

Prevalencia de diagnósticos de enfermería en una unidad neonatal*

BEGOÑA BOTAS FERNÁNDEZ^a, CARMEN RIVAS DE LA MATA^b, M.^a LUISA VELADO ARTEAGA^b,
YOLANDA LINARES ORDÁS^b y RUTH MUÑOZ BOTAS^c

^aSupervisora de Neonatología. ^bEnfermera de Neonatología. ^cAlumna de Tercer curso de Enfermería.
Hospital del Bierzo. Ponferrada (León).

Resumen

Introducción: Los diagnósticos de enfermería como motor del plan de cuidados resultan imprescindibles en el desempeño cotidiano del trabajo enfermero. Los diagnósticos neonatales surgidos de una valoración a fondo del neonato dirigen el plan de actuación de la enfermería neonatal.

Material, métodos y resultados: En el presente estudio se extrajeron de las historias clínicas los diagnósticos más frecuentes y se elaboró un manual que recoge objetivos y actividades que servirán de guía en la práctica clínica. También estandarizamos un plan de cuidados al neonato pretérmino que incluye todos aquellos diagnósticos, objetivos y actividades que dirigirán la actuación de enfermería ante cualquier neonato de menos de 37 semanas de edad gestacional.

Discusión: Hemos constatado la detección de muchos problemas de riesgo, lo que significa que las enfermeras planifican sus cuidados para evitar que dichos problemas de riesgo se conviertan en reales y, si lo hacen, que sus consecuencias sean lo más leves posible. Por el contrario, los diagnósticos referidos a la esfera psicosocial no aparecen con la importancia que sin duda tienen, lo que se explica por el énfasis que desde siempre le hemos dado al plano físico. Se pretende para el futuro, con el apoyo informático, solventar éstos y otros inconvenientes que se han detectado.

Palabras clave: Diagnóstico. Diagnóstico neonatal. Diagnósticos neonatales de enfermería. Plan de cuidados. Plan de cuidados al pretérmino. Neonatología.

Correspondencia: B. Botas Fernández.
Juan de Lama, 2, 4.º A. 24400 Ponferrada. León.

*Trabajo premiado en el XV Certamen Ciudad de León.
Aceptado para su publicación el 13-9-2000.

The prevalence of nursing diagnoses in a neonatal unit

Introduction: Nursing diagnoses as the dynamics of a health care plan are essential in the daily development of nursing care. Neonatal diagnoses achieved after in depth evaluation of the neonate lead the plan of action in neonatal nursing.

Material, methods and results: The clinical histories of the most frequent diagnoses were collected and a manual was elaborated with guidelines for the aims and activities for clinical practice. A health care plan for preterm neonates was also standardized including all the diagnoses, objectives and activities which direct nursing action in any neonate of less than 37-weeks of gestational age.

Discussion: Many risk problems were noted indicating that nurses plan their care to avoid that these risk problems convert into real problems and if this occurs they attempt to make the consequences as mild as possible. To the contrary, the diagnoses referring to the psychosocial sphere do not appear to have the importance which they undoubtedly have, thereby explaining the emphasis which has always been given to the physical plan. In the future, information technology support will aid in solving these and the other problems detected.

Key words: Diagnosis. Neonatal diagnosis. Neonatal nursing diagnoses. Health care plan. Preterm health care plan. Neonatology.

Introducción

En un intento por trabajar de modo independiente y con rigor científico empezamos a aplicar el proceso de atención de enfermería a nuestros pacientes neonatales ya en 1985.

Anexo 1

NOMBRE	N.º HISTORIA.....
MOTIVO INGRESO	
EDAD GESTACIONAL	PESO SEXO.....
LOCALIDAD DE PROCEDENCIA.....	
DÍAS DE ESTANCIA.....	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES AL INGRESO:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y P. INTERDEPENDIENTES POSTERIORES:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

En una primera fase enunciamos todos los problemas del neonato en los que trabajábamos como diagnósticos de enfermería, aun cuando a veces teníamos claro que algunos de ellos eran problemas interdependientes¹.

Esto nos sirvió para elaborar el plan de cuidados, pues nos resultaba más sencillo marcarnos objetivos y actividades para resolver los problemas si éstos estaban enunciados como diagnósticos “relacionados con” el factor etiológico.

Elaboramos un manual con los problemas clínicos que se nos presentaban en la práctica. Para cada problema definíamos unos objetivos y unas actividades encaminadas a resolverlos. El objetivo del propio manual era unificar los criterios de las enfermeras en los registros y mantener una continuidad en los cuidados a los niños en nuestra unidad. Así mismo, servía de guía para los profesionales de nueva incorporación a la unidad.

Posteriormente planteamos el estudio que presentamos en este trabajo, en el que hemos revisado las historias de todo un año para extraer los problemas neonatales más frecuentes en nuestra unidad y diferenciar entre ellos los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes, ya que después de este “rodaje” creímos que convenía clarificar las cosas.

