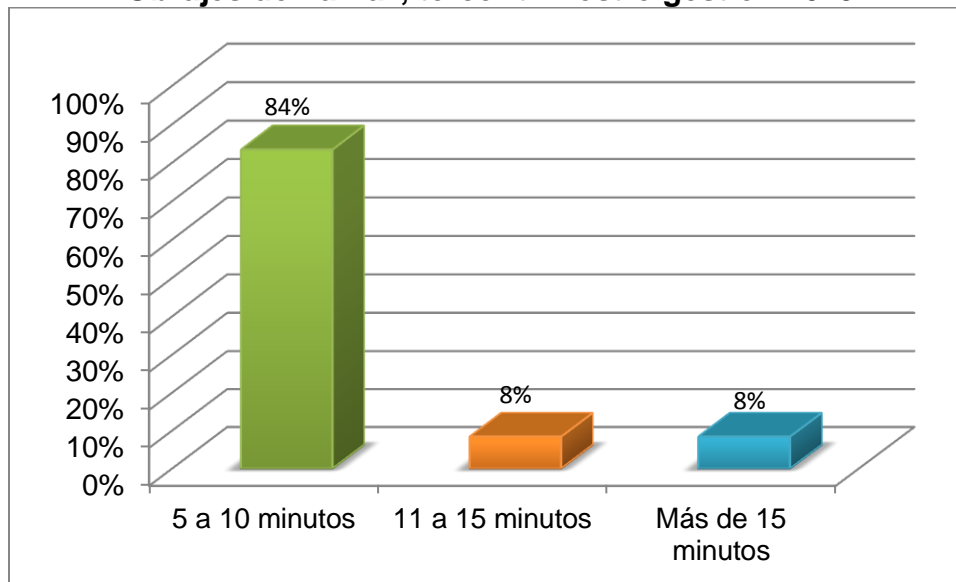
El tiempo que se toma para la preparación de la unidad para la admisión de un neonato crítico, según el 83% (10) lo realizan de 5 a 10 minutos. Por otro lado, el 17% (2) afirmó que prepara la unidad en más de 15 minutos. Es correcto que la preparación sea en el menor tiempo posible, debido a que cada minuto es valioso para la salud de neonato crítico.

Tabla N° 10
Tiempo de admisión al neonato crítico realizado por el profesional de
Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero
Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
5 a 10 minutos	10	84%
11 a 15 minutos	1	8%
Más de 15 minutos	1	8%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 10
Tiempo de admisión al neonato crítico realizado por el profesional de
Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero
Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

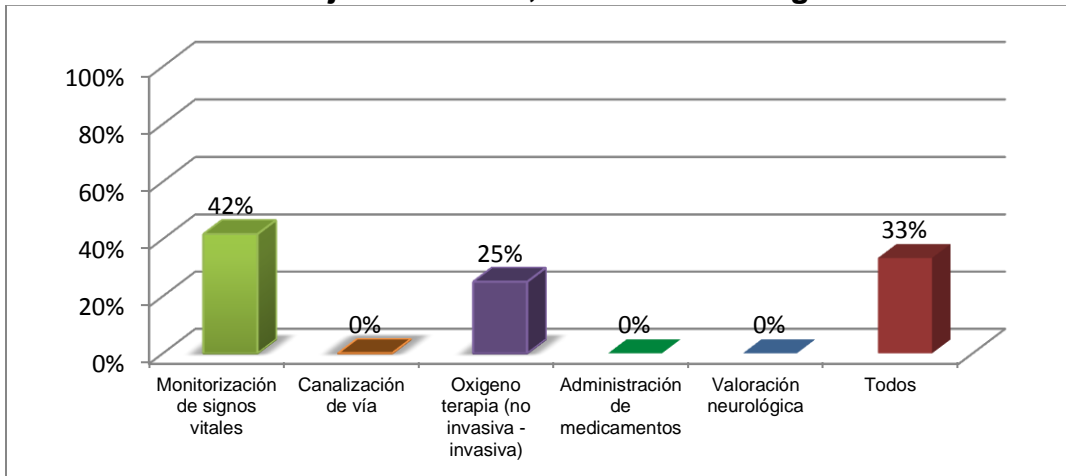
Respecto al tiempo que toma el profesional de Enfermería para de admisión del neonato crítico se pudo conocer que el 84% (10) afirmó que toma entre 5 a 10 minutos, el 8% (1) lo hace entre 11 a 15 minutos, el 8% (1) tuvo una duración de los 15 minutos. La admisión de neonato crítico debe realizar en el menor tiempo posible, debido a que la atención brindada debe ser inmediata, sin pérdida de tiempo.

