



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

TEMA:

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y
POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE
GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”, DE MARZO A MAYO
DEL 2013**

AUTORA:

MÉNDEZ SALINAS SUSAN PERLA

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

MG. FANNY RONQUILLO DE LEÓN

**GUAYAQUIL, ECUADOR
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Estudiante **Susan Perla Méndez Salinas** como requerimiento parcial para la obtención del título de **Lcda. En Enfermería**.

TUTORA

Mg. Fanny Ronquillo De León

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Mg. Ángela Mendoza Vincés

Guayaquil, a los 8 días del mes de marzo del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, Susan Perla Méndez Salinas

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”** previa a la obtención del Título de **Lcda. En Enfermería**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 8 días del mes de marzo del año 2013

LA AUTORA

Susan Perla Méndez Salinas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

AUTORIZACIÓN

Yo, **Susan Perla Méndez Salinas**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 8 días del mes de marzo del año 2013

LA AUTORA:

Susan Perla Méndez Salinas

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien me dio la vida y me ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a Él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento y cariño a mis padres por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias a ustedes he llegado a donde estoy.

Gracias a mis hermanos y hermana quienes han sido mis amigos fieles y sinceros, en los que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron a crecer como persona y como profesional.

Agradezco también de manera especial a mi Tutora de tesis: Mg. Fanny Ronquillo quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

“Ahora puedo decir que todo lo que he logrado es gracias a todos ustedes”

Susan Perla Méndez Salinas

DEDICATORIA

A DIOS:

Mi creador, por ser el Amigo que nunca me ha fallado y la luz que ha guiado mi camino. Por ser el manantial de vida dándome lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A MIS PADRES:

Sra. Perla Salinas

Sr. Vicente Méndez

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, pero más que nada por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre.

A MI ESPOSO E HIJO (a)

Sr. Gilbert Calderón (Esposo)

Ariel Calderón M. (Hijo)

Emily Calderón M. (Hija)

Mi esposo quien con su ayuda constante y amor incondicional ha sido mi amigo y compañero inseparable.

A mi hijo por su paciencia, comprensión y espera ya que durante mis estudios le dedique poco tiempo.

A la memoria de mi hija, quien siempre estará en mi corazón y en mis pensamientos.

*Personas muy importantes en mi vida, quienes han demostrado
que en todo momento puedo contar con ellos.*

A MIS HERMANOS:

Arnoldo, Xavier, Jefferson

Porque me han brindado sus consejos, apoyo y cariño.

*A mi hermana Jazmín por ser el ejemplo a seguir y de la cual
aprendí aciertos y de momentos difíciles*

A MIS AMIGAS Y DOCENTES:

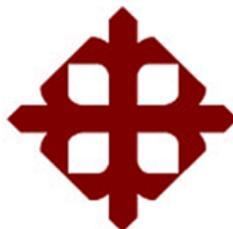
*Quienes me han brindado su amistad y colaboración durante mi
formación profesional.*

Susan Perla Méndez Salinas

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

MG. FANNY RONQUILLO DE LEÓN
TUTORA

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

CALIFICACIÓN

MG. FANNY RONQUILLO DE LEÓN
TUTORA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Portada.....	i
Certificación.....	ii
Declaración de responsabilidad.....	iii
Autorización.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Tribunal de sustentación.....	vii
Calificación.....	viii
Índice General.....	ix
Índice de tablas y gráficos.....	xiii
Resumen.....	xv
Abstracto.....	xvi
Introducción.....	1
Razones que motivaron el estudio.....	5
Justificación.....	6
Descripción del Problema.....	8
Contextualización en tiempo y espacio.....	12
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
CAPITULO I	
1. Marco Teórico	
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	17
1.2. Bases Teóricas.....	19
1.3. Cuidados de Enfermería.....	21
1.4. Gastrosquisis.....	23
1.4.1. Valoración.....	24

1.4.2. Test de Apgar.....	25
1.4.3. Parámetros y Criterios Valorativos del Apgar.....	26
1.5. Sistema Informativo Perinatal.....	27
1.6. Ambiente de Quirófano	28
1.7. Cuidados de Enfermería Pre-Operatorios del Neonato.....	32
1.8. Cuidados de Enfermería dentro del Quirófano.....	35
1.9. Cuidados de Enfermería Post - Operatorio del Neonato	36
1.10. Aplicación del Proceso de Enfermería en el Cuidado de los Neonatos.....	37
1.11. Fundamentación Legal	39
1.11.1. Antecedentes Legales	39
1.11.2. La Organización Mundial de la Salud (1946)	41
1.11.3. Derechos del Paciente Neonatal y las Responsabilidades de los padres.....	41
1.11.4. Organización Panamericana de la Salud (2002)	42
1.11.5. Responsabilidades.....	43
1.11.6. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2005)	44
 CAPITULO II	
2. Esquema Metodológico.....	47
2.1. Diseño Metodológico a Aplicar en la Investigación.....	47
2.1.1. Tipo de Estudio	47
2.1.1.1. Descriptivo	47
2.1.1.2. Exploratorio.....	47
2.1.1.3. Prospectivo.....	47
2.2. Universo.....	48
2.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	48
2.4. Hipótesis.....	48
2.5. Variables.....	49
2.6. Operacionalización de Variables.....	50
 CAPITULO III	
3. Análisis de resultados.....	53

CAPITULO IV

4. Propuesta.....	65
4.1. Tema de la Propuesta	65
4.2. Introducción.....	65
4.3. Justificación.....	66
4.4. Objetivos.....	67
4.4.1. Objetivo General.....	67
4.4.2. Objetivos Específicos.....	67
4.5. Descripción de la Propuesta.....	68
Protocolos.....	69
Conclusiones	96
Recomendaciones	98
Bibliografía.....	99
Anexos.....	103

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pag.
TABLA Y GRÁFICO Nº 1 Tipo de relacion laboral posee las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	43
TABLA Y GRÁFICO Nº 2 Tiempo tiene laborando en el área de UCIN las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	44
TABLA Y GRÁFICO Nº 3 El turno en que laboran las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	45
TABLA Y GRÁFICO Nº 4 La frecuencia con la que actualiza sus conocimientos las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	46
TABLA Y GRÁFICO Nº 5 Donde realiza la actualizacion de sus conocimientos las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	47
TABLA Y GRÁFICO Nº 6 La funcion que desempeña en el área de enfermeria ya sea como Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	48
TABLA Y GRÁFICO Nº 7 Titulo profesional obtenido de las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.	49
TABLA Y GRÁFICO Nº 8 Conocimiento que tiene acerca de la gastroquisis las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que	50

labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

TABLA Y GRÁFICO N° 9

Tienen el conocimiento del cuidado de enfermería acerca de estos pacientes las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde. 51

TABLA Y GRÁFICO N° 10

Tienen el conocimiento del cuidado de enfermería acerca de estos pacientes las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde. 52

TABLA Y GRÁFICO N° 11

Con cuantos pacientes trabaja durante su turno las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que labora en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde. 53

RESUMEN

Los defectos de la pared abdominal incluyen una amplia gama de malformaciones en el recién nacido, las más frecuentes son el onfalocele y la gastrosquisis. Muchos de los defectos comprometen la vida del neonato, si no recibe la intervención oportuna o por lo menos provocan un desequilibrio en su estabilidad cardiorrespiratoria, nutricional, hidroelectrolítica y térmica. Los cuidados integrales en la recepción y en el periodo perioperatorio hacen la diferencia en la morbimortalidad y en la calidad de vida futura. **Objetivo:** Analizar los cuidados de Enfermería pre y post operatorios a neonatos con diagnóstico de gastrosquisis en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Guayaquil, de marzo a mayo del 2013. **Materiales y método:** Estudio descriptivo de corte transversal incluyó a todos los recién nacidos con diagnóstico de infección asociada a la gastrosquisis. **Resultados:** Es importante que el Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, actualice sus conocimientos, el 98.7 % lo realiza muy poco frecuente ya que la institución no instruye al personal en lo referente al tema, cada persona se capacita independientemente en otras instituciones educativas. El 100% del personal de Enfermería está totalmente de acuerdo en la implementación de protocolos de atención de Enfermería pre y postoperatorio a neonatos con gastrosquisis, ya que no existe una guía que unifique criterios para la atención de estos neonatos críticos, por lo que consideran necesario seguir las normas de un protocolo para evitar complicaciones posteriores.

Palabras clave: Neonatos – Gastrosquisis - Cuidados de Enfermería- Complicaciones - Protocolo - Personal de Enfermería - Defectos de la pared abdominal

ABSTRACT

The abdominal wall defects include a wide range of malformations in the newborn, the most common are omphalocele and gastroschisis. Many of the defects involve neonatal life does not receive timely intervention or at least cause an imbalance in cardiorespiratory stability, nutritional, electrolyte and thermal. The comprehensive care in the reception and in the perioperative period make the difference in morbidity and quality of life in the future.

Objective: To analyze nursing care pre and post operative diagnosis of infants with gastroschisis in Neonatal Intensive Care Unit at Children's Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde "in Guayaquil, from March to May 2013. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study included all infants diagnosed the gastroschisis,. **Results:** It is important that the nursing staff of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, update their knowledge, 98.7% applied very rare since the institution does not instruct staff in relation to topic, each person is trained independently in other educational institutions. 100% of the nursing staff is fully in accordance with the implementation of nursing care protocols pre and postoperative infants with gastroschisis, because there is no unifying criteria guide for the care of these infants critics, making it necessary follow the rules of a protocol to avoid further complications.

Keywords: Newborn – Gastroschisis - Nursing Care - Complications- Protocol – Nursing Staff - abdominal wall defects

INTRODUCCIÓN

El personal de Enfermería profesional y no profesional constituye un recurso técnico indispensable que brinda atención integral al recién nacido, permitiendo que la recuperación en el neonato concluya sin complicaciones, ya que los conocimientos que posee el personal de Enfermería acerca de los cuidados de los neonatos disminuye la posibilidad de otras complicaciones en el paciente no solo recuperando la salud sino también manteniendo un estado óptimo en la adaptación del medio. Dichos neonatos en ocasiones presentan defectos o malformaciones importantes que no solo requieren de una atención quirúrgica, sino también de cuidados pre-operatorios por parte del profesional y no profesional de Enfermería para una mejor recuperación del mismo.

El presente trabajo está relacionado con el análisis de los cuidados de Enfermería pre y post quirúrgico a neonatos con Gastrosquisis, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, con el propósito de obtener información acerca de los conocimientos sobre el cuidado directo, así como también la aplicación del proceso de atención de Enfermería que realiza el personal profesional y no profesional.

El manejo integral del paciente incluye desde los preparativos previos al nacimiento, hasta el tratamiento quirúrgico de las complicaciones. La gastrosquisis consiste en un defecto congénito caracterizado por el cierre incompleto de la pared abdominal que mide entre 2 y 4cm, con protusión de las vísceras que por lo regular, se encuentra localizado a la derecha del cordón umbilical.

Es muy importante identificar los factores de riesgo que implican los cuidados pre y postoperatorio a través de la observación al personal de Enfermería y la implementación de protocolos para la buena atención del

profesional y no profesional que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del hospital antes mencionado.

Las bases teóricas cumplen con la revisión bibliográfica que permiten apoyar los resultados que contribuyen con la descripción de la problemática que se investiga. De forma expresa denota la importancia del cuidado profesional y no profesional de Enfermería en cuanto a la gastrosquisis como problema de salud de los neonatos de la Unidad de Cirugía Neonatal.

Como afirma Leninger, (1984)¹ citado Kozier, B., Erb, G. y Blais, K (1999)², afirma que:

El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermera, es una necesidad humana esencial para el desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo.

Es de vital importancia la valoración del recién nacido, examinar su estado de salud a través de una serie de técnicas como la observación, inspección, auscultación, palpación y percusión que indique si el paciente viene con alguna patología. Desde hace 50 años se utiliza el Test de APGAR, gracias a este método se ha logrado reducir la tasa de mortalidad y la tasa de morbilidad infantil.

El sistema informático perinatal está basado en una serie de datos que se recopilan de la madre o familiares para valorar el entorno que rodea al neonato y los posibles riesgos a los que pueda estar expuesto como enfermedades hereditarias, entre la información recopilada podemos mencionar:

¹ LEININGER, M. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.Y:

² KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K. Y WILKINSON, J (1999), Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición, Volumen 1. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill.

- a. Historia neonatal.
- b. Antecedentes familiares.
- c. Historia materna.
- d. Antropometría.
- e. Exploración física.

Como miembro del equipo de salud perinatal, el enfermero participa en los controles prenatales, identifica riesgos que afectan la salud materno-fetal, se integra a programas preventivos y de educación para la salud. Al mismo tiempo, fortalece la relación institución – familia comunidad, participa en la preparación para el alta, considerando las complejas necesidades del recién nacido y la familia contribuyendo a un adecuado referenciamiento.

La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946)³, define salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo.

El derecho a la vida es sin duda alguna un derecho fundamental. Sin embargo, se puede preguntar con toda razón si existe una obligación concreta de hacer todo lo posible para proteger la vida humana o si se dan casos en los que se justifica éticamente no aplicar un tratamiento a un neonato defectuoso en forma notable.

El dilema ético de tratar o no tratar a un recién nacido defectuoso de nacimiento, es consecuencia de los avances en salud. La medicina contemporánea ha desarrollado en forma impresionante los cuidados intensivos de los recién nacidos, con ello se puede salvar la vida de muchos gravemente defectuosos, pero es importante que la mujer durante su

³ OMS (1946), Constitution of the World Health Organization, World Health Organization, Ginebra, 22 de julio. Disponible en internet: http://www.who.int/rarebooks/official_records/constitution.pdf

gestación asista a los controles prenatales para evitar diversos problemas durante o después del embarazo y además ayudar a que el producto venga a la vida sano sin alteración en su salud.

Es importante vigilar al paciente intervenido de gastrosquisis que se encuentra ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. De acuerdo a la evolución del paciente se retirará la ventilación mecánica, continuará con los antibióticos hasta que se hayan retirado todo tipo de sondas, catéteres o apósitos protésicos, así como administrar analgesia para el dolor. Se continuará con alimentación parenteral total hasta el adecuado establecimiento del tránsito intestinal, que en estos pacientes puede prolongarse varias semanas e incluso meses.

Cabe mencionar que los métodos utilizados en esta investigación son: descriptivo, el cual tiene como propósito describir la problemática existente sobre los cuidados de Enfermería pre y post quirúrgicos a los neonatos con gastrosquisis, para evitar los múltiples problemas que se presentan en estos usuarios hospitalizados, como son las infecciones que pueden surgir durante su estancia hospitalaria y retardando su recuperación.

Y el método prospectivo que permite estudiar al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Finalmente se desarrollan los protocolos de atención de Enfermería aplicada a los neonatos con diagnóstico de gastrosquisis.

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

El tema de estudio sobre los cuidados de Enfermería en el período pre y postoperatorio a neonatos con diagnóstico de gastrosquisis en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, surgió a través de los años que llevo laborando en el mencionado hospital, donde observé la necesidad de proporcionar los cuidados específicos de Enfermería a estos pacientes, porque pude evidenciar las falencias de la atención de las licenciadas y auxiliares de Enfermería, como por ejemplo la falta de técnica para canalizar la vía periférica; no administraban las soluciones intravenosas y antibióticos sistémicos, en el horario respectivo; en ocasiones se olvidaban de mantener hidratadas las vísceras hasta que sean retornadas a la cavidad; no siempre aplicaban las técnicas asépticas para las curaciones de la herida, ni el procedimiento adecuado para insertar la sonda orogástrica y evitar la broncoaspiración del contenido gástrico; ocasionando déficit de atención de Enfermería para estos pacientes.

Todos estos puntos importantes en la salud del usuario pediátrico, fueron los que me motivaron a realizar este estudio, cuyo propósito será ejecutar un protocolo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, del hospital referido, que sirva de guía para que el personal profesional y no profesional, proporcione los cuidados específicos para estos pacientes, mejorando su estancia hospitalaria y su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

El estudio presente, desde el punto de vista científico, nos permite conocer la importancia de la teórica filósofa de Enfermería aplicada al cuidado de los pacientes con gastrosquisis, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, cuyas bases científicas se apoyan en el desarrollo de la teoría de adaptación de Callista Roy, ya que en su experiencia en el cuidado pediátrico, quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Roy considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológica, autoconcepto, desempeño de las funciones y relaciones de interdependencia; cuyo resultado final más conveniente, es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La aplicación de esta teórica de Enfermería, servirá para planificar adecuadamente las actividades del cuidado de enfermería pediátrica, que enriquecerán los conocimientos del personal de salud y brinden una atención de calidad en el manejo de pacientes con gastrosquisis, para mejorar su calidad de vida en su estancia hospitalaria.

La importancia de esta problemática está dada, porque en la actualidad, esta patología representa la cuarta causa de mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial; lo que también me motivó a realizar esta investigación, para buscar las soluciones posibles y evitar la morbimortalidad de los pacientes con gastrosquisis.

La Gastrosquisis es un defecto congénito (presente en el momento de nacer), en el cual existe un orificio en la pared abdominal que ocasiona que el estómago, intestino delgado, intestino grueso y otros órganos del abdomen del bebé, se expongan fuera del cuerpo. Este defecto ocurre casi siempre a la derecha del cordón umbilical. Las vísceras no están cubiertas por el saco protector y los intestinos son expuestos al líquido amniótico, el cual es muy irritante, causando edema (inflamación) y necropsia.

A nivel mundial, esta patología, tiene una incidencia de 1 o 2 por cada 10,000 recién nacidos vivos; sin embargo, en los últimos años ha incrementado su incidencia en algunos países como México. En este país, el Registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas (RVEMCE), reportó una prevalencia de 0.77 de 1982 a 1986; 1.45 de 1987 a 1991; 2.09 de 1992 a 1996; 3.75 de 1997 a 2001 y 5.34 de 2002 a 2006; notándose claramente la incidencia de esta patología, en los últimos años. La gastrosquisis izquierda es un defecto raro, del cual sólo se han reportado 17 casos a nivel mundial.

Para abordar la investigación sobre el tema de los cuidados pre y post operatorios de los neonatos con gastrosquisis, que se ha convertido en uno de los problemas importantes de la salud infantil, se tiene el apoyo del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” y de la institución educativa; además, se cuenta con los recursos materiales, la experiencia y el tiempo necesario para su elaboración. Como punto relevante, se tiene el interés de la autora de este proyecto, en conocer el grado de preparación del personal de Enfermería en relación al tema de estudio, para ofrecer sugerencias que ayuden a mejorar las intervenciones de Enfermería, en el manejo de los pacientes con gastrosquisis.

En el aspecto social, el estudio, redundará en beneficio de la población neonatal que se atiende en esa y otras instituciones de salud del sector público, favoreciendo la disminución de los costos que derivan de las estancias hospitalarias prolongadas por complicaciones prevenibles en el manejo de estos pacientes, tanto para la familia de los neonatos, como al Estado a través del sistema socio sanitario, al mejorar la calidad de atención que se les ofrece a los usuarios neonatales, en el área de estudio.

Realizada la investigación, proporcionará un aporte importante al hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, porque se dejará establecido un protocolo de atención, en el pre y postoperatorios a neonatos con gastrosquisis, dirigido al personal profesional y no profesional de

Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, para que proporcione los cuidados adecuados que amerita esta patología.

Como futura profesional de la carrera de enfermería, este proyecto me beneficiará tanto en lo científico como en lo personal, porque me ayudará al mejor desenvolvimiento en el campo de Enfermería profesional, puesto que realizaré un trabajo investigativo de tal magnitud, lo que me entusiasma a desarrollarlo y culminarlo con éxito; porque para el estudio del manejo de los pacientes pediátricos con gastrosquisis, debo emplear los conocimientos científicos y las diferentes técnicas de enseñanzas adquiridas, y aplicarlos en el cuidado pre y postoperatorios, para proporcionarles atención de calidad en su estancia hospitalaria; lo que me exige mayor esfuerzo, dedicación y optimismo; logrando de esta manera, la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio de los pacientes hospitalizados con esta patología.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Gastrosquisis es una patología cuya incidencia está íntimamente relacionada con la edad de la madre. Cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo de que el bebé nazca con esta enfermedad, pero cabe resaltar que la mayoría de las madres son procedentes de zonas rurales en donde su principal actividad es la agricultura y a menudo se encuentran en contacto con plaguicidas; lo que ha incrementado el índice de ingreso de neonatos con gastrosquisis.