Así, el manual inicial de diagnósticos neonatales de enfermería elaborado de forma deductiva fue revisado y modificado por inducción llegando a uno más acorde con lo que verdaderamente son los problemas neonatales en nuestra práctica clínica.

En la bibliografía encontramos documentación en la que se establece clara diferencia entre diagnóstico de enfermería y problema interdependiente^{2,4} y también encontramos textos que definían diagnósticos de enfermería más en la línea de lo que veníamos haciendo nosotros, considerando como diagnósticos de enfermería lo que algunos autores definen como problema interdependiente. Esto queda ilustrado por los siguientes ejemplos. Diagnóstico de enfermería: volumen minuto disminuido relacionado con aumento de líquido en el saco pericárdico; objetivo: mejorar el volumen minuto⁵. Diagnóstico de enfermería: deterioro del intercambio gaseoso relacionado con concentraciones inadecuadas de surfactante; objetivo: el intercambio de gases del niño mejorará y mantendrá concentraciones de gases en sangre arterial dentro de límites normales⁶.

Durante el período en el que desarrollamos los diagnósticos de enfermería en nuestra unidad, no seguimos ningún modelo de enfermería de forma explícita y establecida, pues, dada nuestra inexperiencia, no conseguíamos adaptarlos a nuestras necesidades. Tras estos años de búsqueda y estudio nos inclinamos por el modelo de autocuidado de Dorotea Orem, fundamentalmente en su sistema de compensación total y de apoyo/educativo con el que creemos que abarcamos tanto al paciente neonatal como las necesidades de la familia^{2,7}.

De todo lo revisado, lo que nos ha parecido más esclarecedor es el modelo de práctica clínica bifocal de Carpenito⁴, por lo que nos hemos ajustado bastante a él, enunciando los problemas neonatales co-

mo diagnósticos de enfermería y problemas añadidos, con criterios de resultados para los primeros y objetivos de enfermería para los segundos.

Hemos aplicado los diagnósticos de la NANDA⁸, adaptando algunos a nuestra realidad.

En nuestro estudio nos planteamos como objetivos los siguientes:

1. Identificar los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes más utilizados en la unidad neonatal y adecuar el antiguo manual clínico a la práctica cotidiana.

2. Elaborar el plan de cuidados estandarizados del recién nacido pretérmino de acuerdo con los diagnósticos de enfermería y a los problemas interdependientes más frecuentemente utilizados con dichos recién nacidos.

Material y método

El diseño del estudio ha sido observacional descriptivo.

La población del estudio comprende a todos los niños ingresados en la unidad neonatal del Hospital del Bierzo, de Ponferrada, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 1996. La unidad consta de nueve puestos entre incubadoras, nidos y boxes de aislamiento. Los niños que se atienden son todos los recién nacidos de partos instrumentales y/o con cualquier tipo de afección. Los cuidados dispensados van desde los mínimos a los intensivos.

Se elaboró una hoja de recogida de datos de la historia clínica de los pacientes neonatales (anexo 1). Consta de datos de identificación de los recién nacidos, motivo del ingreso, peso, días de estancia, edad gestacional, sexo y localidad de procedencia.

Se incluyen también los diagnósticos de enfermería (juicios clínicos sobre las respuestas individuales

y familiares ante problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales)⁴ y problemas interdependientes (aquellos problemas o situaciones clínicas en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, normalmente los médicos)¹ detectados al ingreso y los que se detectaron en los días posteriores.

El estudio es retrospectivo y se realizó sobre 442 historias clínicas de pacientes neonatales. En primer lugar se rellenó el instrumento con los datos recogidos de cada historia clínica. Posteriormente se codificaron todos los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes extraídos de las historias neonatales, así como el diagnóstico médico al ingreso de los recién nacidos.

Para el estudio estadístico se elaboró una ficha informática en orden a introducir los datos recogidos en el programa estadístico R-SIGMA, realizándose resúmenes estadísticos para las variables cuantitativas y análisis descriptivo de la tabla de frecuencias para las cualitativas. El análisis de los datos se realizó sobre la población total de neonatos por un lado y sobre el grupo de neonatos pretérmino por otro.

Resultados

Características de la muestra

La población de recién nacidos era de 442, de los cuales 242 (54,7%) eran niños y 200 (45,2%), niñas (fig. 1).

La edad media de gestación era de 39 semanas, con una desviación típica de 1,99 semanas y los límites entre 28 y 43 semanas. El peso medio al nacimiento fue de 3.277 g, con una desviación típica de 610 g y con unos límites de 889 y 5.135 g. La estancia media en la unidad fue de 3,57 días, con el límite inferior en un día, el superior en 59 días y una desviación típica de 5,94 días (tabla 1).