Tabla N° 11
Procedimiento que realiza, en la admisión del neonato crítico el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Recibir al paciente y acomodar en la unidad	0	0%
Monitorización de signos vitales	5	42%
Canalización de vía	0	0%
Oxígeno terapia (no invasiva - invasiva)	3	25%
Administración de medicamentos	0	0%
Valoración neurológica	0	0%
Todos	4	33%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 11
Procedimiento que realiza, en la admisión del neonato crítico el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

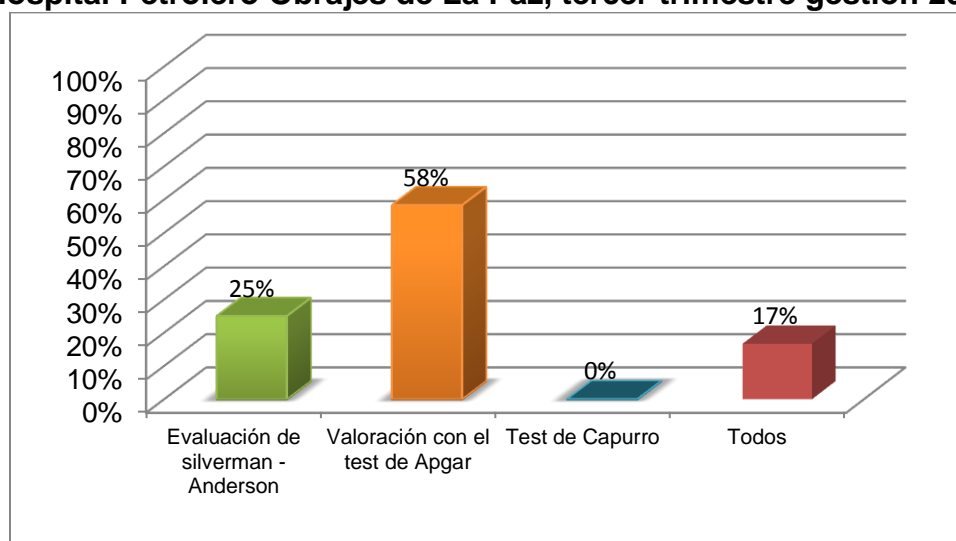
Los datos obtenidos muestran que el 42% (5) de las profesionales de Enfermería monitorizan los signos vitales, el 25% (3) administra oxigenoterapia (No invasiva), y el 33% (4) todos. Los procedimientos que se realizan durante la admisión son varios y dependen del estado del neonato crítico, mismos que deben ser aplicados con criterio y profesionalidad.

Tabla N° 12
Forma de valorar en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Evaluación de Silverman -Anderson	3	25%
Valoración con el test de Apgar	7	58%
Test de Capurro	0	0%
Todos	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 12
Forma de valorar en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

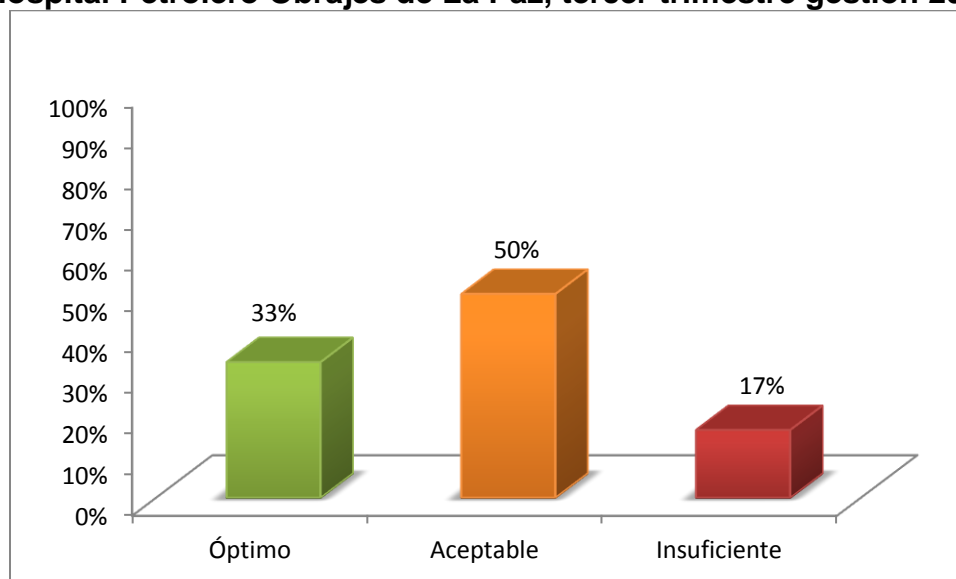
La forma de valorar la admisión del neonato crítico el 25% (3) de las profesionales dijeron que evalúan con la escala Silverman-Anderson. Por otro lado, el 58% (7) realiza la valoración con el test de APGAR. Examinando el color de la piel, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el esfuerzo respiratorio que realiza el recién nacido. Y el 17% (2) afirmaron que usan todas las escalas mencionadas. La valoración más común es APGAR, porque valora signos generales.

