



**NECESIDAD DE LAS ENFERMERAS DE OFRECER CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE  
LOS RECIÉN NACIDOS BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN-RELAJACIÓN, EN LA UNIDAD  
DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA CLÍNICA LA FOSCAL (BUCARAMANGA)**

**BOGOTA FEBRERO 2012  
REPUBLICA DE COLOMBIA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESPECIALIZACION CUIDADO CRÍTICO NEONATAL**

**NECESIDAD DE LAS ENFERMERAS DE OFRECER CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE  
LOS RECIÉN NACIDOS BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN-RELAJACIÓN, EN LA UNIDAD  
DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA CLÍNICA LA FOSCAL (BUCARAMANGA)**

**LADY VIVIANA BARCENAS VARGAS  
JENNIFFER ANDREA GARCIA ROZO**

**PROYECTO DE GESTIÓN PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS EN  
NEONATOLOGIA**

**ASESORA:**

**YANIRAASTRID RODRIGUEZ HOLGUIN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO NEONATAL**

**BOGOTA, D. C.**

**2012**

## INDICE

### GLOSARIO

1. INTRODUCCION	
2. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	1
3. JUSTIFICACION.....	1
4. ARBOL DE PROBLEMA.....	3
5. OBJETIVOS.....	4
5.1 GENERAL.....	4
5.2 ESPECIFICOS.....	4
6. ARBOLDE OBJETIVOS.....	5
7. ASPECTOS ETICOS.....	6
8. MARCO CONCEPTUAL.....	6
9. MARCO METODOLOGICO.....	22
10. MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	24
11. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION.....	27
12. ANALISIS DE RESULTADOS .....	29
13. CONCLUSIONES.....	31
14. RECOMENDACIONES.....	3

### BIBLIOGRAFIA

### ANEXOS

## GLOSARIO

**CUIDADOS DE ENFERMERIA:** Intervenciones que se proporcionan a la persona con la finalidad de prevenir enfermedades; fomentar, preservar y restaurar el estado de salud.

**CONOCIENDO:** Esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro.

**ESTAR CON:** Estar emocionalmente presente con el otro.

**HACER POR:** Hacer por otros lo que se haría por uno mismo.

**PERMITIR:** Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informado, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos.

**MANTENER LAS CREENCIAS:** Es mantener el Fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición.

**CUIDADOS:** Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal<sup>i</sup>

**CALIDAD:** es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario.<sup>ii</sup>

**ACREDITACION:** Facultad que se otorga a una persona o institución que se otorga para asumir una responsabilidad o función<sup>iii</sup>

**ETICA:** Es la construcción moral que orienta las actitudes y los comportamientos del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales.

**LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA:** Son las normas básicas que deben guiar la práctica profesional de las ciencias biomédicas.

**BENEFICIENCIA:** El principio de beneficencia se traduce en que se tiene que hacer el bien a las personas, teniendo en cuenta que el concepto de “bien” es subjetivo, con lo cual “nuestro bien” no tiene porque coincidir con el “bien” del otro.

**NO MALEFICIENCIA:** El principio de la no maleficencia supone que no se puede hacer daño al otro.

**AUTONOMÍA:** El principio de autonomía supone la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción.

**JUSTICIA:** El principio de Justicia obliga a tratar a todas las personas con equidad, es decir, con igual consideración y respeto.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los avances en la atención perinatal y neonatal de los recién nacidos mejoraron su supervivencia, pero para ello se requieren procedimientos invasivos múltiples, tales como intubación endotraqueal y ventilación mecánica (VM) prolongada, que se asocian con respuestas fisiológicas, bioquímicas y clínicas indicativas de dolor y estrés en el neonato. Los recién nacidos pueden percibir dolor y experimentar las consecuencias adversas a corto plazo, las cuales pueden mitigarse mediante la utilización de una terapia analgésica apropiada. En los recién nacidos y a largo plazo, del dolor y el estrés. Algunas de estas consecuencias sometidas a VM, el dolor puede provocar excitación y asincronía entre las respiraciones espontáneas y las establecidas en el respirador, proporcionando una ventilación inadecuada. Los niños pretérmino pueden presentar una respuesta hormonal al estrés de su enfermedad manifestada por concentraciones elevadas de catecolaminas.

El incremento en estas concentraciones, a pesar de la sedación opioide, se asociaron con mayor mortalidad. La respuesta incontrolada al estrés produce inestabilidad cardiovascular e hipotensión que llevan a acidosis, coagulación intravascular diseminada y muerte. La mayoría de los recién nacidos reciben alguna forma de analgesia y sedación durante la VM, aunque se observan variaciones marcadas en la práctica clínica. No existen guías clínicas para la sedación y analgesia farmacológicas en los recién nacidos que se basen en datos científicos sólidos o en medidas de eficacia clínica.<sup>iv</sup>

El personal de enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) deben establecer e identificar factores de riesgo como: lesiones de piel y osteomusculares cuando se somete a estos recién nacidos a sedaciones prolongadas, por esta razón este proyecto se realizó con el fin de pautar cuidados básicos que nos lleven a brindar un cuidado con calidad a estos recién nacidos además permitiendo así mismo el acompañamiento familiar siendo de gran importancia para su recuperación.

## 2. DEFINICION DEL PROBLEMA

Necesidad del personal de enfermería de ofrecer cuidado para el bienestar de los recién nacidos bajo efectos de sedación-relajación, en la unidad de cuidado intensivo neonatal de la clínica la FOSCAL (Bucaramanga).

## 3. JUSTIFICACION

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de la salud y de enfermedad.

De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*. Por lo tanto, " 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" (Diers, 1986). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

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 al. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.<sup>v</sup>

La gestión de los cuidados está entonces 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, motivación, participación, comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento

enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.<sup>vi</sup>

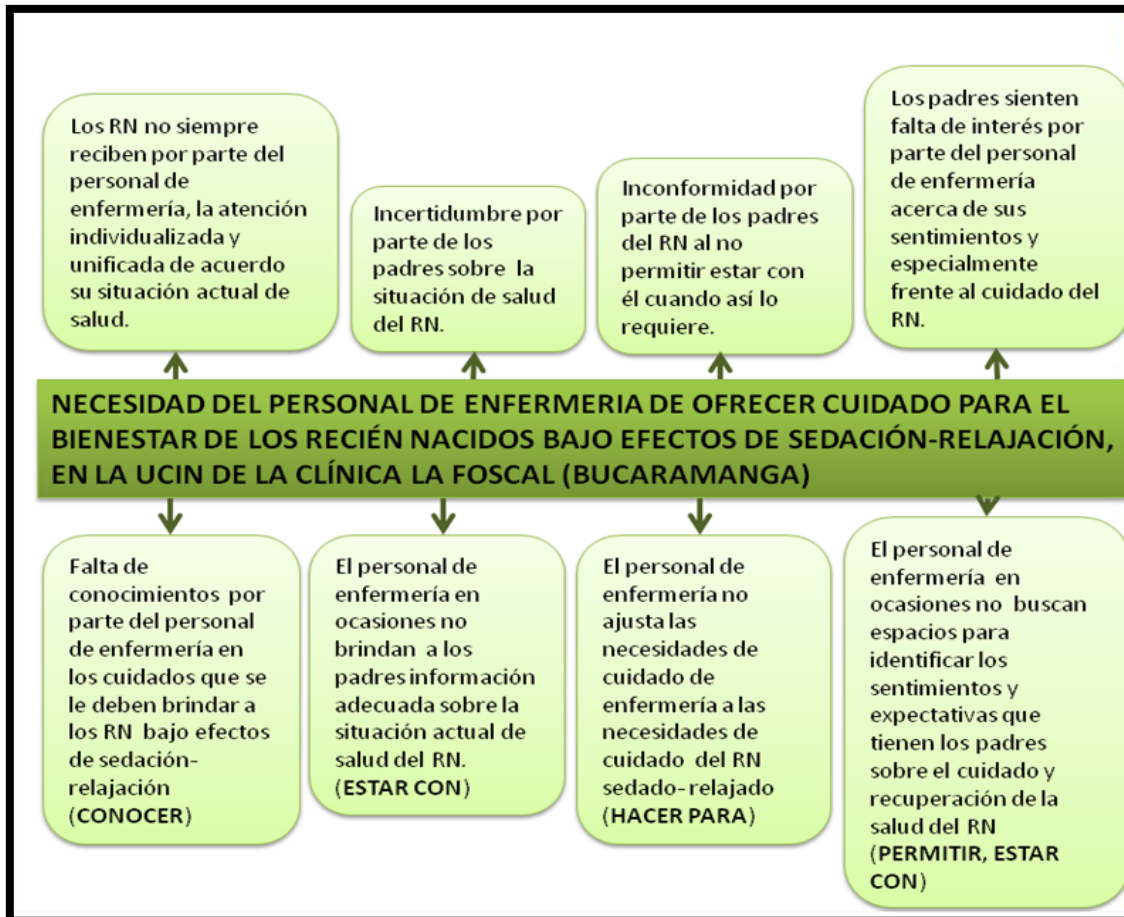
El proceso de cuidado en neonatos tratados con medicamentos sedantes y relajantes deben ser orientado en los aspectos expuestos anteriormente, estos medicamentos ya son poco utilizados puesto que con evidencias clínicas se ha comprobado que su administración tiene graves efectos colaterales en múltiples sistemas, muchas instituciones en sus protocolos han abolido la utilización de dichos fármaco y la administración de estos es solo si es absolutamente necesario.