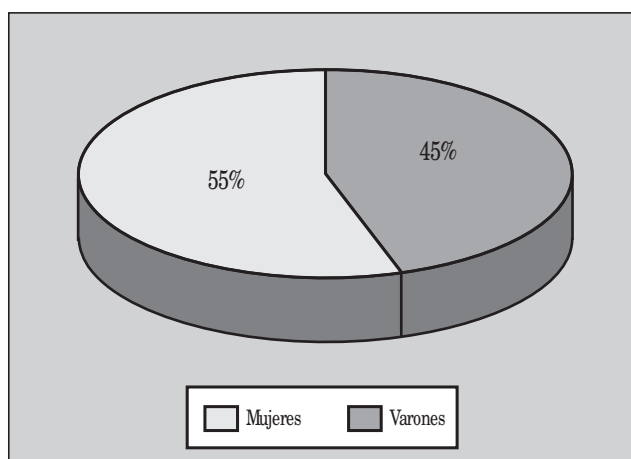


Fig. 1. Distribución de la muestra según el sexo.

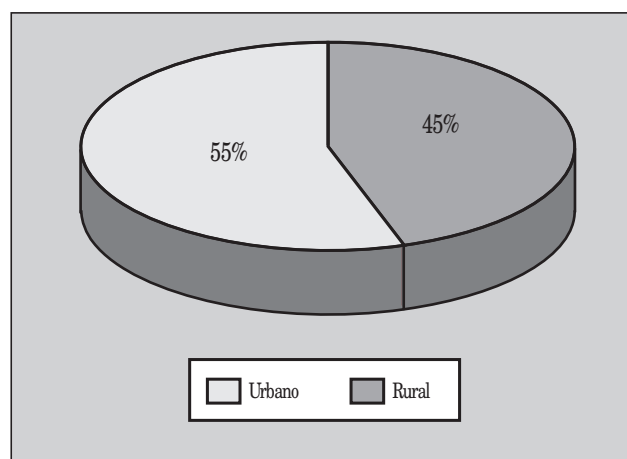


Fig. 2. Distribución de la muestra según procedencia.

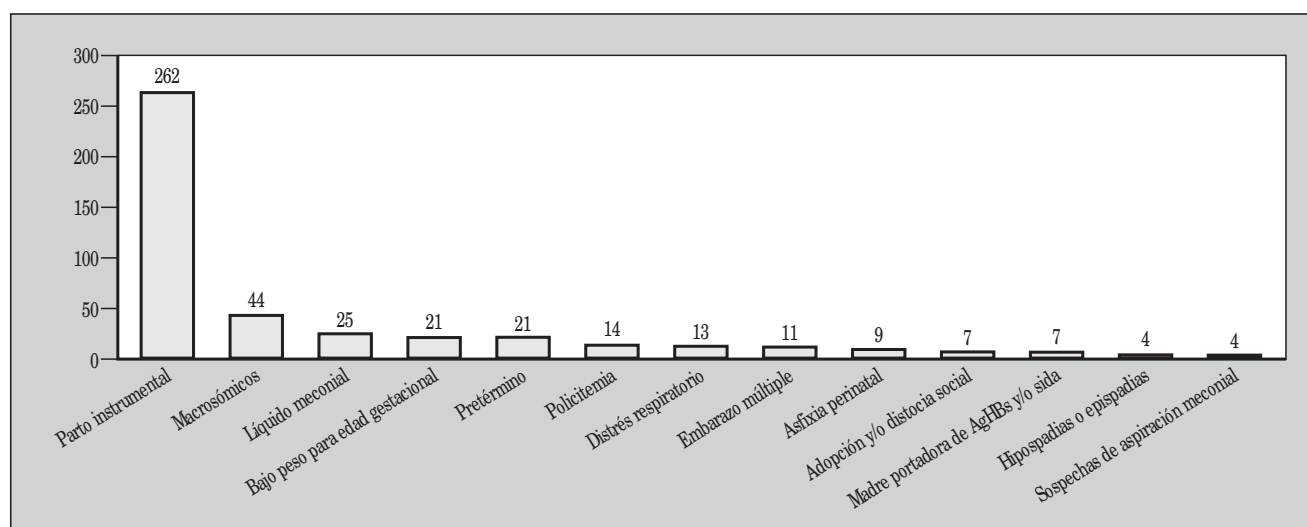


Fig. 3. Motivos del ingreso.

De los recién nacidos 197 (44,4%) pertenecían a ambiente urbano y los restantes 245 (55,6%) a ambiente rural (fig. 2).

Los motivos de ingreso se detallan en la figura 3.

Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes más frecuentes

Diagnósticos de enfermería

Lactancia materna ineficaz r/c inicio de la lactancia (713.1): 66 casos (15,4%)

Alteración en la función digestiva r/c adaptación del tubo digestivo a la vida extrauterina (715.1): 58 casos (13,5%)

Alteración en la integridad de la piel r/c erosión por ventosa (724.5): 44 casos (10,3%)

Alteración en el crecimiento y desarrollo r/c prematuridad (711.1): 33 casos (7,9%)

Alteración en el crecimiento y desarrollo r/c retraso del crecimiento intrauterino (711.2): 24 casos (5,6%)

Déficit de bienestar (irritabilidad, llanto) r/c cólicos intestinales (717.1): 22 casos (5,1%)

Riesgo de infección r/c maniobras invasivas (7P2.5): 21 casos (4,9%)

Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez (718.1): 18 casos (4,2%)

Lactancia materna ineficaz r/c poca o nula secreción láctea (713.4): 17 casos (3,7%)

Alteración de los procesos familiares r/c recursos económicos escasos (733.1): 16 casos (3,5%)

Alteración en la integridad de la piel r/c exantema toxoalérgico (724.1): 15 casos (3,3%)

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c inmadurez (714.1): 14 casos (3,2%)

Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c obstrucción por rinitis (720.1): 13 casos (3%)

Por debajo del 3%: patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c taquipnea (714.3); riesgo de déficit del volumen de líquidos r/c fototerapia (7P13.1); alteración en la integridad de la piel r/c dermatitis del pañal (724.3); alteración en la integridad de la piel r/c piel seca (724.4); lactancia materna ineficaz r/c inexperiencia de la madre (713.2); riesgo de alteración del desarrollo psicomotor r/c larga estancia hospitalaria (7P7.0); ansiedad, preocupación de los padres r/c proceso patológico del recién nacido (730.0); termorregulación ineficaz r/c prematuridad (736.1); lactancia materna ineficaz r/c ausencia del reflejo de succión (713.5).

Complicación potencial (CP)

Depresión postanestésica por parto vía cesárea (7P9.0): 232 casos (52,6%)

Hipoglucemia secundaria a macrosomía (7P6.1): 72 casos (16,8%)

Infección secundaria a aguas meconiales y/o fétidas (7P2.3): 50 casos (11,4%)

Apnea y bradicardia secundaria a prematuridad (7P12.1): 29 casos (7,7%)

Hiperbilirrubinemia secundaria a prematuridad (7P3.2): 25 casos (6,8%)

Hipoglucemia secundaria a prematuridad (7P6.2): 24 casos (6,8%)

TABLA 1. Características de la muestra

	Medio	Límite inferior	Límite superior	Desviación típica
Peso natal	3.277	889	5.135	610
Edad gestacional	39	28	43	1,99
Estancia	3,57	1	59	5,94

Hipoglucemia secundaria a retraso del crecimiento intrauterino (7P6.3): 20 casos (4,6%)

Hiperbilirrubinemia secundaria a reabsorción de cefalohematoma (7P3.7): 16 casos (3,5%)

Infección secundaria a bolsa rota > 12-24 horas (7P2.1): 13 casos (3,1%)

Hepatitis B por madre portadora HBsAg (7P4.0): 13 casos (3,1%)

Sida por madre portadora de VIH (7P17.0): 4 casos (1%)

Problema interdependiente (PI)

Soplo cardíaco (7P11.1): 13 casos (3%)

Hiperbilirrubinemia (723.0): 11 casos (2,5%)

Dilatación de la pelvis renal (7P5.1): 9 casos (2%)

Anemia (747.0); convulsiones (721.0), poliglobulia (745.0): 4 casos (1%).

Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes más frecuentes en el recién nacido pretérmino

Dentro del grupo (n = 48) de recién nacidos pretérmino (< 37 semanas de edad gestacional), se recogieron los siguientes diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes al ingreso y se añadieron otros en los días posteriores. Los problemas recogidos al ingreso del recién nacido en la unidad fueron los siguientes.

Diagnósticos de enfermería

Alteración en el crecimiento y desarrollo relacionado con (r/c) prematuridad (711.1): 26 casos (54,1%)

Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez (718.1): 11 casos (22,9%)

Riesgo de infección r/c maniobras invasivas (7P2.5): 6 casos (12,5%)

Alteración en el crecimiento y desarrollo r/c retraso de crecimiento intrauterino (711.2): 4 casos (8,3%)

Termorregulación ineficaz r/c prematuridad (736.1): 4 casos (8,3%)

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c inmadurez (714.1): 3 casos (6,25%)

Complicación potencial (CP)

Hipoglucemia secundaria a prematuridad (7P6.2): 25 casos (52%)

Apneas y bradicardias secundarias a prematuridad (7P12.1): 21 casos (43,7%)

Hiperbilirrubinemia secundaria a prematuridad (7P3.2): 21 casos (43,7%)

Depresión postanestésica por parto vía cesárea (7P9.0): 14 casos (29,1%)

Infección secundaria a bolsa rota > 12-24 horas (7P2.1): 6 casos (12,5%).

