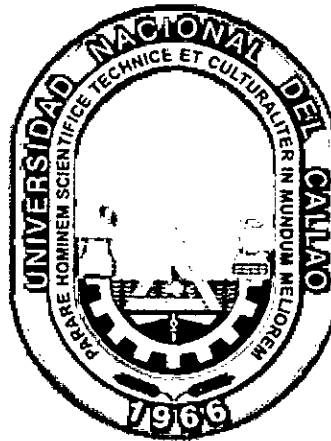


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RECIEN
NACIDO CON FLEBITIS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA
SCIPPA, LIMA 2014 -2016.”**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA**

Lic. ROSA MARGARITA YALAN VELAZCO

CALLAO, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 132

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°744-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. YALÁN VELAZCO ROSA MARGARITA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1 Descripción De La Situación Problemática.....	4
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Justificación.....	7
III. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Flebitis.....	16
2.4 Cuidados De Enfermería Ante Flebitis	18
2.5 TEORIAS.....	19
2.6 DEFINICIÓN DE TERMINOS	33
IV. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	34
3.1 Recolección de Datos.....	34
3.2 Experiencia Profesional.....	35
3.1 Procesos Realizados en el Tema del Informe	40
V. RESULTADOS	43
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII. RECOMENDACIONES	53
REFERENCIALES.....	54

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral "cuidados de enfermería en el recién nacido con flebitis en el servicio de neonatología del hospital marino molina scippa, lima 2014 -2016". Tiene por objetivo describir y determinar la intervención del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes neonatos hospitalizados en el hospital Marino Molina. Enfermería retoma esta característica propia de los seres vivos, desarrolla el concepto, define los propósitos y establece como fin profesional dar cuidado integral de salud del Neonato, a la familia, la comunidad y a su entorno.

La Flebitis es un proceso inflamatorio que afectan a las venas superficiales y profundas, la inflamación se puede extender a la piel y tejido celular subcutáneo especialmente en los miembros superiores e inferiores, por los periodos prolongados , los signos y síntomas como endurecimiento, color, dolor, en ocasiones lesión tisular y posible necrosis.

El rol de Enfermería va evolucionando específicamente en el cuidado de las vías de administración terapéutica refiriéndose primeramente en los casos encontrados que aportan en el incremento de Flebitis como complicación frecuente, ya que en el últimos tres años se ha evidenciado casos que van de la mano con las punciones múltiples y la administración de medicamentos en el servicio de Neonatología del Hospital Marino

Molina Scippa. Entendiéndose como complicación a la flebitis, o inflamación de las venas, que pueden tener varias causas, incluyendo la irritación de las venas provocada por un cuerpo extraño o medicación irritante, la lesión de la pared vascular provocada por un catéter o una infección relacionada con la contaminación bacteriana de un sistema intravenoso.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación, El **capítulo I**: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el **capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el **capítulo III**: considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV**: resultados; capítulo V: conclusiones, **capítulo VI**: recomendaciones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La flebitis es la inflamación de la pared de una vena, puede tener varias causas, incluyendo la irritación de las venas provocadas por un cuerpo extraño o medicación irritante, la lesión de la pared vascular provocada por un catéter o una infección relacionada con la contaminación bacteriana de un sistema intravenoso. Algunos de los síntomas de la flebitis son que la zona se encuentre roja, caliente y con dolor (9). Dentro de los cuidados que proporciona enfermería, se encuentran la administración de medicamentos por vía intravenosa, para ello es necesario la cateterización de una vía periférica o procedimiento de venopunción, cuyo objetivo principal es acceder al territorio venoso con fines terapéuticos y/o diagnósticos, es importante resaltar que estas sustancias contienen agentes químicos que irritan e inflaman las paredes de las venas produciendo flebitis. En este mismo orden de ideas, se pueden mencionar algunos de los problemas que pueden presentar la venopunción periférica, tales como: mecánicos cuando la aguja del catéter pincha la pared venosa; la aguja se desaloja del reservorio implantado, rotura, daño separación del dispositivo de acceso vascular, obstrucción del flujo sanguíneo y del flujo de líquidos, y reacción inflamatoria. (10)

Cabe destacar, que la infección es otro de los riesgos o complicaciones que puede acarrear el procedimiento de venopunción periférica si no se cumplen las medidas de asepsia y antisepsia, los Drs Peterson y Jonson (1995) opinan “con el fin de evitar toda posible infecciónese imprescindible la limpieza de manos con una solución antiséptica antes de iniciar el procedimiento”, Existen otras complicaciones de mayor riesgo o peligrosidad como lo son: extravasación, tromboflebitis, sepsis embolismo aéreo, embolismo por sección de hemorragias, arrancamientos y obstrucciones (1.)

El profesional de enfermería, es el responsable de prevenir la aparición de estas complicaciones, por ello debe estar atento ante la presencia de algunos de los síntomas que permiten detectar de manera precoz algunas complicaciones, y si tuviera presente alguno de estos síntomas debe actuar en forma rápida y eficaz para poder brindar bienestar a los usuarios. En consecuencia, este informe nace de la inquietud de observar la diversidad de criterios que utiliza el profesional de enfermería para de venopunción periférica, además el aumento del índice de flebitis, dado de la observación directa de los miembros del equipo de vigilancia epidemiológica del hospital Marino Molina Scippa. Esta observación también permitió darse cuenta que dejan de cumplirse algunos de los pasos o técnicas a ejecutar en el procedimiento y aumentando su estadía hospitalaria, y por ende, un alto índice de riesgos y/o complicaciones

como las mencionadas, resultado de la falta de continuidad en el manejo y cuidado de los sitios de punción.

Sin embargo hay situaciones que agravan y se están volviendo comunes como el hacinamiento del servicio por el incremento de neonatos internados, no teniendo la capacidad resolutive para afrontar de forma adecuada y brindar un servicio de calidad.

Frente a esta situación uno de los hallazgos evidenciados es el incremento de las flebitis en los neonatos. Se presume que por la demanda de los pacientes, y no tener la capacidad de atención adecuada para cada neonato tanto en la unidad funcional señalada anteriormente. Reduce el tiempo de cuidado neonatal ya que su incremento en la unidad se ha visto elevado hasta más del 100% es decir más de 12 a 14 neonatos en circunstancias frecuentes y contando solo con los mismos recursos mencionados anteriormente.

A raíz de esta realidad de los recursos humanos que cuenta el servicio de neonatología encontramos debiidades en el sinceramiento de los reportes de flebitis en los registros de actividades de Enfermería ya que no reportan las cantidades exactas de cuantas punciones se dan por catéter endovenoso corto colocado.

1.2. OBJETIVOS

Describir la experiencia profesional en cuidados de enfermería en el recién nacido con flebitis en el servicio de Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa, Lima.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería para el recién nacido con flebitis en el servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa, Lima 2014 -2016. Con el propósito de identificar las causas más frecuentes de estos casos para aplicar acciones de prevención y evitar complicaciones posteriores por el bienestar.

Esta información puede ser útil para la implementación de acciones estandarizadas de prevención de flebitis por parte del personal de Enfermería, antes de gestión de recursos humanos e insumos epidemiológicos, y de calidad de atención.

Asimismo el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: En el presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería de la atención al usuario, el cual lo realiza aplicando los cuidados que son la esencia de la profesión, entendiéndose por cuidados de enfermería la atención que se brinda a la persona, familia y comunidad; basadas en conocimientos

científicos, y técnicos, estos cuidados son de gran importancia, pues de ello va a depender que el usuario recupere su salud y puede reinsertarse, tanto en el ámbito familiar, como social y laboral.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de resaltar que el personal de enfermería es el responsable de la inserción del catéter, mantenimiento, prevención e identificación de posibles complicaciones así como el retiro del dispositivo. Dentro de los cuidados que proporciona enfermería, se encuentra la administración de medicamentos por vía intravenosa, y mantener la vía los días requeridos por el protocolos de atención.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiara al profesional de enfermería, que atienden al neonato ya que es el responsable de prevenir la aparición de estas complicaciones, por ello debe estar atento ante algunos de los signos y síntomas que permiten detectar de manera precoz, y si tuviera presente alguno de estos síntomas debe actuar en forma rápida y eficaz para poder brindar bienestar a los usuarios.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe nace de la inquietud de observar la diversidad de criterios que utiliza el profesional de enfermería para el procedimiento de venopunción periférica, y además disminuir los casos de flebitis y que permitirá al profesional de enfermería aumentar sus conocimientos.