Tabla N° 13
Resultados finales en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	4	33%
Aceptable	6	50%
Insuficiente	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 13
Resultados finales en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACIÓN:

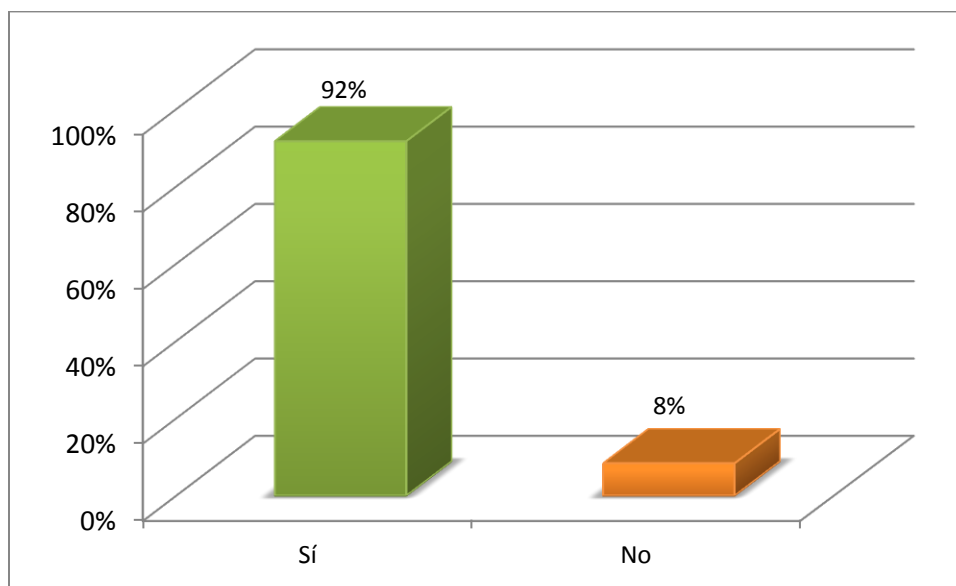
Los datos muestran que el 50% del profesional de Enfermería demostró un conocimiento aceptable, el 33% óptimo y el 17% insuficiente, lo que significa que existen pocas profesionales que deben mejorar su conocimiento sobre los cuidados del neonato en la admisión.

Tabla N° 14
Necesidad de la elaborar una guía de verificación en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	92%
No	1	8%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

Gráfico N° 14
Necesidad de la elaborar una guía de verificación en la admisión del neonato crítico realizado por el profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019



Fuente: Encuesta, Cuestionario, UCIN, Hospital Petrolero Obrajes, La Paz. 2019

INTERPRETACION:

En el gráfico se observa que el 92% (11) de las profesionales de Enfermería dijeron que sí creen necesario la elaboración de una guía de verificación fundamentada en la norma internacional para realizar la admisión del neonato crítico. Solamente un 8% (1) afirmó que no cree necesario la guía, sin embargo, la mayoría si ve la necesidad de tener guía.