En la clínica Foscal de Bucaramanga Santander es habitual la utilización de estos fármacos para procedimientos tales como intubación orotraqueal, pacientes en ventilación mecánica, entre otros, por lo tanto se evidencia la necesidad de que el personal de enfermería esté altamente capacitado para priorizar y proporcionar cuidados adecuados a los neonatos, para brindar bienestar y un atención con calidad como es la política de la institución.

Habiendo identificado la necesidad de cuidado en los neonatos bajo efectos de sedación y relajación, si se brinda un adecuado cuidado en esta población tan vulnerable disminuirán las complicaciones hospitalarias relacionadas con la falta de cuidado o déficit de conocimientos por parte del personal de enfermería y se evitara las estadías prolongadas por complicaciones, logrando la satisfacción de los padres por el cuidado que el personal de enfermería ha brindado a su hijo y por lo tanto la clínica Foscal seguirá adquiriendo reconocimiento por el buen servicio de salud que presta la institución.

Por lo anterior, este proyecto de gestión tiene como objetivo general Preparar al personal de enfermería para ofrecer cuidado para el bienestar de recién nacidos bajo efectos de sedación-relajación de la unidad de cuidado intensivo neonatal de la clínica FOSCAL (Bucaramanga).

#### 4. ARBOL DE PROBLEMA





## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

Preparar al personal de enfermería para ofrecer cuidado para el bienestar de recién nacidos bajo efectos de sedación-relajación de la unidad de cuidado intensivo neonatal de la clínica FOSCAL (Bucaramanga)

### 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

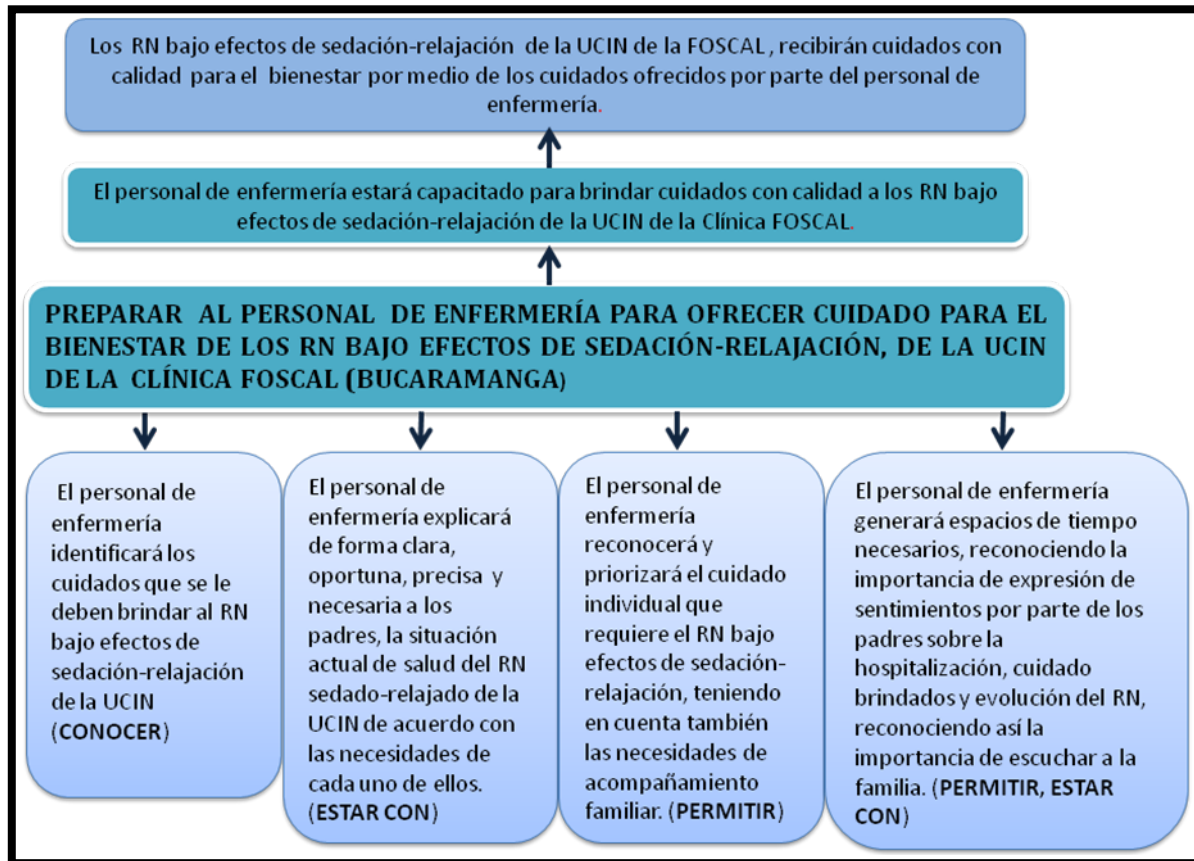
El personal de enfermería identificará los cuidados que se le deben brindar al recién nacido bajo efectos de sedación-relajación de la unidad de cuidado Intensivo Neonatal (**CONOCER**)

El personal de enfermería explicará de forma clara, oportuna, precisa y necesaria a los padres, la situación actual de salud del RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos (**ESTAR CON**)

El personal de enfermería reconocerá y priorizarán el cuidado individual que requiere el recién nacido bajo efectos de sedación-relajación, teniendo en cuenta también las necesidades de acompañamiento familiar. (**PERMITIR**)

El personal de enfermería generará espacios de tiempo necesarios, reconociendo la importancia de expresión de sentimientos por parte de los padres sobre la hospitalización, cuidados brindados y evolución del recién nacido, reconociendo así la importancia de escuchar a la familia (**PERMITIR, ESTAR CON**)

## 6. ARBOL DE OBJETIVOS



## 7. ASPECTOS ÉTICOS

Las enfermeras(o) contamos con un código de ética que define valores y principios éticos que orientan la práctica de enfermería y el desempeño profesional, se han establecido así unos lineamientos para asegurar la calidad humana, científica y ética del cuidado que presta nuestra profesión con el propósito de cumplir con la responsabilidad y misión social. De acuerdo con lo anterior, el Código de Ética indica la madurez y desarrollo que ha logrado la profesión para orientar la práctica hacia las metas de calidad tanto en la parte asistencia, preventiva e investigativa.

Como profesionales debemos poseer la integridad necesaria para que nuestra actuación siempre sea la adecuada basándonos en principios como la autonomía, respeto hacia las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad, veracidad y fidelidad. El código deontológico es una guía ética para enfermería que actúa sobre la base de las necesidades y los valores de la sociedad, debe ser utilizado en cada uno de los trabajos realizados, ya que aplica las normas éticas en todos sus ámbitos como: la práctica, la formación e investigación. La enfermera según el código de ética que las rigen deben crear estrategias para proporcionar cuidados de calidad que brinden a los usuarios bienestar teniendo responsabilidad de iniciar y mantener acciones encaminada a satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables en un ambiente en donde sean respetados los derechos y deberes de los humanos sin importar valores, costumbres y creencias respetando la confidencialidad en la información que se maneja. La responsabilidad del profesional de enfermería será buscar estrategias que mejoren el cuidado brindado, promoviendo la prevención y cuidado integral que brinden a los usuarios bienestar y mejoramiento en el estado de salud, Con esto la enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

Para la ejecución del proyecto nos basamos en dicho código de ética, con el cual aplicamos los principios como<sup>vii</sup>: Beneficencia y no maleficencia; para hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Justicia; La justicia para la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Autonomía; respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Los valores y código deontológico de enfermería.

## **8. MARCO CONCEPTUAL**

### **CONCEPTOS**

#### **RECIEN NACIDO**

Se puede denominar recién nacido o neonato al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Se considera período perinatal al comprendido entre la semana 22 de gestación y los 7 días de vida postnatal.<sup>viii</sup>

#### **SEDACIÓN**

Un sedante es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos.<sup>ix</sup>

#### **CUIDADO PARA EL BIENESTAR**

Se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería<sup>x</sup>.

#### **TEORIA DEL CUIDADO DE MEDIANO RANGO Kristen M. Swanson**

Kristen Swanson (1991) al desarrollar su Teoría sobre los cuidados realizó entrevistas a 3 grupos diferentes: mujeres que habían abortado, padre/madres y profesionales de una unidad de cuidados neonatales y madres de riesgo social que habían recibido apoyo prolongado de la sanidad pública. Los 3 grupos se encontraban en una situación o contexto perinatal y habían experimentado el fenómeno de los cuidados. A todos los grupos se les hicieron preguntas sobre cómo se experimentaban los cuidados o cómo se habían expresado en su situación.