Nivel Económico: Esta información será útil para implementar estándares de prevención de flebitis por parte del personal de Enfermería así como de gestionar de recursos humanos e insumos epidemiológicos de calidad de atención. Además añadir protocolos y guías de intervención para prevenir la flebitis con un plan de cuidados que valore, identifique y planifique cuidados de enfermería para los diagnósticos de enfermería y problemas clínicos que con mayor frecuencia sufren los pacientes que están sometidos a la terapia intravenosa.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 NIVEL INTERNACIONAL

Daidan, M. González, A. y Cadena, M (2011) realizaron una investigación titulada **“Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”**. El estudio se planteó como objetivo Investigar los factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas ingresados en el servicio de cirugía. Metodológicamente, el estudio fue de orden descriptivo, transversal y analítico, la población objeto de estudio la conformaron los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía que se les había cateterizado una vía endovenosa y tenía más de 24 horas con el mismo; siendo un total de 70 pacientes, como muestra se utilizó el 100% de la población como método se utilizó la observación directa y como instrumento el Guion de Observación aplicado a la muestra sujeta a observación. La misma evidenció que un 27% de la muestra sujeta a observación presentó flebitis, donde los factores asociados se relacionan con la inadecuada cura en el sitio de inserción, mal uso del sistema cerrado (9).

Burgos, G (2010) realizó una investigación titulada **“Participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la**

prevención de infección en el sitio de punción en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana”. La investigación se trazó como objetivo determinar la participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la prevención de infección en el sitio, la misma fue de orden descriptiva, la población objeto de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana en diversos turnos. La muestra la conformó el 100% de la población, como instrumento se utilizó un Guion de Observación. Los resultados obtenidos arrojaron que el personal de enfermería posee conocimientos sobre el manejo de catéter intravascular necesarios para la adecuada manipulación de pacientes con catéter venoso central; considerando que la participación de enfermería es fundamental en la prevención de infecciones relacionadas con catéter intravenoso, en lo relativo a material para la realización del cambio de cura del catéter venoso central, se observó que un 75% utiliza Hisopos estériles y el 25% restante usó gasas estériles, un 50% no usa el alcohol como antiséptico para limpiar el sitio de punción, en cuanto a los métodos de barreras se evidenció que el 100% de la muestra las utiliza antes de realizar los cambios de cura, en lo referente a las técnicas de asepsia y antisepsia son aplicadas solo que no exista un criterio de uniformidad, la desinfección de la piel fue hecha parcialmente, dado que el mismo no se Realiza tres

veces al día. La investigadora concluyó que existía la necesidad de unificar criterios en la ejecución de las curas del catéter venoso central para prevenir infecciones (10).

Mijares, M. Y Sánchez, L (2015) **“Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico”**, cuyo objetivo era determinar la calidad de atención brindada al enfermo con Catéter periférico, durante el procedimiento de venopunción. Este es un estudio descriptivo de campo, realizado en los cuatro (4) servicios de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. La muestra estuvo representada. Estos autores investigaron en cuanto a la atención de enfermería para prevenir flebitis, calidad de atención y utilización de técnicas de asepsia y antisepsia en la venopunción periférica (11)

Lanbeck et al (2012), **“Observación Sistemática de los accesos venosos de los pacientes del Malmo University Hospital”** (en su conclusiones los criterios de inclusión del estudio), permitieron confirmar que la incidencia de flebitis asociada a la administración de antibióticos difieren según la clase de estos, (la incidencia de flebitis para pacientes con infusión intravenosa de antibioterapia fue de 18.5% a diferencia de un 8.8% para aquellos en ausencia de la misma) (13).

Mauricio Barriar P y Gema Santander Enma (2010) **En el contexto de un hospital público la facilidad de venopunción, tipo o**

incidencia de complicaciones de 2 métodos de cateterización venosa periférica usados en cuidados intensivos neonatal se concluye que se realizó un estudio prospectivo no controlado 818 dispositivos fueron instalados en 75 neonatos empleándose 595 cánulas de Vialon y 233 agujas de acero tipo mariposa. Hubo diferencia estadísticamente significativa a favor del catéter de Vialon en la permanencia promedio. En dispositivos instalados en menos de 1,500g. Se evidencia significativa mayor duración en las cánulas Inste y menor tiempo de instalación y menor cantidad de intentos de ven punción de las agujas tipo mariposa. El principal motivo de retiro para ambas alternativas fue la extracción de casi el 75%. No hubo diferencias en la incidencia de flebitis pero si en la incidencia de necrosis tisular en las cánulas de tipo mariposa. El uso de las cánulas Vialon es más recomendable incluso cuando se prolongan por más de 72 horas (14).

Mullen, E; Mullen, (2007), **en un estudio dirigido a reducir la incidencia de la flebitis**, identificó a las enfermeras como un actor fundamental en el control, cuidado y vigilancia de los casos de flebitis; destinando especial importancia al rol de la enfermera en la vigilancia, registro y control del estado de los sitios de inserción de los catéteres periféricos (12).

Lourenço, S.A.Vieira da Silva Ohara, C. (2010), tras la verificación del conocimiento teórico y práctico adquirido por los enfermeros, en

los cursos de calificación, sobre algunos aspectos de la técnica de inserción del Catéter Central de Inserción Periférica (CCIP) en recién nacidos, se identificó y concluyó que los enfermeros presentaron un nivel de conocimiento malo sobre esos aspectos, denotando la necesidad de actualización y perfeccionamiento constante de los enfermeros sobre esa práctica para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los recién nacidos.

2.1.2. NIVEL NACIONAL

Oblitas Caballini José Manuel (2007) Trujillo PERU Factores de riesgo asociados a infecciones nosocomial en recién Nacidos a término en el servicio de neonatología hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray Es salud Trujillo. Con la finalidad de determinar la asociación entre los factores de riesgo: bajo peso al nacer asfixia neonatal, cateterismo periférico, utilización de vía endovenosa central, uso de nutrición parenteral, tiempo de hospitalización prolongado, prescripción de corticoides en relación a infección nosocomial en RN a términos en neonatología. Se concluyó con un estudio de tipo analítico retrospectivo, observacional tipo casos y controles, con muestras de 110 casos y 110 controles se concluye todos los factores de riesgo poseen asociación causal en relación a la infección nosocomial en recién nacidos a término siendo el

cateterismo periférico el factor de riesgo que posee mayor fuerza de asociación (15).

Barrera y Col. en el 2013 al estudiar los **“Factores de riesgo extrínsecos asociados a flebitis en pacientes con vía intravenoso periférica”** realizado en Lima- Perú, reportaron que la flebitis estuvo asociada a factores de riesgo extrínsecos tales como: lavado de manos, tipo de equipo que se usa, manipulación y mantenimiento de la vía intravenosa periférica, y tiempo de permanencia del catéter en el lumen de la vena (16).

Loyola en el 2004 en el estudio descriptivo correlacionar sobre **“Relación entre el Manejo de los factores de riesgo con la presencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 1-1 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”** Lima-Perú, reportaron que del 97% de pacientes con catéter intravenoso el 47% desarrollaron flebitis por inadecuada preparación del material y el equipo necesario para la venopunción y el 23% presentó flebitis relacionado con otros factores (17).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta que enfermería es una disciplina netamente científica y basada en evidencias es necesario sustentar el presente trabajo de informe en base teóricas y modelos de enfermería que respalde el hacer de la enfermera.

