

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NEONATO SOMETIDO A HIPOTERMIA INDUCIDA

Autor principal MARIA DEL MAR DIAZ ORTEGA

CoAutor 1 LUCIA ZUÑIGA ESTEVEZ

CoAutor 2 BERTA CRISTINA SORIA BECERRIL

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Neonatología y Pediatría

Palabras clave HIPOTERMIA INDUCIDA NEONATO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

» Resumen

El objetivo de este estudio es definir una serie de cuidados de enfermería al neonato sometido a hipotermia inducida, técnica utilizada en las áreas de cuidados intensivos para minimizar el daño neuronal a los recién nacidos que han sufrido encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) a su nacimiento.

La metodología de investigación se trata de un estudio cualitativo.

Tras una revisión bibliográfica queremos destacar la escasez de artículos relacionados con los cuidados de enfermería en esta situación.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

En la unidad de cuidados intensivos neonatales llegan recién nacidos diagnosticados de encefalopatía hipóxico isquémica, moderada o grave. Hasta hace muy poco el manejo de la EHI ha consistido en aportar cuidados de soporte general y tratar las crisis convulsivas. En la última década, el mejor conocimiento de los eventos que se producen tras la agresión hipóxico-isquémica ha dado lugar a una extensa investigación sobre nuevas estrategias neuroprotectoras. Siendo la más prometedora y cuya eficacia se ha estudiado en recién nacidos humanos: La hipotermia controlada o inducida.

La hipotermia controlada consiste en descender la temperatura a los 33°C y es actualmente el único tratamiento que existe para frenar la muerte neuronal. Esta hipotermia se mantiene 72 horas para evitar que las neuronas sanas se contaminen y mueran, y después se inicia un lento proceso de recalentamiento que dura de 6 a 12 horas, a un ritmo de medio grado más de temperatura corporal cada hora, nunca a mayor velocidad por riesgo de convulsiones e hipotensión. El descenso de la temperatura corporal de los neonatos se logra con un acolchado que presenta un sistema de circulación de agua helada, cuya temperatura es controlada desde un terminal.

Nuestra experiencia en los servicios de cuidados intensivos neonatales nos ha hecho darnos cuenta que a estos recién nacidos se les ofrecen los mismos cuidados que al resto sin tener en cuenta su temperatura y los cambios hemodinámicos que ello supone.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Como ya hemos indicado anteriormente nuestra experiencia en las unidades de cuidados intensivos neonatales nos hizo ver que a estos neonatos se les ofrecían los mismos cuidados de enfermería que al resto de pacientes sin tener en cuenta que su temperatura se encontraba disminuida hasta los 33°C.

Se detectaron un aumento de erosiones en la piel debido a la mala perfusión y al roce continuo, no se tenía en cuenta que estos neonatos eran más susceptibles de contraer infecciones debido a una leucopenia por hipotermia, etc.

Se llevó a cabo una serie de actuaciones que redujeron las erosiones en la piel, el control de las infecciones, el control de la Tª superficial y central, control de glucemias...

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Se expuso ante todo el equipo sanitario los errores detectados durante el periodo en el cual se estuvo observando al equipo trabajar, y se expusieron las soluciones para determinados problemas, con las que todo el equipo estuvo de acuerdo.

La relación coste-beneficio no es elevada, ya que con ello se consiguió una reducción de las complicaciones en muchos casos, y con ello un aumento en la calidad de los cuidados de nuestros pacientes.

Se propusieron diferentes actividades que no suponían un gran esfuerzo por parte del personal y mejorarían la calidad de los cuidados:

- El paciente debe tener una sedación adecuada y, en la mayoría de los casos, deberá estar relajado. Es importante vigilar movimientos espontáneos; mioclonías o temblores que indicarán una insuficiente relajación y/o sedación.

- Prevención de úlceras por decúbito, el riesgo en estos neonatos aumenta no sólo por la relajación muscular sino también por la mala perfusión debido a la hipotermia. Se deben vigilar con especial cuidado las zonas de apoyo y colocar colchones de gel para disminuir la presión, ya que los cambios posturales debido a las características del acolchado para mantener la hipotermia resultan muy difíciles.