La teoría de Swanson es una composición de los 3 estudios. La teoría describe los cuidados en 5 categorías o procesos, apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no son necesariamente la única práctica enfermera.

Las contribuciones de Swanson (1991) son útiles para indicar la dirección hacia la que desarrollar estrategias de cuidados útiles y efectivos. Cada una subdimensión puede servir de base para un planteamiento de intervenciones de enfermería<sup>xi</sup>

## **PRINCIPALES SUPUESTOS<sup>xii</sup>**

En 1993, Swanson desarrolló aún más su Teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro principales fenómenos de interés en la disciplina enfermera: enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

### **ENFERMERÍA**

Disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y otras disciplinas relacionadas, así como por “el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales”.

### **PERSONA**

“seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas”. Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de “una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío.

Swanson considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se autorreflejan y que anhelan estar conectadas con otros.

### **SALUD/BIENESTAR**

Según Swanson, la experiencia de la salud y el bienestar son:

Vivir una experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Las facetas del ser incluyen los muchos seres que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relación, feminidad, masculinidad y sexualidad, por mencionar sólo unas pocas.

Así, swanson considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud”

### **ENTORNO**

Es definido situacionalmente. Para la enfermería, es aquel contexto que influencia o es influenciado por el cliente designado. Las esferas de influencia son múltiples, incluyendo la cultural, política, económica, social, biofísica, psicológica y espiritual.

## **CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES<sup>xiii</sup>**

### **CUIDADOS**

Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

### **CONOCIENDO**

Esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

### **ESTAR CON**

Estar emocionalmente presente con el otro, incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.

### **HACER POR**

Hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

### **PERMITIR**

Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informado, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

### **MANTENER LAS CREENCIAS**

Es mantener el Fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

### **RECIEN NACIDOS BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN-RELAJACIÓN**

Para hablar del tema de sedación relajación, se debe comenzar definiendo el dolor, el cual ha sido definido como toda experiencia sensorial y emocional no placentera que está

asociada con daño tisular, o descrita como si lo hubiera. Dicho daño es motivado por la puesta en marcha de mecanismos hormonales diversos, así como por un aumento del grado de estrés oxidativo

En el recién nacido, los receptores y vías de transmisión y procesamiento del dolor están ya presentes, por cuanto que durante la gestación se han ido desarrollando y madurando dichas estructuras y mecanismos. Los primeros receptores cutáneos para el dolor se han detectado en la región perioral ya a la 7ª semana de edad gestacional, de forma casi simultánea al inicio del desarrollo del neocórtex fetal (8ª semana), estructura integradora del dolor. Hacia la 20ª semana se han completado el resto de receptores cutáneo-mucosos, y en torno a la 30ª semana de EG se establece la mielinización de las vías del dolor en tronco cerebral, tálamo y finalmente en los tractos nerviosos espinales, completándose dicho proceso en torno a las 37 semanas. La no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo. El sistema nervioso periférico se considera funcional en la semana 20 postconcepcional. La transmisión y respuesta al dolor forma parte de un complejo sistema en el que interaccionan numerosos mecanismos neuroendocrinos, con componentes tanto de sobreestimulación como de inhibición. En el recién nacido a término y pretérmino están inmaduros aún muchos mecanismos inhibitorios, por lo que el neonato puede presentar incluso respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que las mostradas por niños de mayor edad o adultos, presentando menor umbral del dolor cuanto menor es la edad gestacional del paciente.<sup>xiv</sup>

Se presentan algunas consecuencias del dolor a corto y largo plazo:

A corto plazo, el recién nacido, tras sufrir un estímulo doloroso, puede experimentar un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardíaca y respiratoria y de la tensión arterial, consecuencia, entre otros, de un aumento de la secreción de hormonas relacionadas con el estrés (catecolaminas, cortisol y glucagón).

El prematuro, además, presenta mayor riesgo de daño neurológico por patologías como la hemorragia intraventricular o la isquemia cerebral, por aumento de la presión intracraneal. El dolor, como fuente de estrés, sobre todo si se trata de un estímulo más o menos cronificado, puede producir un aumento de la susceptibilidad a infecciones, por la depresión del sistema inmune derivada del mismo.

A largo plazo, algunos estudios sugieren que el dolor que se experimenta en las primeras etapas de la vida puede exagerar la respuesta afectiva-funcional frente a posteriores estímulos o experiencias dolorosas. Por otro lado, el dolor crónico ha sido implicado en el fenómeno de muerte neuronal excitatoria, diferente de la apoptosis y mediada por NMDA (N-metil-D-aspartato), a nivel de diversas estructuras encefálicas (hipotálamo, tálamo, hipocampo y córtex).

## RESPUESTAS AL ESTÍMULO DOLOROSO EN EL RECIÉN NACIDO

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	RESPUESTAS BIOQUÍMICAS	RESPUESTAS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones en la frecuencia cardíaca</li> <li>• Alteraciones en la frecuencia respiratoria</li> <li>• Aumento de la presión intracraneal</li> <li>• Alteraciones en la tensión arterial</li> <li>• Desaturación de oxígeno</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Midriasis</li> <li>• Disminución del flujo sanguíneo periférico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipercatabolismo</li> <li>• Hiper cortisolismo</li> <li>• Hiperproducción de adrenalina</li> <li>• Hipoprolactinemia</li> <li>• Hipoinsulinemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Agitación</li> </ul>

FUENTE: López e. Manejo del dolor en el recién nacido. Servicio de neonatología. Unidad Clínica de gestión. Hospital universitario San Cecilio. Granada.(Consulta el 10 enero 2012). Disponible en:<http://www.aeped.es/protocolos/>

## PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS MÁS FRECUENTEMENTE EMPLEADOS EN UNIDADES NEONATALES

1. Diagnósticos: Punción arterial, venosa, talón y lumbar.
2. Terapéuticos: Catéter central/periférico, intubación endotraqueal, drenaje pleural/toracostomía, aspirado bronquial/traqueal, cambio de apósitos, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, sutura/retirada de puntos

## TRATAMIENTO<sup>xv</sup>

Son muchos los estímulos dolorosos agudos, con frecuencia recurrentes, que se realizan durante el cuidado del RN con fines diagnósticos o terapéuticos (extracción de sangre, canalización de vía) procedimientos de cuidado (colocación de sondas, cambios posturales, retirada de cintas adhesivas) o exploraciones.

Los neonatos que se encuentran en la incubadora, además de la capacidad de percibir el dolor, son capaces de reconocer el sufrimiento, la ansiedad y el miedo. Por lo que es necesario el tratamiento analgésico en neonatos, incluso en prematuros.



## INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICA <sup>xvi</sup>

<p><b>MEDIDAS AMBIENTALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar el ruido</li> <li>• Disminuir la luminosidad</li> <li>• Respetar el ciclo sueño/vigilia y horas de alimentación</li> <li>• Agrupar tareas</li> <li>• Seleccionar procedimientos</li> </ul>	<p><b>MEDIDAS DE DISTRACCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Voz suave</li> <li>• Mecer</li> </ul>	<p><b>MEDIDAS DE POSICIONAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plegamiento facilitado</li> <li>• Envolver al recién nacido durante procedimientos y/o manipulación</li> </ul>
<p><b>MEDIDAS TÁCTILES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masajear</li> <li>• Técnica canguro</li> </ul>	<p><b>ENDULZANTES, MEDIDAS “NUTRITIVAS”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sacarosa</li> <li>• Glucosa</li> <li>• L. Materna</li> <li>• Succión no nutritiva</li> </ul>	<p><b>TÉCNICAS NO INVASIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsioxímetro</li> <li>• Medición transcutánea de bilirrubinemia.</li> </ul>

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

### OPIOIDES

Pueden utilizarse para otorgar sedación ante distintas situaciones estresantes en niños <sup>xvii</sup>

### MIDAZOLAM

Es muy utilizado, constituyendo el ansiolítico más empleado como premedicación antes de una intervención quirúrgica. Utilizándose también previo a otro tipo de intervenciones o en niños sometidos a ventilación mecánica (135). Su administración en neonatos no se encuentra exenta de riesgos, pudiendo aparecer hipotensión o depresión respiratoria. <sup>xviii</sup>

### KETAMINA

El efecto hipnótico y analgésico de este fármaco le confiere la posibilidad de conseguir un estado de sedación, manteniendo la ventilación espontánea, sin la necesidad de ventilación

mecánica. Se ha utilizado ante distintos procedimientos en niños, pero faltan estudios que demuestren su eficacia y seguridad en neonatos.<sup>xix</sup>

## **FENTANILO**

50-100 veces más potente que la morfina, añade a su mayor potencia analgésica un inicio de acción casi inmediato y una menor duración de su efecto. Menos riesgo de hipotensión y broncoespasmo que la morfina.<sup>xx</sup>

## **SULFATO DE MORFINA**

El preciso mecanismo de acción de la morfina y otros opioides no es conocido, aunque se cree que está relacionado con la existencia de receptores estereoespecíficos opioides presinápticos y postsinápticos en el sistema nervioso central (SNC) y otros tejidos. Los opioides imitan la acción de las endorfinas produciendo una inhibición de la actividad de la adenilciclasa. Esto se manifiesta por una hiperpolarización neuronal con supresión de la descarga espontánea y respuestas evocadas. Los opioides también interfirieron en el transporte transmembrana de iones calcio y actúa en la membrana presináptica interfiriendo con la liberación del neurotransmisor.

