

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA EL BIENESTAR  
DE LOS RECIÉN NACIDOS EN POST OPERATORIO DE  
CORRECCIÓN DE PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES**

**ANGÉLICA LORENA ARISMENDY ERAZO  
ANAYIBE DINAS PALACIOS  
BLANCA MARYURI MERCHÁN CASTRO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON  
ENFASIS EN NEONATOS  
BOGOTÁ, D.C  
2014**

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA EL BIENESTAR  
DE LOS RECIÉN NACIDOS POST OPERATORIOS CON CORRECCIÓN  
DE PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES EN LA UNIDAD DE  
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DE LA CLINICA MEDILASER  
SEDE TUNJA**

**ANGÉLICA LORENA ARISMENDY ERAZO  
ANAYIBE DINAS PALACIOS  
BLANCA MARYURI MERCHÁN CASTRO**

**Asesora:**

**CARMEN HELENA RUIZ DE CARDENAS**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON  
ENFASIS EN NEONATOS  
BOGOTÁ, D.C  
2014**

Nota de aceptación

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bogotá D.C. abril 15 de 2014

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero agradecer a Dios sus bendiciones, gracias a Él hicimos realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD DE LA SABANA por darnos la oportunidad de estudiar y obtener el título de especialistas en cuidado crítico con énfasis en neonatos.

De igual manera agradecemos a la asesora de este proyecto de gestión Carmen Helena Ruiz De Cárdenas, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudaron a formarnos como personas y gestoras de proyectos.

Agradecemos a los profesores que durante todo el programa de especialización aportaron a la edificación de nuestra formación.

A nuestras familias un especial y fraterno agradecimiento por compartir con nosotras las luchas del día a día en el transcurso de nuestra meta.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas, hoy agradecemos su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunos están aquí y otros en nuestros recuerdos y en el corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nuestras vidas, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

**“Para los hombres esto es imposible, pero para Dios todo es posible” (Mateo 19:26).**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE ANEXOS	10
INTRODUCCION	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 DESCRIPCION DEL AREA DEL PROBLEMA	13
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	14
1.3 ARBOL DEL PROBLEMA	16
1.4 ANALISIS DEL PROBLEMA	17
1.4.1 CAUSAS	17
1.4.2 PROBLEMA	19
1.4.3 EFECTOS	19
JUSTIFICACION	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
3. MARCO NORMATIVO	26
4. MARCO CONCEPTUAL	30
4.2 PATOLOGIAS GASTROINTESTINALES MÁS FRECUENTES EN LA UCI NEONATAL	39
4.2.1 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO(ECN)	39
4.2.3 ATRESIA ESOFAGICA	47
4.3 INCIDENCIA DE PATOLOGIAS CONGENITAS (Enterocolitis Necrotizante – Hernia Diafragmática Congénita- Atresia Esofágica)	51
5. MARCO TEORICO	58
6. MARCO ETICO	63
7. MARCO INSTITUCIONAL(Medilaser, 2014)	65
8. MARCO METODOLOGICO	71
8.1 MATRIZ DEL MARCO LOGICO	73

9. PLAN DE ACCION	76
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	80
11. PRESUPUESTO	82
12. DESARROLLO PLAN DE ACCIÓN	83
12.1 PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA RECIEN NACIDOS EN POST OPERATORIO DE CORRECCION DE PATOLOGIAS GASTROINTESTINALES	107
13. CONCLUSIONES	111
14. RECOMENDACIONES	113
15. ANEXOS	114
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Matriz marco lógico: FIN	73
Tabla 2: Matriz marco lógico: PROPÓSITO	74
Tabla 3: Matriz marco lógico: OBJETIVO GENERAL	75
Tabla 4: Plan operativo: Objetivo 1	76
Tabla 5: Plan operativo: Objetivo 2 y 3	77
Tabla 6: Plan operativo: Objetivo 4	78
Tabla 7: Plan operativo: Objetivo 5	79
Tabla 8: Cuidados de enfermería	98
Tabla 9: Propuesta de cuidado	110



## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura Nº. 1 Árbol del problema	15
Figura Nº. 2 Estructura de cuidado Kristen Swanson	62

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado para el personal de enfermería	114
Anexo 2. Programación del día	115
Anexo 3. Narrativas, situaciones de enfermería	116
Anexo 4. Actividad: Juego de roles	122
Anexo 5. Formato experiencias del personal de enfermería	125
Anexo 6. Lluvia de Ideas. Presentación: orientación de cuidados relacionados con la teoría de Kristen. Swanson	126
Anexo 7. Encuesta de Satisfacción	128
Anexo 8. Lista de Asistencia	129
Anexo 9. Hoja de recopilación de aportes para elaboración de la propuesta	130
Anexo 10. Formato de evaluación	131

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo de gestión surgió de la necesidad de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Clínica Medilaser de unificar criterios en cuanto al cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de cirugía gastrointestinal, ya que durante la atención que se ha proporcionado a este tipo de pacientes dentro de la unidad no se contaba con conocimientos previos y en la búsqueda literaria no se encuentran cuidados específicos para este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta esta realidad, el grupo de trabajo quiso recopilar los conocimientos adquiridos por el personal de enfermería de la Unidad en cuanto al cuidado que se proporcionaba de manera empírica a los recién nacidos en post operatorio de cirugías de corrección de malformaciones gastrointestinales, pero además buscó articularlo con una teoría de enfermería que se adaptara a los objetivos, para esto se eligió la teoría de bienestar de Kristen Swanson.

Se realizó una jornada de trabajo con el grupo de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en el que por medio de actividades lúdicas y revisión de la teoría se identificaron los cuidados de enfermería necesarios para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales y se generó como producto una propuesta de cuidado que integra los cuidados de enfermería con la teoría de bienestar de Kristen Swanson, propuesta que podrá ser base para la posterior elaboración de guías de cuidado de enfermería para la Unidad.

La propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales, es un producto generado de los conocimientos previos del personal de enfermería integrado a la teoría de enfermería de Kristen Swanson, que adquiere gran valor dentro del quehacer de enfermería dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Clínica Medilaser porque surgió del trabajo, del interés, la dedicación, el compromiso y la entrega del personal de enfermería hacia los recién nacidos.

Agradecemos el apoyo de las directivas de la Clínica Medilaser sede Tunja, además de la colaboración y el trabajo realizado por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Clínica Medilaser, quienes nos permitieron ingresar y conocer su quehacer, pero además nos permitieron fortalecer sus conocimientos con parte de la teoría de enfermería para dar forma y concretar con bases teóricas y científicas los cuidados de enfermería para sus recién nacidos.

Para nosotras como gestoras de este trabajo de gestión, nos queda la satisfacción de ver cómo es posible integrar conocimientos empíricos y teóricos del cuidado de enfermería y obtener productos invaluable y muy útiles para el quehacer de enfermería.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCION DEL AREA DEL PROBLEMA**

La Clínica Medilaser se encuentra ubicada en la ciudad de Tunja, que desde el año 2008, es una institución de IV nivel de atención, presta servicios de salud a toda la región de Boyacá, Santander y Casanare, dentro de los servicios cuenta con la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal que tiene capacidad de 10 camas para cuidado intensivo, 8 camas para cuidado intermedio y 12 camas para cuidado básico. Dentro del personal asistencial por turno cuenta con un médico especialista en neonatología o Pediatra, 1 enfermera, 1 terapeuta respiratoria y 5 auxiliares de enfermería.

El papel del personal de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal para el manejo post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales se ha desarrollado en la medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los recién nacidos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos recién nacidos ha permitido que ocupe un importante espacio en la neonatología, pero se debe formalizar la formación continua del personal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal debido a que en la actualidad no hay unificación de conceptos para la atención de los recién nacidos en posoperatorio de cirugías gastrointestinales los cuales de ser integrados en una propuesta de

cuidado podrá lograr una atención óptima en los recién nacidos, y así estandarizar las acciones del personal de enfermería.

## **1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

En la Clínica Medilaser S.A de la ciudad de Tunja el cuidado de enfermería para recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales ha venido evolucionando de manera empírica y de acuerdo con el tipo de la patología que se va generando, y acorde con los requerimientos establecidos por el cirujano pediatra, quien se basa en las necesidades fisiológicas del recién nacido para que no haya complicaciones durante el procedimiento quirúrgico (necesidad de sedación, cuidados de los drenajes, manejo de las heridas, posibilidad o no de movilización del paciente), sin embargo se evidencia la necesidad de abordar el aspecto de la recuperación hemodinámica de los pacientes, pero adicionalmente de retomar el aspecto del cuidado de enfermería y la articulación de los mismos.

Los recién nacidos en post operatorio de cirugía del tracto gastrointestinal requieren cuidados de enfermería específicos de acuerdo con la patología que se ha corregido, tendientes a mantener las condiciones hemodinámicas favorables que disminuyan las comorbilidades, desafortunadamente el personal de enfermería no se encuentra totalmente capacitado y ofrece el cuidado de acuerdo al criterio de cada enfermera, porque hasta el momento no se han estandarizado los cuidados de enfermería.

Por este motivo se identifica la necesidad de crear una propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales basada en una teoría de enfermería, para lo cual después de realizar la revisión bibliográfica se eligió la teoría de cuidado de Kristen Swanson, la cual se ajusta a las necesidades existentes.