Luxación de caderas por presentación de nalgas (7P10.0): 6 casos (12,5%)

Los problemas detectados en días posteriores fueron los siguientes:

Diagnósticos de enfermería

Lactancia materna ineficaz r/c inicio de la lactancia (713.1): 11 casos (22,9%)

Riesgo de déficit del volumen de líquidos r/c fototerapia (7P13.1): 11 casos (22,9%)

Lactancia materna ineficaz r/c poca o nula secreción láctea (713.4): 5 casos (10,4%)

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c inmadurez (714.1): 7 casos (13,2%)

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c taquipnea (714.3): 4 casos (8,3%)

Deterioro de la integridad de la piel r/c dermatitis del pañal (724.3): 4 casos (8,3%)

Riesgo de retraso del desarrollo psicomotor r/c larga estancia (7P7.0): 4 casos (8,3%)

Lactancia materna ineficaz r/c estado letárgico del niño (713.3): 3 casos (6,2%)

Alteración en la digestión r/c adaptación del tubo digestivo a la vida extrauterina (715.1): 3 casos (6,2%)

Alteración en el crecimiento y desarrollo r/c prematuridad (711.1): 2 casos (4,1%)

Alteración en la integridad de la piel r/c exantema toxoalérgico (724.1): 2 casos (4,1%)

Riesgo de infección r/c maniobras invasivas (7P2.5): 2 casos (4,1%)

Alteración de los procesos familiares r/c recursos económicos escasos (733.0): 2 casos (4,1%)

Problema interdependiente (PI)

Hiperbilirrubinemia (723.2): 11 casos (22,9%)

Complicación potencial (CP)

Hiperbilirrubinemia secundaria a prematuridad (7P3.2): 3 casos (6,2%)

Insuficiencia renal secundaria a dilatación pielocalicial antenatal (7P5.0): 2 casos (4,1%)

Hipoglucemia secundaria a prematuridad (7P6.2): 2 casos (4,1%)

Apnea y bradicardia secundarias a prematuridad (7P12.1): 2 casos (4,1%)

Plan de cuidados de enfermería: neonato pretérmino

A partir de los diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes más frecuentes registrados en los planes de cuidados de los neonatos de menos de 37 semanas de edad gestacional elaboramos un plan de cuidados de enfermería estándar, considerando que se debe siempre individualizar ante cada neonato concreto⁹⁻¹¹.

Primer diagnóstico

Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con prematuridad y retraso del crecimiento intrauterino.

Objetivos

Inmediato (hasta los 4 días de vida): El neonato pretérmino no superará la pérdida fisiológica de peso del 10%.

Medio plazo (a partir de los 4 días de vida): El neonato pretérmino aumentará diariamente de peso entre 20 y 30 gramos.

Actividades

– Mantener en ambiente térmico neutro, esto es, la temperatura en que la demanda de oxígeno y de calorías es mínima para una temperatura de 36 °C. Si esto no se consigue y se utiliza la energía metabólica para mantener la temperatura, el aumento de peso puede retrasarse.

– Inicio de alimentación según el protocolo de alimentación precoz, salvo que el estado del niño no lo permita.

– Tomas completas de biberón o pecho de la cantidad prescrita. Método de la doble pesada si las tomas son de lactancia materna.

– Colocación en decúbito lateral derecho, con la cabecera incorporada durante media hora después de las tomas para de este modo facilitar la digestión y el tránsito.

– Vigilancia de la tolerancia alimenticia. Si hay vómitos, reponer lo vomitado con la cantidad aproximada, o incluso colocación de una sonda buco-gástrica para conseguir una ingesta acorde con las necesidades de líquidos y calorías.

– Pesada diaria o cada 12 horas en los neonatos con peso inferior a 1.500 g.

Segundo diagnóstico

Lactancia materna ineficaz relacionada con:

a) Inicio de la lactancia.

b) Poca o nula secreción láctea.

c) Estado letárgico del niño.

Objetivo

El niño obtendrá el aporte de calorías suficiente para cubrir sus necesidades mediante lactancia materna exclusiva en 48-72 horas.

Actividades

– Método de la doble pesada para conocer la cantidad de leche ingerida (a, b, c).

– Explicar a la madre conforme al protocolo la técnica de la lactancia materna (a) o los medios para conseguir incrementar la secreción de leche (b).

– Acompañar a la madre y al niño hasta que se inicie una buena succión en cada tetada (a, b, c).

– Despertar al niño, estimulándole con frío, palmadas en los pies, etc. (c).

Tercer diagnóstico

Riesgo de infección relacionado con maniobras invasivas.

Objetivo

El paciente se mantendrá libre de infección.

Actividades

– Extremar las medidas de asepsia durante la colocación y mantenimiento de los dispositivos invasivos (catéteres epicutáneos, otras vías intravenosas, punciones varias, etc.).

– Revisar el área del dispositivo en busca de signos locales de infección cada turno.

– Vigilar aquellos otros síntomas que sean indicadores de infección sistémica (hipotermia o hipertermia, apatía, coloración pajiza, inapetencia, etc.).

Cuarto diagnóstico

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez.

Objetivo

El neonato pretérmino tendrá parámetros respiratorios fisiológicos (respiraciones/minuto < 60, ausencia de quejido o de aleteo nasal y de retracciones intercostales o subcostales).

Actividades

– Cuidados para mantener permeable la vía aérea, aspiración de secreciones, rodillo bajo los hombros, fisioterapia respiratoria si procede.

– Manipulaciones suaves, evitando todas aquellas que no sean estrictamente necesarias.

– Colocación de casco cefálico o gafas nasales con oxígeno según protocolo.

– Vigilancia de la FiO₂, coloración, signos de distrés y registro de todos los datos.

