

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ACEPTACIÓN DE LA ESTADÍA PROLONGADA EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE PORTOVIEJO

ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA LA ACEPTACIÓN DE LA ESTADÍA PROLONGADA EN NEONATOLOGÍA

AUTORES: Jessica Gisela Cervantes Fernández¹

Gabriel García Murillo²

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: jessy_love23.cesar@hotmail.com

Fecha de recepción: 21 - 05 - 2019

Fecha de aceptación: 3 - 07 - 2019

RESUMEN

En este artículo se describe la presentación de un programa que va orientado a promover la aceptación familiar de la estadía prolongada de los neonatos, el mismo que se lo realiza con el fin de generar un desarrollo óptimo e ideal de los neonatos bajo el cuidado del personal de salud capacitado para enfrentar este tipo de problemas, se reconoce que cada familia presenta una preocupación sobre el tiempo de estadía en el que se encuentra un neonato, por ello el trabajo se realizó con el objetivo de implementar un programa de orientación familiar para promover la aceptación de la estadía prolongada de los neonatos con diversos problemas del área de neonatología del hospital general de Portoviejo, con el uso de una metodología descriptiva y exploratoria en la que se indagaron los casos que se presentan en neonatología y que ameritan una estadía prolongada, además de conocer el impacto de la familia frente a esta situación mediante una entrevista estructurada, para determinar el grado de impacto sobre su completo bienestar definido por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS).

PALABRAS CLAVE: Estadía prolongada; familia; neonato; desarrollo; morbilidad.

FAMILY GUIDANCE PROGRAM TO PROMOTE ACCEPTANCE OF THE LONG STAY IN THE AREA OF NEONATOLOGY OF THE GENERAL HOSPITAL OF PORTOVIEJO

¹ Estudiante de la Especialización en Orientación Familiar Integral del Instituto de Postgrado de la Universidad Técnica de Manabí. Ecuador.

² Magíster. Docente de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad Técnica de Manabí. Ecuador. E-mail: rgarcia@utm.edu.ec

ABSTRACT

This article describes the presentation of a program that aims to promote family acceptance of prolonged stay of newborns, which is carried out in order to generate optimal and ideal development of newborns under the care of staff. What is this? How does it work? How does it work? How does it work? acceptance of the prolonged stay of neonates with various problems of neonatology area of the general hospital of Portoviejo, with the use of a descriptive and exploratory descriptive in which the cases that appear in neonatology and that merit a prolonged stay were investigated, in addition to know the impact of the family in this situation through a structured interview, to finish the degree of impact on welfare defined by the WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).

KEYWORDS: Extended stay; family; newborn; development; morbidity.

INTRODUCCIÓN

Cada año millones de pacientes neonatos alrededor del mundo sufren daños discapacitantes o muertes debido a una atención médica carente de seguridad, y de corta duración hospitalaria, esto incluye las infecciones relacionadas con la atención, con las consecuentes pérdidas humanas, afectación significativa en la calidad de vida y gastos por la estancia prolongada. Avances en este campo a nivel internacional muestran que aplicando intervenciones específicas integradas en Bundle o ramillete se logran importantes impactos en disminuir la sepsis asociada a la atención, en particular debido al inadecuado uso de ventiladores, catéteres periféricos y centrales y fallas en normas de bioseguridad.

En este sentido se desarrolló un proyecto de intervención en el Departamento de Neonatología del Hospital General de Portoviejo con el objetivo de fortalecer la seguridad del paciente recién nacido, a través de la disminución de la estancia hospitalaria asociadas a la atención sanitaria.

Por ello los programas de alta hospitalaria (PAH), están conformados por una serie de estrategias desarrolladas por los profesionales de Enfermería, que tienen como propósito principal brindar herramientas a las familias de los neonatos para el cuidado en el hogar asociados a su problema de salud.

En este contexto (Roemer, M. 2013) indica que es netamente responsabilidad del personal de salud el reconocimiento de la estadía hospitalaria que pueda presentar un neonato frente al desarrollo que este presenta en el área de neonatología, lo que se determina realizando un estudio del seguimiento y desarrollo del mismo para reconocer el tiempo hospitalario que estaría presente en el área junto al personal médico para determinar intervenciones y/o actividades dirigidas a optimizar y reducir la estadía hospitalaria para beneficiar a la familia y al neonato, donde pueda presentar un apego de madre e hijo.

Es importante resaltar que todo usuario tiene el derecho a recibir la información oportuna tras su proceso asistencial y de estadía hospitalario, lo que debe ser más sensible ante determinados grupos que se identifican con mayores problemas de cuidados tras su alta hospitalaria.

Según O'Keefe G, (2014) la estancia hospitalaria de la madre y el recién nacido (RN) son imprescindibles que tengan la duración suficiente y que permitan identificar problemas para garantizar que la madre este suficientemente recuperada y preparada para su cuidado y el del RN en el domicilio.