Con respecto al cuidado de enfermería en recién nacidos se encontró, “En las dos últimas décadas se han producido numerosos avances en el cuidado y manejo del recién nacido, que sin duda han contribuido a un aumento importante de la supervivencia de niños críticamente enfermos. Se hace necesario señalar que los servicios de neonatología han jugado un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal. (1)

En la revisión bibliográfica se encuentra cuidado de enfermería para recién nacidos en diversas patologías, además de encontrar un sinnúmero de teorías de enfermería, sin embargo, no se encuentra literatura correspondiente a cuidado de enfermería con enfoque en teorías de enfermería para fortalecer el cuidado para el recién nacido en situación de post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

### 1.3 ARBOL DEL PROBLEMA.

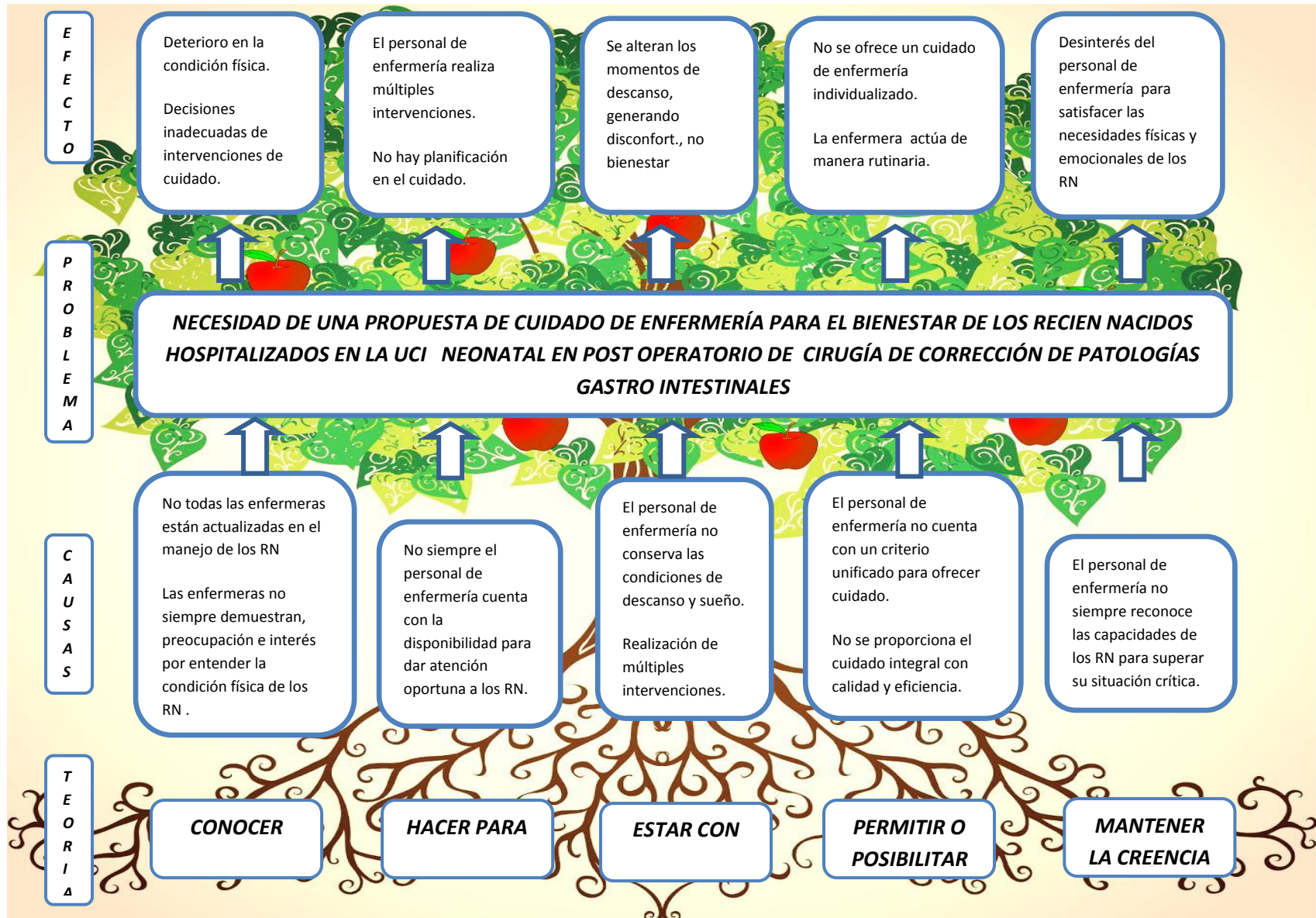


Figura Nº 1. Árbol del problema



## **1.4 ANALISIS DEL PROBLEMA**

El desconocimiento de las técnicas quirúrgicas aplicadas y de las necesidades de cuidado de los recién nacidos en post operatorio de intervenciones quirúrgicas del tracto gastrointestinal genera que el personal de enfermería proporcione cuidados de acuerdo con el criterio de cada uno, sin una base teórica de enfermería, lo cual redundo en cuidados empíricos, sin planeación, sin objetivos claros para el beneficio de los recién nacidos, con múltiples manipulaciones, y en algunos momentos no favorece los procesos de recuperación de los mismos, prolongando las estancias hospitalarias y favoreciendo la aparición de complicaciones y comorbilidades. A continuación se explican las causas, el problema y los efectos identificados, bajo el esquema de la teoría de Kristen Swanson.

### **1.4.1 CAUSAS**

#### CONOCER

No todo el personal de enfermería está capacitado para el manejo de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

El personal de enfermería no siempre demuestra, preocupación e interés por entender la condición física de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

## HACER PARA

No siempre el personal de enfermería cuenta con la disponibilidad para dar atención a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales de manera oportuna.

En ocasiones el cuidado de enfermería a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales se convierte en monótono y rutinario.

## ESTAR CON

El personal de enfermería en ocasiones no conserva las condiciones de descanso y sueño adecuadas para los recién nacidos

Debido a la realización de múltiples intervenciones para los procedimientos el personal de enfermería no siempre se anticipa a las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

## PERMITIR O POSIBILITAR

El personal de enfermería no cuenta con criterios unificados para ofrecer cuidado de enfermería a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

No siempre hay un cuidado integral con calidad y eficiencia

## MANTENER LA CREENCIA

El personal de enfermería no siempre reconoce o identifica las capacidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para superar su situación crítica.

El personal de enfermería no interpreta adecuadamente las manifestaciones de las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

### **1.4.2 PROBLEMA**

Necesidad de una propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales.

### **1.4.3 EFECTOS**

Deterioro en la condición física del recién nacido en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

Decisiones inadecuadas con relación a intervenciones de cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

El personal de enfermería realiza múltiples intervenciones a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

No hay planificación en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

Se alteran los momentos de descanso, modificando el patrón del sueño de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales generando discomfort e inadecuado bienestar.

No se ofrece un cuidado de enfermería individualizado a los recién nacidos en condición crítica hospitalizados en la UCI Neonatal.

El personal de enfermería actúa de manera rutinaria, teniendo mayor interés por la parte administrativa y de sistemas, dejando de lado el cuidado directo que se debe brindar al paciente o realizándolo de manera incompleta.

Desinterés del personal de enfermería para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

El desconocimiento de las técnicas quirúrgicas aplicadas y de las necesidades de cuidado de los recién nacidos en post operatorio de intervenciones quirúrgicas del tracto gastrointestinal genera que el personal de enfermería proporcione cuidados de acuerdo con el criterio de cada una de las enfermeras, lo cual causa cuidados empíricos, sin

planeación, sin objetivos claros para el beneficio de los recién nacidos, con múltiples manipulaciones, alterando en ocasiones los requerimientos de descanso y sueño de los recién nacidos, y en algunos momentos no favorece los procesos de recuperación de los mismos, prolongando las estancias hospitalarias y favoreciendo la aparición de complicaciones y comorbilidades.

## **JUSTIFICACION**

El cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal requiere de la integración de las teorías de enfermería existentes en el quehacer cotidiano con el fin de fortalecer el desempeño profesional, y de aportar en la recuperación de los recién nacidos en post operatorio de cirugías gastrointestinales.

La teoría del cuidado de Kristen Swanson explica la necesidad de poseer conocimientos de la práctica técnica, los cuales son indispensables, pero adicionalmente integra los conceptos de hacer por, estar con, mantener las creencias y posibilitar, con el fin de humanizar el cuidado de enfermería y guiarlo hacia un manejo integral del paciente que en este caso es el recién nacido en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales, con el fin de lograr su bienestar.

A través de la teoría del Cuidado se responde de manera positiva a las causas que interfieren en el planteamiento del problema como lo es crear herramientas para que el equipo de trabajo de enfermería se actualice e integre en el manejo de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales y de esta forma incentivar y estimular el interés de realizar cuidados basados en conocimientos científicos, y comprensión de la condición física de los recién nacidos con este tipo de afecciones que requieran cirugía.

Además se generó una propuesta de cuidado donde el personal de enfermería fomente la habilidad e iniciativa de brindar oportunamente

la atención adecuada que propenda al bienestar del recién nacido post operatorio mientras se encuentra dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatal.

Los recién nacidos por medio de la aplicación y seguimiento de esta propuesta de cuidado recibirán cuidados de enfermería de alta calidad, humanizados y acorde con sus necesidades que permitirán la recuperación de su situación de salud en el post operatorio de cirugías del tracto gastrointestinal.

Adicionalmente esta propuesta de cuidados de enfermería beneficia a la institución ya que se optimizan los recursos existentes, para hacerlos más efectivos y eficaces beneficiando la pronta recuperación de los recién nacidos, reduciendo el riesgo de complicaciones durante la estancia hospitalaria.

La propuesta de cuidado de enfermería puede favorecer la relación madre-padre-hijo(a) permitiendo el acercamiento e involucrando a los padres dentro del proceso de recuperación de su recién nacido, fortaleciendo el vínculo familiar.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar al personal de enfermería una propuesta de cuidado para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Reconocer oportunamente los factores de riesgo, la condición física y las complicaciones de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales en la UCI Neonatal (CONOCER).
2. Proponer intervenciones adecuadas y oportunas relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar continuo (ESTAR CON).
3. Reconocer la importancia identificar y satisfacer oportunamente las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales (HACER POR).
4. Reconocer la importancia que tiene para enfermería identificar las capacidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de



patologías gastrointestinales para superar su situación crítica y promover su bienestar (MANTENER LAS CREENCIAS).

5. Unificar el cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales a través de una propuesta de cuidado (PERMITIR).

### **3. MARCO NORMATIVO**

La atención en salud que se proporciona a los recién nacidos en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal requiere personal de enfermería idóneo con conocimientos adquiridos que aseguren la eficacia en las intervenciones, y los mejores procedimientos en el cuidado.