– Control transcutáneo de la saturación de oxígeno y capilar o arterial de gasometría.

– Mantenimiento de las tubuladuras del respirador, nebulizador, etc., según protocolo.

Quinto diagnóstico

Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con inmadurez.

Objetivos

Próximo o inmediato: El pretérmino tendrá un aporte de líquidos y calorías adecuado a las necesidades.

Medio plazo: El pretérmino mejorará el reflejo de succión hasta conseguir alimentación oral total.

Actividades

– Colocación de sonda buco-gástrica para alimentación en los neonatos pretérmino < 34 semanas de edad gestacional, según protocolo.

– Medir retenciones gástricas antes de todas las tomas. El contenido aspirado se vuelve a inyectar y si la cantidad no es superior a 1 ml/kg de peso, la toma siguiente será la pauta. Si fuera superior a 1 ml/kg de peso, se descontará de la toma siguiente.

– Ofrecer un chupete para darle la oportunidad de ir desarrollando el reflejo de succión. La sonda buco-gástrica persigue igualmente este objetivo.

– A partir de la semana 34 de edad posconcepcional, se debe intentar la alimentación oral, pues los reflejos de succión y deglución ya estarán más maduros.

Sexto diagnóstico

Ansiedad, preocupación de los padres relacionada con proceso patológico del neonato.

Objetivo

Los padres comunicarán sus sentimientos al personal de enfermería como primer paso para disminuir su ansiedad/preocupación.

Actividades

– Al ingreso, facilitar información acerca del funcionamiento de la unidad mediante la entrega del folleto explicativo y las instrucciones orales que se estimen oportunas.

– Estimular el contacto de ambos padres con el neonato permitiendo las visitas frecuentes, el contacto corporal dentro de las restricciones que el estado del neonato presente.

– Brindarles la oportunidad de participar en los cuidados que ellos puedan dispensar al neonato, como puede ser el baño, la alimentación, los cambios de pañal, etc.

– Animar a la expresión de sus sentimientos, permitir que se desahoguen y que canalicen positivamente su energía.

– Facilitarles el contacto con otros padres con similares problemas que ya tengan superados (teléfono de asociaciones).

Séptimo diagnóstico

Riesgo de déficit del volumen de líquidos relacionado con fototerapia.

Objetivo

El niño mantendrá un volumen de líquidos adecuado manifestado por la ausencia de signos de deshidratación.

Actividades

– Calcular la ingesta aumentando un 20-25% el aporte diario.

– Controlar la diuresis, la turgencia cutánea y las fontanelas cada 2-4 horas.

– Ofrecer agua entre tomas si se sospecha sed.

– Controlar la temperatura corporal cada 2 horas.

Complicación potencial: Apnea y bradicardia secundarias a edad gestacional inferior a 37 semanas.

Objetivos

1. Evitar la aparición de apnea y bradicardia.

2. Si éstas se produjeran, conseguir la recuperación del prematuro pretérmino apneico mediante maniobras no invasivas.

Actividades

– Colocación de un monitor de ECG y apnea en todo pretérmino hasta la 37 semana de edad posconcepcional.

– Para evitar la obstrucción mecánica de la vía aérea por flexión del cuello, se mantendrá colocado un rodillo bajo los hombros (sin llegar a la hiperextensión).

– Cuando suene la alarma, atender por este orden: el aspecto del niño, controlando bradicardia, cianosis y la posible obstrucción de la vía aérea.

– Una vez producida la apnea, la mayoría responde a la estimulación táctil (palmadas en los pies, caricias, cambio postural, etc.).

– Si no respondieran a la estimulación, deben ser ventilados con ambú y mascarilla con una FiO_2 de 0,4.

– Registro de todas las pausas apneicas y sus características, así como de la actuación de enfermería durante las mismas. Si se repiten (más de 2-3 en una hora), debe avisarse al pediatra para que instaure el tratamiento oportuno.

Complicación potencial

Hipoglucemia secundaria a prematuridad.

Objetivo

Detectar precozmente signos de hipoglucemia.

Actividades

– Inicio de alimentación precoz a la hora de vida según protocolo.

– Observar y registrar los posibles temblores, apatía, irritabilidad y otros signos inespecíficos que sugieran hipoglucemia.

– Controles de glucemia por micrométodo a las 3, 6, 12 y 24 horas de vida según protocolo.

Complicación potencial

Hiperbilirrubinemia secundaria a prematuridad.

Objetivo

Detectar precozmente cifras tóxicas de bilirrubina en sangre.

Actividades

– Examinar con luz natural al neonato para detectar la aparición de ictericia.

– Se observará el color de uñas, escleróticas, mucosas y piel, incluyendo las palmas y las plantas.

– El blanqueado de la piel aplicando presión directa sobre las áreas óseas, como el esternón y la nariz, permite ver con mayor facilidad el color amarillo.

– En los lactantes de piel oscura, la ictericia puede evaluarse más fácilmente en las conjuntivas, escleróticas y mucosas orales.