## **RELAJANTES NEUROMUSCULARES<sup>xxi</sup>**

En numerosos casos, producen debilidad muscular prolongada tras administración durante más de 48 horas. Antes de su administración, asegurarse de que el paciente está bien sedoanalgesiado.

### **RELAJANTES NO DESPOLARIZANTES:**

Vecuronio: Acción intermedia, velocidad acción más rápida que pancuronio. En lactantes, el aclaramiento es menor, por lo que su duración es semejante al pancuronio. Metabolismo fundamentalmente hepático, con una pequeña fracción renal (3,5%). No tiene efecto vagolítico ni de estimulación simpática. No libera histamina, por lo que se puede usar en paciente asmático, no produce ni estimulación simpática ni vagal. Es de elección en pacientes cardiovasculares por su excelente tolerancia. Se emplea en intubación de pacientes cardiovasculares y en perfusión continua. Para facilitar la intubación, se puede emplear una dosis inicial reducida de 0,015 mg/kg, seguida a los 4-6 minutos de la dosis bloqueante. Inicio: 60 segundos, duración: 20-60 minutos. Dosis inicial: 0,08-0,1 mg/kg IV, dosis siguientes: 30-50 µg/kg IV, intervalo entre dosis 10-30'. Perfusión. Menores 1 año: 0,06 mg/kg/hora IV, 1-10 años: 0,15 mg/kg/hora IV. Adultos: 0,05-0,1 mg/kg/h.

## **CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO BAJO EFECTOS DE SEDACION Y RELAJACION.**

Los avances tecnológicos de los últimos años y el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales han permitido que sobrevivan prematuros muy inmaduros, así como la mayoría de los RN a término con patologías graves. En Chile, la mortalidad neonatal ha disminuido de un 10 por mil el año 1990 a 6 por mil recién nacidos vivos el año 2003, lo que lleva implícito un gran desafío para los equipos neonatales, tanto desde la perspectiva de seguir disminuyendo la mortalidad y por sobre todo, mejorar las condiciones de vida de los RN de extremo bajo peso de nacimiento, por pertenecer al grupo con mayor riesgo de morir o quedar con graves secuelas. Del punto de vista de Enfermería, nuestro objetivo es desarrollar un Programa de Cuidados necesarios para que la adaptación sea lo más fisiológica y natural posible, tratando que su desarrollo se vea interferido en el menor grado posible.<sup>xxii</sup>

### **RECEPCIÓN EN ATENCIÓN INMEDIATA**

- Unidad de reanimación preparada.
- Mantener las condiciones óptimas para mantener la termorregulación.
- Calefacción óptima del pabellón.
- Ropa de recepción precalentada.
- Cuna calefaccionada.
- Oxígeno humidificado y calefaccionado.
- Corregir rápidamente hipoxia siempre evitando hiperoxemia.
- Ideal es contar con un monitor de oximetría de pulso para evaluar objetivamente las condiciones del niño.
- Estabilización hemodinámica del niño.
- Comunicación expedita con sección de hospitalización en UCI, información clara de las condiciones del recién nacido y los requerimientos de éste para la preparación de la unidad.
- El traslado se realizará una vez que las condiciones de sala de UTI estén dispuesta para recibirlo.
- Traslado del niño envuelto y en incubadora de transporte con el soporte ventilatorio que requiera.

### **INGRESO A UCI**

- Ingreso en cuna calefaccionada hasta que se realicen los procedimientos de estabilización, posteriormente traslado a incubadora.
- Comprobar que nuestras manos están calientes antes de tocar al niño.
- Trabajo en conjunto del equipo médico, matrona, auxiliar de enfermería.

- Procedimientos necesarios hasta lograr una estabilización hemodinámica.
- Instalar monitor de signos vitales.
- Saturación de oxígeno.
- Frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Sensor de T° cutánea.
- Uso de electrodos adecuado al tamaño del RN, para evitar daño de la piel.
- Integrar todas las acciones necesarias para dejar al niño cómodo y contenido utilizando ropa que lo acoja (nido).
- Nidos y barreras: serán proporcionales al tamaño del prematuro
- El material que se utilizará deberá estar preparado.<sup>xxiii</sup>

## **TERMORREGULACION**

- El RN que nace en malas condiciones y presenta inestabilidad hemodinámica requiere ser recibido en cuna calefaccionada para facilitar las acciones que se llevarán a cabo, es importante instalar sensor de T° cutánea para monitorizar en forma permanente la temperatura del niño.
- Establecer el punto de servo-control de acuerdo al niño, mientras se realizan los procedimientos necesarios para su estabilización hemodinámica, trasladándolo posteriormente a incubadora de doble pared, apenas las condiciones del RN lo permitan.
- En prematuros relativamente estable, la recepción ideal es en incubadora con sensor de temperatura cutánea. La incubadora nos permite evitar pérdidas insensibles y disminuir desde un comienzo los múltiples estímulos ambientales a que está sometido en unidades de cuidado intensivo.
- Este R. N. requiere mayor aporte de calor ambiental para termorregular, por lo que la incubadora debe estar programada en 38° C., para su recepción , adecuando ésta posteriormente de acuerdo a la evolución y monitoreo continuo de la temperatura.
- Inicialmente instalar sensor de temperatura cutáneo de acuerdo al tamaño del niño, manejar con servo control los primeros días de vida. Después de los 3 a 4 días de vida ya se produce una estabilidad térmica y se puede manejar con el rango térmico neutral a pesar que en algunas ocasiones los prematuros no se ajustan a los requerimientos que establece la tabla de rangos térmicos de acuerdo al peso y edad del RN, por lo cual lo que debe comandar es el requerimiento de calor necesario para mantener su T° corporal dentro de límites normales.
- La termorregulación se favorece con el uso de gorro, guantes y calcetines, además de cobertores plásticos.
- Manejo de la temperatura de la incubadora
- Durante procedimientos o manipulaciones prolongadas en que es necesario abrir el panel frontal de la incubadora se producen pérdidas de calor del RN y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de

aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1°C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos.

- Finalizada la manipulación y cerrado el panel frontal, volver a sistema servo- control.
- En general, frente a todas las manipulaciones necesarias se propenderá a realizar los procedimientos con el RN dentro de la incubadora con panel frontal cerrado.

## **HUMEDAD**

- La incubadora no se manejará con agua para favorecer la humedad ambiental, ya que el riesgo de contaminación de la incubadora por gérmenes que se desarrollan en ambientes húmedos es muy alto. Sólo es excepción el recién nacido menor de 1.000 grs. En este caso, se recomienda el cambio de agua destilada estéril del estanque de la incubadora cada 48 horas vaciando previamente todo el estanque.
- Otra forma para mantener la humedad dentro de la incubadora es colocando un mezclador aire/oxígeno o un flujómetro a la red de aire con un vaso humidificador y una base calefactora administrando solo aire caliente a través de un corrugado. Es importante verificar que la ropa no se humedezca dentro de la incubadora, debido a que cualquier cambio de T° dentro de la incubadora hará que fácilmente caiga la temperatura del niño.

## **POSICION**

- El R. N. prematuro debe ser manejado preferentemente en posición fetal, debido a que ésta es la posición más confortable para él. Esto se logra colocando al RN en nidos con ropa suave alrededor.
- Los cambios de posición deben ser programados (supino, prono, decúbito lateral derecha e izquierda, según necesidad del paciente). En la prevención de escaras el uso de rodajas de tubular está indicado para evitar lesiones en los puntos de apoyo, ya que la piel de este prematuro es muy delicada y fácil de lesionarse.
- Prevención de deformación plástica de la cabeza.

## **ALIMENTACION<sup>xxiv</sup>**

- La alimentación enteral habitualmente se inicia, dependiendo de las condiciones del RN, después de las 24 horas de vida. Deben iniciarse con leche materna.
- La instalación de la SOG generalmente debe diferirse, a menos que el RN lo requiera precozmente por patología, ya sea dificultad respiratoria o distensión abdominal.
- Permitir desarrollar la asociación de patrones oro-motores importantes en el momento de alimentar por vía oral. Se debe partir primero estimulando el reflejo de búsqueda mientras se introduce el pezón o el chupete, simultáneamente con la leche por sonda. La importancia de la succión no nutritiva se basa en que calma y organiza a los niños

muy inmaduros y enfermos, es segura y cualquiera sea su costo energético, es muy compensadora.