2.2.1 Flebitis

La flebitis o trombosis venosa, es un trastorno cardiovascular debido a la aparición de un coágulo de sangre, más a menudo en la pierna y en la pantorrilla.

La flebitis, también conocida como trombosis venosa, se debe a la formación de un coágulo de sangre en una vena, lo que bloquea completa o parcialmente el paso de la sangre. Si bien puede ocurrir en cualquier parte del organismo, la flebitis aparece con más frecuencia en las piernas. Cada año, la flebitis es responsable de más de 800.000 muertes en el mundo. Se distinguen dos tipos de flebitis en función de la vena afectada y del grado de gravedad.

La flebitis superficial afecta a las venas que se encuentran justo debajo de la piel, por lo tanto, la flebitis afecta a las varices de manera directa. El coágulo es de tamaño pequeño y no presenta riesgo para la salud.

La flebitis profunda aparece en el sistema venoso profundo, que alimenta los músculos y los tejidos. El flujo sanguíneo es más importante y ejerce una presión más fuerte sobre el coágulo. Entonces puede desprenderse y llegar al corazón donde puede bloquear una de las arterias principales del cuerpo humano. La flebitis profunda provoca numerosas complicaciones serias, como la embolia pulmonar, y necesita una atención inmediata en el hospital.

Síntomas:

Los síntomas varían en función del tipo de flebitis.

La flebitis superficial es visible con más facilidad. Se observa la hinchazón y el endurecimiento de la vena debajo de la piel. Por lo general, la inflamación se extiende sobre la zona de la piel circundante, haciéndola dolorosa y sensible al tacto. También se puede formar un edema.

Los síntomas de la flebitis profunda dependen de la localización del coágulo de sangre. Están menos marcados y, por lo tanto, son más difíciles de diagnosticar. Por lo general, se observa un dolor profundo en la pantorrilla o en el muslo, una sensación de calor, un entumecimiento de la pierna y en algunos casos, la aparición de un edema. El paciente siente dolor cuando levanta

la punta del pie hacia arriba. Esto es lo que se conoce como el signo de Homans, que es característico de la trombosis venosa.

Publicado por Emmanuel Perrin, el 30 noviembre 2015.

2.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE FLEBITIS

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad. Los cuidados de enfermería deben estar basados en el concepto de calidad de atención, debe exigir conocimientos, habilidades y destrezas que tengan fundamento en los elementos que le sirven de sustento, enmarcados en un marco conceptual donde se aplican los niveles de conocimientos que se tienen sobre un determinado procedimiento que en este caso es la venopunción periférica. En este mismo orden de ideas, se puede decir que la infiltración es otra de las complicaciones que pueden ser producidas por el procedimiento mal administrado de la venopunción periférica, y de ella se desprenden otro tipo de problema como: Flebitis: es la inflamación de una vena. La tromboflebitis es la inflamación de una vena en relación con un coágulo sanguíneo.

PROCEDIMIENTOS DE COLOCACIÓN

La primera tarea será la elección de la vena, la cual va a depender de varios factores como el calibre de la aguja, características de líquido a

infundir, el estado de las venas. - Pero en general se utilizarán en primer lugar las venas más distales, dejando las más gruesas para situaciones de urgencias o en aquellas personas cuyos vasos pequeños sean inaccesibles.

Las venas al dorso de la mano, de la cara radial de la muñeca, las del antebrazo y las de la flexura del codo, son las más indicadas para la venopunción de catéteres cortos.

Las venas de las extremidades inferiores, las del dorso del pie, femoral y las del cuello, también están indicadas cuando el acceso a las venas del brazo no sea posible. Es conveniente la canalización del catéter en el miembro no dominante del paciente. (Marín-Mateo, 1997).

2.5 TEORIAS

PATRICIA BENNER Modelo de excelencia y dominio de la práctica de la enfermería clínica.

Afirmo que el desarrollo de conocimiento en una disciplina práctica "consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina. Al aplicar el modelo Benner observo que la adquisición de habilidades basada en la

experiencia es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida. A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico.

Anne Boykin y Savina Schoenhofer TEORÍA DE LA ENFERMERÍA COMO CUIDADO: un modelo para transformar la práctica. El ilimitado alcance humanista, social, psicológico y científico que caracteriza a la enfermería, hace pensar que para su desarrollo se hace imprescindible un basamento filosófico, conceptual y teórico, que facilite la puesta en práctica de ésta disciplina en los ámbitos investigativo, educativo, administrativo y clínico. En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia. Tres principios influyeron significativamente en el desarrollo inicial de la teoría:

- La teoría existencial fenomenológica de Paterson y Zderad (1988). Esta teoría fue la fuente de las ideas germinales como «compartido», «necesidad de enfermería», «respuesta de cuidado» y persona.
- La tesis de Roach's (1987, 2002) que afirma que el «cuidado es el modo humano de ser», y sus «seis C»; (compromiso, confianza, conciencia, competencia, compasión y comportamiento) que contribuye a aportar un idioma a los cuidados.

- El trabajo de Mayeroff (1971), OnCaring, facilitó el reconocimiento y descripción del significado práctico del «vivir los cuidados en la cotidianidad de la vida», y sus ocho principios. (conocimiento, ritmos alternos, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y coraje) que describen el corazón del ser humano.

El uso de modelos conceptuales de enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan el rol profesional

TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Otra de las razones porque me han llevado a elegir esta teoría es el modelo de Virginia Henderson dice que la persona es un ser integral, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales. Ella define necesidad fundamental como "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia.

En el servicio de neonatología, representa un modelo conceptual para la valoración del neonato y especialmente en cuidados de enfermería. Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales (necesidades primarias, homeostasis condición interna estable, necesidades secundarias), y también teniendo en cuenta los aspectos

aspirituales. Esta visión esquemática del funcionamiento humano y de las 14 necesidades que se requieren, comprende una guía para la enfermera, entre ellos tenemos:

- Evitar los peligros del entorno: Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría complicaciones que ponen en compromiso y en riesgo la recuperación del neonato. Pretende conocer habilidades y conocimientos de la complicación (flebitis), que incluye conocimiento y desarrollo sobre medidas de prevención.
- Moverse y mantenerse una postura adecuada: La mecánica del organismo determina e gran medida la independencia de las personas para las actividades, en los neonatos es imposible mantenerlos quietos por tal motivo puede ser uno de los factores de la infiltración de la vía periférica que posteriormente termine en una flebitis.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Dirige los cuidados de enfermería hacia valorar el estado de higiene, educar a la madre y establecer cuidados para la protección de la piel del recién nacido.
- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Dirige los cuidados de enfermería hacia la valoración los riesgos que se

encuentra expuesto dentro del medio hospitalario como infección, lesiones dérmicas, etc.

- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Dentro de los cuidados de enfermería se intenta buscar formas de manifestación de estrés en el recién nacido.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: En esta necesidad se valora la religiosidad de los padres, las madres manifiestan confianza en que a través de sus oraciones su bebé se recuperará más rápido y no tendrá ninguna secuela.
- Participar en actividades recreativas: Capacidad para distraerse o entretenerse. Esta necesidad depende del estado de salud del recién nacido y su disposición hacia el juego, papel en que participa a madre con ayuda de la enfermera.
- Aprender en sus variadas formas: Capacidad para aprender de otros o de la producción de algún evento y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento Dentro de los cuidados de enfermería en esta necesidad se puede valcrar en el recién nacido.

2.2.4 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO: DE JEAN WATSON.

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el

rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadw y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

FACTORES CURATIVOS DE LA CIENCIA DEL CUIDADO:

1- ***Formación de un sistema humanístico – altruista de valores:*** este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

2- ***Inculcación de la fe-esperanza:*** Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

3- ***Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:*** el reconocimiento de los sentimientos lleva al auto-actualización a través del auto-aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4- ***Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:*** el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

5- ***Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:*** el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6- ***Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:*** el uso del proceso de enfermería aporta un

enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas,

psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10- *Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas:* la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filosófica". Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes".

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol".

Premisa 3. "El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado".