– Registrar el grado de actividad espontánea y a la estimulación, así como el vigor en la succión, todo ello indicativo del estado neurológico del recién nacido.

Complicación potencial

Infección secundaria a bolsa amniótica rota > 12-24 horas.

Objetivo

Detectar precozmente cualquier signo de infección (hipotermia o hipertermia, apatía, coloración pajiza, inapetencia...).

Actividades

– Antes del baño, recoger muestras para chequeo bacteriológico (nasofaríngeo, piel, ótico, orina, sangre y meconio) según protocolo.

– Aislamiento en box individual y precauciones extremas al objeto de no servir de vectores de la posible infección a otros recién nacidos.

- El lavado de manos antes y después de manipular a cada recién nacido, que es imprescindible en la rutina diaria, lo es más en estos casos.

- Vigilar temperatura, coloración y reacciones del pretérmino en cuanto a la alimentación, actividad muscular, etc.

Problema interdependiente

Hiperbilirrubinemia.

Objetivo

Evitar que se produzcan lesiones irreversibles como consecuencia de cifras tóxicas de bilirrubina en sangre.

Actividades

- Controles de bilirrubina capilar por micrométodo, según órdenes médicas.

- Extracción venosa de analítica para consulta a Hematología según protocolo.

- Valorar la aparición de signos de letargia, dificultades en la alimentación e irritabilidad.

- Aplicación de fototerapia según protocolo.

- Apoyo en los procedimientos terapéuticos que se instauren (exanguinotransfusión, etc.)

Discusión

Creemos necesario destacar, a partir del análisis de estos resultados, la identificación de muchos problemas de riesgo. Algo importante, desde nuestro punto de vista, a la hora de planificar los cuidados de enfermería, pues de lo que se trata es de que esos problemas de riesgo nunca lleguen a problemas reales, o si llegaran que sean lo más leves posible¹². Al contemplar un diagnóstico de riesgo se prevé con anticipación qué cuidados debemos realizar o qué parámetros debemos vigilar para evitar que se convierta en real un problema que en ese momento sólo es potencial.

Por contra, se han identificado pocos diagnósticos que reflejen la esfera psicosocial. Aunque sin duda son numerosos, hasta ahora hemos prestado más atención al aspecto físico, como consecuencia de no haber utilizado un modelo de enfermería y por defecto utilizar el biomédico. Por tanto, y como señalamos ya en la introducción, estamos en estos momentos preparadas para aplicar el modelo de enfermería de Orem². Esto nos va a permitir valorar al recién nacido como un todo integral, incluyendo el entorno familiar. Por esta razón es por lo que, aunque no está identificado en el estudio entre los diagnósticos del pretérmino, “Ansiedad, preocupación de los padres relacionada con proceso patológico del neonato” se ha incluido y desarrollado en el plan de cuidados.

Llama la atención que el diagnóstico principal en el neonato pretérmino (“alteración en el crecimiento y desarrollo r/c prematuridad”) sólo se recoja en el 54,1% de todos los neonatos < 37 semanas de gestación. Pensamos, analizando los datos (el 41% de los

neonatos pretérmino tienen entre 35-36 semanas de edad gestacional), que esto es debido a que en el límite de la prematuridad no se consideró problema dicho diagnóstico y, por otra parte, a que en algunos casos hubo dificultad para determinar con exactitud, en un primer momento, las semanas de gestación.

Igualmente, en el diagnóstico “patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez”, de los 18 casos que aparecen en la población total de neonatos, sólo 11 aparecen en los neonatos pretérmino. Consideramos que los 7 casos restantes están excluidos por la imprecisión de la edad gestacional en el momento en que se reflejó dicho diagnóstico.

Los problemas relacionados con la lactancia, sea ésta materna o artificial, son más frecuentes en la población de neonatos pretérmino que en la población total de neonatos. Así, “lactancia materna ineficaz” aparece en los neonatos pretérmino con una frecuencia del 39,5% y en el total de neonatos en el 22%. El “patrón de alimentación ineficaz del lactante” se registra en los pretérminos en un 21,5% y en la población total de neonatos sólo en el 6,25%. No necesita más explicación que la de la propia inmadurez de los lactantes pretérmino.

Es curioso destacar que todos los casos de hiperbilirrubinemia fueron neonatos pretérmino. De los 24 casos recogidos como complicación potencial “hiperbilirrubinemia” (al ingreso y en los días posteriores), sólo en 11 aquélla se transformó en problema interdependiente.

Respecto al problema potencial de infección, hemos considerado diagnóstico de enfermería “riesgo de infección relacionado con maniobras invasivas”, pues aquí tenemos la responsabilidad total de evitar que se convierta en un problema real. Sin embargo, la posible infección secundaria a bolsa amniótica rota > 12-24 horas o a aguas meconiales lo hemos considerado una complicación potencial, ya que el que se produzca o no (la infección) no depende de nuestra actuación.