- La leche debe administrarse a través de SOG, hasta que el R. N. este en condiciones de succionar y deglutir. La succión se coordina globalmente con la respiración y la deglución. No se debe forzar alimentación por chupete debido a que utilizará gran parte de su energía tratando de succionar y esto puede comprometer su incremento ponderal.
- Debe realizarse evaluación estricta de tolerancia alimentaria y medición de residuos una vez iniciada la alimentación.

## **ACCESO VASCULARES<sup>1</sup>**

- Evaluar la instalación de catéteres umbilicales para disminuir los estímulos dolorosos provocados por las punciones venosas y arteriales.
- Las punciones venosas periféricas deben disminuirse al mínimo en este período ya que estas producen estrés y dolor en el RN.
- Las infusiones en prematuros de extremo bajo peso, deben administrarse inicialmente a través de un catéter venoso umbilical.
- El cateterismo de la vena umbilical es recomendable en el manejo inicial del prematuro que tendrá una terapia endovenosa, principalmente en quienes requieran drogas vasoactivas.
- La instalación inicial de una vía venosa periférica es necesaria para hidratar, aportar glucosa y para tener un acceso venoso en caso de necesitar infundir medicamentos en forma urgente.
- Si ésta no se logra en un par de intentos suspender este procedimiento e informar para decidir cateterismo umbilical.
- La instalación de un catéter arterial por vía umbilical es recomendable en prematuros que necesitarán monitoreo de gases arteriales, evitando puncionar repetidamente al niño.
- Idealmente a las 12-24 horas de vida o logrando la estabilización del niño se debe instalar catéter central por vía percutánea lo cual evitará múltiples punciones
- presenta menos riesgos trombóticos e infecciosos que los catéteres venosos umbilicales.
- Al instalar vías periféricas, debe evitarse el uso de ligadura, ya que esta presión sobre la piel del RN puede provocar rápidamente equimosis y daño de la piel o provocar la detención de la irrigación de la extremidad con las consiguientes complicaciones.
- El ayudante debe ejercer una presión suave con dedos sobre el sitio a puncionar, bastará para visualizar la vena en cuestión.

- El uso de telas adhesivas para la fijación de vías debe ser restringido a lo estrictamente necesario, para evitar daño a la piel. El retiro debe ser cuidadoso y suave.

## **INFUSIONES PARENTERALES Y ADMINISTRACIÓN DEMEDICAMENTOS. <sup>xxv</sup>**

- Para manejar este tipo de pacientes es imprescindible contar con bombas de infusión continua del tipo peristálticas y de jeringas que permitan al menos infusiones de 1 ml/hora.
- Ideal es contar con bombas que den la posibilidad de administración de 0.1 ml/hora, dado que es fundamental el control estricto de los volúmenes infundidos.
- Los medicamentos deben ser administrados lentamente, preferentemente con bombas de infusión continua de jeringas con escala decimales que permiten administrar dosis pequeñas de medicamentos en bolos en un tiempo determinado.

## **PROTECCION DE LA PIEL**

- En los prematuros extremos el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos.
- Existe además un gran edema en la dermis por lo que se reduce el flujo sanguíneo, pudiendo ocasionar necrosis por presión.
- Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente.
- Aproximadamente a las 2 semanas de vida, la función protectora de la piel de los prematuros es parecida a la RN a término, debido a un incremento en el proceso de maduración de la epidermis.
- En prematuros menores de 1000 gr. se sugiere uso de tórundas estériles al menos la primera semana y extremar las medidas de aseo de manos de quienes lo atienden, para disminuir la colonización de patógenos.
- Telas adhesivas y apósitos Utilizarlos siempre del tamaño más pequeño posible.
- Para retirarlos humedecer antes con agua destilada tibia o aceite vegetal.
- No forzar el retiro y esperar hasta que se desprenda con facilidad, esto es menos doloroso y disminuye la posibilidad de erosión.
- Para la fijación de tubo endotraqueal, sondas gástricas y vías, colocar telas bases que protegerán la piel del niño y sobre ellas se pondrán telas adecuadas al tamaño del paciente y que cumplan el objetivo de fijar en forma prolongada.
- Para instalar el sensor de saturación de O<sub>2</sub> coloque primero los protectores transparentes o trozo de apósito transparente sobre la piel o zona donde instalará el sensor. Ubique el sensor y cubra alrededor con gasa y luego fije con tela para no colocarla directamente sobre la piel del niño.

- Para los sensores de temperatura usar telas adhesivas de papel o cinta ajustadas al tamaño del recién nacido y al sensor que se usará. Es recomendable usar en prematuros sensores pequeños, colocar antes para proteger la piel un trozo de apósito transparente. Este puede ser usado solo en piel sana sin ninguna lesión, limpiando prolijamente dejando secar antes de instalarlo, deje un orificio que dé el espacio necesario para colocar el sensor y sobre éste fije con tela adhesiva.
- No utilizar bolsas colectoras adhesivas para medir diuresis, se puede realizar a través de peso pañal con bastante confiabilidad.

## **PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION**

- Existen diversas formas de prevenir este problema.
- Cambio frecuente de los puntos de apoyo es un principio básico que debe ser considerado si las condiciones del niño lo permiten.
- Masaje suave en los puntos de apoyo favorece la circulación previniendo de algún modo la aparición de escaras

## **MONITORIZACIÓN**

- Usar monitorización invasiva solo en el período estrictamente necesario.
- Cambiar sensor de saturación según hoja de horario de manipulaciones (cada 3 o 4 horas según el plan).
- Es muy importante retirar manguito de presión, después de cada medición.
- En caso de control horario en prematuros muy pequeños, es aconsejable el cambio de lugar de medición cada 2 horas.

## **RESPECTO SUEÑO VIGILIA INTERVENCIONES MINIMAS Y PROGRAMADAS**

- Es recomendable tener un plan o programa de intervención específico para prematuros de muy bajo peso el que debe ser ampliamente difundido para involucrar a todo el equipo que interviene con estos pacientes. Esto servirá además para organizar las actividades que se realizan dentro de las áreas de hospitalización adecuando el personal para realizar dichas actividades.
- Es importante conjugar las funciones a cumplir con proporcionar los cuidados individualizados acordes a las necesidades del niño y no hacerlo de forma rutinaria.
- Las actividades a realizar en el RN prematuro deben ser coordinadas de tal forma de evitar el estímulo innecesario interrumpiendo el ciclo biológico (atención médica y de enfermería, toma de exámenes, cambio de SNG, etc.)
- Colocar un paño sobre la cúpula de la incubadora es una buena medida ya que disminuye la intensidad de la luz. El paciente debe estar siempre monitorizado.



- No despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual sueño a la vigilia, tocándolo suavemente antes de iniciar alguna intervención.
- Los cambios bruscos de posición, ruidos intensos, cierre brusco de puertas de acceso a incubadora, luz intensa, etc. son estímulos intensamente negativos.

## **APOYO A LOS PADRES**

- Es responsabilidad del médico entregar la información a los padres con respecto al estado del niño resolviendo los miedos y culpas.
- Todas las dudas que planteen los padres, deben ser resueltas con términos sencillos, evitando nomenclatura médica específica que solo provoca mayor desconcierto y distanciamiento del equipo médico.
- Debe entregarse información sobre riesgos de mortalidad y secuelas.
- La matrona o enfermera y el personal auxiliar de enfermería deben fomentar la relación padres - hijo.
- Se debe permitir el contacto táctil, previa instrucción básica para disminuir los lógicos temores.
- Deben ser educados en relación a la lactancia materna, su importancia y técnicas de extracción de leche Fomentar el lazo afectivo entre los padres y su hijo, generando la tranquilidad necesaria. <sup>xxvi</sup>

## 9. MARCO METODOLOGICO

Es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizará el estudio, el marco lógico consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que estudiamos con una metodología que tiene el poder de comunicar los objetivos de un proyecto clara y comprensiblemente en un sólo marco o matriz. Su poder reside en que puede incorporar todas las necesidades y puntos de vista de los actores involucrados en el proyecto y su entorno. Es por esto que esta herramienta fue utilizada para la elaboración de este proyecto de gestión, como estrategia que resume las características principales de el proyecto, desde el diseño e identificación ¿cuál es el problema?, la definición ¿qué debemos hacer?, la valoración ¿cómo debemos hacerlo?, la ejecución y supervisión ¿lo estamos haciendo bien?, hasta la evaluación ¿lo hemos logrado?<sup>xxvii</sup>