Durante la investigación sobre los cuidados de Enfermería pre y postoperatorios a neonatos con defecto de pared abdominal (Gastrosquisis), he observado que existe déficit de atención en el manejo de estos pacientes, por diversos factores, como el desconocimiento del personal de Enfermería sobre los cuidados adecuados que deben proporcionarse a estos usuarios; además que no existe en el área, los protocolos para la atención de los

pacientes pediátricos con gastrosquisis, que guíe al personal de Enfermería, en el manejo de los cuidados pre y postoperatorios, para evitar las complicaciones graves, como la presencia de infecciones, que pueden surgir durante su estancia hospitalaria, ocasionando retraso en su recuperación.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN, las diferentes funciones que desempeña el personal de Enfermería en la atención al neonato son: colocar la sonda orogástrica con el fin de drenar los líquidos, mantener el estómago vacío para evitar que el bebé broncoaspire, cambiar los circuitos de infusión cada 72 horas o cuando sea necesario, rotación de los sensores, recanalización de las vías periféricas, observación del estado de la herida quirúrgica, entre otras necesidades que el neonato con gastrosquisis, requiere.

Además, se pudo evidenciar en esta área, que el personal de Enfermería realiza los procedimientos siguientes: canalizar vía periférica para administrar soluciones intravenosas y antibióticos sistémicos, mantener hidratadas las vísceras hasta que sean retornadas a la cavidad, cubrir y proteger los órganos protruidos expuestos con vendajes estériles tibios y húmedos con suero fisiológico (solución salina), hasta colocar una bolsa estéril de plástico llamada Silo, para cubrir y proteger los órganos. Posteriormente, el paciente pediátrico pasa a quirófano para la reparación quirúrgica que implica la reposición de los órganos abdominales en su sitio, introduciéndolos a través del defecto y su reparación posterior.

La cirugía para la gastrosquisis se realiza generalmente a las 12 o 24 horas después del nacimiento para prevenir complicaciones como hipotermia, infección, taquipnea, taquicardia; debido a que el intestino expuesto permite el escape de mucho calor corporal. Después de la operación, es importante la aplicación de las técnicas de asepsia al realizar las curaciones de la herida quirúrgica, previniendo la presencia de microorganismos o la muerte del paciente.

Después de la intervención quirúrgica, regresa el paciente nuevamente a UCIN con una malla de teflón suturada a la pared abdominal, la cual es reducida diariamente con el objeto de lograr una aproximación de los bordes musculares, se le proporciona soporte ventilatorio bajo sedante, sin drogas vasoactivas. Como acceso venoso, trae un catéter central en la vena yugular derecha para la administración de antibiótico y analgésicos. Al tercer día, inicia nutrición parenteral total durante 12 días; realiza la primera deposición (meconio) a las 36 horas de la intervención. Al cuarto día, se inicia la nutrición enteral con lactancia materna (leche).

A los 22 días del ingreso se realiza el cierre total de la pared abdominal y pasa a termocuna cerrada, finalmente es dado de alta con 35 días de vida y con un peso de 2.7 kg tomando biberón por succión y suplementos vitamínicos.

No todo el personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, tiene conocimiento sobre los cuidados pre trans y post quirúrgicos que se deben proporcionar al paciente hospitalizado con gastrosquisis; por ello es importante que el personal esté capacitado para esta labor. Durante el tiempo que llevo trabajando en Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” en el área de UCIN, pude observar, que no se aplica los cuidados oportunos que el paciente con esta patología requiere, como es, la higiene del neonato en el tiempo que lo amerita, tampoco realizan la valoración de la funcionalidad de sondas nasogástricas, porque no las cambian en el tiempo que exigen las normas, no utilizan la técnica correcta para la canalización de las vías periféricas; y existen falencias en los cambios de apósitos en la curación de la herida quirúrgica.

Por lo tanto, el papel que desempeña el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, es para favorecer un buen control clínico y terapéutico en el pre trans y postoperatorios a los pacientes pediátricos con gastrosquisis, donde juega un rol fundamental enfermería, no solo para

garantizar una corta estancia hospitalaria y una disminución de la morbimortalidad pediátrica, sino también, para lograr una reducción de los costos por la hospitalización de estos pacientes, tanto a la institución de salud como a los familiares de los usuarios pediátricos, al proporcionarles una buena calidad de atención.

El análisis de la problemática existente, me ha motivado a emprender este estudio, encaminado a la identificación de los cuidados que aplica Enfermería en los pacientes pediátricos con gastrosquisis, en el hospital de estudio; y con los antecedentes expuestos anteriormente.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los cuidados de Enfermería pre y post operatorios a neonatos con gastrosquisis ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de la ciudad de Guayaquil de marzo a mayo del 2013?.

CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

La investigación se realizó en el período de tres meses, de abril a junio del 2013, y el espacio donde se ejecutó este estudio, fue en el Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, antiguamente “Alejandro Man”; es el más antiguo de la ciudad de Guayaquil, pues data desde el año 1903.

Este hospital es el centro de atención pediátrico más especializado de la ciudad y la región, atiende a niños comprendidos desde horas de nacido hasta los 17 años de edad, quienes llegan acompañados de sus padres o de algún familiar, procedentes de la ciudad, de otros cantones o de otras provincias del país. Es importante mencionar que este hospital es regentado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en beneficio de los pacientes pediátricos.

Tiene todos los servicios necesarios de un hospital pediátrico, con una capacidad de 400 camas para pacientes hospitalizados, distribuidas en los diferentes Servicios: Clínica, Cirugía, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal, Cuidados Intermedios de Cardiología, Emergencia, Unidad de Quemados y Consulta Externa en todas las especialidades; además, posee la Clínica Privada Pediátrica.

Atiende a la comunidad que habita en la ciudad de Guayaquil, también a personas provenientes de los cantones vecinos y de las 24 provincias del país. Es uno de los más concurridos en el área de salud de la ciudad de Guayaquil, debido a la población asignada, que para el año 2011, su cobertura fue de 19.200, y se atiende un aproximado de 80 pacientes diarios en todas sus especialidades; un promedio mensual de 1600 pacientes. Y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, existió un total de 500 pacientes neonatales, en el 2011, y con diagnóstico de gastrosquisis, un total de 60 usuarios atendidos.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

1.- En la planta baja se encuentra:

1.1- Emergencia: Observación, Procedimiento, Hidratación Oral y Terres.

1.2- Consulta Externa: Pediatría, Alergología e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterólogo, Genética, Hematología, Psiquiatría, Nefrología, Neumología, Neonatología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Odontología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Terapia de lenguaje y Urología Cirugía.

1.3- Área de Imágenes: Radiografía, Ecografía, Tomografía.

1.4- Unidad de Quemados: Un Quirófano, 9 cubículos: 2 habitaciones aisladas para los pacientes contaminados, 2 habitaciones individuales para los pavientes menos contaminados, 5 habitaciones compartidas para los pacientes estables, área de hidroterapia, central de enfermería, cuarto de preparación de medicamentos, gimnasio, área de juegos, una sala de conferencias, una sala de espera, un taller de ortesis y una oficina.

1.5- Área de Quirófano: 12 Quirófanos, sala de Recuperación, cuarto de vestidores, sala de espera y farmacia.

1.6- Unidad de Cuidados Intensiva Pediátrica (UCIP): 3 cubículos, 2 aislados, 2 estaciones de enfermería, 2 cuarto de preparación de medicamentos, un cuarto de Terapia Respiratoria y un cubículo de Cuidados Intermedios de Cardiología.

También encontramos Farmacia, proveeduría, suministros, preparación de biberones, administración, dirección técnica, mantenimiento, bar, comedor de empleados, biblioteca, aulas, auditorio, residencia de médicos, trabajo social laboral y el dispensario anexo al IEES.

2.-El primer piso está dividido en:

2.1- Departamento de enfermería, Departamento de Infecciones, supervisión, 8 salas de clínicas, 3 salas de cirugía, sala de diálisis, sala de juegos, capilla y sala de espera.

2.2- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): Una sala grande, un cuarto de aislamiento, un cuarto para pensionista, un cuarto de preparación de medicamentos, un cuarto de Terapia Respiratoria, la estación de enfermería y una oficina.

2.3- Cuidados Intermedios Neonatales (CIN): sala para 15 termocunas y 8 incubadoras, un cuarto de aislamiento, un cuarto de preparación de medicamentos, un cuarto de Terapia Respiratoria y la estación de enfermería.

En el tercer piso encontramos la Clínica Privada Pediátrica Antonio Pino Icaza, la misma que cuenta con farmacia, administración y tiene capacidad para 40 pacientes hospitalizados.

ÁREA DE ESTUDIO Y RECURSOS HUMANOS DE (UCIN)

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) está integrada por 1 Médico Jefe de área que labora 4 horas, 4 Médicos Tratantes de 6 horas, 6 Médicos Coordinadores 8 horas, 9 Médicos Residentes 24 horas, 6 Terapistas 2 en cada turno de 6 horas, 23 licenciadas en enfermería distribuidas de la siguiente manera: 9 en el turno de la mañana de 7h00 a 15h00, 8 en el turno de la tarde de 15h00 a 23h00 y 6 para el turno de la noche de 23h00 a 07h00; 27 auxiliares en enfermería distribuidas en los 3 turnos (9 en cada turno). Este personal labora 4 días y tiene 2 días libres.

El índice ocupacional del área física es de 30 termocunas y 5 incubadoras, de las cuales sólo cinco ingresan al área de aislamiento cada una con sus respectivos ventiladores mecánicos, monitores, pulsímetro, lámpara de fototerapia, sistema de oxígeno y de succión empotrado, además

de un charol de RCP y cinco computadoras con sus mesas rodantes. La estación de enfermería está conformada por un mesón de hormigón revestido de mármol, debajo del cual se ubican anaqueles de maderas para guardar los formularios propios de la institución; sobre el mesón se encuentra un charol de RCP, dos computadoras conectadas con el sistema informático del hospital y una impresora.

El área de preparación de medicamentos también cuenta con un mesón de hormigón revestido de mármol, en cuyos anaqueles de maderas inferiores se almacenan medicamentos, soluciones, jeringuillas. Los anaqueles que se encuentran ubicados en la parte superior son de madera, donde se colocan desinfectantes, torunderos, equipo de infusión entre otros. Esta área está equipada con neveras, lavabos, dispensadores de alcohol gel y toallas de papel desechables; además tiene ocho tachos de basura en colores rojo y negro, siete guardianes, un área para la preparación de biberones con esterilizadores, un carro metálico donde se almacenan leche de fórmula maternizada; también tiene una sección de utilería para ropa limpia y otra para la contaminada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar, diseñar, difundir, ejecutar protocolos y cuidados estandarizados en la atención de Enfermería con pacientes neonatales con diagnóstico de gastroquiasis en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” a través de un seguimiento para de esta manera brindar una atención oportuna con calidad y calidez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el nivel de conocimiento del personal profesional y no profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico en estudio a través de encuestas.
- ✓ Identificar los factores de riesgos en los neonatos con diagnóstico de gastroquiasis durante los cuidados que realiza el personal profesional y no profesional de Enfermería en el pre y postoperatorio utilizando la técnica de Observación.
- ✓ Socializar los protocolos de atención de Enfermería en los pacientes neonatales con diagnóstico de gastroquiasis durante el periodo pre y postoperatorio, al personal profesional y no profesional que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital referido.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo tiene como propósito sustentar científicamente este estudio en forma sistemática y concreta, lo cual permite fundamentar teóricamente las variables; igualmente se describen los antecedentes y las bases teóricas continuando con el sistema de variable y la operacionalización de la variable.

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Cañizales Quinteros (2008)⁴ realizó una investigación titulada Información sobre Presión Arterial Elevada que posee el profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Emergencia del Ambulatorio “Dr. Ángel Vicente Ochoa” durante el primer Semestre de 2007. El presente trabajo fue realizado para determinar la información sobre Presión Arterial Elevada que posee el profesional de Enfermería que labora en la Unidad, evaluando mediante preguntas, las mismas que evidenciaron un buen porcentaje de capacitación acerca del tema.

Fue un estudio descriptivo de campo de corte transversal y contemporáneo. La población estuvo conformada por 20 profesionales de Enfermería que laboraban en la Unidad de Emergencia. Por ser una población pequeña no hubo muestra, es decir se trabajo con el 100% de la misma. Se utilizó el método de la encuesta y el instrumento fue un cuestionario de 22 ítems de alternativas múltiples, la validación se llevó a cabo por juicio de expertos y la confiabilidad determinada por Alfa de Cronbach arrojando un resultado de 0,8; lo cual indica que es altamente confiable. Se concluyó que los profesionales de Enfermería estudiados en su mayoría entre 40% y 65% poseen información acerca de la presión arterial

⁴ Canizales Quinteros, 2008 Association of PPAR γ 2 Pro12Ala Variant with Larger Body Mass Index in Mestizo and Amerindian Populations of México. Hum Biol 2008;79: 111-119

elevada, por otra parte, entre un 55% y 8% de estos profesionales refieren poseer información acerca de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Así mismo, se evidenció que los profesionales de Enfermería poseen información entre el 60% y 75% acerca de los factores de riesgo, entre el 40% y 70% reconocen la terapia farmacológica y por último se concluye que entre el 30% y 70% sabe sobre las complicaciones del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El estudio anterior guarda relación con la investigación realizada ya que el déficit de información puede traer consecuencias nefastas para el paciente, en este caso los neonatos con gastrosquisis. Lara- Cruz, R. Ramírez, M y Cuellar L (2006)⁵ elaboraron un estudio titulado “Es el Ácido Fólico un factor protector en la gastrosquisis”. La gastrosquisis es una malformación congénita, en la que el paciente nace con un defecto en la pared del abdomen produciéndose salida del contenido abdominal a través de este defecto, sin involucrar el cordón umbilical. Existen varios factores de riesgo predisponentes para presentar gastrosquisis entre ellos: corta edad de la madre, toxicomanías, uso de salicilatos durante el embarazo, deficiencia de ácido fólico e hipoxia. El ácido fólico o ácido pteroilglutámico es una vitamina hidrosoluble del grupo B, participa en la síntesis del ADN, siendo de este modo esencial para la división celular, la formación de órganos y tejidos en el desarrollo temprano. Los defectos congénitos representan una de las principales causas de mortalidad y discapacidad infantil, suponen un enorme costo financiero y emocional para la sociedad. Su prevención ha descansado en el asesoramiento genético, diagnóstico prenatal y educación destinada a evitar el uso de agentes teratogénicos como alcohol, fármacos y drogas. Se ha asociado al ácido fólico como factor protector en la presentación de defectos de tubo neural más no así para otras malformaciones; el objetivo del presente trabajo es determinar la asociación entre la administración de ácido fólico y la presentación de gastrosquisis, para tal fin fue realizado un estudio retrospectivo de casos y controles aplicado a los recién nacidos que de 5 años atrás a la fecha

⁵ Lara- Cruz, R. Ramírez, M y Cuellar L (2006)

nacieron con la malformación y que cumplieran con los criterios de inclusión, aplicando a los seleccionados un instrumento de evaluación validado previamente por un grupo de expertos, estableciendo razón de intervalo de confianza del 95%. Encontrándose del año 2000 al año 2005, 54 casos de los cuales 31 fueron localizados y sometidos al instrumento de evaluación

1.2. BASES TEÓRICAS

En el desarrollo de las bases teóricas que sustentarán las variables del estudio, se cumple con la revisión bibliográfica que permitirá apoyar con diferentes teorías y resultados comprobados que vienen a contribuir el fundamento, descripción y aplicación de la problemática que se investiga.

Información de los profesionales de Enfermería. El término Información al cual se alude en el presente trabajo de grado coincide con lo expresado en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2002)⁶ en lo que corresponde a la Educación, instrucción.

Formar profesional a un por medio de la instrucción, buena crianza y “caudal de conocimientos adquiridos” (Pág. 751). Es decir que de acuerdo a estas definiciones la información permitirá al profesional de Enfermería dar instrucción a la perfección y la acumulación de conocimientos en este caso sobre la gastrosquisis para actuar en beneficio de la prevención de complicaciones de esta patología.

Los conocimientos de ellos son el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio que interactúa con la que ya posee, genera la incorporación y la organización de conocimientos nuevos, que le permiten realizar su práctica del cuidado de la salud y la vida; además, establecer relaciones comunicativas comprensivas entre los grupos interdisciplinarios, los diferentes colectivos humanos y con

⁶ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2002)

los usuarios de los centros de salud. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por la información que le permita dar un aporte significativo a la transformación del cuidado, de los servicios de salud y de Enfermería.

Pensar en la naturaleza, contenido y enfoque del cuidado del personal de Enfermería en el ámbito de la salud colectiva y en particular cuando se refiere al cuidado de personas con patologías crónicas, genera una serie de preocupaciones e interrogantes relacionadas con la visión que tiene el personal de Enfermería sobre el cuidado de la salud desde la dimensión científico-técnica, profesional, humanística y social.

De forma expresa, se denota la importancia del cuidado profesional y no profesional de Enfermería en cuanto a la gastrosquiasis como problema de salud de los neonatos en la Unidad de Cirugía Neonatal. Por lo tanto, deben avanzar en su propio conocimiento como ser individual y social; sujeto con carencias, potencialidades frente a sí mismo y frente a los otros; esta mirada posibilita en primer lugar, entender lo que para el otro significa cuidar y ser cuidado, en segundo lugar interactuar con él a partir de las similitudes y diferencias, buscando lo común, lo que hará evidente el horizonte del cuidado.

Por lo tanto, ellos toman una posición o asume una situación, ayudado por el cúmulo de conocimientos reflejados en sus representaciones, lo que lo lleva a desarrollar una práctica autónoma en la que se implementan procesos particulares en determinados contextos.

La información es más bien una colección de hechos significativos y pertinentes, para la persona que los percibe es un conjunto de datos que describan sucesos o entidades. La información que posea el profesional y no profesional de Enfermería en relación con la gastrosquiasis debe estar fundamentada en teorías que promueva el más alto estándar de cuidado, permitiendo así una actuación ordenada, eficaz y segura para prevenir complicaciones en pacientes con este tipo de patología.

1.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El personal de Enfermería desempeña un papel determinante y fundamental en torno a la atención del recién nacido y su familia ya que constituyen el recurso humano que brinda de manera directa y continua los cuidados de la más alta calidad (técnica, científica y humana) que garantizan el cumplimiento de los objetivos de los servicios de neonatología. Los cuidados ayudan a mejorar la condición de vida del ser humano, buscan restaurar las funciones fisiológicas alteradas en un momento dado. En ese sentido, Leninger, (1984)⁷ citado Kozier, B., Erb, G. y Blais, K (1994)⁸, afirma que:

El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermera, es una necesidad humana esencial para el desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo.

En relación a lo anterior, el cuidado es un fenómeno universal pero varía entre las culturas, en sus expresiones procesos y modelos. Por ello, La prestación de cuidados dirigidos a los neonatos con gastrosquisis supone preocupación, actitud, dedicación, además requiere de valores, voluntad, compromiso y conocimientos.

Por otra parte, Leininger citada por Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (1999) identifica varios conceptos de cuidados como:

El cuidado profesional que encarna las metas cognoscitivas e intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales o de los grupos que ayudan a otros expresa actitudes y acciones de interés hacia los demás, para apoyar su bienestar, aliviar sus trastornos indebidos y encontrar las necesidades obvias o previstas.

⁷ LEININGER, M. 1984, **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.Y: John Wiley

⁸ KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K. Y WILKINSON, J (1999), **Fundamentos de Enfermería**. Quinta Edición, Volumen 1. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill.

Lo expresado por la autora permite inferir que el cuidado de los neonatos con gastrosquisis requiere metas cognoscitivas e intervenciones por parte de éstos, permitiendo aliviar o evitar complicaciones e identificar necesidades interferidas.