Los trastornos cardiopulmonares relacionados con la transición del medio intrauterino al extrauterino, generalmente, se presentan en las primeras 12h de vida. Sin embargo, otros problemas, como la ictericia, anomalías cardíacas dependientes del ductus, obstrucciones intestinales, etc., pueden llegar a requerir un periodo de observación más prolongado.

La duración de la estancia del binomio madre-RN tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48h cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96h cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio.

Debido a esta incidencia la estancia hospitalaria es considerada como un indicador de calidad de la atención en salud. La estancia prolongada en una unidad neonatal afecta la calidad, genera costos elevados para el Estado y su familia, afecta el vínculo y condición laboral de los padres, y causa deterioro del estado de salud de los pacientes. En el Hospital General de Portoviejo la estancia prolongada en la Unidad de Neonatología ha sido definida en forma arbitraria, oscilando entre 3 y más 30 días, afectando las incidencias en los diversos estudios y el desarrollo del neonato con el riesgo de padecer una determinada enfermedad.

El tiempo de estancia hospitalaria depende de varios factores, entre los cuales se destacan la co-morbilidad y el grado de severidad de la enfermedad y sus complicaciones. Los cuidados que prevalecen en el mismo representan un alto porcentaje del presupuesto de los hospitales, y tiende a aumentar con el tiempo. El área de neonatología puede consumir entre un 13 y 20% de los costos hospitalarios totales. La estancia prolongada (mayor de 13 días) representa el 7,3% del total de admisiones y consume el 43,5% de días-termo cuna. (Gemke RJ, 2017)

Este tipo de investigaciones son necesarias y útiles para las instituciones de salud dentro del sistema de mejoramiento continuo de la calidad, identificando la estancia prolongada como uno de los problemas principales en la calidad de la atención de los neonatos.

En este sentido se realiza la implementación de un programa que responda a la estadía hospitalario con el fin de reducir la morbilidad infantil presente, para esto se contó con un grupo de intervenciones de enfermería dirigida al desarrollo y la disminución de la morbilidad del neonato; con lo que simultáneamente se respondió a la solución de la angustia materna o familiar que es afectada por esta problemática.

DESARROLLO

Los primeros días de vida del neonato son un factor fundamental en su desarrollo y adaptación, cuando este presenta complicaciones al nacer incide negativamente sobre el estadio hospitalario ejecutándose como prolongado para poder corregir problemas, y evitar futuras complicaciones que puedan comprometer la vida del neonato (MSP, 2014).

Una de estas complicaciones es la que se define como recién nacido que presenta un peso menor o igual a 1500 gramos lo que significa que tiene muy bajo peso al nacer (MBPN) independientemente de la edad gestacional. Este bajo peso ocasiona otras complicaciones de salud en su estancia hospitalaria, que tienen relación directa con el tiempo de la estancia de acuerdo a la condición del neonato, las características del hospital, así como la gravedad de la enfermedad del recién nacido, muchos de estos recién nacidos de muy bajo peso al nacer presentaron antecedentes maternos tales como, controles prenatales insuficientes, gestantes adolescentes, ruptura prematura de membranas, nivel socioeconómico bajo. (Halpern NA, 2013)

En la actualidad en el Hospital General de Portoviejo no hay una definición muy clara del tiempo de estancia prolongada, existen estudios referentes a la estancia hospitalaria en los servicios en general, pero muy pocos llegan a describir cuales fueron las complicaciones que se presentaron en el servicio de la unidad de cuidado intensivos e intermedios, así como en el manejo especializado que recibió el neonato hasta presentar una adecuada estabilidad hemodinámica y sea dado de alta.

En el Hospital General de Portoviejo se atiende a un gran número de neonatos que presentan complicaciones de salud -entre ellas; muy bajo peso al nacer, Síndrome de dificultad respiratoria, prematuridad etc-. Por lo que ha sido necesario e importante desarrollar y ejecutar este estudio para determinar cuáles son los factores asociados al recién nacido que presentan un estadio prologando, recolectando información útil para darle una mejor orientación sobre su manejo, además de identificar los factores asociados a las enfermedades o complicaciones que los causan.

Los problemas que presentan los neonatos de estadio prolongado en el Hospital General de Portoviejo se definen como:

1.- Síndrome de dificultad respiratorio en la prematuridad

Se considera como síndrome de dificultad respiratoria o síndrome de distrés respiratorio (enfermedad de la membrana hialina) al trastorno respiratorio de

los recién nacidos prematuros, en el que los sacos de aire (alvéolos) en los pulmones del recién nacido no están abiertos por la falta o la insuficiente producción de la sustancia que los cubre (surfactante). (López Gutiérrez I, 2014).