Por tanto es deber del grupo de enfermería conocer la normatividad existente, la cual señala que "El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. (2)

Teniendo como base los principios enmarcados en la Ley 266/96 y ley 911/04 que regulan el ejercicio de la profesión. "Los principales factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad neonatal en los países con bajas tasas de mortalidad neonatal han sido, además de la mejoría socioeconómica y educación de los padres, el buen control del embarazo y la atención calificada del parto; la regionalización de la atención perinatal; el inicio oportuno del cuidado intensivo neonatal, y la buena atención del recién nacido en el momento del nacimiento, que incluye, en caso necesario, una adecuada e inmediata reanimación.

La alta calidad del cuidado en neonatología implica proveer un nivel apropiado de cuidado a todo recién nacido sano y proveer cuidado más especializado a algunos que lo necesiten, utilizando protocolos de calidad, contando con un entorno habilitante y midiéndolos resultados neonatales a corto y mediano plazo, así como la satisfacción de los padres y de los proveedores del servicio. (3)

La Ley 060 de 2007 contempla los Derechos de los Recién nacidos en Colombia, los cuales citamos a continuación:

*Artículo 6. De los derechos del recién nacido.* Todo recién nacido tiene derecho a:

- a) Ser tratado con respeto, dignidad, oportunidad y efectividad;
- b) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, sin tener en cuenta el gasto médico predeterminado por las instituciones prestadoras de servicios;

- c) A que se corte su cordón umbilical hasta que cese de latir, siempre y cuando no exista contraindicación médica para pinzar y cortar antes de que el cordón deje de pulsar.
- d) A la estimulación de la lactancia materna desde la primera hora de vida, una vez verificado su estado de salud, garantizando la temperatura e iluminación ambiental adecuadas a sus necesidades y respetando el derecho a la intimidad.
- e) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Registraduría Nacional del Estado Civil y sus entes territoriales, deberán diseñar instrumentos de inscripción del Registro Civil para ser tramitados en el momento del nacimiento de todo niño o niña que nazca en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas, a fin de garantizar su derecho a un nombre, a una identificación plena y a la total adquisición de sus derechos humanos.

Parágrafo 2°. A los niños que nazcan en lugares distintos a las instituciones hospitalarias y en lugares de difícil acceso a los servicios de la Registraduría Nacional del Estado Civil, se les garantizará el derecho a un nombre y a una plena identificación, mediante la promoción y realización de brigadas del registro civil.

Dicha ley contempla también los derechos de los padres de los recién nacidos enfermos en el Artículo 7°. *De los derechos de los padres.* El padre y la madre del recién nacido cuyo pronóstico requiera de una atención especial de su salud, tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible y suficiente acerca del estado de salud de su hijo o hija, incluyendo el diagnóstico y tratamiento;
- b) A dar su consentimiento expreso en caso de que su hijo o hija requiera exámenes o intervenciones que impliquen procesos de diagnóstico o tratamiento terapéutico;
- c) A recibir asesoramiento integral, acorde con el nivel educativo, sobre los cuidados que se deben prodigar al recién nacido.

Parágrafo. De conformidad con las disposiciones contenidas en el parágrafo primero del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), consignarán las novedades referidas a niños con problemas de malformación o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, a fin de generar acciones que permitan una atención integral al recién nacido y su inclusión en la sociedad como parte del capital humano de la Nación. (4)

## **4. MARCO CONCEPTUAL**

### **4.1 DEFINICION DE CONCEPTOS**

Los conceptos que definen el proyecto de gestión son los siguientes según el tema relacionado en los objetivos implementados.

#### **RECIEN NACIDO**

Es el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. (5)

#### **UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

Gorski postuló que la UCI está diseñada para manejar las necesidades de supervivencia, incluyendo la respiración, alimentación y regulación térmica, pero sus necesidades del desarrollo a largo plazo no están consideradas. Estas necesidades del desarrollo incluyen el proporcionar el apropiado feedback sensorial para la adecuada maduración del sistema nervioso central, favorecer la interacción padre-hijo y proveer de adecuadas respuestas a los estados y biorritmos del niño. (6)

#### **ALTERACION DEL SISTEMA GASTRO INTESTINAL**

Son aquellas que comprenden alguna alteración en el tracto gastrointestinal. Desde un punto de vista académico, las alteraciones congénitas digestivas que requieren tratamiento quirúrgico en el periodo neonatal se pueden dividir en tres grandes grupos: Atresias del esófago y del tracto gastrointestinal, defectos de rotación del intestino y duplicaciones digestivas. (7)

### **HERNIA DIAFRAGMATICA**

Las hernias diafragmáticas se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. (8)

### **ENTEROCOLITIS NECROZANTE**

La enterocolitis necrozante es una enfermedad grave que afecta a recién nacidos, en especial a prematuros, con una incidencia y morbimortalidad elevados. Constituye la urgencia gastrointestinal más frecuente en las UCI neonatales. (9)

### **ATRESIA ESOFAGICA**

Falta de continuidad del esófago con o sin comunicación a la vía aérea. (10)

### **CIRUGÍA NEONATAL**

Conforme ha aumentado la cifra de supervivencia de los lactantes pretérmino (definidos como los lactantes de 37 semanas o menos de edad gestacional al nacer), un número cada vez mayor de lactantes de este tipo son sometidos a anestesia y cirugía.

La cirugía neonatal ha experimentado, en los últimos años importantes adelantos. Se han incorporado nuevas técnicas quirúrgicas para la corrección de muchas anomalías congénitas y se produjo una sustancial mejora, tanto en los resultados funcionales como en la sobrevida de pacientes con patología compleja. Esto se debe también a los avances logrados en la terapia intensiva neonatal, que posibilitan mejores controles pre y postoperatorios. (11)

## **CIRUGIA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.**

Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del tracto digestivo superior (la faringe, el esófago y el estómago) (12)

## **CORRECCION QUIRURGICA**

Se encuentra dentro de la clasificación de las intervenciones quirúrgicas, este tipo de intervención quirúrgica se hace para devolver la función perdida o corregir deformidades. (13)

## **POSTOPERATORIO**

Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía.

Durante el postoperatorio, los cuidados de enfermería deben de estar principalmente dirigidos hacia la identificación y resolución de las complicaciones potenciales. (14)

## **PROPUESTA DE CUIDADO**

La propuesta de cuidado es un tipo específico de manuscrito académico, que está basado en una estructura del cuidado que brinda resultados que propenden al bienestar según la teoría de Kristen Swanson. (15)

Es una propuesta de cuidado porque busca orientar los cuidados de enfermería enfocado al recién nacido post operatorio de cirugía del tracto gastrointestinal, mediante medidas que le permitan reducir el tiempo de estancia, las complicaciones asociadas al manejo por salud, teniendo en cuenta cuidados de enfermería específicos para su manejo.



## **TEORÍA DEL CUIDADO**

Teoría de rango medio “Cuidado informado para el bienestar de los demás” considera que la enfermera debe concentrarse en establecer una relación que le permita comprender que es lo importante para la persona. (16)

## **BIENESTAR**

Swanson lo define como el cuidado biopsicosocial y espiritual que promueva bienestar. El objetivo de la enfermera es promover el bienestar de otros.

## **CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Kristen Swanson afirma que un componente fundamental y universal de brindar un cuidado de enfermería es cuidar del bienestar físico, espiritual, psicológico y social de las personas, afirmación que evidencia en su teoría de los cuidados.

## **BIENESTAR DE LOS RECIÉN NACIDOS UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**

La teoría de K. Swanson tiene como objetivo promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad teniendo en cuenta el bienestar biopsicosocial y espiritual del paciente, manteniendo las creencias básicas, apoyado por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar emocional y físicamente presente, representada por hacer por y posibilitar al paciente, siendo cada uno de ellos un componente integral de la estructura del cuidado.

Los cuidados para el bienestar se caracterizan por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la visión del cuidado de enfermería, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería, que deben ser dirigidos hacia el recién nacido en la unidad de cuidado intensivo neonatal.

El medio ambiente de una UCI Neonatal está diseñado para sostener médicamente al frágil recién nacido y contrasta ampliamente con el pacífico medio ambiente intrauterino. Gorski\* argumentó que muchos de los problemas críticos que se dan en los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio que presentan los neonatos mientras se encuentran en la UCI, son el resultado de los intentos que ellos realizan para poder adaptarse a este medio ambiente extrauterino y a la agresión que significan la mayoría de los procedimientos médicos. En otras palabras es el proceso que hace el recién nacido de *hacer por* sí mismo en el proceso de adaptación. \*(17)

Por efecto de la enfermedad y del tratamiento aumenta el monto de experiencias dolorosas en el recién nacido y si a esto se agrega algún grado separación de la madre, el psiquismo de ambos estará alterado y será nuestra tarea atenuar al máximo esa separación, cuidando el desequilibrio psíquico no solo del recién nacido sino de la madre y el padre, puesto que necesitamos que ellos estén en las mejores condiciones emocionales para aliviar las angustias del recién nacido. Permitiendo dos de las categorías que relaciona K. Swanson como es

posibilitar y mantener las creencias de apego entre madre- padre e hijo.

El recién nacido en la unidad de cuidado intensivo, está dentro de una incubadora; por ende el despliegue terapéutico hace que no pueda estar en los brazos de la madre, generalmente se suspende la lactancia materna y la vía oral, (fuente de placer para el recién nacido) su nivel de consciencia es generalmente menor que el del recién nacido sano y se disminuye la estimulación del contacto humano, no solo por el aislamiento que produce la incubadora, sino también porque si es un recién nacido que responde menos, y el equipo de enfermería y médico tienden a sobre estimular a través de procedimientos invasivos o en su defecto ni siquiera determinar.

En las UCIN los recién nacidos están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques imprescindibles) y pobre o excesiva estimulación táctil (muy diferentes a los que está preparado: útero y/o cuidados maternos). (18)

## **CUIDADO POST OPERATORIO**

Los aportes decisivos fueron:

1. Asistencia respiratoria mecánica: no solo para enfermedades pulmonares severas sino también para la mejor recuperación pos anestésica.
2. La incorporación de alimentación parenteral hipocalórica, que facilita enormemente la evolución postoperatoria en ciertas

patologías quirúrgicas en las que es necesario dejar en reposo la función intestinal.