Según Leininger citada por Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (1999) identifica otro concepto como lo es el cuidado humano que se refiere “a un proceso creativo, intuitivo o cognoscitivo de ayuda al individuo, basado en los sentimientos, actos empíricos, filosóficos, fenomenológico, objetivos y subjetivos de asistencia a otros (Pág. 77). En los conceptos de cuidados por Madeleine Leininger se encuentra un fin común, que es el de ayudar a otros a través de las acciones y reestablecer su estado de salud. Por otra parte, Jean Watson citado por Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (1999) refiere el cuidado humano: “no solo como una emoción, un interés, una actitud o un deseo benevolente, sino que la atención humana incluye valores, un deseo y una promesa de cuidar”, (Pág. 78). El cuidar requiere a parte de conocimientos, de un interés por ayudar a otros para lo cual se requiere de una serie de características en los profesionales que imparten éstos cuidados, como son los valores y deseos de cuidar a otro.

Watson citada por Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (op.cit) identifica diez factores del cuidar en la Enfermería:

Constituir un sistema humanístico-altruista de valores, instilar fe y esperanza, cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás, desarrollar una relación de ayuda-confianza, expresar los sentimientos positivos y negativos, usar un proceso creativo de atención para solucionar un problema, promover la enseñanza aprendizaje interpersonal, aportar un entorno de apoyo, protector o correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, evaluar para satisfacer las necesidades humanas, ser sensible a las fuerzas existencia-fenomenológico y espirituales.”

Todo el personal de Enfermería debe tener siempre presente y desarrollar los diez factores de los cuidados expresados por la autora; ya

que estos a través del tiempo pueden desarrollar cambios positivos en su vida diaria, en su profesión y logren transmitirlos a otros.

Benner y Wrubel citada por Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (op.cit) “estudian la relación entre el cuidar, la preocupación, la capacidad de hacer frente a la salud y reclaman que el cuidar es básico. (Pág. 77). En referencia a los autores, éstos definieron que el cuidar es básico para cualquier práctica de cuidados de salud y la contemplaron como el núcleo de la experiencia humana para la curación y la cicatrización. El cuidado humano es definido por diversos autores desde muchos puntos de vista, pero es aplicado por individuos con cualidades especiales, como lo son los profesionales en Enfermería que cumplen diversas funciones importantes en el equipo de la salud.

1.4. GASTROSQUISIS

Es un defecto de nacimiento (congénito) en la pared abdominal (estómago), los intestinos y otros órganos del bebé sobresalen de su cuerpo a través de una abertura (hernia) este orificio puede ser pequeño o grande, por lo general hacia el lado derecho del ombligo. Debido a que los intestinos no están protegidos por un saco y están en contacto con el líquido amniótico, se pueden irritar, causando que se estrechen, se tuerzan o se inflamen.

Según, Taméz, R y Silva, M (2003)⁹ definen la gastrosquisis como:

Un defecto de la pared abdominal en el cual el intestino delgado, una porción del estómago y el colón proximal se exteriorizan por una abertura lateral por lo general a la derecha del cordón, sin poseer revestimiento, antes del nacimiento el intestino está expuesto al líquido amniótico, las asas intestinales tienen una mucosa más gruesa, edematizada, inflamada y a menudo recubierta por un exudado; puede existir mala rotación de los intestinos, esto ocurre por el hecho de que el intestino está en posición

⁹ Taméz, R y Silva, M (2003) .Gastroschisis and Omphalocele.Surg. Clin N Am 86 249-260.

anormal, herniándose antes de que ocurra su rotación y fijación normal en la cavidad abdominal.

En concordancia con la referencia, esta patología es un defecto de la pared abdominal el cual ocasiona múltiples problema de salud en los neonatos, por tal motivo es importante que los profesionales de Enfermería posean información acerca de esta malformación congénita y del manejo adecuado para prevenir complicaciones futuras en los mismos.

1.4.1. Valoración

De acuerdo a Burroughs, A y Leifer, G (2002)¹⁰, “el recién nacido es aquel individuo de 1 a 28 días de vida con características definidas y particulares”(p.150). La etapa del recién nacido es un periodo importante ya que ocurre un cambio del medio intra uterino al medio extra uterino, donde puede ser normal o puede venir acompañado de una patología.

De acuerdo a Burroughs, A y Leifer, G (2002)¹¹ exponen que:

La valoración de Enfermería del recién nacido incluye observación, inspección, auscultación, palpación y percusión; no se lleva a cabo en una sola exploración, sino en una serie de exámenes, como revisión de todos los sistemas del organismo, la observación de aspectos tales como el color de la piel, tipo de respiración, temperatura, actividad y problemas de alimentación alertan al examinador sobre el estado de salud del recién nacido.

Con lo antes expuesto se expresó la valoración de un neonato sano, donde hay ocasiones que no se obtienen neonatos sin alteraciones sino que vienen acompañados por patologías neonatales como la gastrosquisis. La

¹⁰ BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.

¹¹ BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.

valoración que forma parte de la variable en estudio, al respecto Iyer, P. Taptich, B. y Bernochi, D (1997)¹², la definen así:

Valoración es la primera fase del proceso de Enfermería, consiste en la recolección y anotación de información referente al paciente, con el objetivo de identificar necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del paciente. Los datos se recogen en forma sistemática; a través de la entrevista, exploración física y otras fuentes.

Siendo que en la valoración es muy importante el análisis de los hallazgos, ésta requiere una amplia base de conocimientos, así como conceptos y técnicas específicas. Centra sus actividades en la recolección de la información sobre el paciente, familia y comunidad para conocer sus necesidades.

1.4.2. Test de Apgar

El test de Apgar es un examen clínico de neonatología, toxicología, en la recepción pediátrica, en donde el médico clínico pediatra o neonatólogo certifica y realiza una prueba medida en tres estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica) y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.

Este test lleva el nombre por Virginia Apgar, anesthesióloga, especializada en obstetricia, quien ideó el examen en 1953¹³

La palabra APGAR puede usarse como acrónimo recordando los criterios evaluados:

Apariencia, pulso, gesticulación, actividad y respiración.

¹² IYER, P. TAPTICH, B. y BERNOCCHI, D (1997) Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª edición, Editorial Mc. Graw – Hill.

¹³ Apgar, Virginia (1953). «A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant». *Curr. Res. Anesth. Analg.* **32** (4): pp. 260–267.

El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test.

El test se realiza: al minuto, a los cinco minutos y en ocasiones a los diez minutos de nacer, siendo el resultado normal esperado entre 8 y 9. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto y que a los 5 minutos obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución.

De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de APGAR se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte.

1.4.3. Parámetros y Criterios Valorativos Del Apgar

Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 8 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente, el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata. Si es menor que 4, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos y respiración asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte.

Gracias a este método y durante los más de 50 años que lleva realizándose, se ha logrado reducir la tasa de mortalidad y la tasa de morbilidad, al evaluar el estado del bebé inmediatamente después de nacer.

Se pueden valorar mediante esta prueba las determinaciones sobre ciertos síndromes y/o signos patológicos con los cuáles se haya malformado el producto y que pueda presentar diversas fisiopatologías o alteraciones. El APGAR es un dato vitalicio para la Salud Pública Infantil.

1.5. SISTEMA INFORMATIVO PERINATAL

1.5.1. Historia neonatal

Una anamnesis exhaustiva debe tratar de conseguir todos los datos posibles de la salud de la madre, siendo de especial importancia aquellos que indiquen algún tipo de riesgo para el niño. Estos interrogatorios deben comenzar antes del nacimiento y la evaluación del recién nacido en la misma sala de parto, agrupándose de la siguiente forma:

1.5.2. Antecedentes familiares

Aquellos datos de miembros de la familia que puedan ser de interés en predecir el riesgo materno. Por ejemplo, antecedentes de enfermedades hereditarias, consanguineidad, embarazos múltiples, muertes fetales, etc. Otros datos de interés serían el estado de salud de los hermanos o la etnia y situación social de la familia.

1.5.3. Historia materna

Entre los datos de interés sobre la madre, cabe destacar su edad y sus propios antecedentes personales; si ha tenido otros embarazos, partos, abortos, partos pretérmino; cuál es su grupo sanguíneo e historia de problemas de sensibilización inmunológica; así como otros datos como enfermedades de transmisión sexual, adicciones, problemas sociales de alto riesgo, etc.

1.5.4. Antropometría

Al nacimiento es el momento adecuado para pesar, tallar y medir al bebé (incluyendo el perímetro cefálico); estudiar los datos ajustados en percentiles (valora el crecimiento del niño) y por edad gestacional. La clasificación más utilizada es la internacional adaptada, las llamadas curvas de Lubchenco (o curvas de Battaglia y Lubchenco).

1.5.5. Exploración física

Prueba de Silverman y Anderson¹⁴.-Esta es otra prueba que evalúa de manera rápida la función respiratoria del neonato, dándole una puntuación que, contrario al acostumbrado sistema de APGAR, la puntuación baja es la del mejor pronóstico:

1. Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia.
2. Recién nacido con 1 a 3 puntos, con asfixia leve.
3. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con asfixia moderada.
4. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con asfixia grave.

Conviene reevaluar al neonato a las 48h, antes de darle el alta. Todas las anotaciones realizadas serán útiles para la evaluación que realiza el pediatra tras el alta.

1.6. AMBIENTE DE QUIRÓFANO¹⁵

1.6.1. Las instalaciones quirúrgicas, son un conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, pasillos, zonas de lavado y esterilización, podemos dividirlos en tres partes:

1.6.1.1. Zona limpia: donde hay que pasar perfectamente vestidos con gorro, pijama, no hace falta mascarilla.

¹⁴ Ibarra Fernández, Antonio José (2007). «Valoración de la ventilación» (en español). *Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*.

¹⁵ <http://www.quirofano.net/areas-quirofano/bioseguridad-quirofano.php>

1.6.1.2. Zona sucia: donde van a parar los desechos, no es necesario el uso de vestimenta especial.

1.6.1.3. Zona estéril: de lavado previo a la intervención (es necesario llevar la mascarilla).

1.6.2. Quirófano

Es uno de los muchos servicios dentro del hospital, su funcionamiento solo es una parte de la atención al paciente quirúrgico.

1.6.3. Cirugía

Es la rama de la medicina que comprende la atención pre, trans y postoperatoria del paciente.

1.6.3.1. Clasificación de la cirugía atendiendo a la causa que la justifica, sería:

1.6.3.1.1. Diagnóstico-exploratoria: urgente; no queda más remedio que abrir para ver lo que pasa, se desconoce el diagnóstico del paciente Ejemplo: biopsia.

1.6.3.1.2. Curativa: se practica para erradicar la enfermedad, reparar, sustituir o eliminar tejidos enfermos.

1.6.3.1.3. Reparadora: (cirugía de trauma. Reparar una función alterada, injertos, estética, quemados...) Devuelve la función perdida o corrige deformidades.

1.6.3.1.4. Paliativa: sabemos que no va a curar, pero algo hay que hacer. Extirpación de tumores, osteomía de descarga, disminuye síntomas o retrasa procesos patológicos.

1.6.3.1.5. Estética: Conservar o mejorar el aspecto.

1.6.3.2. Clasificación de la cirugía atendiendo al momento en el que se realiza, sería:

1.6.3.2.1. Opcional (electiva): normalmente el paciente elige cuando operarse, depende de lo que esté dispuesto a aguantar. Preferencia personal.

1.6.3.2.2. Programada: es el sistema quien decide. Conveniencia de cirujano y paciente.

1.6.3.2.3. Urgencia (emergencia):

1.6.3.2.3.1. Urgencia: dentro de dos días hay que operar (se le realiza preoperatorio adecuado).

1.6.3.2.3.2. Emergencia: cuando el paciente entra en el hospital e inmediatamente se opera (Ej.: accidente de tráfico), es llevarse acabo de inmediato para salvar la vida del paciente.

1.6.3.3. Clasificación de la cirugía dependiendo de la valoración del estado físico el paciente (Classification of physical status de la American society of anesthesiologists)

1.6.3.3.1. CLASE I: proceso patológico localizado, sin alteraciones sistémicas (Ej. Quitarse espolones de los pies).

1.6.3.3.2. CLASE II: alteración sistémica leve ocasionada por el proceso a tratar quirúrgicamente (Ej.: paciente con piedras en la vesícula, obesidad moderada, fumador que presenta HTA).

1.6.3.3.3. CLASE III: grave alteración sistémica que limita, pero que no resulta incapacitante (Ej.: paciente hipertenso; diabético... Es grave desde el punto de vista quirúrgico. No se puede obviar que un paciente es diabético para ir al quirófano).

1.6.3.3.4. CLASE IV: grave alteración sistémica que supone una amenaza para su vida (Ej.: un paciente con alteración coronaria que hay que operarlo de otra cosa, i. renal).

1.6.3.3.5. CLASE V: pacientes moribundos que su expectativa de vida es menor a 24h (Ej.: aneurisma, abdominal roto).

1.6.3.3.6. CLASE VI: pacientes en muerte cerebral y cuyos órganos serán extraídos para donaciones.

1.6.3.4. La atención de pacientes quirúrgicos según niveles de complejidad, se clasifica según las categorías:

1.6.3.4.1. Categoría I: Comprende a los pacientes cuya complejidad quirúrgica no compromete frontalmente los parámetros vitales: la conciencia, el sensorio y la capacidad de protección. Ej.: curación quirúrgica de hernia, hemorroidectomía, apendicectomía, fijación externa de fracturas, EE.CC + LIO, etc.

1.6.3.4.2. Categoría II: Estos pacientes presentan compromiso sensible lo expuesto anteriormente. Ej.: Laparotomía Exploratorias, Histerectomías, Prostatectomías, Gastrectomías, Colectomías, Reducción, Osteosíntesis de Fracturas, exploraciones vasculares, Toracotomías, etc.

1.6.3.4.3. Categoría III: Presentan un compromiso serio de la salud y procedimiento quirúrgico amplio. Ej.: cambio de válvulas cardíacas, Prótesis Total de Cadera, todas las cirugías de alto riesgo complicadas o graves.

1.6.4. Arquitectura del quirófano

No existe ningún diseño que sea adecuado para todos los hospitales, éste dependerá del número de camas que posea, patologías que abarque. El número de quirófanos depende de la cantidad de intervenciones a realizar, su duración, la proporción de hospitalizados ambulatorios y de urgencias. La situación de las dependencias quirúrgicas es aquella que sea accesible a las áreas de hospitalización, próximo a UCI y reanimación (puesto que el recién operado es un paciente crítico), deben estar bien comunicadas con esterilización (que va a surtir de material al quirófano), radiología, anatomía patológica (biopsias intraoperatorias que deciden el

curso de la operación) y laboratorio. El quirófano debe de establecer barreras para aislarlo con el resto del hospital y el exterior.

Su interior debe tener un área séptica y aséptica. Debe estar señalizado con carteles que impidan el acceso al personal ajeno y aislado del ruido que no favorezca la concentración. La climatización debe estar aislada del exterior (ya que por las ventanas entra de todo), con aire acondicionado (provisto de filtros especiales) que proporcione un grado de humedad del 50-60% y una temperatura sobre 18°C. El suministro de agua debe ser independiente con filtros especiales (control por medicina preventiva). La ropa ha de ser específica para el personal de quirófano. El montacargas junto con los ascensores de uso exclusivo para el personal del área.

1.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE-OPERATORIOS DEL NEONATO¹⁶

Antes de proceder a la intervención quirúrgica con anestesia general, se requiere una entrevista con los padres para determinar una historia clínica completa, verificar las pruebas complementarias y llevar a cabo la valoración de Enfermería.

La exploración comprende la evaluación física (peso, talla, perímetros), la toma de constantes vitales, la observación de los trastornos respiratorios, el nivel de hidratación, el vaciamiento de la vejiga, la coloración de la piel y el aspecto general.

¹⁶ ACOSTA, G. HERRERA, J Y MARK, Z (2005) Información que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados que debe brindar a los pacientes con nutrición parenteral parcial y total en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", segundo semestre año 2004. Trabajo Especial de Grado no publicado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas

1.7.1. Termorregulación

Una de las primeras observaciones realizadas por quienes primero se ocuparon de los problemas del recién nacido, fue la facilidad que este tenía para enfriarse. El hecho era especialmente llamativo en los niños prematuros y de bajo peso. El Dr. Pierre Budin a comienzos del siglo XX observó que los prematuros de menos de 1500g que se enfriaban tenían una mortalidad significativamente alta. Posteriormente el Dr. William H. Silverman en estudios controlados dejó establecida la importancia del ambiente térmico en la supervivencia de los recién nacidos.

De estas primeras observaciones surgió el uso de la incubadora destinada a proporcionar al prematuro un ambiente térmico adecuado que lo aislara de las variaciones de la temperatura ambiental. Estas medidas relativamente simples significaron probablemente la más importante mejoría en la supervivencia de niños prematuros en la historia de la neonatología.

La termorregulación consiste en que los seres vivos denominados homeotermos tienen la capacidad de mantener una temperatura corporal estable por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor. La estabilidad de la temperatura corporal es expresión de un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida de calor.

1.7.2. Control vasomotor

La forma como el organismo se aísla del frío externo es por medio de la vasoconstricción cutánea. Este mecanismo está bien desarrollado en los recién nacidos a término (RTN) a los pocos días de vida. En el caso de los prematuros el control vasomotor no es tan efectivo. Es más inmaduro a mayor prematuridad.

1.7.3. Postura corporal

La postura es un mecanismo de defensa frente al frío. Es la tendencia a "acurrucarse" que tienen todos los mamíferos de manera de disminuir la

exposición de superficie corporal al medio ambiente. El RNT no puede cambiar su posición en flexión de las 4 extremidades. El prematuro de menos de 34 semanas de gestación, tiene una posición con todos sus miembros extendidos y posteriormente presenta una postura con sus extremidades inferiores en flexión. De tal manera que este es también un factor que limita su defensa frente a ambientes fríos.

1.7.4. Cuidados específicos de Enfermería

Hay que tomar en cuenta ciertos aspectos como:

1.7.4.1. Monitorizar los signos vitales, manteniendo la estabilidad térmica del recién nacido y estabilidad hemodinámica.

1.7.4.2. Colocar al neonato en incubadora para evitar la pérdida exagerada de líquido y electrolitos.

1.7.4.3. Cubrir el defecto con gasa o apósitos estériles húmedos con solución salina tibia y envoltorio plástico para mantener el área caliente, húmeda y prevenir la contaminación.

1.7.4.4. Impedir presión o torsión del defecto, colocando al niño en posición fowler.

1.7.4.5. Disminuir la manipulación del defecto y de presentarse la necesidad realizarlo con guantes estériles para prevenir infecciones cruzadas.

1.7.4.6. Aspirar a través de una sonda nasogástrica para impedir distensión abdominal (estómago e intestinos) por el aire deglutido.

1.7.4.7. Instalar oxigenoterapia según necesidad del recién nacido para evitar complicaciones.

1.7.4.8. Canalizar vía venosa periférica o catéter percutáneo si se prevé de alimentación parenteral prolongada.

1.7.4.9. Tomar las muestras de examen, indicado por el médico.

1.7.4.10 Controlar y monitorizar el balance hidroelectrolítico para conocer pérdidas del defecto.

1.7.4.11. Observar la coloración y perfusión de los órganos exteriorizados en el defecto.

1.7.4.12. Observar llenado capilar y coloración de la piel especialmente de extremidades inferiores (puede haber disminución del retorno venoso)

1.7.4.13. Mantener al recién nacido tranquilo (evitar interrumpir el descanso) y sin dolor, administrar analgésicos y sedantes indicados por el médico.

1.7.4.14. Preparar los insumos de equipos y materiales para la cirugía.

1.8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DENTRO DEL QUIRÓFANO¹⁷

1.8.1. Garantizar la información y la instrucción preoperatoria de apoyo relacionada específicamente con la intervención quirúrgica y con la asistencia de Enfermería en el quirófano.

1.8.2. Verificar el consentimiento informado y firmado, así como los informes de los estudios diagnósticos pertinentes.

1.8.3. Colocar al paciente en decúbito dorsal Fowler.

1.8.4. Comprobar el equipo y material necesarios, así como su correcto funcionamiento.

1.8.5. Proveer las medidas de comodidad y la asistencia general al paciente para evitar molestias e inconvenientes.

1.8.6. Monitorizar psicológicamente y fisiológicamente al paciente para evitar traumas físicos.

1.8.7. Valorar los resultados en relación con las actividades de enfermería.

¹⁷ ASHCRAFT, H (2002) Cirugía pediátrica. 2ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México, DF.