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

2.2.5 TEORÍA DE RAMONA MECER

La teoría de la Adopción del rol materno es definida por Mercer como el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.

Metaparadigmas:

- **Persona:** La madre como persona se considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.
- **Salud:** Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptible a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.
- **Entorno:** Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Postulados:

La revisión más reciente de Mercer de su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo:

Adopción del rol maternal: Este se sitúa en los círculos concéntricos del microsistema, el meso sistema y el macro sistema.

- a) El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semi cerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- b) El meso sistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del meso sistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad
- c) El macro sistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macro sistema lo origina

el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.

Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el auto concepto. Las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud.

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía.

Mercer afirma que La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las bases del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente.

2.6 DEFINICION DE TERMINOS

LA FLEBITIS: Es un proceso inflamatorio que afectan a las venas superficiales y profundas, la inflamación se puede extender a la piel y tejido celular subcutáneo especialmente en los miembros superiores e inferiores, por los periodos prolongados en la conservación del catéter donde puede presentarse un colonización en el segmento extravascular los signos y síntomas como endurecimiento, color, dolor, color, enrojecimiento de la piel y en ocasiones lesión tisular y posible necrosis, aparecen alrededor de las periferias del sitio de punción.

EXTRAVASACIÓN: Es la infusión del líquido por fuera del vaso sanguíneo en el tejido que rodea la vena. Los signos y síntomas son dolor, eritema local, sensación de quemazón y ausencia de retorno venoso. Posteriormente, se forma una ampolla que se transforma en ulcera por el daño causado a las células por el fármaco extravasado. Es importante prevenir esta complicación, por el daño tisular irreversible, el cual depende de las características del líquido: soluciones hiperosmolares.

ESTADO NUTRICIONAL: La reducción de proteínas, hidratos de carbono y grasas debidas a enfermedad, dieta deficiente o debilitación, aumenta la susceptibilidad del paciente a la infección y altera la cicatrización de heridas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo revisión de los libros de actividades de enfermería el servicio, libro de ingresos, el registro de almacén de distribución y pedidos de Catéteres por mes y de la oficina de estadística de la institución.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e Historia Clínicas.
- Recolección de Datos: los registros de enfermería y documentos del servicio.
- Procesamientos de Datos: se realizó a través del programa Excel y Word.
- Posteriormente se analizaron e interpretación de resultados para la redacción de conclusiones recomendaciones,

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Laboral

Mi experiencia profesional en el servicio de neonatología del Hospital Marino Molina Scippa , inicia en el año 2000, desempeñándome como enfermera asistencial, cuando el hospital todavía era un centro asistencial no categorizado como hospital, donde se atendía en hospitalización pacientes adultos y pediátricos, todavía no existía la unidad de neonatología.

Desde el año 2000, año en que fue creado el hospital de nivel I, se creó un espacio físico para cuidados básicos de atención a una cantidad mínima de neonatos con patologías de baja complejidad con grado de dependencia II (ictericia neonatal, infección urinaria, síndrome febril, macrostomia, prematuros, bajo peso etc.) acorde con la capacidad de atención del nivel I al que corresponde nuestro hospital. Sin embargo, ante el incremento de nacimientos y los partos complicados, los ingresos hospitalarios iban aumentando, las referencias a neonatos de dependencia III hacia Sabogal, y como era difícil la disponibilidad de camas en el nivel IV, se fue implementando la atención a este tipo de pacientes por necesidad más no por la capacidad de atención logística y de recursos, sin ser reconocida como unidad de cuidados intermedios.

En el año 2009 tras la inauguración del "Nuevo complejo hospitalario Marino Molina", se creó un espacio físico con equipos médicos necesario

para el funcionamiento de una unidad de cuidados intermedios, lográndose incrementar el personal de enfermería profesional y técnico.

En el año 2014, se logró mejorar las condiciones del servicio considerándose como unidad crítica, lo cual permitió un mejor manejo de materiales, equipos y de los procesos de calidad.

Durante estos años se ha podido apreciar el avance del servicio de neonatología con la contribución del personal al mejoramiento del servicio.

Descripción del Área Laboral

-Organización: Esta organizado para cuatro servicios:

- 1.- Alojamiento Conjunto
- 2.- Unidad de Cuidados Intermedios
- 3.- Atención Inmediata
- 4.- Tamizaje Neonatal

-Recursos Humanos

Una Enfermera para cada seis a ocho pacientes según el grado de complejidad del paciente neonatal. Conjuntamente con el personal Técnico de Enfermería y Pediatra de turno.

En la actualidad se dispone en el servicio de neonatología con:

Quince Licenciadas de Enfermería

Diez Técnicas de Enfermería

Quince Pediatra

-Infraestructura

El Servicio de Neonatología cuenta con cuatro ambientes distribuidos para Alojamiento Conjunto, Unidad de Cuidados Intermedios, Lactario que comparte con pacientes estables de menor complejidad, Atención Inmediata.

-Prestaciones

-Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Las funciones que desempeño en el área asistencial, están basadas en la unidad de neonatología, los cuales son; unidad de cuidados intermedios, atención inmediata y alojamiento conjunto.

a) Área Asistencial

En la Unidad de Cuidados Intermedios:

- Valoración del neonato
- Monitoreo de signos vitales
- Canalización de vía periférica
- Administración de medicamentos
- Colocación y supervisión de fototerapia

- Manejo de hidratación parenteral
- Manejo de oxigenoterapia
- Estabilización cardio respiratoria
- Manejo de RCP neonatal
- Alimentación al neonato por sonda oro gástrica y oral
- Observación de signos de alarma o complicaciones
- Supervisión de la lactancia materna
- Consejería en la extracción de leche

En la Unidad de Atención Inmediata

- Recepción del recién nacido en sala de partos y sala de operaciones
- Valoración del recién nacido
- Estabilización cardiorrespiratorio
- Manejo de RCP neonatal
- Contacto piel a piel
- Observación de signos de alarma
- Supervisión de la lactancia materna
- Educación individualizada sobre la técnica de lactancia materna

En el servicio de Alojamiento Conjunto

- Control de signos vitales
- Control de peso
- Traslado de neonatos

- Baño de inmersión
- Curación umbilical
- Valoración del neonato
- Observación de signos de alarma
- Supervisión de la lactancia materna
- Educación individualizada técnica de amamantamiento
- Asistencia a las madres de cesaria inmediata para la lactancia materna
- Educación al alta individualizada y/o grupal
- Cursar exámenes de laboratorio y RX etc.
- Acompañar la visita médica control y cita del recién nacido
- Información y cita para Tamizaje neonatal y control de niño sano

b) Área Administrativa

Las funciones que desempeño en el área administrativa es la Sub coordinación del servicio de neonatología ya que contamos con una Coordinadora general para todo el Hospital.

c) Área Docencia:

En el año 2013 al 2015 se dio la oportunidad de de desarrollar actividades académicas con alumnos de pregrado con la universidad Cesar Vallejo.

3.1 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Durante los años del 2014 al 2016, se registraron 156 casos de Flebitis en el servicio de neonatología, observándose que la prevalencia eran en pacientes que tenían más días de hospitalización seguido de aquellos por rebosamiento de los medicamentos y el hacinamiento en algunas oportunidades que llegan a ser hospitalizados hasta 12 neonatos para una enfermera cuando la capacidad es para ocho, el material a utilizar de mala calidad y a todo esto se acompaña el grado de cumplimiento de las funciones de enfermería que es de un 75% .

La aparición de la flebitis conlleva una serie de alteraciones para el paciente que identificaremos como diagnósticos de enfermería (reales o potenciales), que a menudo son aumento de la estancia y del gasto hospitalario por paciente y el riesgo al neonato a adquirir otras enfermedades.

Con la experiencia de los años de servicio y atención a los neonatos se ha podido adquirir y aportar avances de la ciencia en el manejo de flebitis y disminuir los casos con las capacitaciones y ayuda de otros profesionales y especialistas de otras instituciones.

