

SALA 6

IVANNIA DELGADO AGUILAR

Licenciada en Enfermería. Unidad de Neonatología y Clínica de Lactancia Materna. Hospital Rafael A. Calderón. Guardia San José, Costa Rica.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA NEONATOLÓGICA PEDIÁTRICA

SALA 6

La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Neonatológica Pediátrica

D^a. Ivannia Delgado Aguilar.

Licenciada en Enfermería. Unidad de Neonatología y Clínica de Lactancia Materna. Hospital Rafael A. Calderón Guardia San José, Costa Rica.

MEDIDAS DE SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y CONFORT

En los últimos veinte años el avance y desarrollo de los cuidados intensivos neonatales han permitido que sobrevivan niños y niñas muy inmaduros (edad gestacional muy baja para nacer) así como la mayoría de los RN a término con patologías graves.

Así que, las intervenciones brindadas por parte del personal de salud a esta población también han tenido que ir evolucionando, ya que deben compensar su inmadurez y su abreviada experiencia intrauterina.

Ya que dentro del útero materno el feto vive en condiciones óptimas, sin manipulaciones innecesarias ni estímulos externos dolorosos. Una vez que se presenta el nacimiento el objetivo será intentar mantener a esta niñez en un ambiente lo más parecido al ambiente uterino, favoreciendo su desarrollo físico y emocional, para lo cual se ha desarrollado un plan de cuidados de enfermería necesario para que la adaptación sea lo más natural posible, logrando que su desarrollo no se vea interferido por nuestra intervención.

A pesar de la mejoría de las tasas de supervivencia, del cambio en la forma que el personal de enfermería visualiza a la niñez prematura, la incidencia de alteraciones sensitivas, motoras, cognitivas y de conducta permanece significativamente alta en esta población, esto conjuntamente unido a los riesgos con los que ya cuentan debido a su prematuridad.

Los niños y niñas sometidos al área de cuidados intensivos son extremadamente vulnerables a los factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud orgánica y emocional. Estas medidas deben de retomar hasta lo más básico como los es respetar el derecho al reposo, a la oscuridad, proximidad, liberación del dolor y cuidado individualizado, con la implicación de los padres como miembros activos del equipo.

El derecho a la vida de la niñez nacida antes de la semana 37 de gestación es cada vez ejercido con mayor frecuencia y esto es muy bueno. Resulta un objetivo impostergable estimular y capacitar a los padres en su cuidado durante la internación, para el momento de marcharse a casa y durante los trascendentes primeros años de vida.

En este momento, gran parte de las Unidades Neonatales españolas están intentando modificar sus hábitos de trabajo para adaptarse a un nuevo concepto de Neonatología centrado en la Familia y Cuidados Centrados en el Desarrollo (Perapoch et al., 2006).

1.- Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo son un modelo de atención para el bebé prematuro que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorecen al recién nacido y a su familia, entendiéndolos como una unidad. Este modelo de atención considera al recién nacido un ser humano capaz de sentir, relacionarse, e intervenir en su desarrollo, y a los padres los principales pilares del crecimiento del hijo. Son intervenciones diseñadas para reducir el estrés en la UCIN, reducir el dolor asociado a pruebas diagnósticas y tratamientos invasivos, y facilitar la participación de los padres en el cuidado de su hijo e hija.

El comportamiento del recién nacido en lo referente a la función autonómica (respiración, color y función visceral), función motriz (tono, movimiento y postura), así como a la organización del estado (rango, robustez y estados de transición/modulación) constituye la forma de comunicación de la que el recién nacido dispone de manera continuada para comunicar a su cuidador la manera en la que percibe los cuidados que se le están prestando y el ambiente en el que se encuentra. El cuidador ha de adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido con el objetivo de reducir los comportamientos de estrés y promover los comportamientos de autorregulación.

En nuestra realidad cotidiana podemos aplicar los Cuidados Centrados en el Desarrollo mediante intervenciones diseñadas para minimizar el estrés del niño ingresado. La implementación de este tipo de cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano.

2.- El ruido en la niñez prematura.

Los bebés prematuros tienen una extremada sensibilidad al ruido. La UCIN en ocasiones presenta un ambiente ruidoso, con una actividad centrada en el desarrollo: un proyecto común frenética de sus profesionales. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas del bebé prematuro con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial y pueden afectar sus biorritmos.

Se recomienda que las intervenciones auditivas disminuyan la emisión de ruidos a todos los niveles. Disminuir el tono de voz, bajar el volumen de las alarmas, reparar equipos ruidosos (incubadoras, humidificadores, respiradores), abrir y cerrar las incubadoras suavemente, excluir radios, teléfonos e impresoras en las unidades, cubrir las incubadoras y no apoyar objetos en ellas ni golpear su superficie.