1.8.8. Verificar la localización de la Gastrosquisis para la intervención.

1.9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST - OPERATORIO DEL NEONATO¹⁸

A continuación se citan algunos aspectos importantes que se deben tomar en cuenta durante el post-operatorio de un neonato con corrección de gastrosquisis:

1.9.1. Colocar solución antiséptica (según norma de la institución) en el área donde el saco está en contacto con la piel.

1.9.2. Aplicar gasa estéril alrededor de la zona de contacto de la piel con el saco, con la finalidad de absorber la eventual filtración de líquido peritoneal.

1.9.3. Sostener la parte superior del saco en la incubadora, de modo que el contenido ingrese gradualmente a la cavidad abdominal.

1.9.4. Aspirar con sonda orogástrica según el calibre que corresponda para descomprimir el estómago.

1.9.5. Alimentar en forma parenteral, previa estabilización del paciente.

1.9.6. Cambiar en posiciones ligeras para prevenir atelectasia.

1.9.7. Mantener al recién nacido tranquilo (evitar interrumpir el descanso) y sin dolor (administrar analgésicos y sedantes indicados).

1.9.8. Monitorizar la perfusión de extremidades inferiores (aparición de edema y cianosis distal provocada por aumento de la presión sobre la cava inferior).

¹⁸ MARQUINA, M Y RICO, J (2005) Conocimiento que poseen los profesionales de enfermería para la atención a pacientes colostomizados hospitalizados en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital Militar "Cnel. Elbano Paredes Vivas" Maracay, Estado Aragua. Trabajo Especial de Grado no publicado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

1.9.9. Alimentar por vía oral una vez que se ha efectuado el cierre de la pared abdominal y se ha restablecido el peristaltismo.

1.10. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS NEONATOS¹⁹

Los neonatos son individuos diferentes a niños de mayor edad y al adulto, tanto fisiológica como psicológicamente. El proceso de atención de Enfermería es un instrumento que permite organizar el trabajo atender mejor las necesidades especiales del neonato.

Su estructura está ordenada por una serie de etapas organizadas en secuencias lógicas que aunque en la práctica se analizan y estudian por separado.

Para ser considerado válido debe reunir una serie de características:

1.10.1. Sistemático: organizado en un plan estructurado.

1.10.2. Flexible: adaptable a cualquier campo.

1.10.3. Dinámico: que responda a los cambios de la persona, grupo, comunidad.

1.10.4. Centrado en objetivos: (orientado a los resultados), las etapas del proceso de atención de Enfermería han sido objeto de discusión, ya que algunas teorizadoras plantearon diferentes pasos (tres, cuatro, cinco), pero en la actualidad existe un consenso que determina sus diferentes fases: valoración, diagnóstico de Enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

Es necesario recordar que el trabajo de Enfermería que no queda registrado significa que no se ha realizado. A partir de los registros concretos se deja constancia de la utilidad de la práctica Enfermera. A través de los registros se demuestra que la intervención de la Enfermera es positiva para

¹⁹ BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.

transformar una realidad específica y que la herramienta utilizada ha sido correcta.

Un estudio en España realizado por Enfermeras permitió identificar los problemas de salud que frecuentemente se presentan en una unidad de neonatología adaptados con las correspondientes categorías diagnósticas de la NANDA para su validación. Concluyó que estas categorías validadas son parcialmente identificables por las Enfermeras y que pueden ser usadas en el plan de cuidado del neonato.

Las categorías sometidas a validación fueron las siguientes: oxigenación, regulación de la temperatura, alimentación, actividad, descanso, higiene, comunicación, seguridad en el ambiente, garantía de crecimiento y desarrollo saludable.

El proceso de atención de Enfermería a los neonatos críticos está basada en los hallazgos anteriores y en los diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA, maneja los que son más frecuentemente encontrados en la asistencia diaria en instituciones de salud. El orden va de acuerdo al patrón más comprometido dado por sus datos objetivos y subjetivos (signos y síntomas):

- Patrón de respiración ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular (centro respiratorio inmaduro), energía reducida, cansancio y/o obstrucción de las vías aéreas.
- Termorregulación ineficaz en relación con capacidad limitada para producir calor, capacidad limitada para tiritar y metabolismo basal aumentado secundario a inmadurez.
- Alto riesgo de infección relacionado con defensas inmunológicas deficientes.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante, relacionada con incapacidad de ingerir nutrientes, debido a inmadurez o enfermedad.

- Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con las características fisiológicas del lactante prematuro, inmadurez, enfermedad o todo ello.

- Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad.

- Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados con el nacimiento prematuro, el ambiente no natural de la UCIN y la separación de los padres.

- Alteración de los procesos familiares, relacionados con crisis situacional de maduración, falta de conocimientos ante el nacimiento de un neonato prematuro y/o enfermo e interrupción del proceso de vinculación afectiva.

- Duelo relacionado con el parto inesperado de un neonato de alto riesgo, pronóstico grave y/o muerte.

- Alteración del bienestar: dolor y ansiedad generados por las intervenciones médicas y de enfermería.

- Tensión en el desempeño del rol del cuidador en relación con pérdidas o cargas múltiples asociadas a las responsabilidades de la prestación de cuidados.

1.11. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

1.11.1. Antecedentes legales

La atención de la salud en el período perinatal requiere que el recurso humano de Enfermería, como integrante del equipo de salud perinatal, cuente con una capacitación específica que asegure la eficacia en las intervenciones en los distintos niveles de prevención.

Como miembro del equipo de salud perinatal, el enfermero participa en los controles prenatales, identifica riesgos que afectan la salud materno-fetal, se integra a programas preventivos y de educación para la salud.

El enfermero que se desempeña en el área neonato lógica participa en el equipo de recepción del recién nacido, garantizando cuidados integrales tanto para el niño sano como aquél que presenta alteraciones en su salud.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, brindan cuidados de Enfermería al recién nacido críticamente enfermo, promoviendo la participación activa de los padres y el grupo familiar.

Al mismo tiempo, fortalece la relación institución – familia comunidad, participa en la preparación para el alta, considerando las complejas necesidades del recién nacido y la familia contribuyendo a un adecuado referenciamiento.

En este marco, la Enfermería Neonatológica constituye un escenario adecuado para la formación en Enfermería capaz de contribuir a la optimización del modelo de atención y la calidad de vida de la población.

Los profesionales de salud que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales deben dedicar tiempo a evaluar la idoneidad del permiso para las medidas que pueden brindarse en UCIN o el rechazo de estos. Es frecuente que el personal limite la estrategia ideal de la toma de decisiones centradas en la familia, al contacto con estos, en la búsqueda de la firma de autorización que aprueban ciertos procedimientos. Desafortunadamente, en tal conducta se omite el punto central de la noción contemporánea de la autorización con conocimiento.

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible y en el

otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.

1.11.2. La Organización Mundial de la Salud (1946)²⁰, define salud como:

“El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo; la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y en definitiva, sus problemas económicos, mientras que en los países desarrollados la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

1.11.3. Derechos del paciente neonatal y las responsabilidades de los padres

El derecho a la vida es sin duda alguna un derecho fundamental. Sin embargo, se puede preguntar con toda razón si existe una obligación concreta de hacer todo lo posible para proteger la vida humana o si se dan casos en los que se justifica éticamente no aplicar un tratamiento a un neonato defectuoso en forma notable.

²⁰ OPS/ OMS. 1946 “Promoción de la salud: una antología”, publicación científica N°557, Washington D.C..

El dilema ético de tratar o no tratar a un recién nacido defectuoso de nacimiento, es consecuencia de los avances en salud. La medicina contemporánea ha desarrollado en forma impresionante los cuidados intensivos de los recién nacidos, con ello se puede salvar la vida de muchos gravemente defectuosos.

Muchos niños prematuros sobreviven ahora sin daños físicos o mentales. Sin embargo, las mismas técnicas avanzadas salvan también vidas de niños con graves defectos de nacimiento que van a vivir luego con inhabilidades física y mentales, a veces por largos años, sin la esperanza de llevar algún día una existencia independiente, compatible con la dignidad humana.

La posibilidad de salvar la vida de bebés gravemente inválidos ha causado problemas morales a los profesionales de salud, lo mismo que a los padres de familia.

A continuación se citan los derechos que tienen los neonatos y las responsabilidades de los padres hacia con ellos, estipulados por la OPS.

1.11.4. La Organización Panamericana de la Salud (2002)²¹ presenta los siguientes derechos:

1.11.4.1. Atención médica.- El derecho a tratamiento y cuidado de calidad.

1.11.4.2. Alivio del dolor.- El derecho a la tecnología disponible por el alivio del dolor y malestares al máximo consistente con pruebas de seguridad y beneficio.

1.11.4.3. Separación mínima.- El derecho a la mínima separación física desde el nacimiento hasta su salida. La separación del infante de los padres/madres ser solamente por razones médicas

²¹ OMS-Organización Mundial de la Salud (2002) " Asamblea Mundial de la Salud-2". *Crónica de la OMS*, 29: 311-322.

específicamente indicadas, evaluación de lactancia o terapia. Pacientes neonatales en cuidado intensivo tienen el derecho a tiempo de visita máxima consistente con los requisitos médicos y lactancia del niño.

1.11.4.4. Consentimiento informado.- El derecho de ser informado en términos no- clínicos de información necesaria para tomar decisiones en consentimientos o rechazo de tratamiento. Dicha información debe incluir complicaciones significantes, riesgos, beneficios y tratamiento alternativo disponible.

1.11.4.5. Apoyo emocional.- Los padres de niños con condiciones especiales tienen el derecho al apoyo emocional del Centro Médico.

1.11.4.6. Identidad.- Los padres tienen el derecho de saber todo el tiempo la identidad, estado profesional, credenciales profesionales, tanto como el nombre del proveedor de salud responsable del cuidado del paciente neonatal.

1.11.4.7. Ambiente seguro.- El derecho a tratamiento y atención en un ambiente seguro.

1.11.4.8. Reglas y reglamentos de la Facilidad de Tratamiento Médico (FMT).- Los padres tienen el derecho de ser comunicados sobre la información referente al mecanismo, revisión y resolución de quejas acerca de cualquier aspecto del cuidado.

1.11.4.9. Directiva avanzada.- Bajo la ley Estatal de Carolina Norte, los padres tienen la responsabilidad de asegurar el cuidado de su neonato.

1.11.5. Responsabilidades

1.11.5.1. Proporcionando información.- Los padres de un paciente neonatal tienen la responsabilidad de proporcionar información completa, tanto como médica y psicosocial, referente al niño, la madre, el padre y la familia.

1.11.5.2. Visitas.- Los padres pueden visitar al niño regularmente y asegurar que el personal sabe cómo pueden ponerse en contacto en caso de una emergencia.

1.11.5.3. Cumpliendo con la atención médica.- Los padres deben cumplir mutuamente con los planes de tratamiento.

1.11.5.4. Respeto y consideración.- Los padres y el personal de salud de la FTM tienen la responsabilidad de asistir al control de ruidos, no fumar y el número de visitas. Los padres son responsables de cuidar y respetar las propiedades de otras personas y de la FTM.

1.11.5.5. Obligaciones financieras.- Los padres son responsables de asegurar que las obligaciones financieras incurridas por el cuidado de su hijo estén cumplidas lo más pronto posible.

1.11.5.6. Reporte de quejas.- Los padres tienen la responsabilidad de ayudar al Comandante de la FTM para proveer la mejor atención posible a todos los pacientes. Las recomendaciones de los padres, preguntas o quejas deben ser reportadas al representante del paciente o al departamento de relaciones del paciente.

En el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva del Ecuador; Ley para la Promoción de la Inversión y la Participación Ciudadana; así como las reformas expresas, que se han producido en las leyes reformativas a la Ley DE Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

1.11.6. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2005)²², así lo determina, Artículo N° 4:

Se crea en el Ministerio de Salud Pública, la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con autonomía administrativa y

²² CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, actualizada en Octubre del 2005, Quito-Ecuador.

financiera; incluyendo finalmente las disposiciones generales agregadas por la Ley N° 129. (Pág. 54).

Recién nacidos, niños/niñas menores de 5 años de edad, aseguran la necesaria y oportuna atención en diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos/sanos, prematuros-prematuros de bajo peso y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños/niñas en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral (AIEPI) y sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Para el recién nacido con patologías, incluirá además la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedades hemolítica, gastrosquisis, sufrimiento fetal, prematuros de bajo peso, sepsis y neumonía neonatal, tanto en cuidado intermedio como intensivo de las patologías más frecuentes. De conformidad con el Artículo 2 de la LEY QUE SE REGLAMENTA (2005), codificación de La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia expresa que la asistencia será brindada en la etapa prenatal, parto y posparto ley (Pág. 66).

Es importante que la mujer durante su gestación asista a los controles prenatales para evitar diversos problemas durante o después del embarazo y además ayudar a que el producto venga a la vida sano sin alteración en su salud.

Se asegura la oportuna asistencia en los diferentes niveles de atención a los niños recién nacidos vivos, sanos, prematuros de bajo peso o con patología como es la gastrosquisis y diversas enfermedades neonatales, nombramos la gastrosquisis ya que es nuestra problemática.

El objetivo del control prenatal es mejorar la salud de la madre y el niño previniendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo actividades saludables. De las muchas actividades que se realizan durante las consultas y que se solicitan como pruebas o análisis complementarios, sólo unas pocas están claramente comprobadas que mejoran la salud.

Por lo tanto la atención a la mujer en gestación es gratuita les brindan apoyo nutricional, suplementos vitamínicos, y medicina gratuita, para tener un óptimo control durante su embarazo por lo tanto de acuerdo al:

1.11.6.1. Ministerio de Salud: Art. 2.

El MSP definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen la salud de las mujeres embarazadas, de las madres de los recién nacidos e incluso los recién nacidos. (Pág. 69).²³

Para el recién nacido con patología, incluirá además la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, así como también enfermedades catastróficas.

²³ www.eumed.net/libros/2009a/conocimiento%20de%ley%20de%20maternidad%20gratuita.htm

CAPÍTULO II

ESQUEMA METODOLÓGICO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO A APLICAR EN LA INVESTIGACIÓN

El método a utilizarse en este estudio es el descriptivo, y prospectivo que va a ser aplicado en el Área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en la ciudad de Guayaquil.

2.1.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de la investigación presente es descriptivo, exploratorio y prospectivo, el cual tiene como propósito familiarizar el tema en determinada situación del área problema por investigar y evitar las complicaciones que se presentan en los neonatos con gastrosquisis en estudio.

2.1.1.1. DESCRIPTIVO

Porque se describirá la problemática existente sobre los cuidados de Enfermería pre y post quirúrgicos a los neonatos con gastrosquisis, para evitar los múltiples problemas que se presentan en estos usuarios hospitalizados, como son las infecciones que pueden surgir durante su estancia hospitalaria y retardando su recuperación.

2.1.1.2. EXPLORATORIO

Se evaluará el conocimiento que tiene el personal de enfermería, sobre los cuidados pre y post quirúrgicos a los neonatos con gastrosquisis, que les permita adquirir conocimiento científico sobre estos cuidados que deben proporcionar en la estancia hospitalaria del paciente y mejorar su calidad de vida.

2.1.1.3. PROSPECTIVO

La investigación es de tipo prospectivo porque permitirá estudiar al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del

Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en un período determinado de marzo a mayo del 2013 y también de otros medios.

2.2. UNIVERSO

La población estará constituida por 23 licenciadas en Enfermería y 27 auxiliares en Enfermería, distribuidas en los 3 horarios de atención; siendo el universo un total de 50, que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”; de marzo a mayo del 2013.

2.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de este estudio se utilizará como técnica, la observación directa al personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” y como observación indirecta, los resultados de las encuestas aplicadas al personal de Enfermería.

El instrumento es el cuestionario con ítems o alternativas dicotómicas de selección múltiple, a fin de identificar el conocimiento, los cuidados pre y postoperatorio que proporciona el personal de Enfermería, a los neonatos con gastrosquisis.

2.4. HIPÓTESIS

Los cuidados pre y postoperatorios que aplica el personal de Enfermería intervienen en la recuperación de los neonatos con gastrosquisis que se encuentran ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Roberto Gilbert Elizalde” de Guayaquil.

2.5. VARIABLES

Dependiente: Gastrosquisis.

Independiente: Cuidados del personal de Enfermería pre y postoperatorio.

Definición de variables:

Relación laboral: el trabajador pone a disposición del empleador su capacidad física e intelectual para desarrollar una actividad determinada.

Experiencia laboral: conocimiento que adquiere la persona a través del tiempo de trabajo.

Turno laboral: número de horas que el trabajador está obligado a trabajar.

Personal de Enfermería: Conjunto de personas con conocimientos científicos y/o técnicos, que se dedican al cuidado del individuo, familia y comunidad.

Cuidados de Enfermería: estrategias que lleva a cabo la Enfermera para la atención de cada paciente.

Actividades de Enfermería: Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de la profesión para la cual está capacitada y autorizada.

Gastrosquisis: Malformación congénita donde el contenido abdominal se encuentra expuesto al medio ambiente.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Relación laboral</p> <p>Concepto: relación contractual entre una empresa o persona llamada empleador y una persona natural llamada trabajador o empleado</p>		Tiempo	<p>¿Qué tipo de relación laboral posee?</p> <p>Contrato <input type="checkbox"/></p> <p>Nombramiento <input type="checkbox"/></p>
<p>Experiencia laboral</p> <p>Concepto: conocimiento que adquiere la persona a través del tiempo de trabajo</p>	Experiencia de las Licenciadas y auxiliares de Enfermería	Tiempo	<p>¿Cuánto tiempo tiene laborando en el área de UCIN?</p> <p>1-12 meses <input type="checkbox"/></p> <p>2-5 años <input type="checkbox"/></p> <p>6-10 años <input type="checkbox"/></p> <p>11-15 años <input type="checkbox"/></p> <p>16-20 años <input type="checkbox"/></p> <p>21 o más años <input type="checkbox"/></p>
<p>Turno laboral</p> <p>Concepto: número de horas que el trabajador está obligado a trabajar</p>	Jornada de trabajo	Tiempo	<p>¿En qué turno labora usted?</p> <p>Mañana <input type="checkbox"/></p> <p>Tarde <input type="checkbox"/></p> <p>Noche <input type="checkbox"/></p> <p>Rotativo <input type="checkbox"/></p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
	Evaluar el conocimiento referente a la preparación y atención del neonato	Frecuencia de actualización de conocimientos	¿Con qué frecuencia actualiza sus conocimientos? Muy frecuente <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> No lo realiza <input type="checkbox"/>
Personal de Enfermería. Concepto: Conjunto de personas con conocimientos científicos y/o técnicos que se dedican al cuidado del individuo, familia y comunidad	Personal Auxiliar en Enfermería y Licenciadas en Enfermería	Lugar de actualización de conocimientos	¿En dónde realiza la actualización de sus conocimientos? Institución donde labora <input type="checkbox"/> Colegio de Enfermeras <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otras Instituciones hospitalarias <input type="checkbox"/> No lo realiza <input type="checkbox"/>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Cuidados de Enfermería.</p> <p>Concepto: estrategias que lleva a cabo la Enfermera para la atención de cada paciente.</p>	Cuidados o atención a los pacientes con gastroquisis	Conocimiento de técnicas o cuidados	<p>¿Conoce usted los cuidados de Enfermería específicos para pacientes con gastroquisis?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Actividades de Enfermería</p> <p>Concepto: Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de la profesión para la cual está capacitada y autorizada.</p>		Cargo que desempeña	<p>¿Cargo que desempeña en el Hospital?</p> <p>Licenciada <input type="checkbox"/></p> <p>Auxiliar <input type="checkbox"/></p> <p>Ayudante <input type="checkbox"/></p>
<p>Gastroquisis.</p> <p>Concepto: contenido abdominal que se encuentra expuesto al medio ambiente</p>	Mal formaciones congénitas		<p>¿Conoce usted qué es la gastroquisis?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
		Cantidad de pacientes atendidos	<p>¿Cuántos pacientes atienden durante su turno?</p> <p>1-5 <input type="checkbox"/></p> <p>6-10 <input type="checkbox"/></p> <p>11-15 <input type="checkbox"/></p> <p>16-20 <input type="checkbox"/></p> <p>21-25 <input type="checkbox"/></p> <p>26-30 <input type="checkbox"/></p> <p>31-35 <input type="checkbox"/></p>

CAPITULO III

3. ANÁLISIS DE RESULTADO

3.1. PRESENTACION DE LOS DATOS

TABLA # 1

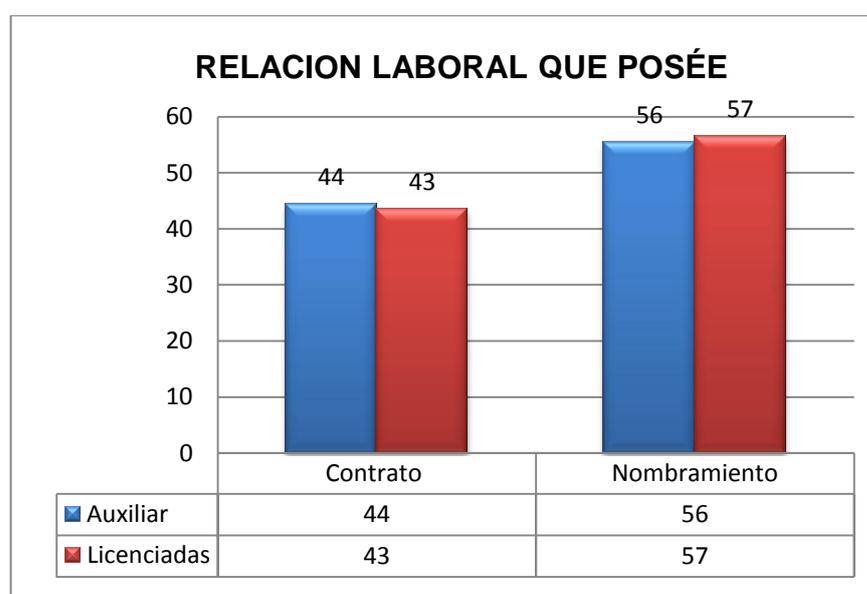
QUÉ TIPO DE RELACION LABORAL POSEE

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Contrato	12	44%	10	43%
Nombramiento	15	56%	13	57%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 1



Análisis: Se observa en el gráfico el tipo de relación laboral que poseen, del 100% el 57% corresponde a las licenciadas y el 56% al personal auxiliares que tienen nombramiento en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde mientras el 44% de las auxiliares y un 43% de las licenciadas tiene contrato, dejando evidenciado que más de la mitad del personal tiene estabilidad laboral para brindar una atención de calidad y calidez a los pacientes.