Cuando hay insuficiencia o ausencia total de surfactante, como ocurre en los bebés prematuros y en hijos de madres diabéticas, esto se convierte en un factor de riesgo para el síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de distrés respiratorio).

Los niños afectados tienen serias dificultades para respirar y presentan una coloración azulada a causa de la falta de oxígeno en la sangre.

El diagnóstico se basa en los síntomas, los niveles de oxígeno en sangre y los resultados de la radiografía de tórax; sin tratamiento, el síndrome causa daño cerebral o la muerte.

Si el feto ha de nacer a pretérmino y presumiblemente no producirá suficiente surfactante antes del parto, la madre recibe una inyección de un corticoesteroide que acelere la producción de surfactante por parte del feto.

Síntomas y diagnóstico

En los recién nacidos afectados, los pulmones están rígidos y los sacos de aire tienden a colapsarse completamente, vaciando los pulmones de aire. En algunos recién nacidos muy prematuros, los pulmones pueden estar tan rígidos que son incapaces de empezar a respirar en el momento de nacer. (MSP, 2014)

Frecuentemente, los recién nacidos intentan respirar, pero dado que los pulmones están tan rígidos, se produce una dificultad respiratoria grave (distrés respiratorio grave), que se manifiesta con un aumento visible de la dificultad respiratoria, incluyendo retracción del pecho debajo de la parrilla costal, aleteo de los orificios nasales durante la inspiración y gruñidos durante la espiración. Dado que una buena parte del pulmón no tiene aire, los recién nacidos presentan bajos niveles de oxígeno en sangre, lo que ocasiona una anómala coloración azulada de la piel (cianosis).

En menos de veinticuatro horas la dificultad respiratoria (distrés respiratorio) tiende a agravarse, ya que se cansan los músculos utilizados para respirar, se agota la poca cantidad de surfactante existente en los pulmones y aumenta el número de alvéolos colapsados. Finalmente, sin tratamiento, los recién nacidos sufren lesiones en el cerebro y otros órganos por la falta de oxígeno o mueren. (Ruttimann U. 2014)

2.- Bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)

El bajo peso y el retraso del crecimiento intrauterino, representa consigo un trastorno en el que el feto tiene un tamaño menor al previsto para la cantidad de semanas de gestación. Otro término con el que se conoce al RCIU es "restricción del crecimiento fetal". Los recién nacidos con RCIU a menudo son descritos como "pequeños para su edad gestacional".

Un feto con RCIU suele tener un peso fetal estimado menor al percentil diez. Esto significa que pesa menos que el 90 por ciento de los fetos de su misma edad gestacional. Un feto con RCIU también puede nacer a término (después de las 37 semanas de gestación) o en forma prematura (antes de las 37 semanas). (Swoboda S, 2016)

Los recién nacidos con RCIU a menudo son delgados, pálidos, y su piel es seca y flácida. Con frecuencia, el cordón umbilical también es delgado y opaco en vez de ser brillante y grueso. Algunos bebés no tienen aspecto desnutrido, pero sí son más pequeños.

¿Qué causa retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)?

El retraso del crecimiento intrauterino se produce cuando existe un problema o anomalía que impide que las células y tejidos crezcan, o que reduce el tamaño de las células. Esto puede suceder cuando el feto no recibe los nutrientes y el oxígeno necesarios para el crecimiento y el desarrollo de sus órganos y tejidos, o debido a una infección. Aunque algunos bebés son más pequeños por causas genéticas (sus padres son pequeños), la mayoría de casos de RCIU se deben a otras causas. Algunos de los factores que pueden contribuir al RCIU son los siguientes:

- Factores maternos:

Presión arterial alta, enfermedad del riñón crónica, diabetes avanzada, enfermedad del corazón o respiratoria, desnutrición, anemia, infección, abuso de sustancias (alcohol, drogas), tabaquismo

- Factores relacionados con el útero y la placenta:

Reducción del flujo sanguíneo en el útero y la placenta, desprendimiento placentario (la placenta se desprende del útero), Placenta previa (la placenta se implanta en el segmento inferior del útero), infección de tejidos que rodean al feto (Swoboda S, 2016)

- Factores relacionados con el bebé en desarrollo (feto):

Gestación múltiple (por ejemplo mellizos o trillizos), infección, defectos de nacimiento (congénitos) y Anomalías en los cromosomas

Por qué es un problema el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)?

El RCIU puede comenzar en cualquier momento del embarazo. El desarrollo temprano del RCIU suele deberse a anomalías en los cromosomas, enfermedades de la madre o problemas graves de la placenta. El desarrollo tardío (luego de las 32 semanas) en general está relacionado con otros problemas. (Goldhill DR, 2013)

El RCIU limita el crecimiento general del cuerpo y los órganos del bebé, y es posible que las células de sus tejidos y órganos no crezcan lo suficiente, o que su cantidad no sea la adecuada. Cuando por la placenta no fluye la sangre

suficiente, el feto recibe pocas cantidades de oxígeno. Esto puede disminuir la frecuencia cardíaca del feto poniéndolo en una situación de gran riesgo.