3. La tecnología de avanzada que permite el monitoreo de diversas funciones.
4. El uso de cunas radiantes abiertas como mesa de operaciones, que evita pérdidas de temperatura y traslados del recién nacido.

Gracias a estos avances es posible hoy en día intervenir quirúrgicamente y tener buenos resultados en cirugías tales como:

- Atresia esofágica
- Fístula traqueo esofágica.
- Gastrosquisis.
- Hernia diafragmática congénita
- Onfalocele
- Obstrucción intestinal
- Enterocolitis necrotizante

El cuidado del paciente neonatal que requiere un procedimiento quirúrgico presenta numerosos desafíos, los que deben ser superados mediante el trabajo integrado de equipo multidisciplinario involucrado en los periodos preoperatorio, transoperatorio y post operatorio. El objetivo principal de esta atención es la disminución de la mortalidad y de la morbilidad, a consecuencia del manejo del paciente quirúrgico en esas tres etapas y para promover una recuperación satisfactoria. La población neonatal es muy susceptible a los factores estresantes que ocurren durante el procedimiento quirúrgico, los que pueden afectar no sólo el desarrollo neurológico, sino que también generan alteraciones

fisiológicas. Factores como la hipotermia, el dolor, el desequilibrio hidroelectrolítico, la hipoxemia, las alteraciones del equilibrio ácido-básico, la prematuridad, agravan y comprometen el restablecimiento del paciente. En el período preoperatorio, anomalías y defectos congénitos, así como ciertas condiciones que requieren intervención quirúrgica, pueden dar por resultado desequilibrios en la oxigenación, en los electrolitos, en el equilibrio ácido-básico, en el balance hídrico, en la glucemia, entre otros, los que deberán ser evaluados usando intervenciones tendientes a mantener la estabilidad fisiológica del paciente mientras aguarda el proceso quirúrgico, reduciéndose así posibles complicaciones.

## **POST OPERATORIO DE CIRUGIA NEONATAL**

El período postoperatorio inmediato es crítico en la recuperación del paciente. De modo general, debido al compromiso del neonato en el preoperatorio, causado por las condiciones relacionadas con defectos congénitos u otras afecciones que requieren intervención quirúrgica, la recuperación en el postoperatorio es un desafío que requiere un equipo bien entrenado en la evaluación y en la previsión de los problemas que pueden surgir en este período.

Los cuidados posoperatorios inmediatos deben incluir:

### **Mantenimiento de la oxigenación**

El tracto respiratorio a veces puede ser traumatizado por el proceso de intubación y anestesia, como consecuencia de los gases y medicaciones utilizados en la anestesia, de la depresión respiratoria o de la respiración

muy superficial, hechos que afectan la oxigenación y la ventilación adecuadas. La monitorización de la ventilación y de la respiración es fundamental para asegurar intervenciones en las que se eviten complicaciones.

### **Alteraciones en el equilibrio ácido-básico**

El estrés producido por el procedimiento quirúrgico afecta normalmente el equilibrio ácido-básico; en este período puede ocurrir acidosis respiratoria y/o metabólica. Es importante el monitorizar frecuente de la gasometría arterial hasta que se produzca la estabilización.

### **Control térmico**

En las primeras horas del postoperatorio, el mantenimiento de la temperatura corporal es un desafío, pues la hipotermia es común. Mantener al neonato en un ambiente termo neutro resulta fundamental para que se pueda lograr pronto la estabilidad térmica.

### **Balance hidroelectrolítico**

En esta etapa es crítico promover el equilibrio hidroelectrolítico, para lo cual es preciso monitorear los signos de hipovolemia, tratándolos prontamente en caso de que ocurran. También es común el edema intersticial, en el que se produce acumulación de líquidos en el espacio intersticial, edema y una disminución del volumen intravascular; como consecuencia, se registran hipotensión arterial y alteración de la frecuencia cardíaca. A causa del procedimiento quirúrgico y muchas veces debido al manejo durante la anestesia y el estrés, es común un desequilibrio electrolítico y de la glucosa; en la mayoría de los casos ocurren hiperglucemia y alteraciones en el nivel de sodio y potasio. El

monitoreo frecuente y el ajuste de la hidratación son fundamentales para la estabilización electrolítica y de la glucosa.

### **Aporte nutricional y calórico**

Para que ocurra un adecuado proceso de recuperación y cicatrización, es necesario un aporte calórico equilibrado que promueva el aumento de peso y una nutrición balanceada.

### **Control del dolor**

El control del dolor en el postoperatorio debe realizarse en forma previsor, incluso antes de que se presenten alteraciones del comportamiento y fisiológicas relacionadas con el dolor. En el postoperatorio, el dolor ocurre con mayor intensidad en el período de 48-72 horas después del procedimiento quirúrgico.

### **Aporte farmacológico**

En el postoperatorio es común el uso de antibióticos; los agentes más utilizados en este período son ampicilinas y aminoglucósidos.

Para mantener una buena perfusión de los órganos es común el uso de agentes inotrópicos en este período.

## **4.2 PATOLOGIAS GASTROINTESTINALES MÁS FRECUENTES EN LA UCI NEONATAL**

### **4.2.1 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO (ECN)**

La enterocolitis necrotizante del recién nacido es la patología gastrointestinal más frecuente en las unidades de cuidado intensivo neonatal y es una causa importante de morbilidad y mortalidad.

La enterocolitis necrozante (ECN) caracterizada por la inflamación y necrosis isquémica del intestino, y en los casos más graves, puede causar profundo deterioro de múltiples órganos y sistemas.

### **Tratamiento quirúrgico**

- Indicación absoluta.

Perforación intestinal (neumoperitoneo). Requiere de una laparotomía y actuar en consecuencia de los hallazgos. Algunos autores reconocen también a la presencia de necrosis intestinal demostrada con una paracentesis positiva como indicación absoluta de tratamiento quirúrgico.

- Indicaciones relativas.

Deterioro clínico a pesar de un tratamiento médico adecuado. La definición de deterioro clínico incluye acidosis metabólica persistente, trombocitopenia, leucopenia o leucocitosis, oliguria e inestabilidad ventilatoria que requiera intubación.

- .1. Gas en la vena porta.
- .2. Eritema de la pared abdominal.
- .3. Masa abdominal palpable.
- .4. Signo del asa fija.



## **Cuidados intensivos post operatorios**

1. Ingreso en cuidados intensivos. Es de suma importancia para el tratamiento del shock o sepsis existentes; mantenimiento de ventilación mecánica, control del gasto cardiaco y la función renal o la necesidad de colaboración del cirujano por la posible necesidad de reintervención, en caso de perforación o dehiscencia anastomótica.
2. mínima manipulación para evitar reinfecciones y agravamiento de patología de base y procedimiento realizado.
3. Vigilancia de los estomas por si apareciera necrosis en el post operatorio inmediato. O la vigilancia de la herida quirúrgica por si drenara líquido fecaloideo.
4. Si en el post operatorio existiera edema y secreciones de la vía aérea, el trabajo respiratorio estaría aumentado y precisaría tratamiento intensivo adecuado.
5. El shock, la hipovolemia y el balance hidroelectrolítico han sido corregidos y si aun así, persistiera mala perfusión, debería centrarse la atención en el corazón y gasto cardiaco.
6. La monitorización cardiaca y respiratoria, PaO<sub>2</sub>, temperatura, diuresis, presión venosa central y arterial, así como la osmolaridad sérica, hematocrito, proteínas totales, sodio, potasio y nitrógeno ureico: son guías adecuadas para una buena administración de líquidos y electrolitos.
7. La sepsis es el principal problema pos operatorio de los pacientes con ECN y probablemente la causa de la mayor mortalidad. El fallo ventilatorio progresivo, deterioro de función renal, hemorragia generalizada, trombocitopenia severa o agranulocitopenia y la CID, son sin dudas manifestaciones de sepsis, que son necesarias tratar inmediatamente.

### **Otras medidas**

- Alimentación parenteral central a largo plazo.
- Momento adecuado del inicio de la alimentación oral (como mínimo 2 semanas después de la operación).
- Tratamiento del síndrome de intestino corto.

### **Complicaciones de la intervención quirúrgica**

- Síndrome de intestino corto.
- Estenosis intestinales.
- Anemia por déficit de vitamina B12.
- Colelitiasis.
- Recidiva: se presentan en un 3-5% de los casos.
- Quistes o pseudoquistes intestinales.
- Fístulas entéricas internas o externas.
- Desnutrición.

### **COMPLICACIONES**

- Estenosis cicatriciales (10%) (en la actualidad se están viendo con mayor frecuencia debido a la mejoría de los cuidados neonatales que rescatan niños de mayor gravedad).
- Bridas intestinales.
- Síndrome de intestino corto.

#### **4.2.2 HERNIA DIAFRAGMÁTICA**

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto al nacimiento que ocurre cuando el músculo llamado diafragma, el cual separa el

abdomen del tórax, no se forma completamente. Al existir un orificio en esta estructura es posible el paso de las vísceras abdominales (estómago, intestino, hígado, bazo, etc.), hacia la cavidad del pecho comprimiendo e impidiendo tanto el crecimiento, como el desarrollo normal de los pulmones, produciendo un problema que conocemos en medicina como hipoplasia pulmonar, generalmente afectan el lado izquierdo. Este problema ocurre una vez cada 2500 gestaciones.

### **Fisiopatología**

El principal mecanismo de la inspiración es el diafragma. Al existir un defecto diafragmático la presión negativa favorece el paso de contenido abdominal al tórax lo que ocasiona dificultad para ingresar aire a la vía aérea y colapso pulmonar. La compresión pulmonar y la desviación del mediastino ocasionan disminución del flujo a través del ductus pero aumentan el flujo en el lecho vascular pulmonar lo que causa hipertrofia de la capa muscular de las arterias pulmonares. La elevada resistencia vascular, aumenta el cortocircuito de derecha - izquierda a través del ductus arterioso y el foramen oval ocasionando hipoxia sistémica, hipercapnia y acidosis incrementando la vasoconstricción pulmonar ya generada por mediadores vasoactivos, dando como resultado la hipertensión pulmonar y la persistencia de un patrón de circulación fetal.