TABLA # 2

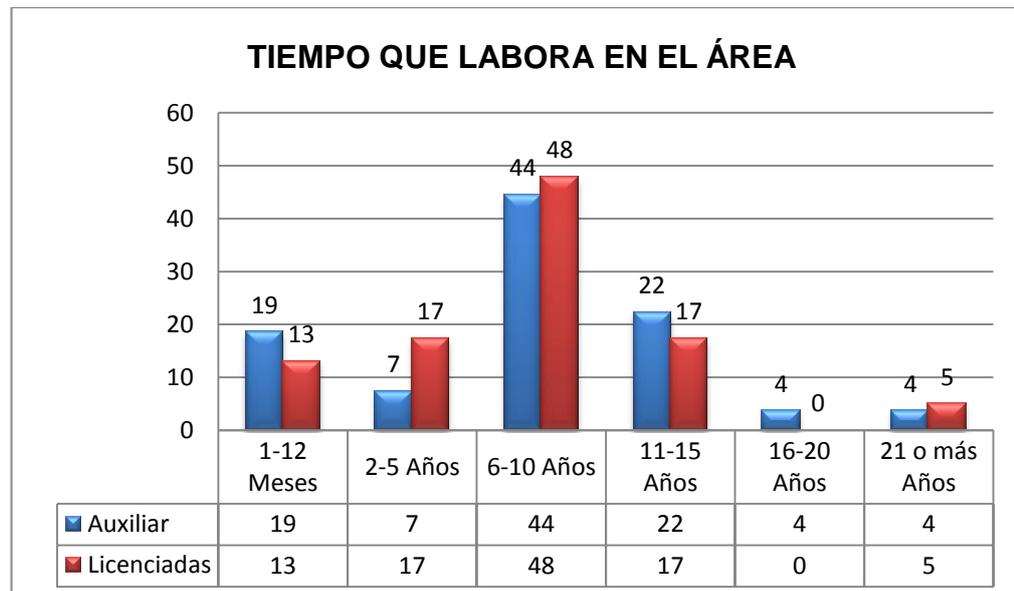
CUÁNTO TIEMPO TIENE LABORANDO EN EL ÁREA DE UCIN

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
1-12 Meses	5	19%	3	13%
2-5 Años	2	7%	4	17%
6-10 Años	12	44%	11	48%
11-15 Años	6	22%	4	17%
16-20 Años	1	4%	0	0%
21 o más Años	1	4%	1	5%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 2



Análisis: Como el grafico lo demuestra el tiempo que tienen laborando en el área de UCIN, las licenciadas respondieron en un 48% de 6-10 años igual que el personal auxiliar con un 44% de 6-10 años demostrando que el personal que labora en esta área conoce perfectamente el manejo de la misma por que tiene muchos años trabajando en el área.

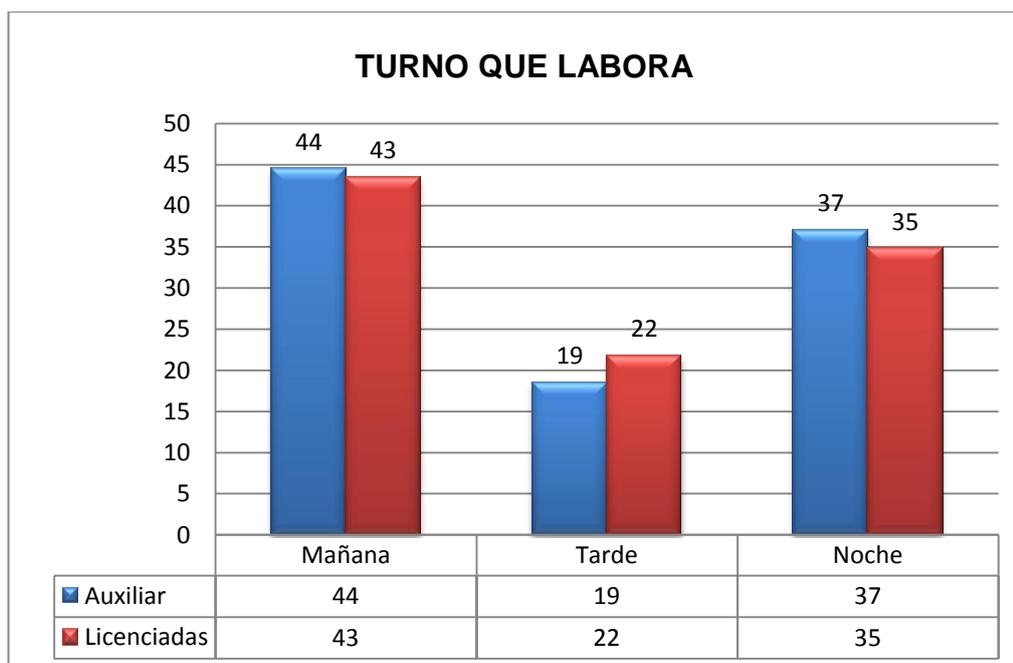
TABLA # 3
EN QUÉ TURNO LABORA USTED

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Mañana	12	44%	10	43%
Tarde	5	19%	5	22%
Noche	10	37%	8	35%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 3



Análisis: Al consultar al personal de Enfermería en que turno labora, las auxiliares se encuentra en un mayor porcentaje en el turno de la mañana con un 44% y las licenciadas con 43% en el mismo turno, las licenciadas en el turno de la noche con un 37% mientras que las auxiliares en este turno en menor cantidad con un 35%.

TABLA # 4

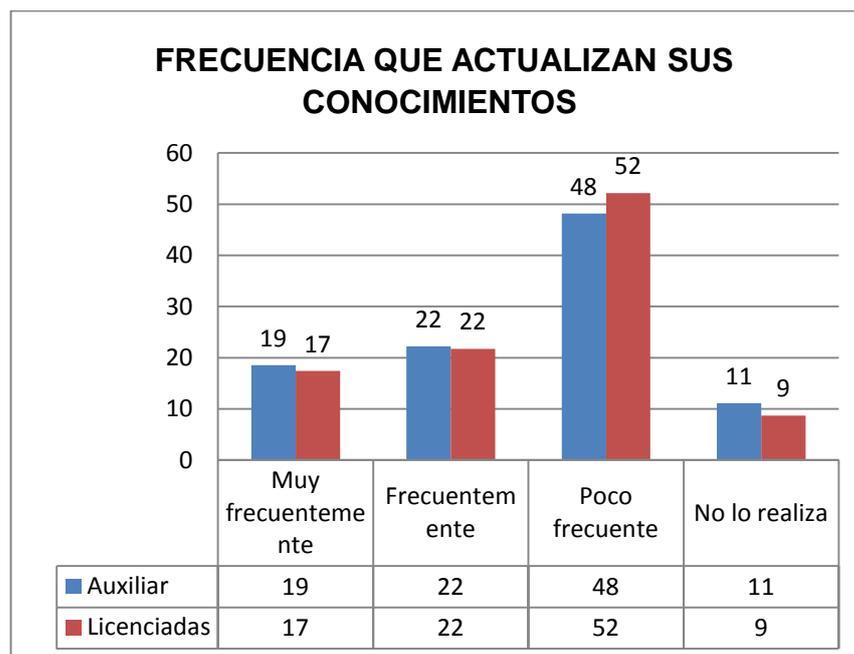
CON QUÉ FRECUENCIA ACTUALIZAN SUS CONOCIMIENTOS

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Muy frecuentemente	5	19%	4	17%
Frecuentemente	6	22%	5	22%
Poco frecuente	13	48%	12	52%
No lo realiza	3	11%	2	9%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 4



Análisis: De acuerdo al grafico con qué frecuencia actualizan sus conocimientos, las licenciadas respondieron 52% que es poco frecuente la actualización de sus conocimientos, mientras que las auxiliares contestaron de la misma forma con un 48%, el personal de Enfermería debe actualizar sus conocimientos para brindar una atención de calidad y calidez.

TABLA # 5

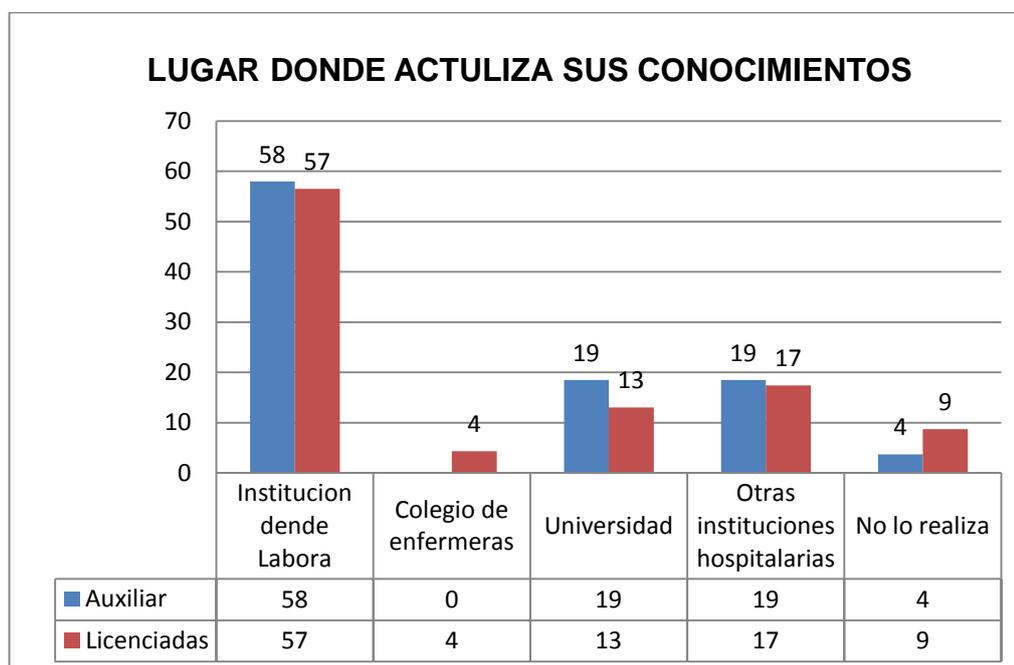
EN DÓNDE REALIZAN LA ACTUALIZACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Institución donde labora	16	58%	13	57%
Colegio de Enfermeras	0	0%	1	4%
Universidades	5	19%	3	13%
Otras instituciones hospitalarias	5	19%	4	17%
No lo realiza	1	4%	2	9%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 5



Análisis: Al realizar la pregunta en donde realizan la actualización de sus conocimientos, las auxiliares respondieron en la institución donde laboran 58% mientras que las licenciadas con 57% respondieron de la misma forma.

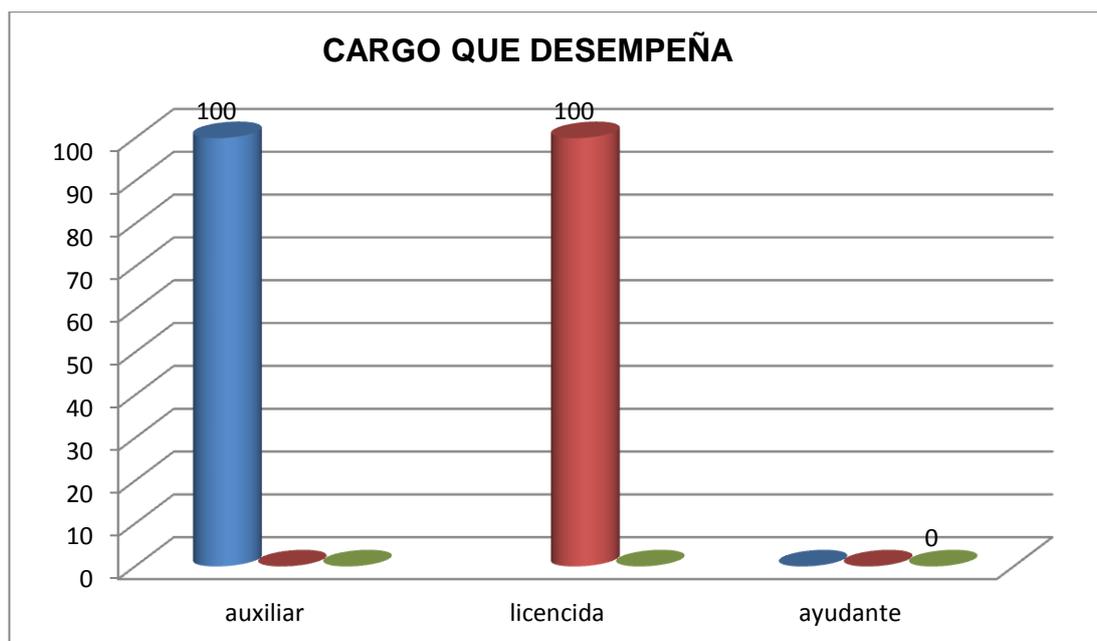
TABLA # 6
CARGO QUE DESEMPEÑA EN EL HOSPITAL

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Licenciada	0	0%	23	100%
Auxiliar	27	100%	0	0%
Ayudante	0	0%	0	0%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 6



Análisis: Se consulto a las encuestadas qué funciones desempeña en su área de trabajo, respondieron con un 100% que son auxiliares de Enfermería y con un 100% que son licenciadas.

TABLA # 7

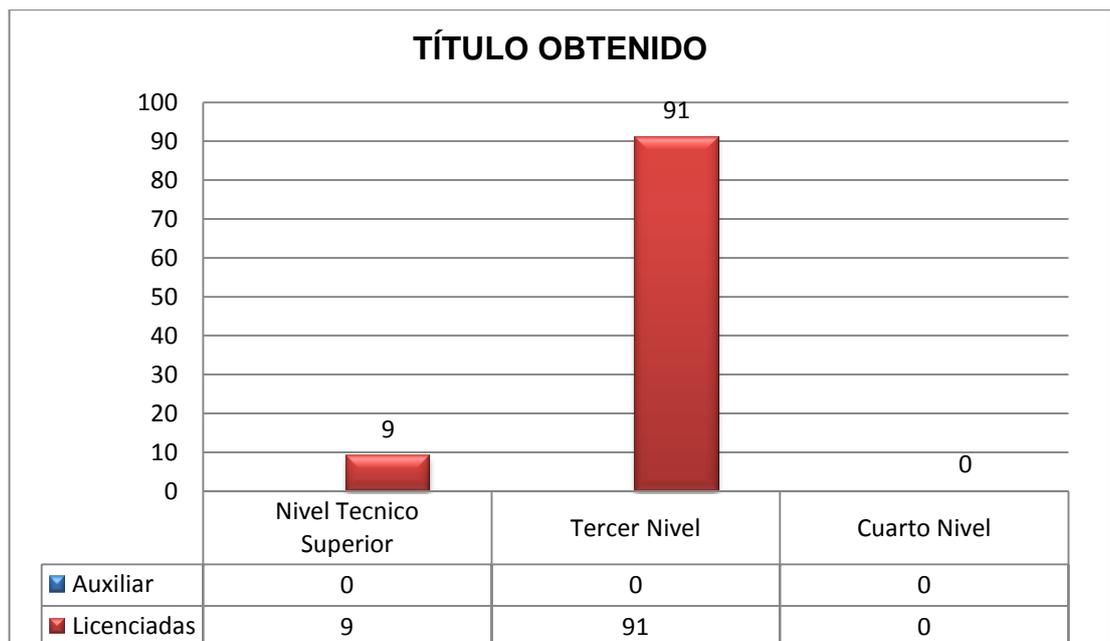
TÍTULO PROFESIONAL OBTENIDO

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Nivel Técnico Superior	0	0%	2	9%
Tercer Nivel	0	0%	21	91%
Cuarto Nivel	0	0%	0	0%
Total	0	0%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 7



Análisis: Como el grafico demuestra el título profesional obtenido el 91% de las licenciadas tienen tercer nivel mientras que el 9% de las mismas tienen nivel técnico superior demostrando que si existe personal calificado que labora en el área de UCIN.

TABLA # 8

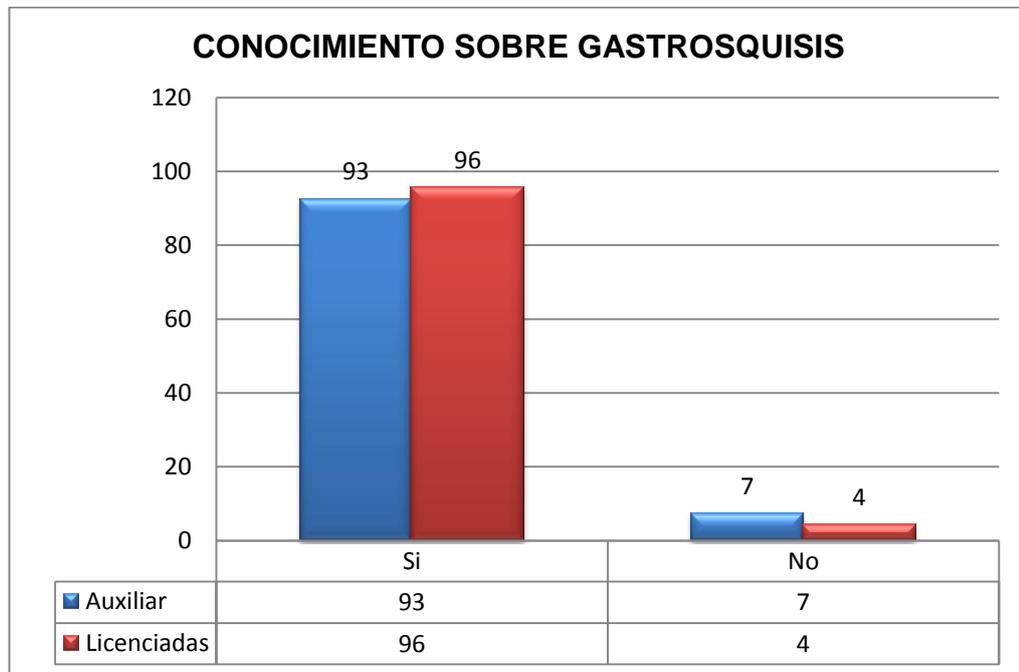
CONOCE USTED QUE ES LA GASTROSQUISIS

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Si	25	93%	22	96%
No	2	7%	1	4 %
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susan Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 8



Análisis: El conocimiento acerca de lo que es la gastroesofagitis, del 100% de las encuestadas 96% contestó que si tenían el conocimiento y un 4% que no refiriéndose a las licenciadas, en el caso de las auxiliares con un 93% que si y un 7% que no tiene conocimiento. Hace falta instruir más al personal que no tiene el conocimiento acerca del tema.