Los bebés con RCIU pueden tener los siguientes problemas al nacer, entre otros:

- Disminución de los niveles de oxígeno, Puntaje de Apgar bajo (evaluación que permite identificar bebés con dificultades de adaptación después del parto), Aspiración de meconio (inhalación de las primeras deposiciones dentro del útero) que pueden producir dificultades respiratorias, Hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en sangre), Dificultad para mantener una temperatura corporal normal

- Policitemia (exceso de glóbulos rojos)

El RCIU severo puede provocar un parto de feto muerto. También puede causar problemas de crecimiento a largo plazo en bebés y niños.

¿Cómo se diagnostica el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)?

Durante el embarazo, el tamaño del feto puede calcularse de diversas formas. Se puede medir la altura del fundus (parte superior del útero) desde el hueso pubiano. Esta medida en centímetros en general coincide con la cantidad de semanas de gestación luego de la semana 20. Si la medida es inferior a la esperada, deberá realizarse una ecografía para obtener un tamaño estimado del feto y diagnosticar RCIU.

Otros procedimientos de diagnóstico pueden incluir los siguientes: (Cotten C. 2015)

- La ecografía (estudio a que utiliza ondas sonoras para generar una imagen de las estructuras internas) es el método más preciso para calcular el tamaño del feto. Se puede medir la cabeza y el abdomen del feto y comparar los resultados con una tabla de crecimiento para calcular el peso fetal. La circunferencia abdominal del feto es un indicador útil de la nutrición fetal.
- Estudio de flujo por Doppler. Otra forma de evaluar el bienestar del feto una vez que se ha diagnosticado RCIU es el estudio por Doppler, que utiliza ondas sonoras para medir el flujo sanguíneo. El sonido de la sangre en movimiento produce ondas que reflejan la velocidad y la cantidad de sangre que fluye por un vaso sanguíneo. Los estudios con Doppler permiten controlar los vasos sanguíneos del cerebro del feto y el flujo sanguíneo del cordón umbilical.
- Aumento del peso de la madre. El aumento del peso de la madre también puede revelar el tamaño del bebé. Un aumento de peso escaso durante la gestación puede equivaler a un bebé pequeño.

¿Cómo se controla el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)?

El control del RCIU depende de la seriedad del retraso del crecimiento y de la instancia del embarazo en que comience el problema. En general, cuanto más precoz y serio es el retraso del crecimiento, mayor riesgo corre el feto. Puede ser necesario efectuar un monitoreo cuidadoso y exámenes continuos del feto con RCIU. (Weissman C, Sprung CL: 2016)

Algunos medios para controlar problemas potenciales incluyen los siguientes:

- Recuento de movimientos fetales. Seguimiento de movimientos y patadas del feto. Un cambio de cantidad o de frecuencia puede indicar que el feto está padeciendo estrés.
- Prueba sin estrés. Examen que analiza la frecuencia cardíaca del feto para detectar si aumenta con los movimientos fetales, un signo de bienestar del feto.
- Perfil biofísico. Examen que combina la prueba sin estrés con una ecografía para evaluar el bienestar del feto.
- Ecografía. Técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de los vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Los ultrasonidos se utilizan para visualizar los órganos internos mientras trabajan, y para evaluar el flujo sanguíneo a través de los diferentes vasos. Este examen se utiliza como modo de seguimiento del crecimiento fetal.
- Estudio de flujo por Doppler. Tipo de ecografía que utiliza ondas sonoras para medir el flujo sanguíneo.

3.- Hiperbilirrubinemia Por Incompatibilidad ABO

La incompatibilidad hemolítica por ABO es la causa más frecuente de enfermedad hemolíticas del neonato. Ocurre en neonatos A o B de madre O. La enfermedad se puede presentar en el primer embarazo de una madre O que tiene anticuerpos anti-A o anti-B (IgG) sin previa sensibilización (no se sabe por qué). (Niskanen M, 2009)

La incidencia de la Incompatibilidad ABO se presenta en una baja cantidad de casos sobre los embarazos, evidenciando presencia de sensibilización y en una menoría presencia de hemólisis significativa. La mitad de los casos ocurre en el primer hijo y es más frecuente en niñas que en niños.

Etiopatogenia

(Bellamy P. (2013) afirma que la mayoría de los casos de enfermedad hemolítica neonatal (EHN) ocurre en madres O con hijos A que B y es más frecuente por A1 que A2. La enfermedad puede ocurrir sin previa sensibilización en el primer embarazo y no hay aumento de la misma en los siguientes embarazos.