Utilizar carteles o señales de silencio para concienciar al personal y a las familias. Medir y documentar el ruido ambiental en la UCIN mediante un sonómetro.

3.- Luz ambiental en niñas y niños prematuros.

Se recomienda que las intervenciones en la práctica clínica sean: medir y documentar la iluminación en la UCIN. Utilizar una luz natural, gradual, con una transición suave y ciclos luz-oscuridad.

Utilizar cobertores para las incubadoras. Empleo de luces progresivas con intensidad regulable, utilización de luces individuales para procedimientos. Cortinas o persianas para reducir la exposición a luz directa del sol.

Utilizar pantallas para separar los niños adyacentes a las fototerapias. Evitar tapar los ojos de los niños más allá de lo estrictamente necesario.

4.- Planes de cuidados del recién nacido con apoyo al desarrollo.

El dolor y las medidas de confort

Los niños prematuros deben soportar muchos procedimientos dolorosos para resolver sus problemas médicos. El dolor no tratado en el recién nacido contribuye a su morbilidad y mortalidad (Anand, 1998).

Además, es un derecho básico de todos los pacientes es la ausencia de dolor. Debemos empezar por la valoración del dolor en el recién nacido. La utilización de escalas de dolor en la UCIN permite valorar y registrar el dolor y aplicar medidas de tratamiento. Se plantea la reducción del dolor en los cuidados de rutina con la aplicación de métodos no farmacológicos como la administración oral de sacarosa como analgésico en los procedimientos, la succión nutritiva (pecho) y no nutritiva (chupete), la utilización de nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, el cuidado canguro con los padres, la implantación de un protocolo de mínimas manipulaciones, y la disminución de los estímulos ambientales (luz, ruido).

5.- Manipulaciones mínimas del recién nacido de muy bajo peso.

Las normas del protocolo de manipulación mínima deben aplicarse al menos durante la primera semana de vida, después deberán individualizarse según el estado del niño. Este protocolo consiste en establecer unas horas determinadas para la manipulación del recién nacido, agrupar los procedimientos y las exploraciones

no urgentes en estas horas, y coordinar las manipulaciones del bebé por parte de enfermería, neonatólogos y especialistas.

6.- Cuidado postural en el niño prematuro.

El recién nacido prematuro no ha tenido la oportunidad de desarrollar la flexión fisiológica que ocurre en el último trimestre de la gestación.

Además, posee un escaso tono muscular que le incapacita para vencer la acción de la gravedad, esto le obliga a adoptar un patrón postural en extensión que le aleja de la línea media de relajación, favoreciendo la retracción de los músculos de espalda y cadera. Todo ello puede producir deformidades posturales que pueden afectar a su desarrollo psicomotor, a la relación de apego con sus padres y a su propia autoestima cuando madure. El posicionamiento correcto desempeña un papel muy importante en la eficacia de los cuidados.

Los objetivos del cuidado postural del bebé prematuro son: recogerlo en flexión, estimular la flexión activa del tronco y extremidades, de tal manera que facilitemos la actividad mano-boca. Y mantener este grado de flexión utilizando nidos, rollos, que proporcionan límites (contención), y posibilitan mayor autorregulación y capacidad para tranquilizarse, lo que a su vez ayuda en la organización de la conducta. Conseguir unas cabezas más redondas y conseguir posturas más simétricas facilitando los movimientos antigravitatorios. Y estimular la exploración visual del entorno favoreciendo la alineación corporal.

7.- Cuidado canguro y lactancia materna.

El recién nacido nace con la imperiosa necesidad de encontrarse con su madre, ella es el entorno más seguro para él. El contacto piel con piel, y la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación del recién nacido al medio extrauterino (Ruiz-Peláez, Charpak y Cuervo, 2004).

El contacto piel con piel mejora en el bebé: el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa sanguínea, el sistema inmunitario, el sueño, la ganancia de peso, y la maduración cerebral.

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido, la lactancia en sí constituye un acto íntimo entre madre e hijo y contribuye de forma importante a la creación del vínculo entre ambos, lo que a su vez es muy importante para el desarrollo del niño.

BIBLIOGRAFÍA

* M. Altamirano (2011) clase impartida como parte del plan de estudios de la Maestría de Enfermería pediátrica con énfasis en Neonatología, UCR.

* Tamez R., Silva M. (2003). Enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, Segunda Edición.

* Als H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. Infant Mental Health Journal, 1982.

* Kleberg A et al. Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment program (NIDCAP). Early Hum Dev 2002.