-Caso Relevante

El caso más resaltante que motivo el presente informe:

Flebitis bacteriana adquirida en la unidad de cuidados intermedios de neonatología en el turno diurno procedí a administrar el tratamiento indicado de hidratación endovenosa con dextrosa al 7.5 y observo al neonato de 8 días de vida que el brazo estaba muy enrojecido, con calor, dolor a la palpación con edema. Dx de ingreso del neonato de 6 días por deshidratación hiponatremica, procedí a retirar la vía periférica que estaba en ese brazo con fecha de colocación de hace dos días, además se observó otras punciones en el mismo brazo. Se lavó la zona con agua destilada estéril, se informa al pediatra de lo evidenciado ya que el neonato estaba muy irritable y con 38°C. Quien a su vez solicito una RX del brazo hemograma, hemocultivo, PCR urgente. se baja la fiebre por medios físicos, a la reevaluación del pediatra con los resultados Diagnostica Osteomielitis agente causante por Bacterias.

Inmediatamente se colocó la vía periférica en la mano del brazo no afectado con medidas extremas de asepsia y se procedió a administrar el tratamiento indicado por el pediatra. El neonato estuvo hospitalizados 10 días con los cuidados respectivos y el tratamiento indicado con una estancia prolongada por el Dx Osteomielitis adquirida en la unidad muy diferente al Dx de ingreso

Este caso fue muy preocupante ya que sucedió por el mal manejo y responsabilidad del personal que laboramos en el servicio, y brindar una mejor atención al neonato para el bienestar y tranquilidad de los familiares y directamente de la mamá la que esta durante el día con su bebe dándole de lactar.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

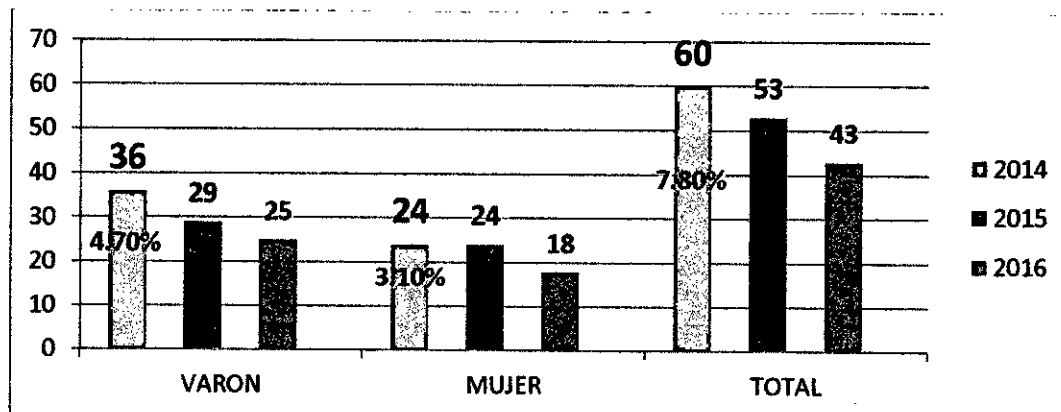
Porcentaje de Recién Nacidos que presentaron flebitis según sexo del 2014 -2016

SEXO	2014		2015		2016	
VARON	36	4.7%	29	3.5%	25	2.7%
MUJER	24	3.1%	24	2.9%	18	1.9%
TOTAL	60	7.8%	53	6.4%	43	4.6%
HOSPITALIZADOS	769		828		922	
%	92.8		93.6		95.4	

Fuente registro estadístico del servicio e historias clínicas del servicio de neonatología

(2014-2016).

GRÁFICO N° 4.2



En el Grafico N° se observa que el mayor porcentaje (7.8%) de casos de flebitis se presentaron en el año 2014, siendo el sexo masculino que presentó leve incremento para el 2015 y 2016 con tendencia a la disminución; lo que explica que tuvieron impacto los cursos de capacitación y sensibilización en el cuidado del recién nacido.

TABLA N° 4.3**Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa del 2014**

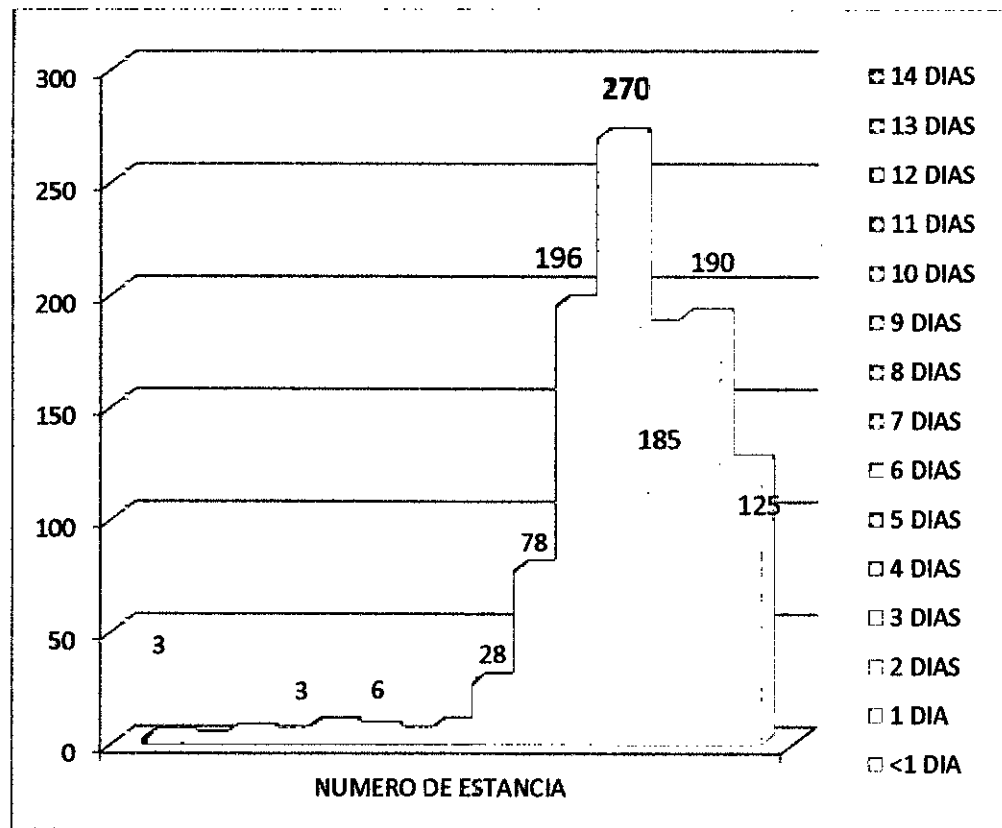
DIAS/AÑO	2014	
14	3	0.27%
13	2	0.18%
12	5	0.45%
11	3	0.27%
10	4	0.36%
9	8	0.72%
8	6	0.54%
7	8	0.72%
6	28	2.52%
5	78	7.02%
4	196	17.64%
3	270	24.30%
2	185	16.65%
1	190	17.10%
<1	125	11.25%
TOTAL	1111	

Fuente oficina de estadística e informe de registros diario de pacientes

ingresados(2014).

GRÁFICO N° 4.4

Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa del 2014



En el gráfico se evidencia que el 24.3%(270) de recién nacidos su estancia Hospitalaria promedio es de 3 días en la Unidad de Cuidados Intermedios de Neonatología 2014; un porcentaje similar entre 4 y 1 día 17.64% y 17.10% respectivamente a pesar de la estancia hospitalaria que es corta (3 días) cabe la posibilidad que se presenten casos de flebitis siendo responsable el profesional de enfermería del cuidado y supervisión del acceso venoso.

TABLA N° 4.5

Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa del año 2015.