## 10. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Los RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN de la Clínica FOSCAL , recibirán cuidados con calidad para el bienestar por medio de los cuidados ofrecidos por parte del personal de enfermería.</p>	<p>Nº de RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN, que reciben cuidado con calidad para el bienestar</p> <p>Nº de RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN.</p>	<p>Encuesta de satisfacción a los padres acerca del cuidado brindado a sus</p>	<p>Motivación del personal de enfermería.</p> <p>Recurso humano.</p>
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>El personal de enfermería estará capacitado para brindar cuidados con calidad a los RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN de la Clínica FOSCAL.</p>	<p>Nº Personal de enfermería de la Clínica la FOSCAL (Bucaramanga) capacitadas para brindar cuidados con calidad a los RN bajo efectos de sedación-relajación</p> <p>Nº Personal de enfermería de la UCIN de la Clínica la FOSCAL (Bucaramanga)</p>	<p>Test de conocimiento sobre cuidado con calidad</p> <p>Participación activa en la socialización de los cuidados del RN.</p>	<p>Motivación del personal de enfermería.</p>
<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Preparar al personal de enfermería para ofrecer cuidado para el bienestar de los RN bajo efectos de sedación-relajación, de la UCIN de la clínica FOSCAL (Bucaramanga).</p>	<p>Nº Personal de enfermería de la UCIN de la FOSCAL preparadas para ofrecer cuidados para el bienestar de los RN bajo efectos de sedación.</p> <p>Nº Personal de enfermería de la UCIN de la FOSCAL</p>	<p>Socialización al final de la capacitación.</p> <p>Test de aplicación de conocimientos.</p> <p>Observación directa en la realización de los cuidados.</p>	<p>Motivación por parte del personal de enfermería.</p>

## PLAN DE ACCION

### Objetivo N° 1

El personal de enfermería identificará los cuidados que se le deben brindar al recién nacido bajo efectos de sedación-relajación de la unidad de cuidado Intensivo Neonatal (**CONOCER**)

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>ELABORACIÓN, ENTREGA Y SOCIALIZACION DEL MATERIAL EDUCATIVO SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SEDADO RELAJADO</b>	Recurso humano Folletos Auditorio (salón de conferencias) Sillas Videobeam Computador Presentación (diapositivas) Hoja de asistencia Hoja de entrega folletos educativos.	Nº de enfermeras de la UCIN de la FOSCAL (Bucaramanga) a las que se le socializa el material educativo  Nº de enfermeras de la unidad neonatal de la FOSCAL (Bucaramanga) <b>X 100</b>	Resultado del análisis de la socialización.	Participación durante la socialización .
<b>TIEMPO: 30 minutos</b>				

### Objetivo N° 2

El personal de enfermería explicará de forma clara, oportuna, precisa y necesaria a los padres, la situación actual de salud del RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos (**ESTAR CON**)

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>ELABORAR Y SOCIALIZAR SITUACIONES DE ENFERMERÍA DONDE SE EVIDENCIEN ESTRATEGIAS QUE SE PUEDAN UTILIZAR PARA ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS PADRES DE LOS RN DE LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO NEONATAL</b>	Recurso humano Aula Hojas blancas Lapiceros	Nº personal de enfermería que participan en la socialización de situaciones de enfermería  Nº Persona de enfermería de la UCIN Clínica la (FOSCAL)  <b>X 100</b>	Situaciones de enfermería	Tiempo destinado por parte del personal de enfermería para brindar información a los padres.
<b>TIEMPO: 30 minutos</b>				

<b>Objetivo N°3</b>				
El personal de enfermería reconocerá y priorizarán el cuidado individual que requiere el recién nacido bajo efectos de sedación-relajación, teniendo en cuenta también las necesidades de acompañamiento familiar. <b>(PERMITIR)</b>				
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>INDICADOR DE EVALUACIÓN</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>PRESENTACIÓN DE UNA FOTOGRAFIA QUE MUESTRA LAS NECESIDADES DE CUIDADO QUE REQUIERE EL RECIEN NACIDO BAJO EFECTOS DE SEDACION-RELAJACIÓN.</b>	Foto Videobeam Recurso humano Aula Computador Hojas blancas Lapiceros Sillas Cámara fotográfica	Nº Personal de enfermería que asisten a la socialización de la foto sobre los cuidados del recién nacido.  Nº Personal de enfermería de la UCIN de la FOSCAL  <b>X 100</b>	Listado de cuidados identificados en la foto	Autorización de la toma de la foto

## CARACTERIZACION DEL PERSONAL

<b>PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	<b>ASISTIERON</b>	<b>EDADES</b>	<b>TURNO</b>	<b>TIEMPO LABORANDO</b>
<b>ENFERMERA</b>	<b>5</b>	<b>24-45 años</b>	<b>Todos</b>	<b>2 a 20 años</b>
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	<b>4</b>	<b>28-50 años</b>	<b>Todos</b>	<b>4 a 30 años</b>

## 11. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION

### OBJETIVO Nº 1

El personal de enfermería identificará los cuidados que se le deben brindar al RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN (**CONOCER**)

#### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. Se socializa y entrega al personal de enfermería de la UCIN el folleto donde explica de forma práctica los cuidados de enfermería encaminados a los RN bajo efectos de sedación-relajación.

#### ANALISIS

Con el folleto entregado al personal de enfermería de la UCIN se establecieron los cuidados básicos para el RN bajo efectos de sedación-relajación y además aportaron otro cuidado importante como es el de cuidados de la piel a nivel perineal.

#### INDICADOR DE EVALUACION

Total del personal de enfermería (15). Participaron en la actividad (9).  
Al 60% del personal de enfermería de la UCIN se les entrego el folleto de los cuidados básico del RN bajo efectos de sedación-relajación.

### OBJETIVO Nº 2

El personal de enfermería explicará de forma clara, oportuna, precisa y necesaria a los padres, la situación actual de salud del RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos (**ESTAR CON**)

#### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. Se organizaron dos grupos y se entregaron las Situaciones de Enfermería.
2. Se analizaron de acuerdo a las preguntas pautadas para cada situación.

#### ANALISIS

El personal de enfermería de la UCIN reconoció las falencias en cuanto a la comunicación con los padres y pautaron estrategias de mejoramiento.

#### INDICADOR DE EVALUACION

Total del personal de enfermería (15). Participaron en la actividad (9).  
Al 60% del personal de enfermería de la UCIN fueron participes a la socialización de la situaciones de Enfermería.

### **OBJETIVO N° 3**

El personal de enfermería reconocerá y priorizarán el cuidado individual que requiere el RN bajo efectos de sedación-relajación, teniendo en cuenta también las necesidades de acompañamiento familiar. **(PERMITIR)**

#### **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

1. Se mostró al grupo de Enfermeras la fotografía de un RN bajo efectos de sedación-relajación (Previo consentimiento informado)
2. Se analizó la foto y se resolvieron las preguntas encaminadas al cuidado y al acompañamiento familiar.

#### **ANALISIS**

El personal de enfermería de UCIN de acuerdo a sus experiencias identificaron falencias que se tenían en el momento de brindar el cuidado y aportaron otras medidas como: colocación de medidas de soporte, protección de piel, adecuada fijación de TOT y SOG. La importancia de una explicación clara y oportuna a los padres sobre los equipos biomédicos que soportan al RN.

#### **INDICADOR DE EVALUACION**

Total del personal de enfermería (15). Participaron en la actividad (9).

El 60% de las enfermeras de UCIN fueron participes a la presentación de la fotografía del RN bajo efectos de sedación-relajación.

### **OBJETIVO N° 4**

El personal de enfermería generará espacios de tiempo necesarios, reconociendo la importancia de expresión de sentimientos por parte de los padres sobre la hospitalización, cuidados brindados y evolución del RN, reconociendo así la importancia de escuchar a la familia. **(PERMITIR, ESTAR CON)**

#### **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

1. Se organizaron dos grupos; cada uno de 5 personas los cuales interpretaron una situación de enfermería, donde se evidenciaba la forma como la enfermera no brindaba información adecuada a los padres y la otra acercamiento adecuado de enfermería a la familia.
2. Se entregó para cada interpretación una caracterización.
3. Se realizó una breve exposición de comunicación asertiva.

#### **ANALISIS**

El personal de enfermería de UCIN y con la participación de un padre de familia de acuerdo a sus experiencias vividas, analizaron las situaciones e identificaron errores de comunicación que se presentan al momento de brindar información a los padres y la forma adecuada de una explicación clara, precisa y oportuna de la situación actual de salud del RN.

#### **INDICADOR DE EVALUACION**

Total del personal de enfermería (15). Participaron en la actividad (10).

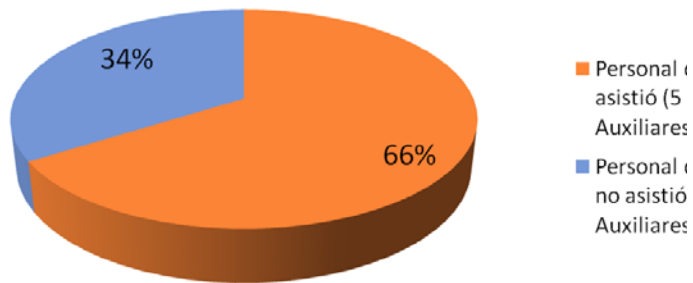
El 66% de las enfermeras de UCIN fueron participes de la actividad.