### **Síntomas**

La dificultad respiratoria grave casi siempre se presenta poco después de que el bebé nace, debido al movimiento ineficaz del diafragma y la compresión del tejido pulmonar, lo cual causa atelectasia.

Otros síntomas abarcan:

- Coloración azulada de la piel debido a la falta de oxígeno

- Taquipnea
- Taquicardia
- Movimientos irregulares del tórax
- Ruidos respiratorios ausentes del lado afectado
- Borborigmos que se escuchan en el tórax
- Abdomen que se siente menos lleno al examinarlo a la palpación
- Una radiografía de tórax puede mostrar órganos abdominales en la cavidad torácica.

### **Tratamiento Neonatal Inicial**

- La reanimación del recién nacido con diagnóstico prenatal de HDC debe cumplir el objetivo de mantener un adecuado estado hemodinámico y oxigenación para reducir hipertensión pulmonar y mejorar la sobrevida.
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos de Recién Nacido.
- Mantener temperatura adecuada evitando el enfriamiento del neonato mediante el uso de lámpara o mesa de calor radiante. Secar bien al paciente.
- Solicitar hemograma completo, recuento plaquetario, parcial de orina, gases arteriales, glicemia, creatinina.
- Líquidos endovenosos
- Sonda orogástrica para descomprimir estómago e impedir entrada de aire a intestino (puede causar mayor compresión de pulmón).
- Intubación orotraqueal y ventilación mecánica con parámetros acordes a la dificultad respiratoria. El criterio clínico del grado de dificultad respiratoria es el que define la ventilación asistida. Los

parámetros ventilatorios sugeridos son: bajas presiones y altas frecuencias.

Las modalidades de ventilación a usar en HDC son:

- Ventilación Convencional (CMV) a 12 ventilaciones por min.
  - Ventilación de Alta Frecuencia (HFV) a 400 ventilaciones por min.
  - Ventilación Oscilatoria.
- Corrección de hipoxia, hipercapnia y acidosis antes de pasar a cirugía. El objetivo es mantener una  $paO_2$  cercana a 100 mm. Hg.,  $pCO_2$  por encima de 40 mm Hg,  $paCO_2$  menor de 30 mm Hg. y un pH por encima de 7.5 para favorecer la vasodilatación pulmonar.
    - Alcalinización: Si la hiperventilación no induce alcalosis se debe usar bicarbonato. Esto contribuye a disminuir la vasoconstricción pulmonar.
    - Manejo de la hipertensión pulmonar: uso de vasodilatadores tipo:
      - Tolazolina: puede causar ulcera péptica, sangrado gastrointestinal y perforación.
      - Prostaglandinas.
      - Acetilcolina.
      - Adenosintrifosfato
    - Óxido nítrico: produce vasodilatación sistémica y reduce la vasoconstricción de las arterias pulmonares.
    - ECMO (membrana de oxigenación extracorpórea): es el mejor mecanismo para mejorar el intercambio gaseoso y disminuir la hipertensión pulmonar. Este método es muy costoso, de alta complejidad y con una morbi-mortalidad alta, solo algunos centros hospitalarios cuentan con la infraestructura para este tipo de terapia.
    - Inotrópicos: si el volumen plasmático es normal y la función

cardiaca está comprometida se puede usar dobutamina 10 mcg./Kg./min. que mejora la contractilidad del miocardio y dopamina 2 mcg./Kg./min. Para mantener presión arterial sistémica y adecuada perfusión renal.

- Sedantes y paralizantes: se recomienda sedación con Fentanilo 10 a 20 mcg./Kg./h en goteo continuo para disminuir la respuesta al estrés y reducir el tono vascular pulmonar. Los relajantes musculares (Vecuronio a 0.1 mg./Kg./h.) permiten una óptima ventilación y previenen la lucha con el respirador, lo que minimiza la demanda metabólica y el riesgo de neumotórax.
- Surfactante: es controvertido su uso; mejora la expansión pulmonar.
- Administración de esquema antibiótico (ampicilina y aminoglucósidos).
- Realización de eco cardiograma Doppler y evaluación por cardiología pediátrica.
- Plan de intervención mínima: disminuir todo tipo de estímulos externos (táctiles, lumínicos, auditivos) los cuales aumentan la reactividad pulmonar.

### **Cuidado postoperatorio**

El paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos de Recién Nacidos donde se continuará la administración de líquidos y electrolitos necesarios, el soporte ventilatorio requerido, la vasodilatación de acuerdo a los parámetros gasimétricos y hemodinámicos y demás medidas terapéuticas referidas anteriormente.

## **Complicaciones**

- Neumotórax contra lateral: por aumento de la presión de ventilación.
- Recidiva quirúrgica: por dehiscencia de la sutura diafragmática. Síntomas: deterioro respiratorio y hemodinámico, se confirma mediante estudio radiológico.
- Fin del periodo "Luna de miel": supone un agravamiento de la hipertensión pulmonar. Se debe llegar a la posible causa para intentar corregir los factores que lo ocasionen: hipotermia, dolor, aspiraciones prolongadas, hipoxemia, manipulaciones innecesarias.
- Infecciones nosocomiales: El vehículo principal en la transmisión de estas infecciones es el personal a través de sus manos.

### **4.2.3 ATRESIA ESOFAGICA**

La atresia esofágica es un trastorno congénito caracterizado por una falta de continuidad en el trayecto del esófago, es decir, la porción superior del esófago termina abruptamente y no se continúa con la porción inferior del mismo. Se forma así un *cul-de-sac* superior, vinculado con la boca, y otro inferior, que se comunica con el estómago. En la mayor parte de los casos se logra una conexión comunicante o fístula entre uno de los segmentos del esófago y la tráquea. A menudo los recién nacidos con atresia esofágica también nacen con otros trastornos congénitos del tubo digestivo, del corazón y otros órganos, a menudo no compatibles con la vida.

## **Clasificación**

- Tipo I: atresia sin fístula (8% de los casos);

- Tipo II: con fístula en la parte superior o proximal (1% de los casos);
- Tipo III: con fístula en la parte inferior o distal (80% de los casos); los dos *cul-de-sac* suelen estar cerca el uno del otro;
- Tipo IV: con fístula en ambas partes, y
- Tipo V: con fístula en forma de *H* y sin atresia, en cuyo caso no se trata de una verdadera atresia, aunque se incluye como tal en la clasificación.

### **Reparación de fístula traqueo esofágica y atresia esofágica**

Es la cirugía para corregir dos defectos congénitos en el esófago y la tráquea. El esófago es el conducto que lleva el alimento desde la boca hasta el estómago. La tráquea es el conducto que lleva aire a los pulmones.

Estos defectos por lo regular ocurren juntos:

- La atresia esofágica se da cuando la parte superior del esófago no se conecta con la parte inferior del esófago y el estómago.
- La fístula traqueo esofágica (FTE) es una conexión entre la parte superior del esófago y la tráquea.

### **Después del procedimiento:**

Los tratamientos adicionales después de la cirugía por lo general incluyen:

- Antibióticos en la medida de lo necesario para prevenir infección
- Respirador (ventilador)



- Sonda pleural (una sonda a través de la piel hasta la pared torácica) para drenar líquidos y mantener los pulmones abiertos
- Líquidos intravenosos (IV) que incluyen nutrición
- Oxígeno
- Analgésicos en la medida de lo necesario

Si se repara tanto la fístula traqueo esofágica como la atresia esofágica:

- Se colocará una sonda a través de la nariz hasta el estómago (sonda nasogástrica) durante la cirugía.
- La alimentación se inicia regularmente a través de esta sonda unos días después de la cirugía.
- La alimentación por vía oral se empieza muy lentamente. El bebé puede necesitar terapia de alimentación y mucho estímulo.

Si sólo se reparó la fístula traqueo esofágica y no la atresia esofágica, se utilizará una sonda de gastrostomía para la alimentación hasta que la atresia pueda repararse.

- Mientras el bebé esté en el hospital, las enfermeras le enseñarán a los padres a utilizar la sonda de gastrostomía y cómo volver a ponerla.

La cantidad de tiempo que el bebé debe permanecer en el hospital dependerá del tipo de cirugía que necesitó. Podrá volver a llevar a su hijo a casa una vez que esté recibiendo toda la alimentación por vía oral o por medio de la sonda y esté subiendo de peso.

### **Cuidados de enfermería pos-operatorio:**

- Colocar al paciente en posición semifowler para evitar o disminuir el reflujo de jugos gástricos al árbol traqueo bronquial.
- Aplicar fisioterapia en la forma indicada por el médico.

- Realizar aspiración de secreciones nasofaríngeas para mejorar la respiración y evitar la aspiración.
- Colocar al niño un calentador radiante con humedad
- Administrar oxígeno según necesidad.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria: retracciones, cianosis peribucal, intranquilidad, aleteo nasal, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, etc.
- La alimentación puede proporcionarse por la boca, gastrostomía o rara vez por sonda para alimentación en el esófago, según el tipo de operación practicada y el estado del niño.
- Tomar las debidas precauciones para que no penetre aire al estómago, que pueda producir distensión y reflujo del contenido gástrico
- La alimentación bucal puede iniciarse 10 a 14 días después de la anastomosis.
- Observar la frecuencia cardiaca.
- Control de signos vitales.
- Vigilar signos que nos pueden indicar neumotórax: dificultad respiratoria grave, cianosis, inquietud, pulsos débiles.
- Evitar la aspiración durante la alimentación.
- Estar pendiente de que el niño no presente dificultad para la deglución, vómito o salida de líquido ingerido, tos, ahogamiento y cianosis durante la alimentación.
- Preparar a los padres para que aprendan todos los aspectos de los cuidados de su hijo.
- Iniciar un programa temprano de enseñanza para los padres. Ofrecerles la literatura disponible y ayudarlos a que se familiaricen con los recursos de la comunidad.

- Iniciar la referencia a la enfermera de la comunidad para la continuidad de los cuidados en casa.
- Alentar a los padres a que expresen sus sentimientos, temores y preocupaciones.
- Ayudar a desarrollar una relación sana entre los padres y el niño: visitas frecuentes, llamadas telefónicas, contacto físico entre el niño y los padres.