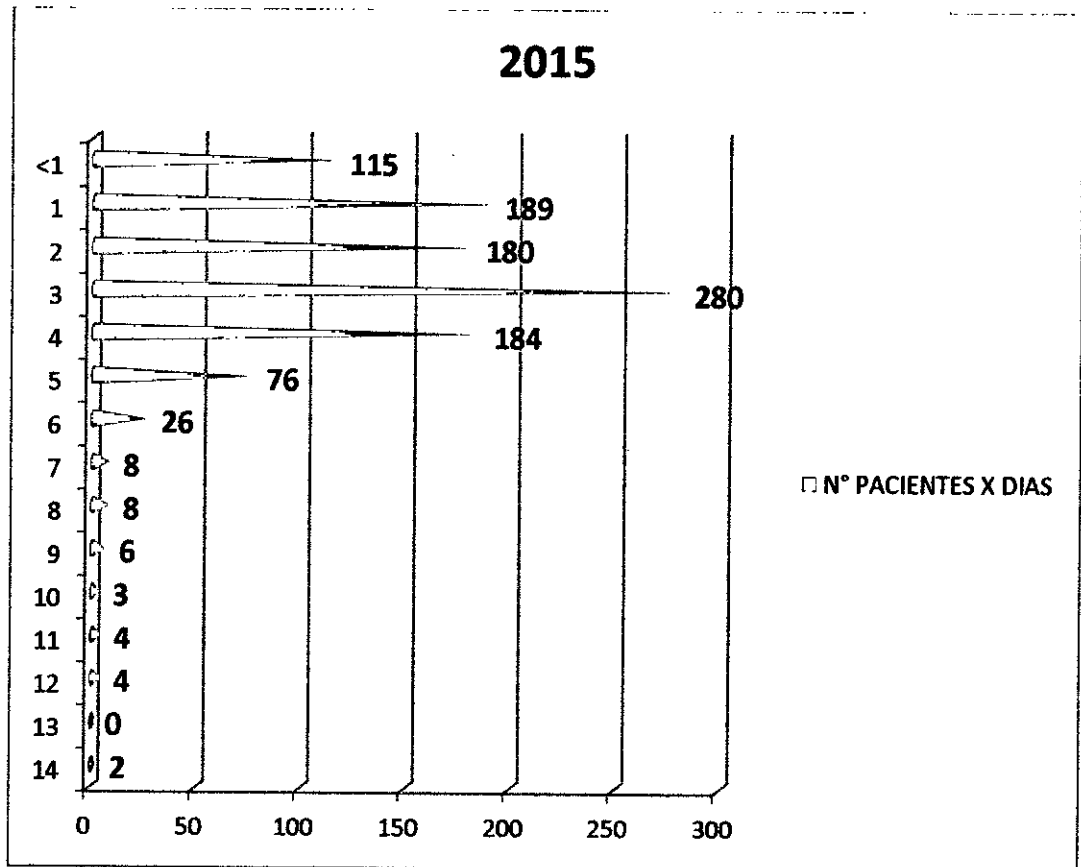
DIAS/AÑO	2015	
14	2	0.18%
13	0	0.00%
12	4	0.37%
11	4	0.37%
10	3	0.28%
9	6	0.55%
8	8	0.74%
7	8	0.74%
6	26	2.40%
5	76	7.00%
4	184	16.96%
3	280	25.81%
2	180	16.59%
1	189	17.42%
<1	115	10.60%
TOTAL	1085	

Fuente oficina de estadística e informe de registros de pacientes ingresados(2015).

GRÁFICO N° 4.6

Estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intermedios

Neonatología del Hospital Molina Scippa del año 2015



En el grafico se evidencia que el 25.81%(280) de recién nacidos su estancia Hospitalaria promedio es de 3 días en la Unidad de Cuidados Intermedio de Neonatología 2015; un porcentaje similar entre 4 y 1 día 16.96% y 17.42% respectivamente a pesar de la estancia hospitalaria que es corta (3 días) cabe la posibilidad que se presenten casos de flebitis siendo responsable el profesional de enfermería del cuidado y supervisión del acceso venoso

TABLA N° 4.7

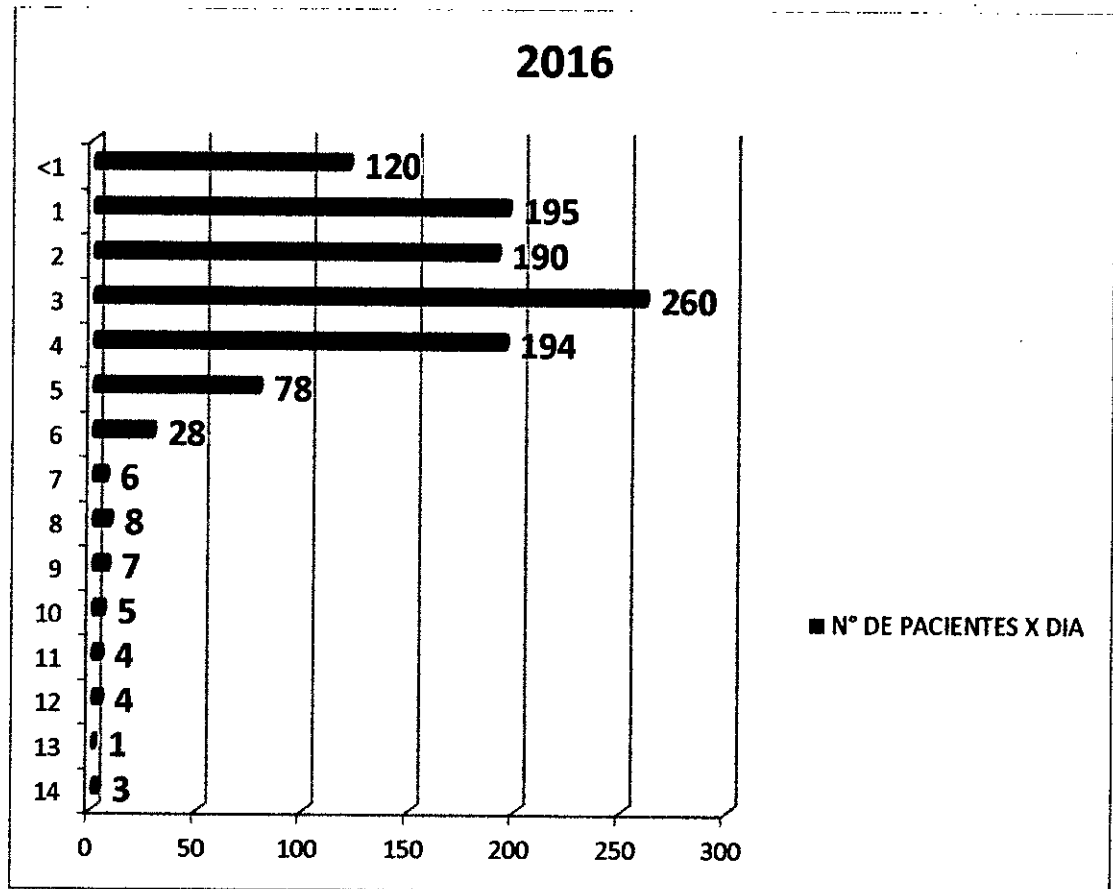
Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa del 2016.

DIAS/AÑO	2016	
14	3	0.27%
13	1	0.09%
12	4	0.36%
11	4	0.36%
10	5	0.45%
9	7	0.63%
8	8	0.73%
7	6	0.54%
6	28	2.54%
5	78	7.07%
4	194	17.59%
3	260	23.57%
2	190	17.23%
1	195	17.68%
<1	120	10.88%
TOTAL	1103	

Fuente oficina de estadística e informe de registros de pacientes ingresados(2016).

GRÁFICO N° 4.8

Estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intermedios Neonatología del Hospital Molina Scippa del año 2016.