- El objetivo de la saturación en estos pacientes es SatO2 93-96%, PO2 60-95mmHg y PCO2 45-55 mmHg, por lo que se deberá de llevar una vigilancia muy estrecha, mediante monitorización.

- No administrar aire frío no humidificado.

- Las glucemias se deben mantener entre 70-100 mg/dl. Por lo que será necesario monitorizar glucemias cada 30-60 minutos hasta normalización, que se pasará a realizar controles cada 6-8 horas.

- Durante la hipotermia aumenta el TPTA y es frecuente observar una trombopenia leve. Los criterios de transfusión de hemoderivados son los mismos que en RN en normotermia, los controles del estado de hemostasia del paciente se realizarán cada 12-24 horas.

- El paciente en hipotermia tiene una especial susceptibilidad a las infecciones (leucopenia por hipotermia inducida), por lo que los indicios de una infección profunda como la fiebre no son evidentes durante el enfriamiento del niño. Se debe prestar especial atención a las medidas de

asepsia (manejo de vías, aspiraciones) para prevenir infecciones.

- Realización de equilibrio ácido-base (EAB) y electrolitos cada 6-8 horas para detectar alteraciones, muy importante anotar la temperatura rectal en la cual se realizó la extracción de la muestra. En pacientes con hipotermia de 33,5°C se tomará como rango normal de pCO₂ 41-51 mmHg.

- El control de la temperatura recae fundamentalmente en enfermería. La máquina de hipotermia (Por ejemplo Criticool) facilita esa labor, pero todo el personal debe estar familiarizado con el uso del equipo, así como la dinámica a seguir para conseguir un control homogéneo y uniforme de la temperatura

- Tener especial cuidado que la diferencia entre la temperatura superficial y la temperatura central, no sea mayor de 2°C.

- El recalentamiento debe ser controlado por enfermería, ya que la temperatura debe subir 0,5°C cada hora para evitar complicaciones como convulsiones, hipertermia de rebote, etc. Mantener monitorizada la temperatura del paciente al menos durante 6 horas tras recuperar la normotermia. Tras recuperar la temperatura es necesario encender el calentador de la cuna térmica y retirar la máquina de hipotermia.

- Durante el recalentamiento vigilar la aparición de deterioro clínico (apneas, hipotensión o convulsiones).

Una vez todo el personal puso en práctica las distintas propuestas se pudo observar como disminuyó el número de UPP, las infecciones en normotermia fueron menores, el control de la temperatura fue mucho mas estricto por lo que disminuyeron las complicaciones en el recalentamiento y con ello el tiempo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos se pudo reducir.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Las barreras detectadas durante el desarrollo de nuestra investigación fueron las siguientes:

- Debido a la carga de trabajo existente en la unidad en algunas ocasiones el control de la temperatura no estaba totalmente controlado.

- El manejo del equipo no estaba en conocimiento de todo el personal de la unidad, sobre todo en épocas estivales.

- Al ser RN muchos sanitarios olvidan que existe también un riesgo de UPP, y no tomaban las medidas necesarias para prevenirlas.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La participación del paciente en este caso era imposible ya que se trata de un RN y se encontraba sedado y asistido por ventilación mecánica.

A los padres se les dio la oportunidad de participar en los cuidados de su hijo en todo momento, pero debido al impacto visual que les causaba ver a su hijo sedado y bajo ventilación mecánica la gran mayoría fueron reacios a participar activamente, ya que les causaba respeto manipular al RN por miedo a tocar algo que no debieran.

» Propuestas de líneas de investigación.

- ¿Se generalizan los cuidados en los pacientes ingresados en una UCI neonatal?

- ¿Valoramos realmente el impacto que le causa a los padres ver a sus hijos con ventilación mecánica y sedados?

- ¿Se lleva un registro de UPP en las unidades de neonatología?

- ¿Están los enfermeros pediátricos familiarizados con las UPP y su prevención?