IX. CONCLUSIONES

Finalizada la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Se determinó los cuidados del profesional de Enfermería en la admisión del neonato crítico al respecto se pudo concluir que el profesional de Enfermería debe fortalecer sus conocimientos debido a que se conoció que realizan los cuidados a criterio propio, no existe estandarización en el cuidado, y también se identificó varias falencias que puede influir negativamente la recuperación del neonato crítico.
- Respecto al cumplimiento de la descripción de los datos sociodemográficos del profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Petrolero Obrajes. Se concluye que 58% son licenciadas en Enfermería y un 58% tiene un tiempo de experiencia laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal entre 1 a 2 años, siendo un grupo de corta experiencia.
- Entre los cuidados que ofrece el profesional de Enfermería en la admisión de un neonato crítico a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se identificó que el 100% realiza la verificación de la unidad y de los equipos antes de la admisión del neonato crítico. Asimismo, el 67% personal de Enfermería se lava las manos bajo la técnica del lavado clínico. El 58% respondió que el personal de Enfermería que admite al paciente comunica al equipo de Enfermería del servicio, 58% respondieron que todos como la edad gestacional, factores de riesgo para la madre, diagnóstico del médico, peso y talla del neonato son datos específicos para la admisión efectiva por los servicios de emergencia y maternidad, el 84% señaló que la unidad equipada, recursos humanos y materiales disponibles son los recursos disponibles para la admisión del neonato crítico, el 50% respondió que el momento de la valoración del neonato crítico es al ingreso y un 50% mencionó que la valoración es al ingreso, durante y después de la

admisión, 84% indican que el tiempo de preparación para la admisión dura de 5 a 10 minutos, 83% indican que el tiempo de la atención de la admisión es de 5 a 10 minutos, 42% mencionan que la monitorización de signos vitales es el primer procedimiento en la admisión y el 58% realiza la valoración con el test de APGAR en el momento de la admisión. Entre las falencias más significativas encontradas se puede afirmar que están referidas al tipo de procedimiento que deben realizar inmediatamente ingresen a la Unidad, puesto que no todas las profesionales actúan según su propio criterios siendo variado. Asimismo, se vio como una debilidad el tiempo de preparación de la Unidad, siendo que se debe realizar siempre en el menor tiempo posible, sin embargo un grupo de profesionales dijo que el tiempo mayor no es un problema.

- Finalmente, se identificó que el profesional de Enfermería tiene necesidad de una guía para la admisión del neonato crítico, debido a que en la Unidad no se cuenta con ninguna guía no protocolo para la admisión del neonato crítico.

Por lo tanto, se identificó que los cuidados de Enfermería (Tiempo de verificación de la unidad y equipamiento; Lavado de manos que se utiliza para la admisión del neonato crítico; Comunicación en la admisión del neonato crítico; Información que se debe comunicar al equipo de salud; Recursos necesarios en la unidad; Momentos de valoración del neonato crítico; Tiempo de preparación de la unidad; Tiempo de admisión del neonato crítico; Procedimientos en la admisión del neonato crítico: Forma de valoración en la admisión del neonato crítico) en la admisión de neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son aceptables debido a que realizan 6 a 7 cuidados de Enfermería durante la admisión, sin embargo es fundamental contar con un nivel óptimo cumpliendo los 10 cuidados de Enfermería durante la admisión del neonato.

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que realiza la presente investigación son las siguientes:

- Se recomienda elaborar una guía de recomendaciones para fortalecer el procedimiento de la admisión del neonato crítico.
- Se recomienda al personal de Enfermería actualizar sus conocimientos sobre la admisión del neonato crítico, con el fin de mejorar la atención.
- Se recomienda organizar un grupo de profesionales que vigile el proceder de las profesionales con el fin de ir unificando los criterios de actuación.
- Se sugiere continuar con estudios en la Unidad con el fin de mejorar todos los procedimientos que se requieren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez V. Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos una teoría de mediano rango para la Enfermería profesional en Chile. 2012. Chile. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>. Recuperado el: 23-09-19.
2. Daza C. Medina L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. Revista: cultura de los cuidados 2006.
3. Lozano. M. Solórzano M. Vargas, G. Importancia del cuidado de Enfermería en la atención del recién nacido crítico. Colombia. 2017. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/index.php/es/index>. Recuperado el: 30-08-19.
4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Argentina. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001512cnt-atencion-prematuros.pdf>. Recuperado el: 24-08-19.
5. Amaya I. Suárez, M. Villamizar, B. Cuidado de Enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Colombia. 2005. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.pdf>. Recuperado el: 04-08-19.
6. Novoa J. Milad M. Vivanco G. Fabres J. Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Chile. 2009. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200010. Recuperado el: 21-09-19.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Los hombres y el cuidado de la salud. España. 2009. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf_