En el grafico se evidencia que el 23.57% (260) de recién nacidos su estancia Hospitalaria promedio es de 3 días en la Unidad de Cuidados Intermedio de Neonatología 2015; un porcentaje similar entre 4 y 1 día 17.59% y 17.68% respectivamente a pesar de la estancia hospitalaria que es corta (3 días) cabe la posibilidad que se presenten casos de flebitis siendo responsable el profesional de enfermería del cuidado y supervisión del acceso venoso

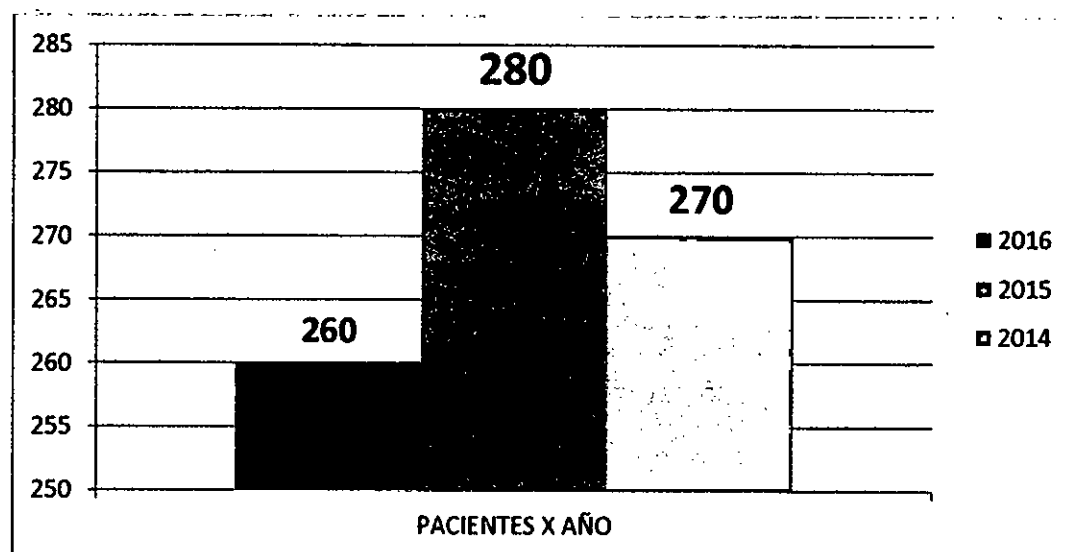
TABLA N° 4.9

Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa 2014 - 2016.

DIAS/ANO	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	<1	TOTAL
2016	3	1	4	4	5	7	8	6	28	78	194	260	190	195	120	1103
2015	2	0	4	4	3	6	8	8	26	76	184	280	180	189	115	1085
2014	3	2	5	3	4	8	6	8	28	78	196	270	185	190	125	1111

GRAFICO N° 4.10

Total de Dias de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa de los años 2014, 2015 y 2016.

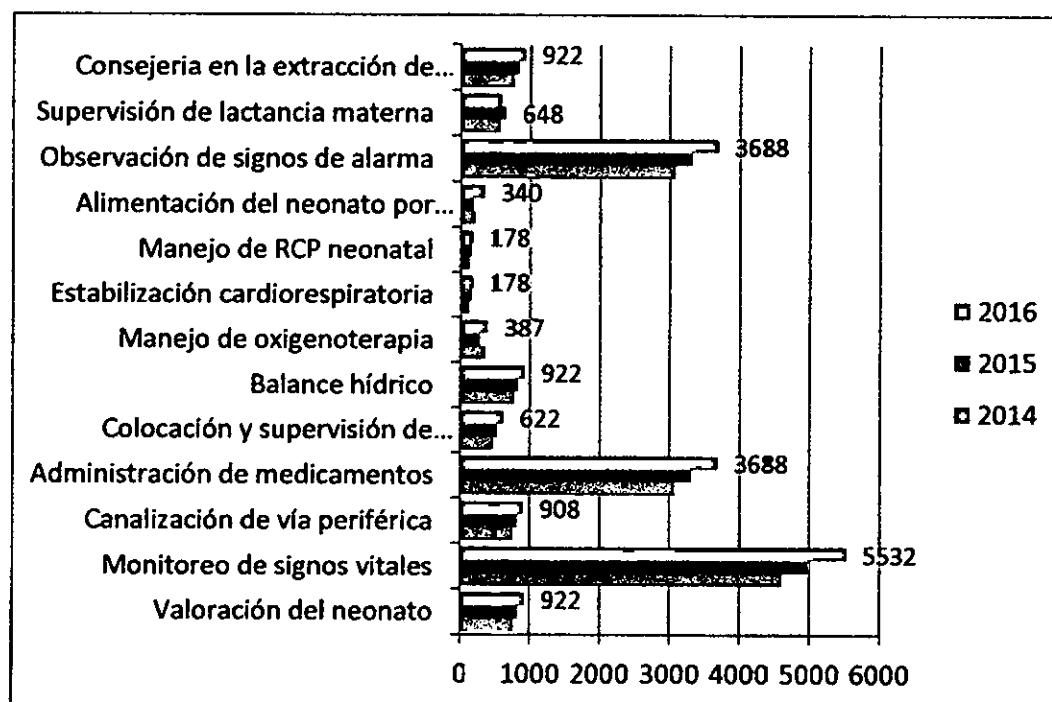


En el grafico se evidencia que entre los años 2014, 2015 y 2016 el predominio de estancia Hospitalaria de recién nacido en el tercer día en la Unidad de Cuidados Intermedio de Neonatología fue con mayor número el año 2015 con 280 hospitalizados.

TABLA N° 4.11
Total de Días de Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatología del Hospital Marino Molina Scippa de los años 2014, 2015 y 2016.

CUIDADOS	2014	2015	2016
Valoración del neonato	769	828	922
Monitoreo de signos vitales	4614	4968	5532
Canalización de vía periférica	755	814	908
Administración de medicamentos	3076	3312	3688
Colocación y supervisión de fototerapia	469	528	622
Balance hídrico	769	828	922
Manejo de oxigenoterapia	356	280	387
Estabilización cardiorespiratoria	123	156	178
Manejo de RCP neonatal	123	156	178
Alimentación del neonato por sonda	202	180	340
Observación de signos de alarma	3076	3312	3688
Supervisión de lactancia materna	567	648	582
Consejería en la extracción de leche	769	828	922
Total de cuidados	15668	16838	18869

TABLA N° 4.12



En el gráfico se evidencia la alta demanda de los pacientes, más aun considerando que muchas de las intervenciones hasta cuadruplican la cantidad de pacientes por día.

V. CONCLUSIONES

- a. Se concluye que la estancia promedio de permanencia de los bebés en la Unidad de Cuidados Intermedios es de 3 días que según los estándares de cambio de vías periféricas está dentro de la estimación promedio en tiempo de permanencia y tiempo de cambio catéter.

- b. Se concluye también que el promedio de catéteres utilizados por mes es de 325.8 aprox. evidenciando en cifras que para un solo cateterismo se utilizan de 1 a 3 punciones en promedio estimado.

- c. Se evidencia y concluye que se debe enfatizar en el mejoramiento continuo de destrezas y adiestramiento correcto de enfermería, en cuanto a las técnicas de asepsia en el método de inserción de Catéteres del personal de Enfermería, y la unificación de criterios para que sea favorable en el bienestar y cuidado del neonato.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda llevar a cabo un programa de mejora continua que asegure el proceso de atención de enfermería humano y de calidad adquiriendo destreza y habilidad del personal de enfermería en la inserción y mantenimiento de las vías periféricas capacitación continua y regirse a los manuales de atención.
- b) Se propone mejorar en la distribución de solo un modelo de insumo de material que no tenga uniones con otros insumos como llaves, extensiones, etc que promueven la manipulación y contaminación de las vías periféricas.
- c) El manejo de estas inserciones debe continuar con las medidas de bioseguridad establecidas para evitar la flebitis bacteriana en el servicio de neonatología.
- d) Seguir argumentando el que hacer de enfermería basada en la teoría de Swanson, el cual proporciona una variedad de estrategias aplicadas a la atención de neonatos con flebitis.