**Resultados:**

- No muestra signos de dificultad respiratoria, conserva el intercambio adecuado de oxígeno-dióxido de carbono; concentración normal de gases en sangre; signos vitales estables.
- Ingestión adecuada de nutrientes, deseos de comer, aumento de peso.
- No se presentan complicaciones: hay estabilidad en la temperatura, valores de laboratorios en niveles normales, signos vitales estables.
- Los padres expresan verbalmente que comprenden la enfermedad y el tratamiento de control; se involucran en la atención del niño y en la formación de lazos afectivos con él.

**4.3 INCIDENCIA DE PATOLOGIAS CONGENITAS (Enterocolitis Necrotizante – Hernia Diafragmática Congénita- Atresia Esofágica)**

A nivel mundial, casi 20 millones de niños que nacen cada año con bajo peso, corresponde al 14% de todos los nacidos y más del 96% de los casos se presentan en países subdesarrollados, según la Unicef. El promedio de la prematuridad (edad gestacional menor de 37ª semanal)

y de recién nacidos de bajo peso (peso al nacimiento inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional) en el mundo es del 20%, tendencia que va en aumento; una de las principales causas de los niños con bajo peso al nacer lo constituyen los prematuros, entre más prematuros nazcan, mayor grado de morbimortalidad, datos que se correlacionan con factores de riesgo para malformaciones gastrointestinales.

Las malformaciones gastrointestinales congénitas que mayor implicación tienen en la evolución clínica del recién nacido son enterocolitis necrotizante, atresia de esófago y hernia diafragmática y que requieren de intervención quirúrgica.

Es difícil establecer una cifra real de la incidencia de enterocolitis necrotizante (ECN) en América latina debido a los problemas que se presentan en el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad y a la falta de registros de información claros en la mayoría de los hospitales. De datos obtenidos a nivel mundial se estima que es una enfermedad que afecta entre 1% y 8% de todos los recién nacidos admitidos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La mortalidad en recién nacidos pretérmino con extremo bajo peso al nacer (<1000 g) que son diagnosticados con ECN es de 35% a 50%<sup>13</sup>. Neonatos con bajo peso al nacer (<1500 g) y ECN tienen una mortalidad entre 10% y 30% cifra que no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años. (19)

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, permitiendo un diagnóstico temprano de diferentes enfermedades, lo cual beneficia la

salud materna y fetal, específicamente en paciente clasificadas como de alto riesgo obstétrico. De este modo es importante resaltar el bajo índice de control prenatal adecuado (9.4%) provenientes de zonas rurales. Sumado al rango de edad materna en el cual se presentan la mayoría de los casos (16 – 20 años) aumenta el riesgo de prematuros, factor altamente asociado con el desarrollo de ECN.

Existen datos internacionales que han demostrado que la enfermedad ocurre en aproximadamente 10% de los bebés con peso menor de 1500 g con una amplia variación que puede ir del 2 al 22% dependiendo del centro de atención. Además se pueden encontrar cifras entre el 1% y 2% en Japón, 7% en Austria, 14% en Argentina y 28% en recién nacidos de muy bajo peso en Hong Kong. (20)

Con los avances en la tecnología e infraestructura médica, se ha observado un incremento en el número de niños con una variedad de condiciones médicas o quirúrgicas que sobreviven en unidades de cuidado intensivo pediátrico o de recién nacidos y que requieren atención y hospitalizaciones complicadas.

Adicionalmente, los avances en el manejo antenatal y la disponibilidad de UCIN han cambiado el pronóstico de los prematuros en los últimos 10 a 15 años de tal manera que más de 85% de los neonatos prematuros extremos sobrevive el parto pretérmino. Esto se traduce en un cambio dramático en las poblaciones de recién nacidos ocupando las camas de UCIN. (21)

La atresia de esófago (AE) es una malformación congénita que se caracteriza por la falta de continuidad de un segmento esofágico y por la frecuencia que asocia una fístula traqueo esofágica (FTE). La incidencia de esta malformación se encuentra alrededor de 1 caso por cada 4.000 recién nacidos vivos y su prevalencia, es de 2,86 casos por cada 10.000 nacidos. (22)

Los resultados de la cirugía para corregir esta malformación han mejorado en el transcurso de los años, con una sobrevivencia del período neonatal superior al 80% en países desarrollados. Existen algunos informes en la literatura que demuestran iguales resultados en países en vía de desarrollo. (23)

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación poco frecuente que afecta a menos de 5 por cada 10.000 recién nacidos vivos. Sin embargo, se trata de una patología que, a pesar de los avances técnicos y diagnósticos en el ámbito pre y perinatal, cuenta todavía con una elevada morbi-mortalidad.

Colombia ha experimentado una transición demográfica importante desde mediados del siglo XX. Para el período 2010–2015 se estimó una tasa bruta de natalidad de 18,9 por 1.000 habitantes y una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer, lo que resulta en una tasa media anual de crecimiento de 1,15%. (24)

Respecto a la mortalidad infantil para el 2011 en Colombia (menores de un año) la tasa de mortalidad fue de 16,4 muertes/1.000 De los cinco millones de niños que mueren cada año en el mundo, 25% de éstas

están relacionadas con la prematuridad y/o el bajo peso al nacer (BPN), factor de riesgo que se asocia a las malformaciones congénitas gastrointestinales.

En Colombia un estudio realizado durante 1997 y 2001, con 73 pacientes con atresia del esófago los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente, demuestra que los pacientes con atresia del esófago presentados en nuestra serie tienen las mismas características descritas en la literatura mundial y que el tratamiento quirúrgico ha tenido un tasa de éxito semejante a la obtenida en otros lugares del mundo, sin lograr demostrar cambios propios de nuestra región que favorezcan la sobrevida o disminuyan la presencia de complicaciones. (25)

En estudios realizados en Colombia no se evidencia específicamente datos estadísticos y epidemiológicos respecto a las hernias diafragmáticas congénitas. Pero cabe resaltar estudios en Colombia sobre desafío clínico y quirúrgico de hernias diafragmáticas. (26)

Hay estudios nacionales que describen la importancia de diagnosticar a tiempo la enterocolitis necrozante ya que es un situación abdominal catastrófica en el recién nacido; es más frecuente en el niño prematuro (90%) y su origen es multifactorial. Entre los factores de riesgo están: la prematuridad, que es el más claramente demostrado; la asfixia al nacer, que genera redistribución vascular y restricción del crecimiento intrauterino. Todos desencadenan un proceso inflamatorio que lleva a la vasoconstricción del lecho visceral y provoca necrosis. El 27 al 50% de los recién nacidos con enterocolitis requieren de manejo quirúrgico. (26)

Existen estudios de enfermería sobre cuidados de enfermería pre y posoperatorio en neonatos con otro tipo de afecciones gastrointestinales, donde presentan una estructura de cuidado pero que no se basa en alguna teoría de enfermería. De igual manera un estudio descriptivo y retrospectivo realizado por enfermeras en Cuba sobre cuidados de enfermería con recién nacidos con tratamiento quirúrgico indicaron que proceder invasivo de enfermería más utilizado fue el cateterismo epicutáneo (86%) y la obstrucción del mismo (45%) fue la. Debido al cuidado específico de los neonatos posoperatorios de cirugía gastrointestinal.

En el último año, el personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal ha manejado 4 casos específicos de recién nacidos en pos operatorio inmediato de cirugía gastrointestinal (un paciente en pop de herniorrafia por hernia diafragmática, un neonato en pop de laparotomía por enterocolitis. Pacientes con características específicas que requieren cuidados individualizados y específicos para su adecuado proceso de cicatrización, evolución favorable y rehabilitación, por lo cual se identifica la necesidad de establecer una guía de cuidado que permita cumplir con estándares de calidad en esta población específica.

El papel de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal para el manejo post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales se ha desarrollado en la medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo, siendo este un cuidado de enfermería específico en el que se debe se haya El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los



cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que ocupe un importante espacio en la neonatología, pero se debe formalizar la formación continua del personal de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal debido a que en la actualidad no existen conceptos unificados para la atención de los recién nacidos en posoperatorio de cirugías gastrointestinales los cuales de ser integrados en una guía de cuidado podrá lograr una atención óptima en los recién nacidos, y así estandarizar las acciones de enfermería.

## **5. MARCO TEORICO**

El referente teórico utilizado en este proyecto es la teoría de mediano de riesgo del "Cuidado informado para el bienestar del otro de la Dra. Kristen Swanson", puesto que considera que la enfermera debe concentrarse en establecer una relación que le permita proporcionar un cuidado biopsicosocial y espiritual que promueva el bienestar del paciente, en el caso de este proyecto, que busque proporcionar un cuidado adecuado para el bienestar del recién nacido.

Kristen M. Swanson, es una teoría de Enfermería, que nació el 13 de Enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975); luego realizó estudios de pos - graduación como Magister y Doctora en Enfermería. Sus trabajos de investigación en el área Materno infantil con abordaje fenomenológico descriptivo dieron origen a la teoría de Los Cuidados. Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas. Luego, enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia. Con respecto a cómo Swanson define las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad. Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva), que se auto-reflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás. Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, per se, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno. (27)

Finalmente, el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que

ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros. Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la (el) enfermera (o), estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a todas las relaciones de cuidado; en donde la (el) enfermera (o) diagnostica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales. Estas categorías son:

**Conocer:** Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la mujer, recién nacido y su familia, cuidar en el programa de lactancia materna, implica evitar suposiciones, centrarse en madres, recién nacidos y su familia, a través de valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos. Esta categoría como un cuidado terapéutico, es forzada por el conocimiento empírico, ético y estético, de las diferentes respuestas que las personas tienen ante los problemas de salud reales o potenciales.

**Mantener las creencias:** Es mantener la fe en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia y superar las barreras que surjan en la transición

hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado del binomio madre e hijo y sus familias en cualquier situación. La (el) enfermera(o) debe definir lo importante y hacia dónde va a dirigir el cuidado durante la lactancia materna.