8. Cuesta C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Revista de investigación y educación en Enfermería. Colombia. 2017.
9. Báez F. Nava V. Ramos L. Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de Enfermería. México. 2009. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676%2027>. Recuperado el: 22-09-19.
10. Bes G. Navarro H. Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. España. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016. Recuperado el: 23-09-19.
11. Zarate R. La gestión del cuidado de Enfermería. México. 2004. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sco_arttext&pid=S1132. Recuperado el: 24-09-19.
12. Kuerten P. Lenise do Prado M. Modelo de cuidado ¿Qué es y cómo elaborarlo? Brasil. 2008.
13. Méndez G. Cuidados de Enfermería. Definición de cuidado de Enfermería. México. 2017.
14. Murillo T. La importancia de la Enfermería en el cuidado de los recién nacidos. España. 2018. Disponible en: <https://www.mastersadistancia.com/articulos/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-cuidado-de-los-recien-nacidos-028167.html>.
15. Tames O. Resumen de la historia y evolución de la Enfermería. 2019. Disponible en: <http://clinci.cloud.co/blog/historiadelaenfermera-resumen>. Recuperado el: 14-09-19
16. Guevara B. Rengifo J. Salas B. Manrique, D. Palacio C. El cuidado de Enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Venezuela. 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>. Recuperado el: 17-09-19.
17. Hernández F. Gallego R. Alcaraz S. González J. La Enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. España. 1997.

18. Kuerten P. Lenise do Prado M. Modelo de cuidado ¿Qué es y cómo elaborarlo? Brasil. 200.
19. Koello K. Origen y evolución de la Enfermería. Conocimiento de Enfermería. 2015. Disponible en: <http://karemcoellomedina.blogspot.com/2015/02/origen-y-evolucion-de-la-enfermeria.html>.
20. Arriata A. Investigación y documentación histórica en Enfermería. Chile. 2005. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf>.
21. Revista de actualizaciones en Enfermería. Teoría del cuidado humano de Jean Watson. Colombia. 2019. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>. Recuperado el: 23-09-19.
22. Portillo R. El cuidado: Jean Watson. Colombia. 2019. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>. Recuperado el: 23-09-19.
23. Guevara B. Rengifo J. Salas B. Manrique, D. Palacio C. El cuidado de Enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Venezuela. 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>. Recuperado el: 17-09-19.
24. Milad J. Vivanco M. Fabres G. Ramírez J. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Chile. 2009. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200010. Recuperado el: 21-09-19.
25. Rodríguez S. Jara F. Espin, M. Manejo del neonato crítico por Enfermería. 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-neonato-critico-enfermeria/>. Recuperado el: 15-07-19.
26. MedlinePlus. Neonato. 2019. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>. Recuperado el: 25-07-19.

27. Cueto S. Gómez L. Rodríguez O. Gonzalez E. León C. Gómez M. Manual sobre atención al recién nacido en la comunidad: su pertinencia para el médico general. Cuba. 2018.
28. Gómez M. Danglot C. Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. México. 2012. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>. Recuperado el: 17-08-19
29. Sellán M. Cuidados neonatales en Enfermería. España. ELSEVIER. 2017. Pág. 298.
30. Diccionario en línea. Admisión. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 24 de septiembre de 2019]. URL Disponible en: <https://definicion.de/admision/>
31. López M. Martínez. Martínez K. Roldan J. et al. Manual de procedimientos de Enfermería en las Unidades neonatales. Colombia. 2016. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Manual_UCIN.pdf. Recuperado el: 12-08-19.
32. Barboza J. Admisión del recién nacido de alto riesgo. Cuidados Críticos. 2017. Disponible en: <https://prezi.com/afc9jwqu1to0/admision-del-recien-nacido-de-alto-riesgo/>. Recuperado el: 19-08-19.
33. Roldán L. Tavosnanska J. Silveyra R. Atención inicial del recién nacido prematuro. Argentina. Daniela Palais Ediciones. 2018. Pág. 112.
34. Tamez R. Pantoja M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alto riesgo. 3ra.edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. 2010.
35. Ramos G. Unidad neonatal de cuidados intensivos. UCIN. 2019. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=unidaddecuidadosintensivosneonatalesucin-90-P05498>. Recuperado el: 03-08-19.
36. Capó M. Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. España. 2016. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300037>. Recuperado el: 17-08-19.