TABLA # 9

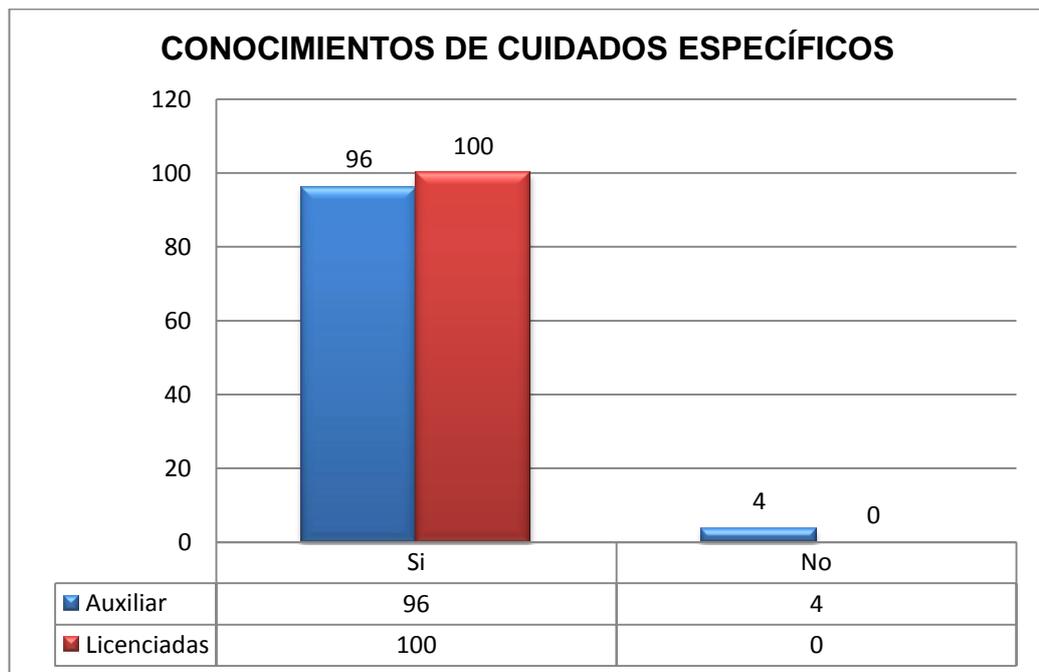
CONOCE USTED LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS PARA PACIENTES CON GASTROQUISIS

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Si	26	96%	23	100%
No	1	4%	0	0%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 9



Análisis: De la pregunta #9 respondieron del 100% de las licenciadas que si poseen el conocimiento para los cuidados de Enfermería de este tipo de pacientes, mientras que 96% de las auxiliares también lo tienen dejando un 4% de las auxiliares que no lo tienen y a esta minoría del personal hay que educar acerca del tema.

TABLA # 10

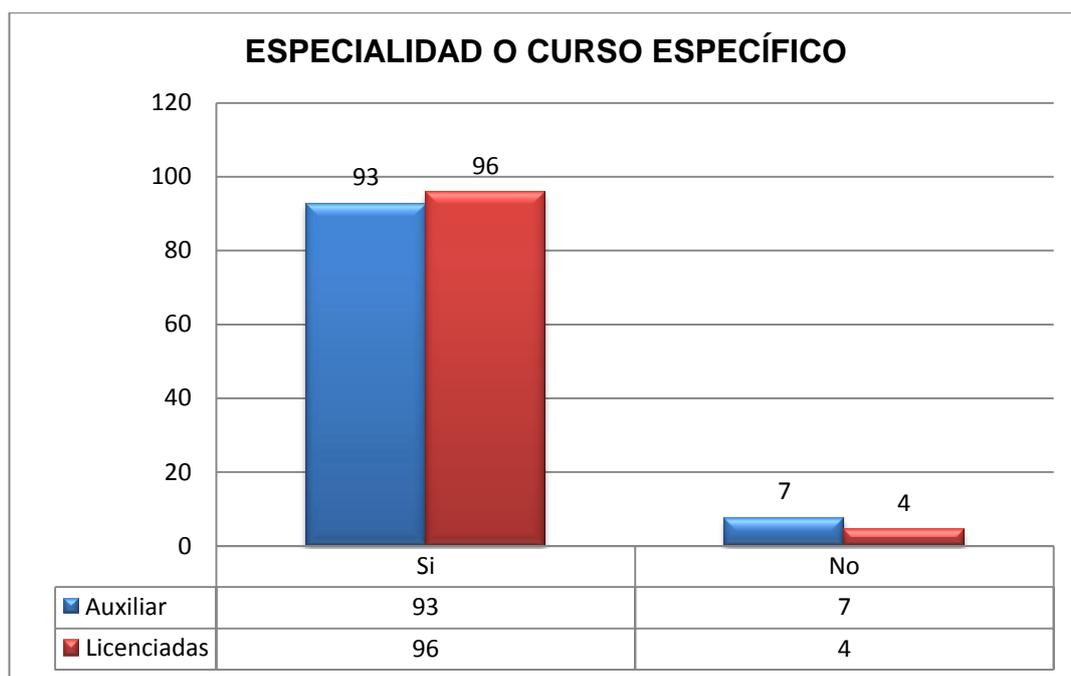
TIENE ALGUNA ESPECIALIDAD O CURSO ESPECÍFICO EN CUIDADOS DE PACIENTES CON GASTROSQUISIS

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
Si	25	93%	22	96%
No	2	7%	1	4%
Total	27	100%	23	100%

Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 10



Análisis: Se muestra en el grafico que las auxiliares y licenciadas que si tienen algún tipo de especialidad o curso en el cuidado de estos pacientes, del 100% de las encuestadas el 96% contesto a las licenciadas y un 93% a las auxiliares.

TABLA # 11

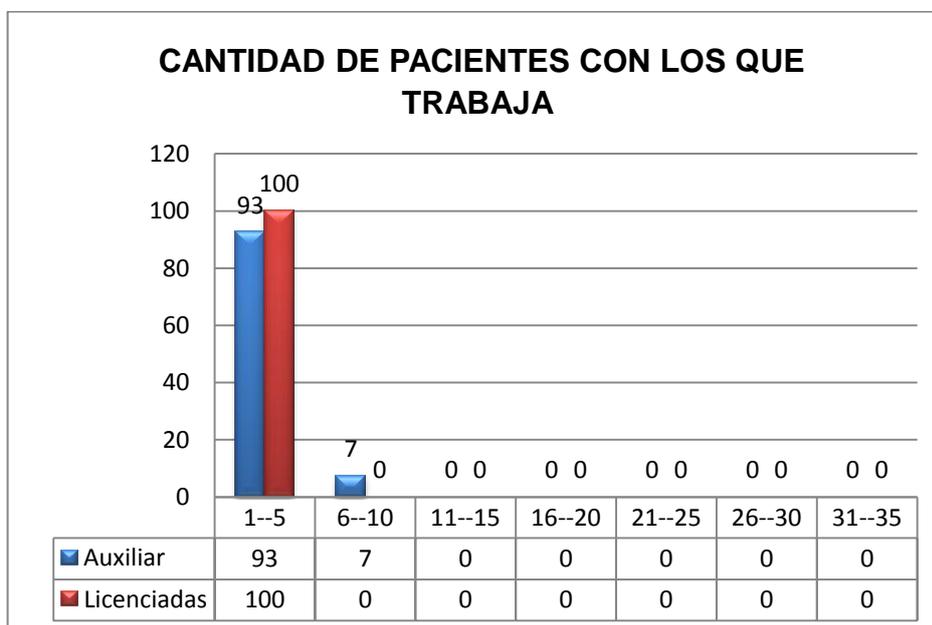
CUÁNTOS PACIENTES ATIENDE DURANTE SU TURNO

Referencia	Auxl.	%	Lcdas.	%
1-5	25	93%	23	100%
6-10	2	7%	0	0%
11-15	0	0%	0	0%
16-20	0	0%	0	0%
21-25	0	0%	0	0%
26-30	0	0%	0	0%
31-35	0	0%	0	0%
Total	27	100%	23	100%

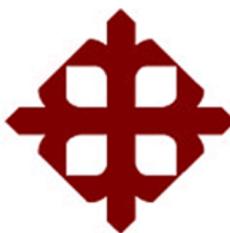
Fuente: Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde encuesta dirigida a las Licenciadas y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elaborado Por: Susán Méndez Estudiante de Enfermería UCSG

GRAFICO # 11



Análisis: En la última pregunta de la encuesta sobre cuántos pacientes trabajan según su turno del 100% de las encuestadas un 100% corresponden a las licenciadas con 1-5 pacientes y un 93% de 1-5 pacientes las auxiliares.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PROPUESTA

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS A NEONATOS CON
GASTROSQUISIS DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL Y
NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL
HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE”**

AUTORA:

SUSAN PERLA MÉNDEZ SALINAS

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
LCDA. EN ENFERMERÍA**

**GUAYAQUIL, ECUADOR
2013**

CAPITULO IV

4. PROPUESTA

4.1. TEMA DE LA PROPUESTA

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS A NEONATOS CON GASTROSQUISIS DIRIGIDO AL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

4.2. INTRODUCCIÓN

Los defectos congénitos de la pared abdominal anterior se encuentran dentro de las anomalías del desarrollo, en que más frecuentemente debe permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); en distintos países latinoamericano la prevalencia de gastrosquisis fue de 1.1 por 10,000 nacimientos. En la región costa de nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, la tasa de natalidad es de 102.628, en relación a la incidencia de neonatos con diagnóstico de gastrosquisis en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde es de 25 neonatos, cifra alarmante en comparación a 6 nacimientos de neonatos con onfalocele, registrados en los archivos de la institución durante el mismo año.

Por lo expuesto anteriormente, podemos decir que la gastrosquisis es una afección de creciente prevalencia y alto impacto económico, que se multiplica en forma alarmante a nivel mundial en las últimas décadas. No se sabe la causa de este incremento y es motivo de especulaciones todavía, sin embargo se describen algunos factores de riesgo fuertemente asociados a cuadros infecciosos maternos, prematurez, bajo peso, restricción de crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas asociadas, tabaquismo, consumo de drogas ilícitas, alcohol, fármacos (hibuprofeno), abortivos, madres adolescentes, primigravidez, deficiencia de ácido fólico, marginación social y el bajo nivel socio-económico-cultural, aunque no se han

comprobado; además es necesario mencionar las consecuencias del tratamiento quirúrgico, como el tiempo de ayuno y a la necesidad de asistencia ventilatoria, estas complicaciones pueden verse incrementadas si el diagnóstico prenatal no se ha realizado.

Por lo tanto todo proceso patológico, desde una simple deshidratación, una pérdida gástrica u otros problema, cualquiera sea su magnitud, ocasionan serios trastornos del equilibrio homeostático del neonato y agravan el curso de la enfermedad, de ahí la imperiosa necesidad de detectarlos y tratarlos correctamente por el equipo de salud de la UCIN.

4.3. JUSTIFICACIÓN

La gastrosquisis ataca directamente a los fetos durante la gestación; la morbilidad de esta malformación se selecciona de forma muy cercana a la presencia de otras malformaciones así como a complicaciones de la herida o del propio intestino, los pacientes frecuentemente requieren más de una cirugía y se manifiesta levemente más en varones que en mujeres.

Los recientes avances en el cuidado intensivo neonatal, así como las técnicas quirúrgicas modernas han permitido alargar la vida de estos pacientes en aproximadamente un 60 a 90% durante los últimos años, ya que puede diagnosticarse antes del nacimiento mediante ultrasonografía o con pruebas de líquido amniótico, lo que permite que la futura madre sea referida a un centro de atención especializado donde puedan realizar la cirugía reparadora en el recién nacido al momento de su nacimiento.

Para mantener estable a un paciente con gastrosquisis es muy importante que se realicen los cuidados adecuados tanto pre como post operatorios, la presente investigación basada en los cuidados que brinda el personal de Enfermería del área UCIN del Hospital en estudio me permitió evidenciar que existe déficit en la atención y en el manejo de estos pacientes por diversos factores, como el desconocimiento de técnicas sobre los cuidados especiales que deben proporcionarse a estos usuarios; además no

existe en el área los protocolos para la atención de los pacientes pediátricos con gastrosquisis que sirvan de guía al personal profesional y no profesional que labora en esta unidad, que les permita desempeñarse de manera correcta y oportuna frente a las complicaciones graves que se puedan presentar durante su estancia hospitalaria, mejorando la calidad del servicio y brindando tranquilidad a los familiares que esperan la pronta recuperación del neonato.

4.4. OBJETIVOS

4.4.1. Objetivo General

Implementar protocolos de atención pre y post quirúrgico para pacientes con gastrosquisis dirigido al personal profesional y no profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Guayaquil.

4.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los cuidados pre y post quirúrgico que proporcionan el personal profesional y no profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital en estudio, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

- ✓ Desarrollar una guía de consulta permanente para el equipo multidisciplinario del área de UCIN, en especial para el personal de Enfermería encargado del cuidado directo al neonato con esta patología.

- ✓ Evaluar “periódicamente” al personal de Enfermería sobre los conocimientos que poseen acerca de los cuidados pre y post quirúrgicos que brindan a neonatos con gastrosquisis.

4.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La presente Propuesta es el resultado de un estudio realizado por medio de la observación y en base a los conocimientos que poseen el personal profesional y no profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, sobre la atención a neonatos con diagnóstico de Gastrosquisis, encontrando grandes deficiencias relacionadas a este tema.

Por ello se ha creado esta propuesta donde se pretende unificar criterios a través de protocolos enfocados en los cuidados Pre y Post operatorios que brinda el personal de Enfermería a neonatos con esta patología, ingresados en UCIN, con la finalidad de garantizar la calidad de atención que proporciona este personal.

PROTOCOLO N° 1

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADA A LOS NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS²⁴

1. **Definición:** Conjunto de actividades realizadas por el personal de Enfermería para mejorar la calidad de atención del neonato con diagnóstico de gastrosquisis.
2. **Diagnóstico de Enfermería:** Déficit de conocimientos en el personal de Enfermería respecto a la atención específica del neonato con gastrosquisis.
3. **Indicaciones:** Neonatos que se encuentran en situación críticas y que por su gravedad se necesitaría un ambiente adecuado dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
4. **Admisión:**
 - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
 - Interconsulta con el área de UCIN.
 - Valoración Médica. El médico que está de turno en el área de UCIN en el momento en que llega un neonato con diagnóstico de Gastrosquisis al área de emergencia, este médico acude a la interconsulta enviada anticipadamente por dicha área para su respectiva valoración.
5. **Preparación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**

El médico indica la preparación de la unidad donde se va a recibir al neonato y esto comprende:

 - Acondicionar la termocuna.

²⁴ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

- Realizar lavado de manos quirúrgico, ponerse bata, guantes, gorro, mascarilla estériles.
- Ventilador mecánico más accesorios (ambú, mascarilla, micro nebulizador, sonda de aspiración continua).
- Monitor de signos vitales constante (SAT de O₂, FC, FR, P/A, TC).
- Equipo para canalización de acceso venoso central ya sea percutánea, vía central o periférica.

6. Recepción del neonato en el área de UCIN:

- Ingreso al área de (UCIN) Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.
- Neonato llega en incubadora portátil con ventilación asistida manual por tubo endotraqueal.
- Se coloca al neonato en termocuna con el sensor de la temperatura, al mismo tiempo el terapeuta calibra el ventilador mecánico y lo conecta al mismo.
- La Enfermera coloca los respectivos sensores del monitor de los signos vitales; para ser registrados cada hora.
- El neonato ingresa al área, que ya ha sido intervenido quirúrgicamente donde se coloca la malla de silastic con sutura a los lados de los bordes.
- En la incubadora está listo el nylon que hará presión hacia arriba para expandir la pared del abdomen.
- El cirujano tendrá que venir al área cada 48/h para realizar la correspondiente aproximación de malla e introducir las vísceras dentro de la cavidad abdominal.
- Farmacología según el peso en Kg del neonato.
- Antibióticos. El médico prevé cualquier infección viral o bacteriana prescribiendo el primer esquema de antibióticos usado en el área de UCIN los cuales son: Ampicilina c/12/h + Gentamicina c/día.
- Sedantes. Como el neonato se encuentra en ventilación mecánica necesita estar con analgesia obligatorio, ya que la presión del ventilador y la respiración del neonato en el caso de que si

estuviese despierto, causarían un neumotórax eminente por lo cual se prescribe:

-Morfina en infusión.

-Fentanyl cada/ 2h.

-Fenobarbital c/12h.

- Amino glucósidos. Para mantener los niveles normales del Ca, Na, K, el médico prescribe además Gluconato de Calcio según el peso del neonato c/12h, soluciones de dextrosas más Na 1,2cc y K 1cc.
- Hemoderivados. El médico prescribe el uso de hemoderivados en caso de que en las pruebas complementarias como el TP, TPT salieran alteradas: Plasma, Críos, G.R.C., Albúmina.
- Balance hídrico c/h: evaluación de ingresos y egresos de líquidos.
- Cambios posturales: colocarlo en posición fowler.
- Neurológico: evaluar el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.
- Respiratorio: oxigenoterapia y aspiración de secreciones por razones necesarias.
- Digestivo: NPO+SOG abierta, control de perímetro abdominal c/6h y control de residuo gástrico más reposición de pérdidas 1x1.
- Además de todas estas medidas el médico también prescribe para el neonato:
- Terapia afectiva. A pesar de considerarse el área de UCIN unidad crítica donde no se permiten visitas constantes; debemos recordar que el lazo entre madre e hijo es importante desde su nacimiento. Por lo tanto el cariño la voz y la presencia materna serán significativos para la recuperación del neonato

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CEFALO CAUDAL
APLICADA AL NEONATO CON GASTROSQUISIS

Nombre: _____ Historia clínica: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora de nacimiento: _____
 Parto: Normal Cesárea Sexo: Masculino Femenino
 Edad gestacional: _____ APGAR: _____

ASPECTO

Color de piel: Rosada Cianótica
 Tonicidad muscular: _____ Movimiento de extensión y flexión: _____

PIEL

Milios: Si No
 Vermix caseoso: Si No Poco
 Petequias: Si No
 Lanugo: Si No Poco
 Manchas mongolicas: Si No

SIGNOS VITALES: T°: _____ FC: _____ FR: _____ P.A: _____

VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

Reflejo del Moro: _____ Reflejo del Presión: _____
 Reflejo de succión: _____ Reflejo Papilar: _____
 Reflejo de Babinski: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

Perímetro Cefálico (CF): _____ cm. Peso: _____ gr.
 Perímetro Torácico (CT): _____ cm. Talla: _____ cm.
 Perímetro Abdominal (PA): _____ cm.