La relativa poca gravedad de esta enfermedad, en contraste con la incompatibilidad Rh, es porque los antígenos A y B están en muchos tejidos y sustancias solubles A y B del plasma, además de los hematíes; por

consecuencia sólo una pequeña fracción de anti-A y anti-B cruza la placenta, uniéndose a los hematíes.

Las células placentarias neutralizan gran parte de las aglutininas materna, antes que penetren en la circulación fetal. Hay varias sustancias de origen vegetal y animal que producen aglutininas anti-A y anti-B naturales IgM (19S) en los primeros meses de vida que no cruzan la placenta, pero sólo la EHN por ABO se produce por anticuerpos inmune IgG (7S). (Chalfin DB, (2015)

Manifestaciones Clínicas

Aunque la incompatibilidad ABO ocurre en el 20-25% de los embarazos, la enfermedad hemolítica ocurre solamente en el 10%, generalmente por A1 que es más antihigiénico que A2. Ictericia precoz que aparece en las primeras 24-36 horas, generalmente de poca intensidad. No hay palidez o si existe es ligera, ninguna o mínima hepatoesplenomegalia e hidrops fetalis raro. El kerníctero es excepcional, pero posible. Anemia tardía puede ocurrir. Los neonatos asiáticos y africanos, a menudo del grupo B, sufren de una enfermedad más severa que los caucásicos.

Tratamiento

-Fototerapia: se recomienda ante toda ictericia precoz. -Inmunoglobulina si aumento de la bilirrubina $>0.5\text{mg/dL/hora}$ o bilirrubina $>12\text{ mg/dl}$. Dosis: 500 mg/kg intravenoso en 4 horas. -Exsanguinotransfusión, pocas veces necesario: 1) aumento horario de la bilirrubina $> 0.5\text{ mg/dL/hora}$, a pesar de la fototerapia 2) bilirrubina $>20\text{ mg/dL}$. Raramente necesidad de repetir EST. -Hidrops fetalis: transfusión de glóbulos rojos y después EST. Además de un seguimiento a los 15 días por posible anemia tardía, necesitando transfusión de glóbulos rojos. Bashour C. (2017)

Es necesario tomar en cuenta este tratamiento para considerarse una estrategia en el programa planteado cuando se presentan los casos por incompatibilidad de ABO, para así evitar una estadía prolongada

4.- Infección de las vías urinarias

Las infecciones renal en embarazadas se encuentran relacionadas con las complicaciones que pueden aparecer tanto en el parto como en la propia gestación del feto, ya que eleva el riesgo de tener un parto prematuro y contracciones prematuras, puede retardar el crecimiento intrauterino, eleva el riesgo de que se rompan las membranas del útero y, en algunas ocasiones, se ha llegado a relacionar con casos de muerte fetal. Además, eleva el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso y con anemia. (Wong DT, (2014)

Entre los síntomas más frecuentes de una infección urinaria se incluyen:

- Dolor o sensación de ardor al orinar.
- Necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual e imposibilidad de hacerlo aunque se tengan muchas ganas. Hay que tener en cuenta que la

incontinencia urinaria es muy frecuente durante el embarazo sin necesidad de padecer una infección.

- Turbiedad, mal olor o presencia de sangre en la orina.

Si se presenta esta sintomatología, es necesario acudir al médico para recibir un tratamiento con antibióticos que sea seguro tanto para la madre como para el feto.

Ante esto la familia participa en un vínculo afectivo-cognitivo que interfiere sobre el bienestar tanto de la madre como del niño en donde presenta problemas reconocidos como: (Richter, J. (2015)

-La distancia de su hogar hasta el hospital ya que la mayoría de madres que presentan a su hijo en estadio hospitalario

-El bajo recurso económico que presentan en el hogar es otro de los factores debido a la calidad de vida y el desconocimiento que presentan sobre el autocuidado de un embarazo estable

-Mala alimentación de la madre cuando presentaba el transcurso del embarazo

Estrategias para el programa de orientación familiar para reducir la estancia prolongada

Los problemas presentados son los que se muestran con frecuencia en el hospital que produce un estadio hospitalario y que representan una preocupación para el vínculo madre e hijo, por lo que se plantean estrategias con sus debidas intervenciones de enfermería para corregir este estadio hospitalario estableciéndose consigo los siguientes: UNICEF (2017)

Prevenir el exceso de movimientos bruscos neonatales

-Evitar la sobre estimulación del recién nacido, disminuir procedimientos que afectan adversamente al niño, mejorar el confort, reducir el estrés y aliviar el dolor.

Aspectos para el cuidado de Enfermería:

-Control de los signos vitales.

-Termorregulación, cuidados de la piel, disminuir el ruido, evitar la iluminación excesiva.