37. Ministerio de Salud de Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Perú. 2016.
38. Castro F. Urbina O. Manual de Enfermería en neonatología. Cuba. 2007. Disponible en: <http://bookmedico.blogspot.com>. Recuperado el: 15-07-19.
39. Nascimento R. Pantoja J. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Brasil. 2015. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5659/Enfermeria-en-la-Unidad-de-Cuidados-Intensivos-Neonatal.html>. Recuperado el: 17-08-19.
40. Lozano M. Solórzano M. Vargas G. Importancia del cuidado de Enfermería en la atención del recién nacido crítico. Colombia. 2017. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/index.php/es/index>. Recuperado el: 30-08-19.
41. Castro F. Urbina O. Manual de Enfermería en neonatología. Cuba. 2007. Disponible en: <http://bookmedico.blogspot.com>. Recuperado el: 15-07-19.
42. Arandia R. Recién nacido prematuro tardío, frente a los riesgos que deben tenerse en cuenta. Cochabamba – Bolivia. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v33n2/a15.pdf>. Recuperado el: 18-08-19
43. Hospital Petrolero de Obrajes. Historia del Hospital Petrolero de Obrajes. La Paz – Bolivia. 2018.
44. Rojas M. Un poco de historia, para conocer mejor nuestra institución, Caja Petrolera. La Paz – Bolivia. 2017.
45. Blanco G. Reseña histórica de la Clínica Caja Petrolera de Salud. 2017.
46. Reseña Histórica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Petrolero de Obrajes. 2019.
47. Manual de procesos y procedimientos de Enfermería Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Caja Petrolera de Salud. 2012.
48. Hernández R, Fernandez C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill; 2010.
49. Canales F. Pineda E. Alvarado E. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud. 2004.

50. Koria R. Metodología de la investigación. La Razón El Diario. . La Paz Bolivia. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO

La Paz 13 de Agosto de 2019

A: Lic. Elena Blanco Apaza
JEFE DPTO ENFERMERA
HOSPITAL PETROLERO OBRAJES

DE: Lic. Adela Irene Choque Ticona
ENFERMERA DE UNIDAD DE TERAPIA NEONATAL

Presente:

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZACION DE UN
TRABAJO DE INVESTIGACION

Mediante la presente reciba su persona un cordial saludo deseándole éxitos en las labores que viene desarrollando en bien de la institución.

Esta nota va dirigida a su autoridad, solicitar autorización para dar curso a mi trabajo de investigación titulado **"CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ADMISION DEL NEONATO CRITICO UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL HOSPITAL PETROLERO OBRAJES DE LA PAZ CUARTO TRIMESTRE GESTION 2019 "**

Esto con el objetivo de realizar la tesis de grado para optar el título de especialidad en Medicina Critica y terapia intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés, además con el fin de contribuir en el campo de la salud en beneficio del paciente y del servicio

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable me despido de su persona agradeciendo de antemano su colaboración.

Atte.:


Lic. Adela Irene Choque Ticona
C.I. 2638755 LP.



C/C.

Jefatura de Enfermería

Jefe de Médicos de Servicio de UCIN

Jefe de Enfermería del Servicio de UCI

La Paz 12 de Agosto de 2019

A: Dra. Claret Burgoa de Eid
JEFE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
HOSPITAL PETROLERO OBRAJES

DE: Lic. Adela Irene Choque Ticona
ENFERMERA DE UNIDAD DE TERAPIA NEONATAL

Presente:

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZACION DE UN
TRABAJO DE INVESTIGACION

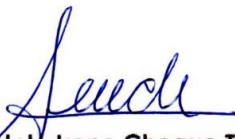
Mediante la presente reciba su persona un cordial saludo deseándole éxitos en las labores que viene desarrollando en bien de la institución.

Esta nota va dirigida a su autoridad, solicitar autorización para dar curso a mi trabajo de investigación titulado **“CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ADMISION DEL NEONATO CRITICO UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL HOSPITAL PETROLERO OBRAJES DE LA PAZ CUARTO TRIMESTRE GESTION 2019 “**

Esto con el objetivo de realizar la tesis de grado para optar el título de especialidad en Medicina Crítica y terapia intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés, además con el fin de contribuir en el campo de la salud en beneficio del paciente y del servicio

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable me despido de su persona agradeciendo de antemano su colaboración.

Atte.:




Lic. Adela Irene Choque Ticona
C.I. 2638755 LP.

C/C.

Jefatura de Enfermería

Jefe de Médicos de Servicio de UCIN

Jefe de Enfermería del Servicio de UCI



Dra. Claret Burgoa M. de Eid
JEFE DE PARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL PETROLERO OBRAJES

La Paz 13 de Agosto de 2019

A: Dr. Nelson Salas Delgado
**JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL PETROLERO OBRAJES**

DE: Lic. Adela Irene Choque Ticona
ENFERMERA DE UNIDAD DE TERAPIA NEONATAL

Presente:



**Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZACION DE UN
TRABAJO DE INVESTIGACION**

Mediante la presente reciba su persona un cordial saludo deseándole éxitos en las labores que viene desarrollando en bien de la institución.