VII. REFERENCIALES

1. – DRES. ALEJANDRO CROSI, SILVANA BORGES GONZALES, FRANCISCO ESTEVES CARRIZO. “Reacciones adversas medicamentos graves. Syndrome de Stevens-Johnson y necrolisis epidemica toxica”
2. - JONES P, CHESNEY R: “Development of tubular function”. ClinPerinatol 1992, 19:33-56.
3. - AVILES DH, FILDES RD, and JOSÉ PA: “Evaluation of renal function”. ClinPerinatol 1992; 69-84.
- 4.- NORERO C, MATURANA A.: “Fisiología renal en el recién nacido”. Rev ChilPediatr 65(4); PAG. 234-240, 1994.
5. - ENGLE W.: “Evaluation of renal function and acute renal failure in the neonate”. Pediatrics Clinics of North America 1986.
6. - GUINARD JP, JOHN E,” Renal function in the tiny, premature infant”. Clinics in Perinatology, 1986,13; 2:377-395.
- 7.- MORGUES M, “Función renal del prematuro”. Pediatría 1989, 32,4:204-209.
- 8.- MARIN V, G Y MATEO M, E. “Catéteres venosos de accesos periférico”. Rol de Enfermería 1997; 229: 67-72.

- 9.- DAIDAN, M. GONZÁLEZ, A. Y CADENA, M. investigación titulada "Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador".(2011)
- 10.- BURGOS, G. investigación titulada "Participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la prevención de infección en el sitio de punción en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana"(2010).
- 11.- MIJARES, M. Y SÁNCHEZ, L "Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico. En servicios de cirugía del Hospital Universitario de Caracas.(2015)
- 12.- MULLEN, E. estudio dirigido a reducir la incidencia de la flebitis(2007)
- 13.- LAMBECK ET al Observación Sistemática de los accesos venosos de los pacientes del MalmoUniversity Hospital.(2012)
- 14.- MAURICIO BARRIAR P Y GEMA SANTANDER ENMA incidencia de complicaciones de 2 métodos de cateterización venosa periférica usados en cuidados intensivos neonatal.(2010)
- 15.- OBLITAS CABALLINI JOSÉ MANUEL Trujillo PERU Factores de riesgo asociados a infecciones nosocomial en recién Nacidos a término en el servicio de neonatología hospital IV Víctor Lazarte Echegaray Es salud Trujillo (2007).

- 16.-BARRERA Y COL. Al estudiar los "Factores de riesgo extrínsecos asociados a flebitis en pacientes con vía intravenoso periférica" realizado en Lima- Perú (2013)
- 17.-LOYOLA, C. en el estudio "Relación entre el Manejo de los factores de riesgo con la presencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 1-1 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza" Lima-Perú 2004
- 18.- TORNE PEREZ.2 "Canalización venosa". Bruce S. Cutter. M. D.Thomas J. VandeJalm Atlas de Técnicas Quirúrgicas en Cuidados Intensivos. Ed: Salvat, 2012.
- 19.- CÓRCOLES JIMÉNEZ, P, RUIZ GÓMEZ,T Y COLS.(1996): "Flebitis postpunción". Estudio en un área de cirugía. Rol de enfermería 1996; 217: 13-16.
- 20.-RODRÍGUEZ, S. Y COLS.(1992) "Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria". Enfermería científica 1992; 118: 20.
- 21.- ANNE BOYKIN Y SAVINA SCHOENHOFER "Teoría De La Enfermería Como Cuidado" 2013 170: 23-32.
- 22.- KRISTEN M. SWANSON. "Desarrollo Empírico De Una Teoría De Mediano Rango". NursingResearch. [traducido por Juan David Cárdenas]. Mayo- junio 2008. 40 (3), 161 166.

- 23.- KRISTEN M. SWANSON, PAT JAKOBSEN, MARY KOLOROUTIS. CaringMadeVisible.CreativeHealthCare Management.[En línea].1998. [accesado 21 de octubre 2012].,4(4),8-11,16.Disponible en: http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032551.pdf
- 24.- School of Nursing [en línea]. TheUniversity of North Carolina at Chapel Hill; North Carolina: 2012; Directorio; disponible en: http://nursing.unc.edu/faculty-staff/directory/CCM1_042953
- 25.-ANNE BOYKIN Y SAVINA SCHOENHOFER "Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica" 2013 128: 63-77.
- 26.- DOUGLAS M ANDERSON; ANDERSON;JEFF KEITH;PATRICIA D NOVARK;MICHELLE A ELLIOT "Diccionario "Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud."6ª ed. España. Elsevier;2003
- 27.-TORTOTA G, GRABOWSKI S. 2002. "Principios de anatomía y fisiología". Novena edición.Cáp.5, 143-163.
- 28.-Y M, ARANT B, "Development of renal hemodynamics: lomerula filtration and renal blood flow". ClinPerinatol 1992; 19:33-55.
- 29.- CAVAGNARO F.: "Trastornos nefrourológicos". Manual de Neonatología. JL Tapia-P Ventura-Juncá. Edit. Mediterráneo.2010.

- 30.- TAEUSCH-BALLARD.: "Tratado de Neonatología" de Avery. 7ª Edición. Harcourt.
- 31.- THOMAS MARSOORLI S.(1997). "Terapia intravenosa". Nursing ; 40-43. Diccionario terminológico de ciencias médicas.
- 32.- CARPENITO. (1990):" Diagnóstico de enfermería", 3ª ed. Madrid: McGraw Hill: 1990.
- 33.- POTTER, PA Y PERRY, AG. (2001): "Fundamentos de enfermería", 5ª ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
- 34.- CANTOS CARRERO, M.T.(1993): " Atención de enfermería ante venoclisis o venopunción". Hygia 1993; 25: 30-35.
- 36.- UNINET ."Principios de Urgencias , Emergencias y Cuidados Críticos".[http://www.uclm.es/ ab/enfermería/revista/numero 15.flebitis](http://www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero%2015/flebitis).
- 37.- Citostaticos:"Derrame, Contacto y Extravasación" Complejo Hospitalario San Millán Logroño. Año 2002.
- 38.-Torne Perez ."Canalización venosa".Bruce S. Cutter . M. D.Thomas J. VandeJalm Atlas de Técnicas Quirúrgicas en Cuidados Intensivos. Ed: Salvat, 1982.
- 39.-"Manual de Canalización Venosa Periférica." Suecia 1983.
- 40.-Nursing Phrotobook . "Cuidados de Enfermería Pediátrica." Ed: Doyma, 1983.

- 41.- John V. Bricoe RN. "Canalización venosa en el lactante" Revista Nursing .Octubre, 1985, 1986, 1988.
- 42.- GuillamónEstornell, I."Inserción de catéter venoso periférico y complicaciones derivadas de la terapia iv" Rev. Investigación y Cuidados. Vol.2, nº3. Pág.6-10. Año 2003.
- 43.- Hasset Jimmy Jimenez,R." Urgencias en Pediatría. Vía Intraósea." <http://www.spp.org.py>. 280 206.htm.
- 44.- Martinez, J.A. Y Cols. !"Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes". Medicina Clínica 1994:103:89- 93.
- 45.- Barría, M. y Santander, G. (2006). Cateterismo venoso central de inserción periférica en recién nacidos de cuidado intensivo. Rev. Chil. Pediatr. 77, 139-146.
- 46.-Batton, D.G.; Maisels, M.J. &Appelbaum, P. (1982). Use of peripheralintravenouscannulas in prematureinfants: a controlledstudy. Pediatrics 70, 487-490.
- 47.- Beck-Sague, C.M.; Azimi, P.; Fonseca, S.N.; Baltimore, R.S.; Powell, D.A.; Bland, L.A. *et al.* (1994). Bloodstreaminfections in neonatal intensivecareunitpatients: results of a multicenterstudy. Pediatr. Infect. Dis. J. 13, 1.110-1.116

ANEXOS

Anexo N° 01

Fig, 1

Lesión en el pie del paciente pediátrico.



Fig, 2

Lesión en el brazo del paciente pediátrico.



Fig. 3

Identificación del paciente



Fig. 4

Paciente pediátrico con catéter venoso periférico.