## 12. ANALISIS DE RESULTADOS

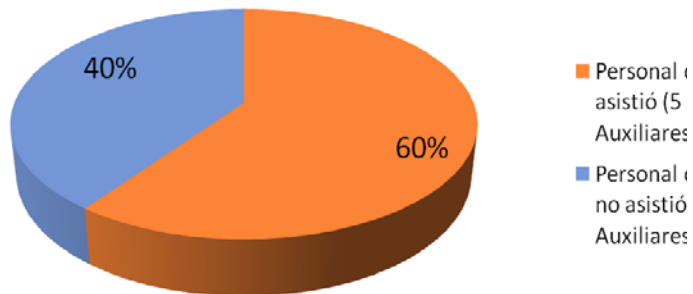
### SOCIALIZACION Y ENTREGA DE FOLLET

# Personal de enfermería de la UCIN de la FOSCAL (Bucaramanga) a las que se le socializa el folleto / # Personal de enfermería UCIN de la Clínica FOSCAL (Bucaramanga) X 100



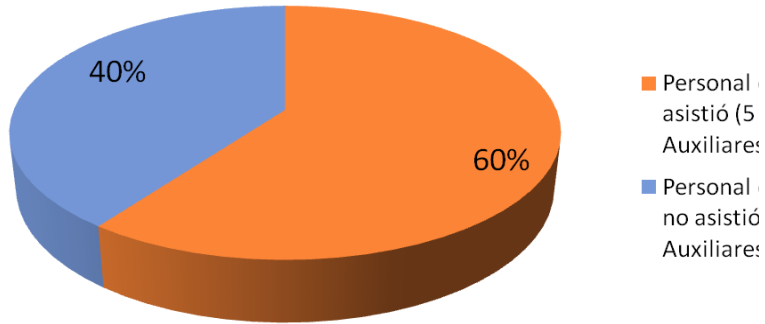
### SOCIALIZACION Y ANALISIS SITUACIONES ENFERMERÍA

# Personal de enfermería que participan en la socialización de situaciones de enfermería / # Personal de enfermería de la Clínica la (FOSCAL) X 100



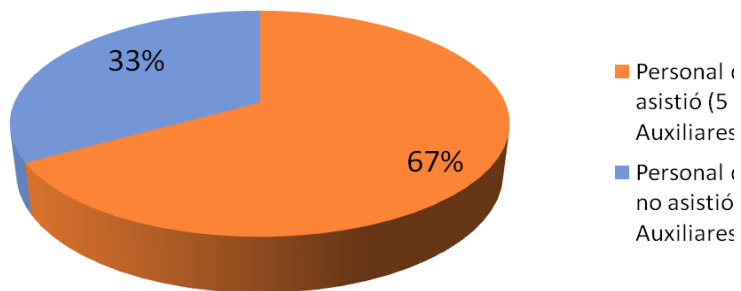
## PRESENTACION Y ANALISIS DE FOTOGRAFIA

# Personal de enfermería que asisten a la socialización  
fotografía sobre los cuidados del recién nacido/ # Personal de enfermería de la UCIN de la FOSCAL X 100



## PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD JUEGO ROLES

# Personal de enfermería que participan en el juego de roles  
Personal de enfermería de la UCIN Clínica la FOSCAL X 100



<b>PRESUPUESTO</b>					
<b>DESCRIPCION</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Recurso Humano</b>					
Realizadores del proyecto	2	550	12,000	6,600,000	<b>6,600,000</b>
Asesor del proyecto	1	48	17,000	816,000	<b>816,000</b>
Digitador (HOJAS)	1	24	1,500	36,000	<b>36,000</b>
<b>Insumos</b>					
Fotocopias(hoja)	300	0	100	30,000	<b>460,000</b>
Internet	0	350	1,000	350,000	<b>350,000</b>
Video beam	1	16	5,000	80,000	<b>80,000</b>
<b>Materiales y suministros.</b>					
FOTOS	15		3,000	45,000	<b>45,000</b>
CD DATOS	3	0	8,000	24,000	<b>24,000</b>
Papel Bond Resmas)	2	0	9,000	18,000	<b>18,000</b>
Tinta de impresora negra	1	0	65,000	65,000	<b>65,000</b>
Tinta de impresora color	1	0	65,000	65,000	<b>65,000</b>
Folleto	30	0	0	60,000	<b>60,000</b>
<b>Otros</b>					
Refrigerio	40	0	6,000	240,000	<b>240,000</b>
Transporte	0	0	0	450,000	<b>450,000</b>
<b>Subtotal</b>					<b>8,493,000</b>
<b>TOTAL</b>					<b>8,493,000</b>

### **13. CONCLUSIONES**

El personal de enfermería comprendió la importancia de brindar cuidado con calidad al RN bajo efectos de sedación-relajación.

El personal de enfermería identificó los factores de riesgo que pueden presentar los RN bajo efectos de sedación-relajación de la UCIN

El personal de enfermería después de la realización del proyecto de gestión establece planes de cuidados individuales y familiares para los recién nacidos bajo efectos de sedación y relajación.

El personal de enfermería después de realizar las actividades del proyecto de gestión identifica situaciones de acompañamiento familiar y explica la situación actual del RN bajo efectos de sedación-relajación.

La metodología del marco lógico es una herramienta útil y fácil de utilizar para el desarrollo y ejecución de proyectos.

Después de la realización de las actividades del proyecto de gestión se identificaron cambios positivos significativos en el cuidado que se le brinda al recién nacido bajo efectos de sedación y relajación.

## 14. RECOMENDACIONES

Seguir capacitando al personal de enfermería en los cuidados que se le deben brindar a los RN bajo efectos de sedación y relajación.

Investigar sobre las complicaciones en todos los sistemas, que se pueden presentar en el RN bajo efectos de sedación-relajación.

Complementar el tema de la sedación-relajación con el manejo del dolor en el RN.

Mantener continuidad en capacitaciones que contribuyan al mejoramiento del cuidado que brinde el personal de enfermería a los usuarios.

El personal de enfermería debe promover estrategias para el cuidado con calidad en los recién nacidos bajo efectos de sedación y relajación.

El profesional de enfermería debe desarrollar proyectos de gestión para orientar la práctica profesional y su calidad.

## ANEXOS

### Anexo 1

FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIRECCIÓN DE POSTGRADOS

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_\_\_\_ he recibido explicación sobre el PROYECTO DE GESTION denominado CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS RECIEN NACIDOS BAJO EFECTOS DE SEDACION-RELAJACION DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA CLINICA LA FOSCAL (BUCARAMANGA). Que hace parte de un proyecto estudiantil de la especialización de cuidado crítico neonatal, de la Universidad de la Sabana. Este proyecto está dirigido al personal de Enfermería laboran en la UCIN. Con el fin de prepararlas para brindar cuidado para el bienestar al recién nacido bajo efectos de sedación-relajación, priorizando e identificando factores de riesgo y haciendo participe a la familia de estos mismos. Las personas responsables son los estudiantes Jenniffer Andrea García Rozo y Viviana Barcenás bajo la supervisión de la enfermera docente Yanira Rodríguez. Me han informado que este proyecto será útil para el cuidado de mi hijo en la UCIN y que no recibiré ninguna remuneración por mi participación. Entiendo que la información de este proyecto es importante para el desarrollo del conocimiento en el área del cuidado crítico neonatal, que tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos. Mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo para apoyar que en el futuro puedan trabajarse mejores propuestas para los recién nacidos bajo efectos de sedación relajación. En el momento en el que yo no esté de acuerdo con el proyecto, puedo retirarme, sin que se afecte mi prestación de servicios de salud

Declaro QUE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO

Firma \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

### SITUACION DE ENFERMERIA

Todo me imaginé menos que mi hijo tenía que estar en la unidad de cuidados intensivos, cuando el médico me explicó solo pensé que él se iba a morir y por todas las cosas que tenía que pasar. El primer día cuando me dieron de alta en el hospital después de mi cesárea, me arreglé para ir a visitar a mi bebé, el solo hecho de pensar que estaba allí solito y sin nuestra compañía, me aterrorizaba. Cuando crucé la puerta de la UCI me saludaron unas enfermeras preguntándome para dónde me dirigía, les respondí; vengo a visitar a Maximiliano, me ayudaron a llegar donde él estaba. Con lágrimas en mis ojos observaba a mi hijo conectado a una cantidad de cosas y con una lámpara encima que irradiaba calor. Él estaba con sus ojitos cerrados, no se movía, además, tenía algo que le salía de la boca y con sus manitas moraditas con cables que salían de ellas. Cuando empecé a tocar a mi bebé empezó a pitar algo que yo no sabía que era, salí a llamar a la enfermera y me dijo que eso era normal, que mejor no lo tocara mucho porque lo despertaba. Aproveché para preguntarle cómo estaba mi hijo y solo me respondió que más tarde pasaba el doctor dando información a los padres y se sentó a escribir el computador, le pedí el favor de que dejara entrar al papá a conocerlo que yo ya me salía, siguió escribiendo en el computador y sin ni siquiera mirarme refirió: la visita ya se va acabar le toca esperarse hasta mañana. Viendo la actitud de la enfermera y mi bebé todo enfermito decidí irme luego de que se terminó la visita, irme a casa a pedirle a Dios que lo recuperara pronto.