Esta nota va dirigida a su autoridad, solicitar autorización para dar curso a mi trabajo de investigación titulado **“CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ADMISION DEL NEONATO CRITICO UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL HOSPITAL PETROLERO OBRAJES DE LA PAZ CUARTO TRIMESTRE GESTION 2019 “**

Esto con el objetivo de realizar la tesis de grado para optar el título de especialidad en Medicina Crítica y terapia intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés, además con el fin de contribuir en el campo de la salud en beneficio del paciente y del servicio

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable me despido de su persona agradeciendo de antemano su colaboración.

Atte.:


Lic. Adela Irene Choque Ticona
C.I. 2638755 LP.

C/C.

Jefatura de Enfermería

Jefe de Médicos de Servicio de UCIN

Jefe de Enfermería del Servicio de UCIN

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Distinguida Licenciada mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación **"Cuidados del personal profesional de Enfermería para la admisión del neonato crítico en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Petrolero de Obrajes La Paz gestión 2019"**, con el propósito de mejorar y unificar los procedimientos de Enfermería en la admisión del neonato crítico para la atención eficiente, eficaz y de calidad en los pacientes Neonatal críticamente enfermo, teniendo plena confianza de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió que la información se utilizara adecuadamente con la máxima confidencialidad

Lic.: Adela Irene Choque Ticona
C.I.2638755 L.P. INVESTIGADORA

Lic.....
Participante en la investigación



ANEXO 3

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMISIÓN DEL NEONATO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN EL HOSPITAL PETROLERO OBRAJES DE LA PAZ, TERCER TRIMESTRE GESTIÓN 2019

OBJETIVO: Establecer los cuidados de Enfermería en la admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Petrolero Obrajes de La Paz, tercer trimestre gestión 2019.

INTRODUCCIONES: Estimada colega: La presenta encuesta es anónima tiene fines académicos, lea cuidadosamente cada pregunta y conteste. Marque con una X.

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. ¿Título académico de Enfermería qué posee?

- Licenciada
- Especialista
- Magister

2. ¿Cuál es el tiempo que desempeña sus funciones laborales de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

- 1 a 2 años
- 3 a 5 años
- Más de 6 años

II. CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADOS DE LA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ADMISIÓN DEL NEONATO CRÍTICO

3. ¿Cuándo verifica usted, su unidad y equipamiento para la admisión del neonato crítico?

- Durante el ingreso.
- Antes del ingreso.
- Después del ingreso.

4. Para la admisión del neonato crítico en la unidad de terapia neonatal ¿Qué tipo de lavado de mano realiza

- Lavado clínico
- Lavado quirúrgico.
- Ambos.

5. A quién se comunica en la admisión del neonato crítico

- Comunicar al equipo de Enfermería que trabaja en el servicio
- Jefa de enfermeras del hospital
- Comunicar a la supervisora del hospital
- Comunicar al médico neonatología.
- Ninguno

6. **¿Información que se debe comunicar en la admisión del neotel profesional de Enfermería de los servicios de emergencia y maternidad?**

- Edad gestacional.
- Factores de riesgo de la madre.
Peso, Talla, del neonato
- Diagnóstico del médico
- Todos
- Ninguno.

7. **¿Recursos de la unidad para la admisión del paciente neonato crítico se cuenta con?**

- Unidad equipada.
- Recurso humano.
- Material disponible
- Todos

8. **¿En qué momento valoran al neonato crítico?**

- Al ingreso
- Durante
- Después
- Todos

9. **¿En qué tiempo prepara la unidad para la admisión del neonato crítico?**

- Mayor a 16 minutos.
- De 11 a 15 min.
- De 5 a 10 min

10. **Tiempo de la admisión del neonato crítico**

- Mayor a 16 minutos.
- De 11 a 15 min.
- De 5 a 10 min

11. **¿Cuál de estos procedimientos realiza en el momento de la admisión del neonato crítico?**

- Recibir al paciente y acomodar en la unidad
- Monitorización de signos vitales
- Canalización de vía
- Oxígeno terapia (no invasiva - invasiva)
- Administración de medicamentos
- Valoración neurológica.
- Todos

12. **¿Cómo realiza su valoración en el momento de admisión del neonato crítico?**

- Evaluación de Silverman-Anderson
- Valoración con el test de APGAR.
- Test de Capurro.
- Todos
- Ninguno

13. **¿Cree usted necesaria la elaboración de guías de verificación; estandarizados por normas internacionales y nacionales en admisión del neonato crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal?**

- Sí
- No

Gracias por su colaboración...