-Signos vitales:

-Mantener cardiomonitoreado al recién nacido para de esta forma tener un control constante de los signos vitales, colocar sensor cutáneo para el monitoreo adecuado de la temperatura corporal o termómetro.

Termorregulación:

-Arropar y vestir, usar el nido y usar la cámara plástica.

Cuidados de la piel.

-Utilizar esparadrapo preferentemente especial y para retirarlos humedecerlos previamente con agua destilada tibia, instalar el sensor del saturómetro de oxígeno, colocar protector de gasa previamente a la colocación directa del esparadrapo en piel, fijar sondas nasogástricas, tubo endotraqueal estos deben ser pequeños y dañar la piel lo menos posible, realizar cambios frecuentes de posición para favorecer la circulación.

-Disminuir el ruido.

-Disminuir la intensidad de las alarmas de los monitores, responder rápidamente a estas, evitar ruidos innecesarios cercanos a la incubadora, abrir y cerrar suavemente las puertas de la incubadora, situar a los pacientes más activos lejos de áreas de alto tráfico.

Evitar la iluminación excesiva.

-Mantener al recién nacido en un ambiente de semioscuridad, para facilitar el sueño y reducir el estrés, colocar cobertores que cubran parte o la totalidad de la incubadora, manteniendo la mínima iluminación necesaria para permitir el trabajo que se esté realizando, se debe evitar el exceso de estimulación sensorial, es importante intentar que las exploraciones, toma de muestras y otras manipulaciones coincidan en el tiempo.

Cuidados con la ventilación.

-Proceda a aspirar el tubo cuando se compruebe la presencia de secreciones de forma visual o por auscultación, así como ante la caída de la saturación y el aumento del CO₂, para este procedimiento se necesitan dos personas durante su realización, debe efectuarse con el uso de material estéril, se debe oxigenar al niño conectándolo al ventilador o fuente de oxígeno después de producirse la aspiración, la succión debe ser precedida de terapia respiratoria GENTIL.

Cuidados con el acceso venoso.

-Mantener el catéter aséptico y permeable, evitando la aparición de complicaciones (flebitis, obstrucción y extravasación).

Aspectos epidemiológicos.

El peligro de infección está presente por lo cual uno de los principales objetivos radica en la prevención de la infección con el cumplimiento de normas epidemiológicas generales de los servicios de Cuidados Especiales Neonatales.

Cuidados con la alimentación.

-Es importante mencionar el aporte nutricional que se debe brindar al neonato en su estadio hospitalario, en la cual merece una exhaustiva alimentación exclusiva materna de ser necesario, caso contrario buscar nutrición enteral o parenteral según lo indique el médico.

-Mantener el alimento del neonato a temperatura ambiente para no perder su composición ni nutrientes que puede brindar a su organismo

Atención a los padres.

-El personal de enfermería debe fomentar las relaciones entre el recién nacido y los padres, estimular el contacto táctil de los padres hacia al recién nacido, y la aplicación del método piel a piel, realizar visitas domiciliarias cuando la madre se encuentre en el embarazo para llevar consigo un control y un beneficio sobre el transcurso del embarazo para evitar complicación en su parto y en el recién nacido que pueda producir un estadio prolongado.

Con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida, se trazan estrategias para reducir los nacimientos con bajo peso, que constituyen una preocupación mundial y una problemática de la cual no se está exento, por lo que no son suficientes las medidas y estudios que se realizan para controlar y reconocer su comportamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, se decide informar la participación del personal de enfermería en la incidencia del bajo peso al nacer valorando su comportamiento.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, sobre el programa de Orientación Familiar para promover la Aceptación de la estadía prolongada de los neonatos con diversos problemas del área de neonatología del Hospital General de Portoviejo, en el 2019.

Con el instrumento de una entrevista planificada con preguntas abiertas determinadas, y la investigación de la historia clínica de los neonatos que permanecían en estadio hospitalario prolongado

El universo de estudio estuvo constituido por todos los recién nacidos del área de neonatología del Hospital General de Portoviejo que presentaban estadía prolongada, desde marzo hasta mayo del 2019 donde se trabajó con una muestra de 65 neonatos en su totalidad distribuidos así, 24 del mes de marzo, 19 en el mes de abril y 22 en el mes de mayo nacidos vivos según los criterios de inclusión.