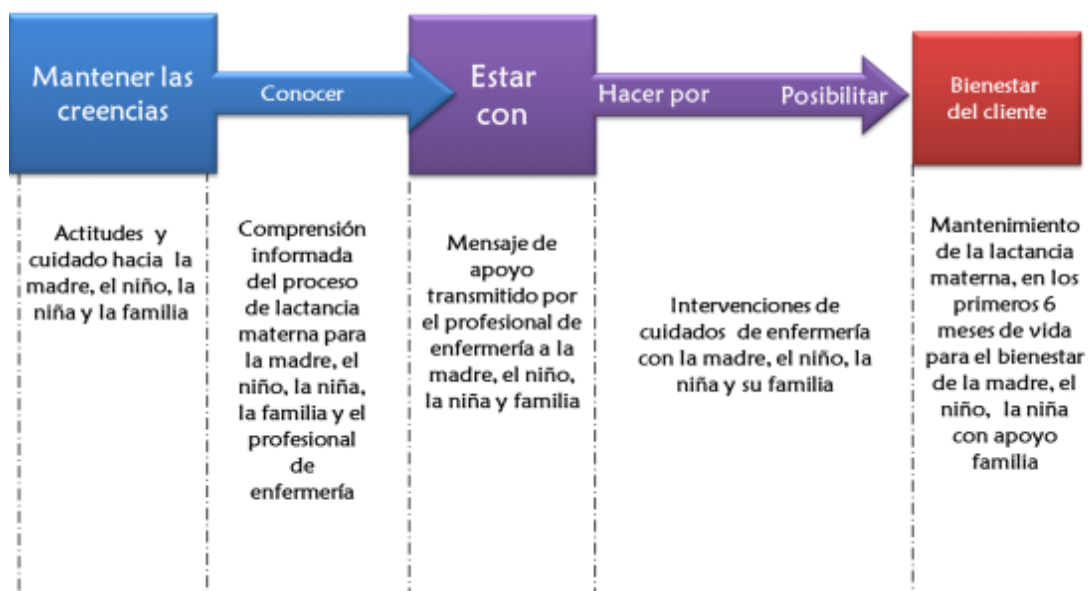
Estar con: Estar emocionalmente presente, en donde se trasmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna. Es el mensaje claro de disponibilidad para ellos y la habilidad de cuidado durante la lactancia materna<sup>49</sup>. Es darle tiempo, presencia auténtica, escuchar atentamente y responder reflexivamente. Es dar todo de sí, y hacer de tal forma que las madres, niños y familiares perciban el compromiso, preocupación y atención personal del profesional de Enfermería. La (lo) enfermera (o) asume responsabilidades con las madres, niños y familias, pero también debe asumir la responsabilidad consigo misma; pues existe una línea fina entre asumir la responsabilidad del otro y asumirlo como propia. Cuando el profesional de enfermería no puede mantener la responsabilidad frente a madres, niños y familiares y lo que le agobia, reduce su propio bienestar, las relaciones interpersonales y profesionales y el desempeño de sus funciones.

Hacer por: Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las

necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar a la madre a ganar autonomía lo más rápido posible.

Posibilitar: Es permitir a la madre el autocuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos no familiares como lo son la lactancia materna acompañada del nuevo rol de madre que debe asumir; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación. Es asegurar el bienestar de la madre y el hijo e hija a largo plazo. (28)

**Figura No. 1 Estructura de cuidado Kristen Swanson**



Fuente: SWASON. M Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of NursingScholarship. Vo 25. Number 4. Winter 1993

## 6. MARCO ETICO

Son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería y que serán aplicados en el presente proyecto de gestión.

**BENEFICENCIA – NO MALEFICENCIA:** Principios con la esencia de asegurar el bienestar máximo de las personas, respetar su autonomía y evitar el daño, ha sido aplicado desde la perspectiva sobre la cual este proyecto busca la preservación del bien del recién nacido posoperatorio de cirugía gastrointestinal como del personal de enfermería; con el fin de “poner los medios que permitan la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo”, sin ocasionarle daño alguno intencional.

Este principio está vinculado a realizar la valoración de riesgos y beneficios para la persona: “la valoración representa una oportunidad y una responsabilidad de acumular información sistemática y global” “la beneficencia requiere que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y que nos preocupemos de la pérdida de beneficios”. (29)

**PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:** “Se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le conciernen. Supone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección”. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que el personal de enfermería asume como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad en el momento de la ejecución del proyecto. (29)

**CONFIDENCIALIDAD:** La confidencialidad está basada en la dignidad del ser humano, hace, y está encaminada a proteger la vida de la persona, al respeto de la libertad individual, y promueve la idea de igualdad. Se trata de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso sólo a las personas autorizadas durante el desarrollo de este proyecto. (29)

**RESPECTO:** El respeto por la autonomía del individuo, que se sustenta esencialmente en el respeto de la capacidad que tienen las personas para su autodeterminación en relación con las determinadas opciones individuales de que disponen, por consiguiente en el desarrollo de este proyecto propende respetar las ideas y sugerencias que beneficien la implementación de la propuesta de cuidado de enfermería. (29)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** es una autorización autónoma para una determinada intervención o para participar en un proyecto de investigación; el consentimiento informado existe si y solo si, un sujeto con suficiente capacidad de comprensión y que no está siendo controlado por otros. Los participantes de este proyecto firmaran de manera voluntaria la autoriza intencional de hacer parte de este grupo. (30)



## **7. MARCO INSTITUCIONAL**

Es una institución prestadora de servicios de salud que nace con el propósito de ofrecer soluciones a la población del Sur Colombiano con estándares de alta calidad, con la mejor tecnología y los mejores especialistas caracterizándose por estar siempre a la vanguardia en servicios de alta complejidad.

El primero de julio del 2004, la Clínica Medilaser S.A da apertura a su sede principal en la ciudad de Neiva con un área de 9.000 metros cuadrados, con modernas instalaciones y servicios médicos de alta complejidad, acompañados de la mejor tecnología y brindando servicios integrales con un excelente equipo humano para toda la región sur del país.

En el mes de Mayo de 2007 la Clínica Medilaser S.A. se convierte en el socio mayoritario de la Clínica Central de Especialistas Ltda., logrando posteriormente su fusión, expandiendo así su capacidad de atención con la inclusión de más de 100 nuevos empleados.

Continuando con su crecimiento, el 23 de julio de 2007, la Clínica Medilaser S.A. abrió su nueva sucursal en Florencia, con un área de 7.000 metros cuadrados y 112 camas, generando 350 empleos directos; convirtiéndose en la única clínica de mediana y alta complejidad en el Caquetá y siendo reconocida como la mejor institución de servicio a la comunidad en ese departamento.

En el año 2008 se obtiene La Clínica Santa Catalina de Tunja, convirtiéndose en Clínica Medilaser Sucursal Tunja ampliando su expansión y cobertura a nivel nacional.

La Clínica Medilaser S.A. es una Institución prestadora de servicios de Salud de mediana y alta complejidad, comprometida en brindar a los usuarios la atención oportuna en la prestación de servicios de salud, buscando satisfacer las expectativas de los usuarios, utilizando metodologías, basadas en la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, con el fin de mejorar continuamente los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo. La Clínica Medilaser tiene como propósito misional la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; fundamentadas en un sólido compromiso de responsabilidad social, orientada a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad. Cada actuación, está inspirada en una filosofía ético – humanista, soportada en la idoneidad, profesionalismo y calidad científica del talento humano que la integra, así como en la investigación; disponiendo de avanzada tecnología y adecuada infraestructura, donde se conjuguen la innovación, la mejora continua y los modernos sistemas de gestión para ofrecer diferenciados servicios ambulatorios y hospitalarios.

La Clínica Medilaser Sucursal Tunja se encuentra ubicada en la Carrera 2 Este No. 67B - 90 / Barrio Suamox, en la Ciudad de Tunja (Boyacá).

Cuenta con los servicios de Urgencias, Consulta externa de medicina especializada, Hospitalización, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y Especializada, Cardiología Invasiva y Hemodinámica, Cirugía

Cardiovascular, Cardiología no invasiva, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Rehabilitación Cardíaca, Laboratorio Clínico Especializado y la Unidad de Cuidado Intensivo.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una unidad asistencial de la Clínica Medilaser Tunja dotada de medios técnicos, tecnológicos y con recursos humanos (médicos, paramédicos) necesarios para la atención y vigilancia continua de pacientes con enfermedades críticas que ponen en peligro la vida y que son potencialmente recuperables, y que requieren la aplicación de medidas de soporte vital, ventilatorio, hemodinámico, metabólico y de apoyo al paciente y sus familiares.

Cuentan con 53 camas con atención permanente de profesionales altamente capacitados y entrenados, equipos de monitorización y soportes necesarios en la atención de pacientes críticos de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, y reciben además, el apoyo completo de las demás Unidades, Servicios y Especialidades de la institución, dando solución a los problemas de salud de alta complejidad con los más altos estándares de calidad.

Nuestras unidades cuentan con sistemas de monitoreo permanente de las funciones vitales de nuestros pacientes, y sistemas de flujo laminar vertical que garantizan un recambio permanente del aire, como parte del sistema de seguridad del paciente y del equipo asistencial, sumado al respaldo obtenido con el desarrollo de nuestro programa de metrología o calibración de equipos biomédicos, único en el Departamento de Boyacá. Todas nuestras unidades están completamente equipadas con ventiladores, monitoria invasiva y no

invasiva, bombas de infusión, marcapasos transitorio, micro perfusión, sistema de terapia renal aguda, y demás equipos biomédicos para garantizar la atención de cada uno de nuestros pacientes.

La Unidad de Cuidados Intensivos está conformada por:

**Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular - UCI CV**

**Unidad de Cuidado Intensivo Adulto Medico quirúrgica - UCI A**

**Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal - UCI N**

La unidad de Cuidado Intensivo Neonatal se encuentra ubicada en el cuarto piso, ala sur y cuenta con:

- 18 camas tipo incubadora para la atención de Neonatos en Cuidado Intensivo e Intermedio. Posee 1 cubículo con 3 camas destinadas al manejo de pacientes con patologías que requieren aislamiento.
- 12 camas tipo cuna para la atención de Neonatos en cuidado Básico.
- Paneles y columnas multifuncionales, con suministro permanente de electricidad, gases medicinales, sistemas de vacío, y sistemas de emergencia.
- Sistemas de monitoreo de última generación para valoración electrocardiográfica, pulsoximetría, frecuencia cardiaca y respiratoria, y aporte de Oxígeno.
- Equipos de reanimación de última tecnología.