ANEXO 4

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

INVESTIGADOR: Adela Irene Choque ticona

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		✓		
16											
17											
18											
19											
20											

1.

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.			
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.			
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.			
VALIDEZ			
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>		NO APLICABLE <input type="checkbox"/>	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I.:	Fecha:	
Lic. S. Quispe	47757752.R	7-8-19	
Firma:	Celular:	Email:	
	73061021		
Sello:	Institución donde trabaja:		
	H. Niño	UCIP	

VALIDACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ADMISIÓN DEL NEONATO CRÍTICO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL CAJA PAGOLEPA DE SALUD LA PAZ CUARTO TRIMESTRE GESTIÓN 2019

MATERIA: CURSO DE ACTUACIÓN PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ESTUDIANTE: Adriana Cecilia Torres

DOCENTE: Lic. Fabian Torres

FECHA: 31 de Julio del 2019

LA PAZ - BOLIVIA

ASPECTOS GENERALES SI NO

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder al cuestionario

INVESTIGADOR: Lic. Irene Choque Ticona

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	/		/		/		/		/		
2		/		/		/		/		/	
3	/		/		/		/		/		Anular.
4	/		/		/		/		/		
5	/		/		/		/		/		Respuesta Anular la resp. abierta
6	/		/		/		/		/		
7	/		/		/		/		/		
8	/		/		/		/		/		
9	/		/		/		/		/		No respuesta abierta
10	/		/		/		/		/		
11		/	/		/		/		/		Plantear la resp.
12	/		/		/		/		/		
13	/		/		/		/		/		
14	/		/		/		/		/		
15											
16											
17											
18											
19											
20											

(2)



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		/	
Los ítems permite el logro del objetivo de la investigación		/	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		/	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		/	
El número de ítems es suficiente para recoger la formación en caso de ser negativa su respuesta, sugiere los ítems a añadir.		/	
VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I.	Fecha:	
Firma: <i>[Signature]</i>	47757752-P	25-7-14	
Sello: <i>[Signature]</i>	Celular:	Email:	
<i>lic Soledad E. Quispe</i>	Institución donde trabaja	<i>Soledadquispe@i.ve.com</i>	
<i>nat prof Q-88</i>	<i>H. H. 95 UCIP</i>		



ASPECTOS GENERALES SI NO
 El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder al cuestionario.
 INVESTIGADOR: Adela Ivang Siqueira Hincapié

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	/		/		/		/		/		
2	/		/		/		/		/		
3	/		/		/		/		/		
4	/		/		/		/		/		
5	/		/		/		/		/		
6	/		/		/		/		/		
7	/		/		/		/		/		
8	/		/		/		/		/		
9	/		/		/		/		/		
10	/		/		/		/		/		
11	/		/		/		/		/		
12	/		/		/		/		/		
13	/		/		/		/		/		
14	/		/		/		/		/		
15	/		/		/		/		/		
16	/		/		/		/		/		
17	/		/		/		/		/		
18	/		/		/		/		/		
19											
20											

3

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.			
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.			
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.			
VALIDEZ			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES			
Validada por: <i>Lic. Justa Cruz Niña</i>	C.I.: <i>43763382P</i>	Fecha: <i>06-08-19</i>	
Firma: 	Celular: <i>70615891</i>	Email:	
Sello: Lic. Msc. Justa Cruz Niña EPIDEMIOLOGA HOSPITAL MUNICIPAL MODELO COREA W.P.C. 624 M.C.E. 1 114	Institución donde trabaja: <i>Hosp. M.M. Corea</i>		

CUIDADOS DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
 PARA LA ADMISION DEL NEONATO CRITICO EN UNIDAD DE
 CUIDADOS TERAPIA NEONATAL HOSPITAL PETROLERO
 OBRAJES LA PAZ CUARTO TRIMESTRE GESTION 2019

MATERIA: CURSO DE ACTUACION PROPUESTA DE INTERVENCION

ESTUDIANTE: Adela Irana Choque Ticopa

DOCENTE: Lic. Fabián Ticopa

FECHA: 31 de julio del 2019

LA PAZ - BOLIVIA

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2019

ACTIVIDADES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C
Búsqueda del tema a estudiar												
Organización de la teoría utilizada												
Validación y aplicación de los instrumentos de investigación												
Tabulación y sistematización de información												
Revisiones por la docente												
Elaboración de la maestría												
Defensa de la maestría												