TEST DE VALORACIÓN RESPIRATORIA DEL RN (TEST DE SILVERMAN)

Quejido Respiratorio	Audible	
Respiración nasal	Aleteo	
Retracción costal	Marcada	
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	

CABEZA:

Forma y tamaño: Redonda Alargada
 Fontanelas: Anterior: _____ Posterior: _____
 Amoldamiento: Si No

CARA:Ojos

Edema palpebral: Si No Estrabismo: Si No
 Reacción pupilar: Si No

Nariz

Forma: _____
 Permeables: Si No Secreciones: Si No

Boca

Simétrica: Si No Integridad: Si No
 Comisuras: _____

Color de labios: _____

Encías: _____

Lengua: _____

Mucosas: _____

Muguet: Si No Reflejo de succión: Si No

Oído

Implantación del pabellón auricular: _____

Reflejo del moro: _____

Secreciones: Si No

CUELLO: Tamaño: _____ Simétrico: Si No
 Tono muscular: Normal Disminuido Deficiente

TORAX: Forma: _____ Simétrico: _____
 Fractura: Si No Nódulos mamarios palpables: Si No
 Distancia entre sí: _____ cm. Presencia de calostro: Si No
 Murmullo vesicular: Si No Otros ruidos: _____

ABDOMEN: Forma: _____ Consistencia: _____
 Órganos eviscerados: _____ Tamaño del defecto: _____

GENITALES:MASCULINO

Escroto arrugado y pigmentado: Si No Descenso de testículo: Si No
 Palpables: Si No Escroto: _____

Prepucio: _____

Ubicación del meato urinario: _____

Presencia de esmegma: _____

FEMENINO

Labios mayores edematizados: Si No Presencia de esmegma: Si No

Permeabilidad urinaria: _____

ANO Y RECTO

Ubicación: _____ Permeabilidad: _____

Eliminación de meconio: Si No

EXTREMIDADES:

Brazos y piernas simétricos: Si No

Flexión y extensión: _____

Dedos completos: Si No Malformaciones: Si No

ESPALDA: Columna íntegra libre de masa: Si No Meningocele: Si No
 Glúteos simétricos: Si No

PROTOCOLO N° 2

MANEJO PRE – OPERATORIO²⁵

1. **Definición:** Al recibir un recién nacido con un defecto expuesto de la pared abdominal anterior, deben extremarse al máximo las precauciones en su atención para evitar infecciones, hipotermia y pérdida insensibles por evaporación.
2. **Propósito:** Evitar la pérdida exagerada de líquido y electrolitos por calor directo de las viseras huecas.
3. **Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
4. **Procedimientos:**
 - Colocar en posición fowler acomodando las asas para evitar el riesgo isquémico intestinal.
 - Colocar SOG abierta 8-10 F para evitar broncoaspiración y aspiración frecuente con sonda de succión.
 - Vigilar estrictamente termorregulación, estado hidroelectrolítico y metabólico.
 - Oxigenar según necesidad del recién nacido.
 - Manejar adecuadamente la bolsa del contenido abdominal.
 - Administrar el antibiótico profiláctico (cloxacilina, gentamicina).
 - Inmovilizar al paciente para evitar tracción de la bolsa.
 - Administrar analgesia (fentanilo) y paralización (vecuronio) en caso necesario.
 - Enfermería de la UCIN:
 1. Línea arterial radial.
 2. Catéter percutáneo.
 3. Balance hidroelectrolítico estricto.
 4. Toma de muestra de exámenes indicadas.

²⁵ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

PARÁMETROS Y CRITERIOS VALORATIVOS DEL APGAR

PARÁMETROS FISIOANATÓMICOS	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	Todo azul	Extremidades azules	Normal	Apariencia
Frecuencia cardíaca	No posee	<100	>100	Pulso
Reflejos e irritabilidad	Sin respuesta a estimulación	Mueca / llanto débil al ser estimulado	Estornudos / pataleo al ser estimulado	Gesto
Tono muscular	Ninguna	Alguna flexión	Movimiento activo	Actividad
Respiración	Ausente	Débil o irregular	Fuerte	Respiración

F.I.* - Tomado de Tarud G Manual práctico del recién nacido XVII Congreso Colombiano de Pediatría Cali. 1991 P. 27 (38) Nivel de Evidencia IV. Recomendación Grado C.

VALORACIÓN DE SILVERMAN ANDERSON

SIGNO	0	1	2
Movimientos toracicoabdominales	Rítmicos regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento.	Tórax y abdomen en "sube y baja"
Tiraje intercostal	No hay	Discreta	Acentuada y constante
Retracción xifoidea	No hay	Discreta	Muy marcada
Aleteo nasal	No hay	Discreta	Muy marcada
Quejido espiratorio	No hay	Leve e inconstante Audible con estetoscopio	Constante y acentuado Audible sin estetoscopio

F.I.* - Adaptado de Arrellano M. Cuidados intensivos en pediatría. Ed. Interamericana, 2a. Ed., 1983 P. 271(24)

PROTOCOLO N° 3

A. CIRUGÍA DEL NEONATO.²⁶

1. **Definición:** El cierre del defecto puede realizarse en forma primaria si las condiciones lo permiten. De lo contrario deberá hacerse por etapa, teniendo que recurrir al uso de malla protectora que permiten proteger el intestino mientras se logra su reducción completa a la cavidad abdominal.

2. **Propósito:** Introducir las viseras en la cavidad abdominal lo más pronto posible.

3. **Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. **Herramientas o materiales:**
 - Para esto se utiliza la técnica del silo, la cual consiste en colocar en saco de silicona polimérica sobre las vísceras estrujándolas en forma gradual hacia el abdomen en 7–14 días momento en el cual se remueve la silicona y se cierra la aponeurosis
 - Previo a devolver el contenido al estómago debe realizarse un adecuado vaciamiento del contenido intestinal (meconio) para optimizar espacios

5. **Procedimiento:**
 - El médico deberá obtener la autorización de los padres para el procedimiento quirúrgico, que incluirá la explicación de la razón para la operación, de los que se ha de realizar y del pronóstico esperado, así como las posibles complicaciones y riesgos posibles

²⁶ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

- Confirmar la fecha y la hora del procedimiento quirúrgico
- Verificar los signos vitales y realizar un examen físico completo antes de conducir al paciente al quirófano
- Colocar al paciente en una incubadora de transporte debidamente calentada y cubierto con guata
- Tener acceso venoso previo, para hidratación, reposición de volúmenes y administración de medicación
- Disponer exámenes de laboratorio, como hemograma, electrolitos, bioquímica (glucosa), grupo sanguíneo y estudio de coagulación, con el objeto de valorar balance electrolítico, función renal, anemia y presencia o ausencia de un cuadro infeccioso
- Según el tipo de intervención, reservar sangre de acuerdo con la prescripción médica
- Mantener al paciente en ayunas durante un mínimo de 8 horas, manteniendo el aporte calórico adecuado por vía intravenosa
- Administrar medicación preanestésica según la prescripción médica
- Monitorizar los signos de infección, como inestabilidad térmica, irritabilidad, disnea; notificar al equipo quirúrgico con antelación
- La Enfermera circulante prestará los cuidados especiales en el postoperatorio e informará al médico sobre problemas durante el procedimiento, los que podrían afectar la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente

B. TRATAMIENTO – MANEJO NEONATAL

1. **Definición:** cuidados especiales que debe recibir el niño en cuanto al calor, prevención de infecciones y problemas respiratorios.

2. **Propósito:** Cubrir las necesidades del neonato.

3. **Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. **Procedimientos:**
 - Recibir al niño bajo cuna calefaccionada durante la atención inmediata y con ropa estéril.
 - Cubrir lo más rápido posible el defecto con polietileno estéril transporte. Para ello se utiliza bolsa de plasma abierta en un extremo, manejada en forma estéril, lo cual se debe sujetar con ciertas gasas hacia los extremos de la bolsa que hace contacto con la piel del abdomen.
 - Observar el apósito quirúrgico, para detectar sangrado o drenaje de en el sitio de la incisión quirúrgica verificar los signos vitales en las primeras 24 horas.
 - Proceder a aspirar contenido gástrico, el cual generalmente es abundante.
 - Aspirar frecuentemente con sondas de doble lumen para evitar distensión de las viseras huecas por deglución de aire.
 - Monitorizar los signos de infección, como inestabilidad térmica, irritabilidad, disnea; notificar al equipo quirúrgico con antelación.
 - Monitorizar la oxigenación, manteniendo el aporte ventilatorio necesario, para prevenir la hipoxia.
 - Obtener gasometría de acuerdo con la prescripción, para la evaluación del equilibrio ácido-básico.
 - Efectuar balance hídrico riguroso.

TERAPIA INICIAL DE LÍQUIDOS

PESO AL NACEREN Gr	DEXTROSA Gr/1000ml	ML/KG/DIA		
		< 24 H	24-48 H	>48 H
< 1000	5 – 10%	100 - 150	120 - 150	140 – 190
100 - 1500	10	80 – 100	100 – 120	120 – 160
> 1500	10	60 - 80	80 - 120	120 - 160

F.I.* - Tomado de Cloherty J. and Stark A. Manual of neonatal care 4º Edición 1998 p. 90

AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO

EDAD	1200 Gramos	1201-1500 Gramos	1501-2500 Gramos	2500 gramos o 36 semanas
0 – 24 horas	34-35,4 °C	33,3 - 34,4 °C	31,8 - 33,8 °C	31 - 33,8 °C
24 – 48 horas	34 - 35 °C	33 - 34,2 °C	31,4 - 33,6 °C	30,5 - 33,5 °C
48 – 72 horas	34 - 35 °C	33 - 34 °C	31,2 - 33,4 °C	30,1 - 33,2 °C
72 – 96 horas	34 - 35 °C	33 - 34 °C	31.1 - 33,2 °C	29,8 - 32,8 °C
4 – 14 días	+	32,6 - 34 °C	31 - 33,2 °C	29 - 32,6 °C
2 – 3 semana	+	32,3 - 34 °C	30,5 - 33 °C	+
3 – 4 semana	+	31,6 - 33,6 °C	30 - 32,7 °C	+
4 – 5 semana	+	31,2 - 33 °C	9,5 - 32,2 °C	+
5 – 6 semana	+	30,6 - 32,3 °C	29 - 31,8 °C	+

F.I.* - (+) Aún sin establecer. GOMELLA, Tricia. Neonatology, management, produres on call problems, diseases. Drugs. 2nd. Edition 1992. Neurological diseases. (Pág. 51).

PROTOCOLO N° 4

A. CUIDADOS TRANS - QUIRÚRGICOS²⁷

1. **Definición:** mantener listo todos los materiales necesarios que el neonato utilizará dentro de la cirugía.
2. **Propósito:** Precaver contratiempos en últimos momentos.
3. **Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
4. **Procedimiento:**
 - Luego de realizar la plicatura del caso, se prepara al neonato para que ingrese nuevamente al quirófano para remover el silo que estruja lentamente las vísceras a su cavidad abdominal.
 - Se envía por prescripción médica sangre y plasma por cualquier evento durante la cirugía que pudiera causar una hemorragia.
 - Se transporta al neonato en la misma termocuna con tanque de oxígeno más asistencia manual ventilatoria por bolsa.
 - El neonato es recibido en el quirófano el personal médico de dicha área donde pasa un tiempo mínimo de una hora para que se vuelva a llamar al área de UCIN y comunicar que ya se realizó el cierre abdominal y que estemos preparados para volver a recibirlo.
 - Instalar el monitor cardíaco y el pulsioxímetro. Verificar los signos vitales, la presión arterial y la perfusión en el momento de recepción y cada 15 minutos (3 veces); luego cada 30 minutos (dos veces); si se encuentra estable, podrán ser modificadas según los protocolos establecidos, para el control y evolución de los parámetros vitales
 - Monitorizar el patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, retracciones, esfuerzo respiratorio, ruidos respiratorios, simetría

²⁷ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

torácica, calidad de la respiración, color de la piel y permeabilidad de la vías aéreas

B. RECEPCIÓN DE CIRUGÍA AL ÁREA DE UCIN:

1. Definición: es la asistencia inmediata que recibe el recién nacido en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

2. Propósito: Lograr una recuperación inmediata.

3. Alcance: Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Procedimientos:

- Al neonato aun con analgesia se coloca en ventilador nuevamente con mínima manipulación por el estrés que ha sufrido debido a la intervención quirúrgica y transportación.
- Durante los días posteriores se vigilará los signos vitales, balance hídrico y destete del ventilador mecánico.
- Las curaciones de la herida quirúrgica la realiza la Enfermera con la debida asepsia para evitar contaminar al neonato de alguna posible infección nosocomial.
- Las curaciones serán c/día si es que no llegara a observarse drenaje como, sangre o algún otro tipo de fluido que requiera curaciones más frecuentes.
- La auxiliar de Enfermería reúne todo el material para realizar el procedimiento estrictamente estéril.
 - Guantes Estériles
 - Soluciones
 - Gasas Estériles
 - Paquete quirúrgico
 - Cinta adhesiva
 - Riñonera

Luego de realizar la curación deberá volver a cubrir la herida con su respectiva gasa estéril, hasta que el médico cirujano lo valore en los días

posteriores y ordene que quede descubierta hasta que el médico tratante decida retirar los puntos quirúrgicos.

C. MEDIDAS POST-QUIRÚRGICAS

1. Definición: medidas de higiene pos quirúrgicas para evitar infecciones que complique el estado de salud del paciente.

2. Propósito: Mantener la herida libre de contaminación.

3. Alcance: Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Procedimientos:

- Lavado de manos, antes y después de curar a cada pacientes.
- El proceso para la realización de las curaciones será de limpias a sucias.
- El equipo de curación será estéril e individual para cada paciente.
- El material de desecho de las curaciones (gasas, compresas, apósitos, etc.) se eliminaran en bolsas individual para cada curación, desechando ésta en la bolsa de residuos infeccioso de acuerdo a las normas de clasificación de los desechos hospitalarios.
- Los apósitos sobre heridas cerradas deben retirarse o cambiarse cuando estén húmedos o cuando el paciente presente signos de infección.
- Se utilizarán guantes de manejo para la retirada de apósitos sucios.
- Si no se dispone de instrumental estéril, se colocaran guantes estériles, previó lavado de manos.
- Limpieza de la zona externa con técnica anterior y gasa diferente.
- En una herida infectada se limpiará primero la zona no infectada posteriormente la zona infectada, utilizando distinta gasa.
- En las curaciones de heridas abiertas deben utilizarse mascarilla, cubriendo nariz y mentón.

D. MANEJO POST - OPERATORIO

CIERRE DEFINITIVO DE LA PARED ABDOMINAL²⁸

1. Definición: en el procedimiento quirúrgico debe mantenerse al neonato con un peso y signos vitales estables.

2. Propósito: Recuperar la salud del niño en forma total y eficaz

3. Alcance: Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Procedimientos:

- Monitorizar signos vitales: Los más críticos son flujo urinario, saturación en extremidades inferiores y frecuencia cardiaca debido a que el cierre muy estrecho puede alterar el retorno venoso.
- Mantener SOG abierta para medir residuo gástrico y reponer perdidas con solución salina 9%. Agregar potasio en esta reposición solo cuando sea necesario.
- Administrar analgesia y sedación las primera 48 a 78 horas si el paciente lo requiere por el cierre primario que está estrecho o tiene silo.
- Considerar la nutrición parenteral total con volumen fijo y las modificaciones del aporte hídrico con un aporte endovenoso accesorio. Ajustarse al balance hídrico es fundamental. El paciente iniciará alimentación enteral cuando el cirujano y el neonatólogo lo estimen conveniente.
- Continuar alimentando en forma enteral y el uso de formula especiales debe evaluarse según la situación clínica.

²⁸ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

PROTOCOLO N° 5
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA²⁹
A. PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES

1. Definición: Es la organización física previa del cuarto o área donde se alojara al neonato.

2. Propósito: Proporcionar una recepción óptima y rápida del neonato a su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

3. Alcance: Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Herramientas o materiales:

- Cama, cuna o cuna de calor radiante de acuerdo a la necesidad del neonato.
- Sábanas, sujetadores.
- Toma de aire y frasco aspirador con tubo para aspiración y conector.
- Toma de oxígeno, humidificador con flujómetro.
- Bolsa válvula con tubo para oxígeno y mascarilla.
- Equipo de aspiración estéril o desechable.
- Sondas de aspiración de calibre adecuado para la edad y peso del paciente.
- Soluciones estériles.
- Monitor con cables para electrocardiograma, presión no invasiva, para saturación de oxígeno, brazalete de acuerdo a la edad y peso del paciente.
- Jeringas, agujas, guantes, cubre bocas o mascarillas, torundas con alcohol, electrodos.

²⁹ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

- Bombas de infusión.
- Mesa pasteur y charola de plástico o acero.
- Estetoscopio, equipo de termometría.

1. Pasos de la instrucción³⁰

Secuencias de etapas	Actividad	Responsable
Preparación del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Recibir instrucción del Médico de turno para preparar la Unidad de Terapia Intensiva donde será colocado el paciente. ♣ Realizar lavado de manos y preparar la cama o cuna colocando las sábanas y sujetadores. ♣ Conectar el frasco aspirador a la toma de aire y cubrir la punta del tubo y el conector para que no se contamine. ♣ Instalar el tubo de O₂ a la bolsa válvula, conectar al frasco receptor y posteriormente a la toma de O₂. ♣ Encender el monitor y conectar los cables de electrocardiograma, presión no invasiva y saturación. ♣ Situar en la mesa Pasteur el equipo de aspiración de acuerdo a la edad del paciente. ♣ Colocar la charola con jeringas, agujas, termómetro, y estetoscopio. ♣ Poner los soportes para las bombas de infusión con los circuitos purgados listo para su colocación. ♣ Avisar al Jefe del Servicio cuando este lista la unidad para el ingreso del paciente. 	Enfermera de UCIN.

³⁰ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

B. MONITORIZACIÓN DEL NEONATO EN ESTADO CRÍTICO³¹

- 1. Definición:** Registro y/o representación gráfica permanente de ciertos signos fisiológicos o constantes vitales mediante un monitor.

- 2. Propósito:** Mantener una vigilancia estrecha del paciente y sus constantes vitales por medio de un registro continuo.

- 3. Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

- 4. Herramientas o materiales:**
 - Monitor con módulo de electrocardiograma.
 - Cable de electrocardiograma de tres o cinco derivaciones en buen estado.
 - Electrodo adhesivos con gel transductor.
 - Monitor con módulo de presión no invasiva (PNI).
 - Monitor para saturación de oxígeno monitor con modulo de Co2

³¹ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

2. Pasos de la instrucción³²

Secuencias de etapas	Actividad	Responsabilidad
Monitorización del neonato	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Realizar lavado de manos. ♣ Preparar el equipo y trasladar a la unidad del paciente. ♣ Colocar el cable de electrocardiograma al monitor con las derivaciones elegidas. ♣ Descubrir y limpiar la piel del paciente con alcohol, colocar los electrodos y las derivaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Ra (blanco) a nivel de la unión del brazo derecho. - La (negro) a nivel de la unión del brazo izquierdo. - RI (verde) colocar en la parte media entre el ombligo y cresta ilíaca derecha (partes blandas). - LI (rojo) colocar en la parte media entre el ombligo y cresta ilíaca izquierda. - (café) colocar debajo de la tetilla izquierda sobre el borde costal. ♣ Elegir las derivaciones de acuerdo a la edad del paciente y ajustar los rangos de la frecuencia del monitor, así como las alarmas. ♣ Asegurar el cable a la cama. ♣ Dejar cómodo al neonato. ♣ Realizar lavado de manos y anota observaciones. 	Enfermera de UCIN.

³² BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

C. MONITOREO DE LA SATURACIÓN DE OXIGENO POR MEDIO DE LA OXIMETRÍA DE PULSO³³

1. **Definición:** Mide la saturación de oxígeno por medio de un sensor que se coloca en el dedo pulgar, índice o lóbulo de la oreja.
2. **Propósito:** Monitorizar continuamente la saturación de oxígeno y comprobar el estado de la ventilación del paciente.
3. **Alcance:** Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
4. **Herramientas o materiales:**
 - Monitor con módulo de saturación.
 - Cable de dosímetro.
 - Sensor de dosímetro de acuerdo a la edad y peso del neonato.