Resultados

-En la historia clínica se determinó el tipo de patología que se presentaba en los neonatos que permitían estadía prolongada, de la cual tenemos las siguientes:

Síndrome de dificultad respiratorio prematuridad (25), Bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino (20), hiperbilirrubinemia Por Incompatibilidad ABO (12), infección de las vías urinarias (8)

-Además de la historia clínica se investigó a través de una entrevista abierta los factores de riesgo con relación a la familia que afectaba la estabilidad de su embarazo y la permanencia en el hospital cuando el neonato presentaba una estadía prolongada, en la que tenemos:

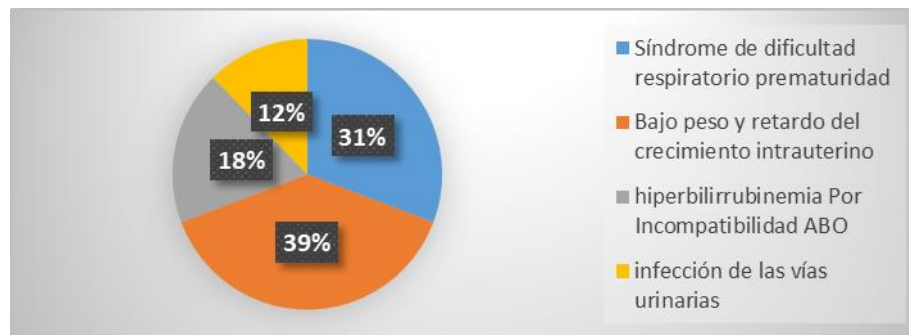
La distancia de su hogar hasta el hospital (16), el bajo recurso económico que presenta en el hogar (45) Mala alimentación de la madre cuando presentaba el transcurso del embarazo (4)

Ante estos resultados se describió las estrategias establecidas en el desarrollo del artículo enfocadas en reducir la estadía prolongada con una recuperación eficaz y optima sobre las patologías que se presentaban en los neonatos que permitían estadio prolongado.

Análisis y tabulación de datos

Patologías frecuentes presentes en los neonatos que permiten estadio prolongado.

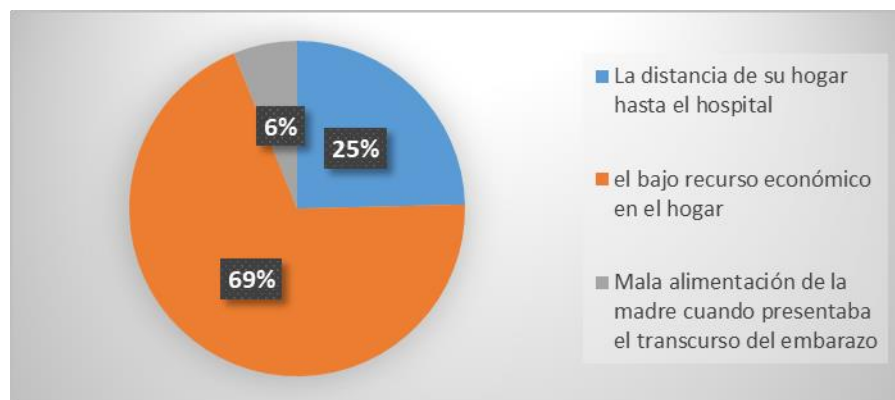
Síndrome de dificultad respiratorio prematuridad	20
Bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino	25
hiperbilirrubinemia Por Incompatibilidad ABO	12
infección de las vías urinarias	8
TOTAL	65



En esta investigación se constata que la prevalencia de estadía prolongada sobre los neonatos resalta en el bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino manifestándose así con un 39%, lo que puede ser causado por que la madre no llevaba un adecuado control en el embarazo para evitar este tipo de complicaciones, por lo cual las estrategias van enfocadas a concientizar a las familias que piensan tener hijos o a las mujeres embarazadas, de la misma resultado que un 31% de neonatos presentaba síndrome de dificultad respiratoria, la cual también toma medidas drásticas sobre las estrategias dirigidas a solucionar la demanda de oxígeno que requiere el recién nacido, mientras que el 18% presenta hiperbilirrubinemia y el 12% infecciones de vías urinarias.

Factores de riesgo de la familia que afecta su bienestar ante la permanencia del neonato con estadio prolongado en el hospital

La distancia de su hogar hasta el hospital	16
el bajo recurso económico que presenta en el hogar	45
Mala alimentación de la madre cuando presentaba el transcurso del embarazo	4
TOTAL	65



Sobre esta pregunta se considera que el 69% de los familiares del neonato presentaba bajo recurso económico en el hogar, mientras que el 25% presenta dificultades para acceder a los centros de salud debido a la distancia de su hogar al hospital, y el 6% de las familias restantes presentaban mala alimentación en el transcurso del embarazo la cual debe ser solucionado por medio de visitas domiciliarias como estrategia para emplearlas como cuidado directo cuando la madre está en el embarazo así evitar complicaciones en el parto y en el recién nacido que pueda producir un estadio prolongado