Es llamativo encontrar en algunas revisiones de otros autores¹³ diagnósticos de salud que nos parece correcto y deseable detectar, pero lo que nos llama poderosamente la atención es que la frecuencia de los mismos sea mucho mayor que la de los diagnósticos de deficiencia. Por ejemplo, lactancia materna eficaz relacionada con estructura normal de la mama¹³, cuando desde nuestra experiencia es mucho más frecuente encontrarnos con lactancia materna ineficaz relacionada con inexperiencia y/o problemas del pezón de la madre, lactancia materna ineficaz relacionada con poca o nula secreción láctea, lactancia materna ineficaz relacionada con estado letárgico del niño y lactancia materna ineficaz relacionada con ausencia del reflejo de succión en el recién nacido.

Nos parecen muy interesantes los trabajos con apoyo informático que algunos profesionales han desarrollado en este campo¹³⁻¹⁵. Esto puede facilitar la implantación de la metodología de trabajo de los diagnósticos enfermeros de forma que sea más asequible a todo tipo de profesionales enfermeros, incluso aquellos que no estén familiarizados con estos conceptos.

Sin duda, el hecho de haber dispuesto de un manual de diagnósticos neonatales de enfermería nos ha facilitado la introducción de los diagnósticos en la práctica clínica. Esto, así mismo, nos ha llevado a pensar de forma crítica y a cuestionarnos cuidados que se venían realizando de forma rutinaria. Por ello concluimos que:

– El proceso de atención de enfermería es la base que debe sustentar toda actuación enfermera rigurosa y científica.

– Los diagnósticos enfermeros se están desarrollando en los cuidados asistenciales con dificultades. Hay que tener en cuenta que su historia es corta y más aún en nuestro medio. Por eso, aunque a veces el inicio no sea todo lo correcto metodológicamente que algunos teóricos desearían, opinamos que debemos dejar el campo abierto a opiniones y sugerencias que puedan servir para que la implantación de los diagnósticos se consiga finalmente.

– Los diagnósticos neonatales nos han ayudado a pensar de forma crítica, a no dar nada por sentado, a cuestionarnos los cuidados rutinarios, en una palabra, a mejorar la calidad del producto enfermero en cuidados neonatales.

– La estandarización de los cuidados debe ser una guía para aplicar nuestros conocimientos a un grupo de pacientes. Sin embargo, siempre debemos individualizar los cuidados a cada paciente en concreto.

– En el plan de cuidados debemos abarcar todas las esferas del neonato: la física, la psíquica y la social. Tenemos facilidad para detectar los problemas físicos, incluidos los potenciales, pero nos cuesta más ver las deficiencias y/o necesidades en los otros campos.

– Consideramos difícil la introducción desde cero de los diagnósticos de enfermería. Hemos de reconocer que estos intentos casi siempre terminan en frus-

traciones por muy diversos motivos y, si no es así, el período de aprendizaje se alarga considerablemente, como ha sido nuestro caso. Por esto, la utilización de la informática puede ser la solución definitiva para la implantación de los diagnósticos enfermeros en todas las unidades asistenciales.

– El manual de diagnósticos neonatales de enfermería, que incluye también objetivos y actividades para cada diagnóstico, sale reforzado tras esta revisión, pero creemos que se debe complementar con el apoyo de un buen programa informático para mejorar la calidad de los cuidados, asegurar continuidad en los mismos y estimularnos en el quehacer diario de nuestra profesión.

Bibliografía

1. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1987.
2. Orem DE. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., 1993.
3. Campbell C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona: Ed. Doyma, 1987.
4. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en Enfermería, diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1994.
5. Logston Boggs WK. Terapia intensiva: procedimientos de la American Association of Critical-Care Nurses. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana S.A., 1995.
6. Morgan Speer K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Barcelona: Ed. Doyma, 1993.
7. UNED. Conceptos de Enfermería. Madrid: Ministerio de Universidades e Investigación, 1981.
8. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1995-1996. Madrid: Ed. Mosby/Doyma, 1995.
9. Marlow DR, Redding BA. Enfermería pediátrica 1: Cuidado y evaluación del niño. El neonato. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1993.
10. Goetzman BW, Wemberg RP. Manual de cuidados intensivos neonatales. Madrid: Editorial Mosby-Year Book de España, 1992.
11. Wong DL, Whaley LF. Manual clínico de enfermería pediátrica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.
12. Vázquez Sánchez MA et al. Diagnósticos de enfermería sobre riesgos. Análisis coste-efectividad. Rev Rol Enferm 1998; 237: 27-32.
13. Jiménez Molina M, Selvas M, Solas JL, Torralbas J. Implantación del plan de cuidados informatizados en Neonatología. Enfermería Clínica 1995; 5: 119-123.
14. Amaro P, García López J, De la Torre Peña MJ. Aplicación de un programa informático a los diagnósticos de Enfermería Nefrológica. BISEDEN 1995; 4: 29-32.
15. Granadero Piris E, Arangüena Muniategui C, Sánchez Mata AM. Programa Virginia: Método para desarrollar un plan de cuidados informatizado. Enfermería Clínica 1996; 6: 29-35.