#### PREGUNTAS

1. ¿Qué piensan de la actitud y comportamiento de la enfermera en esta situación?
2. ¿Creen que en su práctica diaria están descuidando a los familiares en la hora de la visita?
3. ¿Será necesario brindar información y explicar a los familiares la situación del recién nacido? Por qué?

Anexo 3.

FOLLETO EDUCATIVO

**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER  
Clínica Carlos Ardiila Lülle  
FOSCAL

**CUIDADOS EN NEONATOS BAJO EFECTO DE SEDACIÓN Y RELAJACIÓN**



**Universidad de La Sabana**

**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

**FAMILIA**

Potenciar la interrelación madre-padre precozmente.


Informar al padre o familiares de los cuidados administrados.

**ALIMENTACIÓN**

Iniciar la alimentación enteral según las indicaciones médicas, informar drenajes de sonda naso gástrica, vómitos, reflujo nauseoso, características de abdomen.

Medir ruidos una vez iniciada la alimentación

Control de glucemias



**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

**HIGIENE DE LA PIEL**

Se elegirá el momento de mayor estabilidad hemodinámica para realizar estos cuidados.

No aplicar cremas ni aceites a recién nacidos con fototerapia o con contraindicación médica

Favorecer la cicatrización del muñón umbilical

**HIGIENE DE LOS OJOS**

Se lavan los ojos suavemente con gases estériles humedecidas con suero salino, realizando pasadas desde la crimal hasta zona externa del ojo, siempre cambiando de gases.

**HIGIENE DE LAS FOSAS NASALES**

Se instila con una jeringa suero salino o isotónico en cada fosa nasal y se procede a la aspiración nasofaríngea

Si no es absolutamente necesario, no se debe aspirar al neonato, por la irritación que se produce en su membrana mucosa nasal




**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

**TERMOREGULACIÓN**

Colocar al neonato en cuna cerrada o lámpara de calor según las necesidades.

Favorecer la termorregulación con el uso de gorro, guantes, medias y cobertores plásticos

Utilizar sensores cutáneos para determinar la temperatura del bebe.

Evitar períodos insensibles.



**Materia** Elaborado por: Lad. Miviana Barcenat - Jennifer Rojo.  
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO NEONATAL

**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

**HIGIENE DE LA BOCA**

Con la ayuda de un depresor en el que se envuelve una gasa o torunda impregnada en la solución de clorhexidina diluida en agua estéril, se limpia la mucosa de la mejilla, paladar, encías, base de la boca y lengua.

Finalmente se hidratará los labios.

Se debe cambiar la gasa o torunda en cada lado

**CUIDADOS DE PIEL Y MUCOSAS**

Trabajo en conjunto con el equipo médico y auxiliar

Uso de electrodos adecuados al tamaño del RN para evitar daño de la piel

Nidos y rollos en proporciones adecuadas al neonato

Tener el material a usar, listo antes de la manipulación del RN.

Manipulación suave

Programar los cambios de posición según necesidad



**ENSEÑANDO A LAS ENFERMERAS**

**CUIDADOS DE PIEL Y MUCOSAS**

Cambios posturales cada 3 horas, siempre y cuando no estén contraindicados

Prevenir la deformación plástica de la cabeca

Comprobar que nuestras manos estén calientes antes de tocar a el niño

Mantener la piel seca e hidratada

Protección con apósitos hidrocoloides de zonas de roce (orejas, etc.)

Cambio de sitio de sonda de saturmetro

Mantener al niño sobre colchon antiestático (silicona o aire)

Curas de accesos vasculares centrales y periféricos según necesidad, urgencia o necesidad.

Fijación adecuada de las sondas y de tubos periféricos con apoyo de apósitos hidrocoloides.



Anexo 4.

FOTOS DE LA REALIZACION DEL PROYECTO



---

<sup>i</sup> Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Editorial elsevier. 2008. Unidad V: Teorías intermedias. P. 772-777.

<sup>ii</sup> Urquiza R. Conceptos de calidad en salud, artículo especial. 2004. P. 152-155. (consulta septiembre 25 del 2011). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/19225918/conceptos-de-calidad-en-salud>.

<sup>iii</sup> Asociación colombiana de facultades de enfermería. Código de ética de enfermería. (acofaen). (consulta septiembre 25 del 2011). Disponible en: <http://www.geocities.com/athens/forum/5586/codigo2.html>.

<sup>iv</sup> Efectividad de medicamentos en neonatología sedoanalgesia en recién nacido. Marzo 2007- N<sup>o</sup>4. Comunidad de Madrid consejería de sanidad y consumo, dirección general de farmacia y productos sanitarios. Consultada 25/11/11. También disponible en: <Http://www.madrid.org/cs/satellite?blobtable=mungoblobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1158633247532&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>.

<sup>v</sup> Benner P. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Addison- wesley. (consulta el 15 de enero del 2012).disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962004000100009>.

<sup>vi</sup> Index enfermería v.13 n.44-45 granada primavera/verano 2004. También disponible <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962004000100009> (consultado enero 15/ 2011).

<sup>vii</sup> Asociación colombiana de facultades de enfermería. Código de ética de enfermería. (acofaen). (consulta el 12 de marzo del 2011). Disponible en: <http://www.geocities.com/athens/forum/5586/codigo2.html>.

<sup>viii</sup> Wikipedia. (internet). Consulta el 10 de enero del 2011). También disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/pediatr%c3%ada>.

<sup>ix</sup> Wikipedia (internet). Consultada el 10 de enero del 2012). También disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/sedante>.

<sup>x</sup> Swanson k. La enfermería como el cuidado informado por el bienestar de los demás. La revista de los estudios de enfermería 1993. Pág. 352-357

<sup>xi</sup> Potter P. Fundamentos de enfermería. Quinta edición. Volumen I. Editorial elsevier mosby. 2002. Capitulo VI. Pág. 107-115

<sup>xii</sup> Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Editorial elsevier. 2008. Unidad v: teorías intermedias. Pág. 772-777.

<sup>xiii</sup> Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Editorial elsevier. 2008. Unidad v: teorías intermedias. Pág. 772-777.

<sup>xiv</sup> López E. Manejo del dolor en el recién nacido. Servicio de neonatología. Unidad clínica de gestión. Hospital universitario San Cecilio. Granada.(consulta el 10 enero 2012). Disponible en:<http://www.aeped.es/protocolos/>

---

<sup>xv</sup> Bellieni Cv, Bagnolif, Buonocore G, Alone No More; Pain In Premature Children. *Erics Med* 2003; 19: 5-9.

<sup>xvi</sup> López e. Manejo del dolor en el recién nacido. Servicio de neonatología. Unidad clínica de gestión. Hospital universitario san cecilio. Granada.(consulta el 27 de febrero del 2011). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/>

<sup>xvii</sup> Bell R, Wal k, Zannini R. Opioids for neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane database system rev* 2005; 25 (1): cd 004212.

<sup>xviii</sup> Aryva V, Ramji S. Midazolam sedation in mechanically ventilated newborns: a double blind randomized placebo controlled trial. *Indian pediatric* 2001; 38: 967-72.

<sup>xix</sup> Pees C, et al. Comparison of analgesic/sedative effect of racemicketamine and s(+)-ketamine during cardiac catheterization in newborns and children. *Pediatric cardiología* 2003; 24: 424-9.

<sup>xx</sup> Página Web: [Www.Librosdeanestesia.Com/Guiafarmacos/Fentanilo.Htm](http://www.Librosdeanestesia.Com/Guiafarmacos/Fentanilo.Htm) Consultado Marzo 13 2011

<sup>xxi</sup> López J. Analgesia, sedación y relajación neuromuscular en pediatría, médico adjunto de la unidad de gestión del servicio de cuidados críticos y urgencias. hospital infantil universitario virgen del rocío. sevilla. 2010. Pág. 285-298.

<sup>xxii</sup> Deacon J, Nelly P. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. 2ª Edición. Editorial Mac Graw-Hill interamericana. 2001

<sup>xxiii</sup> También disponible en: <http://www.prematuros.cl/guiasneo/cuidadosenfermeria.htm> (consultado 23 enero 2012).

<sup>xxiv</sup> También disponible en: <http://www.prematuros.cl/guiasneo/cuidadosenfermeria.htm> (consultado 23 enero 2012).

<sup>xxv</sup> También disponible en: <http://www.prematuros.cl/guiasneo/cuidadosenfermeria.htm> (consultado 23 enero 2012).

<sup>xxvi</sup> Consideraciones relacionadas con la atención de enfermería al neonato. Tratado de neonatología. 7º ed. Harcourt. 2000. Pág. 802-832.

<sup>xxvii</sup> También Disponible En: <http://www.Valsis.Net/Recursos/Enfoque-Del-Marco-Logico> (consultado: 19 febrero 2011).