CONCLUSIONES

En este artículo se identifica que el problema más frecuente que permite un estadio prolongado es el bajo peso y el retardo del crecimiento uterino representando consigo con un 39% del total de recién nacidos que padecen esta problemática, por lo cual las estrategias que se emplean por medio de este artículo van dirigidas a solucionar esta problemática, acompañando consigo cuidados complementarios que son coadyuvantes para dar respuesta ante la recuperación óptima y eficaz de las demás enfermedades prevalentes en el estadio prolongado sobre los neonatos del hospital general de Portoviejo

Ante la propuesta de este programa guiado con estrategias de intervenciones de enfermería dirigidas a reducir el estadio prolongado del recién nacido, para brindar consigo un desarrollo óptimo mientras permanezca en estadio hospitalario, con el fin de reducir el tiempo de permanencia en el área de neonatología, indicando consigo la importancia del vínculo madre e hijo que debe fomentarse en todo momento posible para que su recuperación sea más evidente

Además de esto se indica que el acompañamiento familiar hacia el neonato juega un papel indispensable para la reducción del estadio hospitalario, en el cual la influencia principal es la madre, que cuando existe un apego entre el binomio, se ha demostrado que la recuperación es más temprana, lo cual indica una estrategia necesaria para erradicar la problemática familiar en la asistencia del neonato reconocidas así como: la distancia de su hogar hasta el hospital, el bajo recurso económico y la mala alimentación de la madre cuando presentaba el transcurso del embarazo

Otra estrategia indispensable que se dio a concluir por medio de este programa es la implementación indispensable de charlas que se debe de implementar a las mujeres embarazadas y a las parejas que realizan una planificación familiar sobre los cuidados que se debe llevar en un embarazo para evitar complicaciones que pueda prolongar el estadio hospitalario de un neonato

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bashour, C. (2017). supervivencia a largo plazo y capacidad funcional en neonatos después de cuidados intensivos prolongados, (pág. 384-393).

Bellamy, P. (2013). Patrones de consumo de recursos en cuidados intensivos médicos. Cof. Edition (pág. 685-689).

Chalfin, D.B. (2015). La economía y la rentabilidad de la medicina de cuidados críticos. Cuidados intensivos Med edition (pág. 952-961).

Cotten, C. (2015). Estadía prolongada en el hospital para bebés extremadamente prematuros: diferencias en el centro de factores de riesgo y el impacto de la mortalidad en la selección de un centro con el mejor rendimiento. J Perinatol edition. (650-665).

Experiencia cubana en la atención a la salud infantil (2014). La Habana: Editora Política; 2014. p. 9-45.

Gemke, R.J. (2017). Eficacia y eficiencia de una unidad de cuidados intensivos pediátrica holandesa: validez y aplicación del puntaje de riesgo de mortalidad pediátrica. (pág. 1477-1484).

Goldhill, D.R., Sumner, A. (2013). Resultado de los recién nacidos de cuidados intensivos. Rea 5ta edition: (pag. 337-345).

Halpern, N.A., Bettles, L. (2013). Unidad de cuidados intensivos federales y nacionales y costos de atención médica [citado 7 de junio del 2019]

López Gutiérrez, I., Aballe Hernández, Z. (2014). Factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el Hospital de Nuevitas. XVII Forum Científico Estudiantil.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Documentos MSP: Objetivo de trabajo e indicadores; p. 4. [Citado 27 de jun de 2014]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/aps/category/informacion/>

Niskanen, M. et al. (2009). Calidad de vida después de cuidados intensivos prolongados. Fall edition; 27 (pág. 1132-1139).

O'Keefe, G. (2014). factores de riesgo en neonatología. 6ta edición pág. 473-8.

Rapoport, J. (2016). Severidad de las complicaciones de neonatos. Et al edition (pag. 28-48).

Richter, J.C., Pajonk, F.G. (2015). Prolongar el tratamiento quirúrgico en UCI: La calidad de vida como criterio de resultado. Waydhas Ch. edition (pág. 130-150)

Roemer, M. (2013). "Estadio hospitalario en Pediatría" asociación de enfermeras españolas (pág. 33-45) disponible en: <https://www.enfermeriadelainfancia.com/>

Ruttimann, U. (2014). Duración de la estancia y eficiencia en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Ped edition (pág. 79-85).

Swoboda, S. (2016). Impacto familiar después de una estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos SICU. edition; (pág. 26-38).

UNICEF (2017). Progreso para la infancia: Un mundo apropiado para los niños y las niñas. [acceso 5 de junio del 2019]. Objetivo de un mundo apropiado para los niños: Reducir la tasa de bajo peso al nacer por lo menos en un tercio. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41508.htm

Weissman, C., Sprung, C.L. (2016) El impacto de los neonatos a largo plazo en la utilización quirúrgica de la cama en la UCI: variación año a año. (pág. 155-158).

Wong, D.T. et al. (2014). Utilización de días de unidad de cuidados intensivos en médico-quirúrgica canadiense. (pág. 27-34).