³³ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

3. Pasos de la instrucción³⁴

Secuencias de etapas	Actividad	Responsabilidad
<p>Monitoreo de la saturación de oxígeno por medio de la oximetría de pulso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Realizar lavado de manos, prepara equipo y lo traslada a la unidad del neonato. ♣ Encender el monitor y conectar el cable con el sensor de oxígeno de acuerdo a la edad del neonato al módulo de saturación. ♣ Seleccionar el sitio donde se colocará el sensor del dosímetro (dedos de la mano, pie y lóbulo de la oreja, etc.) ♣ Verificar que tenga buena temperatura, coloración y pulso del sitio elegido. ♣ Colocar el dosímetro y ajustar las alarmas sin presionar demasiado para no haya interferencia. ♣ Comprobar que la gráfica (curva) sea nítida. ♣ Proteger el sensor de la luz ambiental ya que ésta puede causar alteraciones en la lectura. ♣ Poner cómodamente al neonato. ♣ Lavar las manos y anotar observaciones en la hoja de cuidados intensivos. 	<p>Enfermera de UCIN.</p>

³⁴ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

D. PLICATURA EN GASTROSQUISIS³⁵

1. Definición: La plicatura es un procedimiento el cual se realiza a pacientes con defectos congénitos de pared abdominal como es la gastrosquisis.

2. Propósito: Dar una atención adecuada y rápida al paciente durante la plicatura, tener conocimiento del material y equipo a utilizar durante el procedimiento.

3. Alcance: Aplica al Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Herramientas o materiales:

- Mesa pasteur
- Recipiente con agua caliente
- Equipo de venodisección.
- Povidine solución estéril tibia
- Batas, campos y guantes estériles
- Gorro y cubre boca o mascarilla.
- Gasas, Vendas 5cm, baja lenguas estériles
- Seda 2-0
- Ligas estériles
- Hoja de bisturí
- Agua inyectable tibia.

³⁵ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

4. Pasos de la instrucción³⁶

Secuencias de etapas	Actividad	Responsabilidad
Plicatura en Gastrosquisis	<ul style="list-style-type: none">♣ Recibir instrucción del Médico Tratante y/o Médico Residente para la plicatura.♣ Preparar el material y equipo para realizar el procedimiento.♣ Realizar lavado de manos y colocar la mascarilla.♣ Asistir al Médico Cirujano a efectuar la plicatura.♣ Verificar signos vitales del paciente (monitorizado) al terminar el procedimiento♣ Lavar las manos y cuidar el equipo♣ Registrar las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos.	Enfermera de UCIN.

³⁶ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

E. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL NEONATO INTUBADO³⁷

1. **Definición:** Procedimiento que se realiza a través de una vía aérea artificial para mejorar la oxigenación y ventilación.

2. **Propósito:** Favorecer una buena ventilación y oxigenación manteniendo la vía aérea permeable libre de secreciones.

3. **Alcance:** Aplica al personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Herramientas o materiales:

- Toma de aire para aspirar
- Toma de oxígeno
- Ambú con extensión para O₂
- Frasco para aspiración
- Tubo
- Equipo para aspiración (semiluna, gasas)
- Sonda para aspiración de diferente calibre de 5 a 8 F
- Solución fisiológica
- Guantes, cubre boca o mascarilla

³⁷ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

F. EXTUBACIÓN DEL NEONATO³⁹

1. Definición: Es el retiro de la cánula endotraqueal del paciente cuando su patrón respiratorio se encuentra estable.

2. Propósito: Permitir que el paciente respire independientemente.

3. Alcance: Aplica al personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

4. Herramientas o materiales:

- Equipo de aspiración
- Sonda de varios calibres
- Bolsa válvula, mascarilla de acuerdo a la edad del neonato.
- Guantes, cubre bocas o mascarillas.
- Cánula endotraqueal a la edad del neonato
- Mango y hoja de laringoscopio, pinza de maguil para utilizarse en caso necesario.
- Oxímetro de pulso
- Aspirador y fuente de oxígeno.
- Nebulizador con campana cefálica al 100%.

³⁹ BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

CONCLUSIONES

Después de haber concluido el presente trabajo investigativo podemos decir que como resultados del análisis e interpretaciones de la información, nos ha dado las pautas para las siguientes conclusiones.

□ En cuanto al conocimiento acerca de lo que es la gastrosquisis, del 100% de las encuestadas 96% contestó que si tenían el conocimiento las licenciadas, con 4% que no, mientras que las auxiliares con un 93% que si y un 7% que no tiene conocimiento. Evidenciado que hace falta instruir más al personal que no tiene el conocimiento acerca del tema, mientras que la guía de observación que se le realizó al mismo personal evidencia todo lo contrario que no practican los conocimientos aprendidos.

□ Es importante que el Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde, actualice sus conocimientos, el 99 % lo realiza muy poco frecuente ya que la institución no instruye al personal en lo referente al tema, cada persona se capacita independientemente en otras instituciones educativas. El 100% del personal de Enfermería está totalmente de acuerdo en la implementación de protocolos de atención de Enfermería pre y postoperatorio a neonatos con gastrosquisis, ya que no existe una guía que unifique criterios para la atención de estos neonatos críticos, por lo que consideran necesario seguir las normas de un protocolo para evitar complicaciones posteriores.

□ La principal malformación congénita que ingresa a la UCIN es la gastrosquisis siendo esta muy frecuente. El 97% del Personal de Enfermería conoce que la gastrosquisis es un defecto de pared. Las licenciadas refieren que la causa principal son los embarazos en mujeres adolescentes, obteniendo en mayor frecuencia un producto masculino por parto vaginal. El 40% de los neonatos con esta patología son pretérmino, con peso menor a

2,5kg, mientras que el personal auxiliar de enfermería también conoce acerca de esta patología.

□ El Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde del área de UCIN cuenta con personal que tiene mucha experiencia, el 46% tiene de 6 a 10 años laborando en esta área, esto es muy importante para la atención del neonato con este tipo de diagnóstico.

□ Con la atención del neonato de acuerdo a normas y protocolos vamos a tener uniformidad de criterios, con un personal capacitado en el manejo del paciente, se mejorará su atención en calidad y eficiencia.

RECOMENDACIONES

- Establecer un protocolo de cuidados pre-operatorios para la atención del neonato con gastrosquisis en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal.
- Aplicar los cuidados de Enfermería utilizando los protocolos de atención del neonato con diagnóstico de gastrosquisis.
- Educar continuamente al personal nuevo sobre los protocolos de atención.
- Continuar con investigaciones que traten sobre el tema cuidados a neonatos con gastrosquisis, con la intención de aumentar referencias bibliográficas y contenidos estratégicos de asistencia para el manejo de este tipo de pacientes.
- Realizar investigaciones más complejas, a fin de detectar cuales son los factores que pueden influir en la problemática detectada.

BIBLIOGRAFIA

1. LEININGER, M. 1984, **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.Y: John Wiley.
2. KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K. Y WILKINSON, J (1999), Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición, Volumen 1. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill.
3. OMS (1946), Constitution of the World Health Organization, World Health Organization, Ginebra, 22 de julio. Disponible en internet: http://www.who.int/rarebooks/official_records/constitution.pdf
4. Canizales Quinteros, 2008 Association of PPAR γ Pro12Ala Variant with Larger Body Mass Index in Mestizo and Amerindian Populations of México. Hum Biol 2008;79: 111-119.
5. Lara- Cruz, R. Ramírez, M y Cuellar L (2006) [http://scholar.google.com/ec/scholar?q=Lara-zCruz,+R.+Ram%C3%ADrez,+M+y+Cuellar+L+\(2006\)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=2eYTUrq9MrHh4AOIjoGQCQ&ved=0CCoQgQMwAA](http://scholar.google.com/ec/scholar?q=Lara-zCruz,+R.+Ram%C3%ADrez,+M+y+Cuellar+L+(2006)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=2eYTUrq9MrHh4AOIjoGQCQ&ved=0CCoQgQMwAA)
6. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2002)
7. LEININGER, M. 1984, **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.Y: John Wiley
8. KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K. Y WILKINSON, J (1999), Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición, Volumen 1. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill.
9. Taméz, R y Silva, M (2003) .Gastroschisis and Omphalocele.Surg. Clin N Am 86 249-260.
10. BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.
11. BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.
12. IYER, P. TAPTICH, B. y BERNOCCHI, D (1997) Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª edición, Editorial Mc. Graw – Hill.
13. Apgar, Virginia (1953). «A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant». Curr. Res. Anesth. Analg. **32** (4): pp. 260–267.

14. Ibarra Fernández, Antonio José (2007). «Valoración de la ventilación» (en español). Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales.
15. <http://www.quirofano.net/areas-quiroyfano/bioseguridad-quiroyfano.php>
16. ACOSTA, G. HERRERA, J Y MARK, Z (2005) Información que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados que debe brindar a los pacientes con nutrición parenteral parcial y total en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", segundo semestre año 2004. Trabajo Especial de Grado no publicado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas
17. ASHCRAFT, H (2002) Cirugía pediátrica. 2ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México, DF.
18. MARQUINA, M Y RICO, J (2005) Conocimiento que poseen los profesionales de enfermería para la atención a pacientes colostomizados hospitalizados en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital Militar "Cnel. Elbano Paredes Vivas" Maracay, Estado Aragua. Trabajo Especial de Grado no publicado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
19. BURROUGHS, A Y LEIFER, G (2002). Enfermería Materno Infantil. 8ª edición. Mc. Graw Hill Interamericana. Impreso en México. DF.
20. OPS/ OMS. 1946 "Promoción de la salud: una antología", publicación científica N°557, Washington D.C..
21. OMS-Organización Mundial de la Salud (2002) " Asamblea Mundial de la Salud-2". *Crónica de la OMS*, 29: 311-322.
22. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, actualizada en Octubre del 2005, Quito-Ecuador.
23. www.eumed.net/libros/2009a/conocimiento%20de%20ley%20de%20maternidad%20gratuita.htm
24. BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (1991) Manual de la Enfermera. 4ª Edición. Tomo 5 y 6. Mc. Graw - Hill. Interamericana. México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANALES, Francisca (2004). Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. Publicación PALTEX. Organización Panamericana de la salud.

CASTRO, F (2004) Beneficios del catéter epicutáneo en el recién nacido. Hospital Gineco-obstétrico "Ramón González Coro". Revista Cubana de Enfermería V. 20 N°. 2 Ciudad de la Habana. ISSN 0864-0319

DIEZ, R (2004) Especialista en Cirugía Pediátrica. www.saludinfantil.com DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2002) Barcelona. Harcourt Brace.

DOMÍNGUEZ, J Y DOMÍNGUEZ, J (1999) Aparato Digestivo Protocolo del abdomen agudo en la infancia. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital "General Yagüe". Burgos. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 118 VOL. 39 N° 168,

GIL, M^a R. E IBARRA, A (2002) Oxigenoterapia Capítulo 94. Annals Internal Medicine - Online Subscription to the Journal www.acponline.org/annalsonline

GONZALEZ, A; ESPINAL, J Y YÉPEZ, C (1998). Estudio Funcional de Tres Diferentes Sistemas Valvulares y Diseño de una Nueva Válvula de Derivación de Líquido Cefalorraquídeo en el Tratamiento de la Hidrocefalia, [Estudio en línea]. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Formación Avanzada. Especialización en Ingeniería Biomédica. Medellín.

GUÍA INFORMATIVA PARA PADRES (2004) NICU Parent Guide in Spanish. Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Memorial de Frederick Guía informativa para los Padres. Frederick Memorial Healthcare System

GUILLÉN, L Y VILLEGAS, G (2007) Información que poseen los habitantes del Sector Santa Ana de la Parroquia Cristóbal Mendoza, acerca de la donación voluntaria de sangre en el Municipio Trujillo, primer semestre del año 2007. Trabajo Especial 96 de Grado no publicado. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

HURTADO, J (2002). El proyecto de investigación, comprensión holística. Primera edición. Cooperativa editorial Magisterio. Bogotá-Colombia.

IYER, P. TAPTICH, B Y BERNOCCHI, J (2002) Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 4^a Edición. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. Madrid España.

MONTALVO, A Y MARTÍNEZ, L (1987) Una alternativa al Silastico en la reparación de la gastrosquisis. Pediatría Quirúrgica Panamericana.

MEADOWS, J (2000) Diagnóstico diferencial en Fisioterapia. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana.

MOLINA, M. RUMÍ, L Y MOLINA, F (2005) Lavado gástrico. Capítulo 103. Unidad de Neonatología y UCIP del Hospital de Sabadell. CPT. Sabadell. Barcelona. España.
www.aibarra.org/Apuntes/críticos/Guías/Enfermería/lavado_gastrico.pdf.

MORE, M. ACHATA, R Y VILLENA, M (2000) Tratamiento complementario del Onfalocele Gigante con injerto de poliéster texturizado: reporte de 2 casos. Frederick Memorial Healthcare System. Pediatría, Vol. 3, N° 1, Enero – Abril

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAÚL

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS Y OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERÍA

MESES																						
ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO	
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2
SELECCIÓN DEL TEMA		→																				
DESARROLLO DEL TEMA			→																			
CORRECCIÓN DE ANTEPROYECTO				→																		
DESIGNACIÓN DE TUTOR					→																	
ENTREVISTA CON EL TUTOR ASIGNADO						→																
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO CON TUTOR							→	→														
CORRECCIÓN DEL MARCO TEÓRICO CON TUTOR									→	→												
FORMULACIÓN DE PREGUNTAS PARA LA ENCUESTA CON TUTOR										→	→	→										
REALIZACIÓN DE ENCUESTA EN EL LUGAR DE ESTUDIO Y TABULACIÓN											→	→	→	→								
ELABORACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS CON TUTOR													→	→	→	→	→					
ENTREVISTA FINAL CON EL TUTOR DE TESIS Y APROBACIÓN															→	→	→					
PRESENTACIÓN DEL PRIMER BORRADOR EN LA UNIVERSIDAD																→	→	→				
ASIGNACIÓN DEL PRIMER Y SEGUNDO LECTOR																		→	→			
APROBACIÓN DE TESIS																				→	→	
SUSTENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS																					→	→

AUTORA: SUSAN MÉNDEZ SALINAS

TUTORA: LCDA. FANNY RONQUILLO MG.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Ciclo: Octavo Ciclo Programa Alternativo
Encuesta previa a la obtención del título en Licenciada en Enfermería**

Guía de Observación dirigida al personal de Enfermería que labora Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil.

Objetivo: Recopilar información para identificar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en neonatos con diagnóstico de gastrosquisis en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil.

Actividades	Enfermeras			Auxiliar de enfermería		
	Si	No	A veces	Si	No	A veces
Entrega y recepción de guardia por turno						
Valoración de enfermería						
Realiza Proceso de Atención de Enfermería						
Monitorización de signos vitales						
Utiliza las normas de bioseguridad						
Revisión de prescripciones médicas						
Cuidado directo del paciente						
Prepara la alimentación parenteral						
Administración de medicamentos IV						
Administra la alimentación enteral						
Realiza balance hidroelectrolítico						
Toma muestras de laboratorio						
Chequeo de administración de medicamentos en Kardex						
Solicitud de medicamentos						
Doblado y clasificación de lencería						
Tendido de cunas del neonato						
Higiene y confort del neonato						
Canalización de vías periféricas						
Interviene en la aplicatura						
Realiza aspiración de secreciones						
Reporte de enfermería						



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Ciclo: Octavo Ciclo Programa Alternativo
Encuesta previa a la obtención del título en Licenciada en Enfermería**

Encuesta dirigida al personal de Enfermería que labora Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del personal profesional y no profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico en estudio a través de encuestas.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con una cruz (+) o con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta. Por cada pregunta por favor escoja una respuesta:

1) ¿Qué tipo de relación laboral posee?

Contrato Nombramiento

2) ¿Cuánto tiempo tiene laborando en el área de UCIN?

1 – 12 meses 2 – 5 años
6 – 10 años 11 – 15 años
16 – 20 años 21 o más años

3) ¿En qué turno labora usted?

Mañana Tarde Noche Rotativo

4) ¿Con qué frecuencia actualiza sus conocimientos?

Muy Frecuentemente Frecuentemente

Poco Frecuente No lo realiza

5) ¿En dónde realiza la actualización de sus conocimientos

Institución donde labora Otras instituciones hospitalarias
Colegio de Enfermeras Universidad No lo realiza

6) ¿Cargo que desempeña en el hospital?

Licenciada

Auxiliar

Ayudante

7) ¿Título Profesional obtenido?

Nivel Técnico Superior

Tercer Nivel

Cuarto Nivel

8) ¿Conoce usted que es la gastrosquisis?

Si

No

9) ¿Conoce usted los cuidados de Enfermería específicos para pacientes con gastrosquisis?

Si

No

10) ¿Tiene alguna especialidad o curso específico en cuidados de pacientes con gastrosquisis?

Si

No

11) ¿Cuántos pacientes atiende durante su turno?

1 – 5

21 - 25

6 – 10

26 – 30

11 – 15

31 – 35

16 – 20



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA



Guayaquil, 9 abril de 2013

Lcda.
Fanny Ronquillo
Docente
Carrera de enfermería
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como tutor de trabajo de graduación del estudiante **Méndez Salinas Susan Perla** con el tema de "Cuidados de Enfermería en el Periodo Pre y Postoperatorio a neonatos con Diagnostico de Gastrosquisis en la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital "Roberto Gilbert Elizalde", de marzo a mayo del 2013".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,

*Recibido
2-05-2013
F. Ronquillo*

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. *Angela Mendoza Vences*
Directora (e)

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1817 - 1818
Guayaquil-Ecuador

Cvg/AMV



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

Guayaquil, mayo 27 de 2013

Dr.
Enrique Valenzuela
Director
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
En su Despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conectora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted, la realización de encuestas y trabajo de titulación para la Srta. **Méndez Salinas Susan Perla** estudiante de del Octavo Ciclo, para el Trabajo de Titulación con el tema de "Cuidados de Enfermería en el Periodo Pre y Postoperatorio a neonatos con Diagnostico de Gastrosquisis en la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital "Roberto Gilbert Elizalde".

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. *Angela Mendoza Vincés*
Directora (e)

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Dr. *Alfredo Robalino P.*

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE
Dr. *Alfredo Robalino P.*
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1816 - 1818
Guayaquil-Ecuador

cc. Leonor Vera - jefa de enfermería
CVG



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

CERTIFICACION DE TUTORA

Guayaquil, 11 de Julio del 2013

Lcda.
Ángela Mendoza Vines
Directora
Carrera de Enfermería UCSG
Ciudad.

De mis consideraciones:

En calidad de Tutora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERTH ELIZALDE”, de Marzo a Mayo del 2013.** Realizado por la Sra. Susan Méndez Salinas.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero APROBADO.

Atentamente,

Lcda. Fanny Ronquillo de León Mg.
Tutora de Tesis



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-407-2013

Guayaquil, 01 de agosto del 2013

**LICENCIADA
ROSARIO ERAZO
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Susan Méndez Salinas, con el tema **"CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. ROBERTO GILBERTH ELIZALDE", DE MARZO A MAYO DEL 2013"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Ángela Mendoza Viquez
Directora (e)

**Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA**

AM/Pamela



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

Guayaquil, 9 de Agosto del 2013

Lcda. Mgs.
Ángela Mendoza Vínces
Directora de la carrera de Enfermería UCSG
Carrera de Enfermería UCSG
Ciudad.

De mis consideraciones:

En calidad de primera Lectora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado.
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y
POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE
GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. ROBERTO
GILBERTH ELIZALDE", de Marzo a Mayo del 2013.** Realizado por
la Sra. Susan Méndez Salinas.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y
comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final
considero APROBADO.

Atentamente,

Lcda. Rosario Erazo Mgs.
Lectora de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-434-2013

Guayaquil, 09 de agosto del 2013

**LICENCIADA
NORMA SILVA**
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Segunda Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Susan Méndez Salinas, con el tema **"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PERIODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL " ROBERTO GILBERT ELIZALDE"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Ángela Mendoza Vences
Directora (e)

Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

Lic. Norma Silva
9/8/2013
16:45'

AM/Pamela



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Guayaquil, 21 de Agosto del 2013

Lcda.
Ángela Mendoza Vines
Directora
Carrera de Enfermería UCSG
Ciudad.

De mis consideraciones:

En calidad de segunda Lectora de Tesis de Grado del Trabajo Titulado.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. ROBERTO GILBERTH ELIZALDE", de Marzo a Mayo del 2013. Realizado por la Sra. Susan Méndez Salinas.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero APROBADO.

Atentamente,

Lcda. Norma Silva Lima MG.
Lectora de Tesis