Se encuentra perfectamente e integralmente equipada, para atender en forma óptima a cualquier paciente Neonato pretérmino y/o a término,

con patologías médicas o quirúrgicas, apoyada por un grupo interdisciplinario liderado por Médicos Especialistas en las áreas de Neonatología y Pediatría y acompañamiento de personal médico y paramédico las 24 horas del día.

Este servicios se constituye en la única UCI Neonatal en el Departamento de Boyacá con disponibilidad de Médico Especialista en Pediatría y Sub - especialista en Neonatología, recurso altamente calificado para el óptimo manejo de patologías específicas del Neonato. Igualmente es la única UCI Neonatal que cuenta con Sistema de Ventilación de Alta Frecuencia, manejo de elección en enfermedades donde predominan las atelectasias y compliance pulmonar disminuida. (Medilaser, 2014). (31)

Caracterización del personal de enfermería que labora en la UCI Neonatal:

**Enfermeras:**

<b>EDAD</b>	<b>FORMACION</b>	<b>TIEMPO DE EXPERIENCIA EN UCI NEONATAL</b>
39	Enfermera	8 años
38	Enfermera. Esp. Cuidado Crítico Pediátrico	8 años
24	Enfermera	2 años
35	Enfermera. Esp. Gerencia Hospitalaria. Candidata a Esp. Cuidado Crítico Neonatal	8 años

**Auxiliares de Enfermería:**

<b>EDAD</b>	<b>FORMACION</b>	<b>TIEMPO DE EXPERIENCIA EN UCI NEONATAL</b>
40	Auxiliar de enfermería	10 años
40	Auxiliar de enfermería	10 años
33	Auxiliar de enfermería	5 años
31	Auxiliar de enfermería	4 años
35	Auxiliar de enfermería	6 años
35	Auxiliar de enfermería	4 años
23	Auxiliar de enfermería. Diplomado en Cuidado Neonatal	2 años
27	Auxiliar de enfermería	6 meses
28	Auxiliar de enfermería	6 meses
28	Auxiliar de enfermería	1 año
24	Auxiliar de enfermería	2 años
29	Auxiliar de enfermería	4 años
34	Auxiliar de enfermería	1 año
35	Auxiliar de enfermería	4 años
30	Auxiliar de enfermería	4 años
28	Auxiliar de enfermería	1 año
29	Auxiliar de enfermería	1 año

## **8. MARCO METODOLOGICO**

El marco lógico (matriz lógica) es una herramienta para planificar, monitorear y evaluar proyectos en el contexto más amplio de programas, iniciativas nacionales o internacionales. Elaborado originalmente por el Departamento de Defensa de los EE.UU., el enfoque de marco lógico fue adoptado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los EE.UU. (AID) a finales de los años 60. Desde entonces, ha sido también adoptado y desarrollado más a fondo por la Administración de Desarrollo de Ultramar (ODA) en el Reino Unido, por el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), por la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) en Alemania, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y muchas otras agencias para el desarrollo. Actualmente, varias agencias usan modelos de planificación participativa y procedimientos de evaluación basados en el marco lógico. (32)

### **UTILIDAD**

El marco lógico se usa para diseñar proyectos y programas, para verificar su progreso y para comprobar si se están alcanzando los objetivos. Es particularmente útil para la planificación de las actividades, recursos e insumos que se requieren para alcanzar los objetivos del proyecto. También es útil para establecer las actividades de monitoreo y evaluación (MyE) del mismo.

El marco lógico puede parecer muy sencillo, pero su uso requiere que se entiendan algunos conceptos básicos. Como es el caso con todos los marcos de planificación y evaluación, el marco lógico no se debe aplicar mecánicamente – los ejecutores de proyectos deben aprender a aprovechar los beneficios de esta metodología.

El marco lógico es útil para la planificación participativa y para la revisión de un proyecto, involucrando a los equipos de trabajo así como a posibles beneficiarios y otras partes interesadas. Una ventaja del marco lógico es que puede usarse como base para otras técnicas de planificación, monitoreo y evaluación; como análisis de la relación de costo-beneficio, listas de control o revisiones externas.

La elaboración de la propuesta de cuidado para el bienestar del recién nacido posoperatorio de cirugía gastrointestinal, cuyo principal propósito es educar al personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo neonatal de Medilaser, estará bajo esta metodología.

En la fase de evaluación se corrobora la efectividad de las actividades ejecutadas en cuanto a la elaboración de un producto final basado en los conocimientos de las experiencias vividas, soportado en bases científicas y en la teoría de K. Swanson.



## 8.1 MATRIZ DEL MARCO LOGICO

FACTORES CLAVES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Los recién nacidos en POP de cirugía de corrección de patologías Gastrointestinales hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos recibirán cuidados de enfermería orientados a su bienestar.</p>	<p>No. De recién nacidos en POP de cirugía de corrección de patologías Gastrointestinales hospitalizados en la UCIN que reciben cuidados orientados a su <u>bienestar x 100.</u></p> <p>Total de recién nacidos hospitalizados en la UCI</p>	<p>Durante la aplicación de cuidados de enfermería se evidenciará mayor grado de bienestar en los RN de la UCIN en posoperatorio de cirugías gastrointestinales.</p> <p>Evolución clínica.</p>	<p>Evolución del estado de salud de los recién nacidos hospitalizados en la UCI</p>

**Tabla 1: matriz marco lógico: FIN**

FACTORES CLAVES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>PROPOSITO</b> El personal de enfermería brindará cuidado para el bienestar aplicando la propuesta de cuidado a los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo Neonatal</p>	<p>No. de personal de enfermería que ofrece cuidado para el bienestar aplicando la propuesta de cuidado a los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal</p> <hr/> <p>Total de personal de enfermería que labora en la UCIN</p>	<p>Lista de chequeo de la propuesta de cuidado orientada al cuidado de recién nacidos en POP de cirugía de corrección gastrointestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad del personal de enfermería para ofrecer cuidado para el bienestar aplicando la propuesta de cuidado a los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal</li> <li>• Disposición de las enfermeras para ofrecer cuidado para el bienestar de los recién nacidos hospitalizados en la UCI N</li> </ul>

**Tabla 2: Matriz marco lógico: PROPÓSITO**

FACTORES CLAVES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Proporcionar al personal de enfermería una propuesta de cuidado para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.</p>	<p>No. de personal de enfermería capacitado para desarrollar una propuesta de cuidado para el bienestar los recién nacidos</p> <hr/> <p>Total de personal de enfermería que labora en la UCIN</p>	<p>Encuesta de satisfacción al personal de enfermería sobre el desarrollo de la propuesta de cuidado y su participación en el cuidado para el bienestar los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo Neonatal.</p>	<p>Interés del personal de enfermería en la aplicación de la propuesta de cuidado.</p> <p>Motivación del personal de enfermería para participar en la capacitación, lo cual favorecerá la ejecución del proyecto.</p>

**Tabla 3: Matriz marco lógico: OBJETIVO GENERAL**

## 9. PLAN DE ACCION

**OBJETIVO 1:** Reconocer oportunamente los factores de riesgo, la condición física y las complicaciones de los recién nacidos en postoperatorio de corrección de patologías gastrointestinales en la UCI neonatal (CONOCER).

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Narrativa de una situación de la práctica relacionada con el cuidado de los recién nacidos en POP de corrección de patologías GI</p> <p>Análisis de la narrativa por parte del personal de enfermería que labora en la UCIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recurso humano: Responsables del proyecto Personal de enfermería que labora en la UCIN</li> <li>Recursos Materiales: Fotocopias de la situación Hojas de papel Marcadores Esferos video beam computador</li> <li>Recurso Físico: Sala de conferencias de la clínica Medilaser de Tunja</li> </ul>	<p>Nº de personal de enfermería que labora en la UCIN que participaron en el análisis de la narrativa</p> <hr/> <p>total personal de enfermería que labora en la UCIN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo de narrativa</li> <li>Listado de asistencia</li> <li>Registro de análisis realizado por el personal de enfermería</li> <li>Análisis de la participación y aportes de cada uno de los participantes durante la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición del personal de enfermería para participar en la actividad</li> <li>Actitud del personal de enfermería frente a la actividad</li> </ul>

Tabla 4: Plan operativo: Objetivo 1

**OBJETIVO 2:** Proponer intervenciones adecuadas y oportunas relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar continuo (ESTAR CON).

**OBJETIVO 3:** Reconocer la importancia identificar y satisfacer oportunamente las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales (HACER POR).

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Experiencia vivencial " juego de roles "	<p>El número personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser que participan en el juego de roles</p> <hr/> <p>Total de personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser.</p>	<p>Recurso humano :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables del proyecto</li> <li>• Personal de enfermería que labora en la UCIN</li> </ul> <p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salón de conferencias de la Clínica Medilaser de Tunja</li> <li>• Sillas</li> <li>• video beam</li> <li>• Cámara de video.</li> <li>• Materiales para la representación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Lista de asistencia</li> <li>*Lista de chequeo sobre cuidados de enfermería para de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar como producto de la actividad</li> </ul>	<p>.Disposición del personal de enfermería para participar en la actividad</p> <p>Disponibilidad del espacio</p> <p>Creatividad del personal de enfermería para desarrollar la actividad vivencial</p>

Tabla 5: Plan operativo: Objetivo 2 y 3

**OBJETIVO 4:** Reconocer la importancia que tiene para enfermería identificar las capacidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para superar su situación crítica y promover su bienestar (MANTENER LAS CREENCIAS).

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Espacio de reflexión: conocimientos, experiencias, vivencias durante la práctica del personal de enfermería que ofrece cuidado a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales</p>	<p>El número personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser que participan en el juego de roles</p> <hr/> <p>Total de personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser .</p>	<p>Recurso humano :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables del proyecto</li> <li>• Personal de enfermería que labora en la UCIN</li> </ul> <p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tablero</li> <li>• marcadores</li> <li>• hojas de papel</li> <li>• esferos</li> <li>• sillas</li> </ul> <p>Recurso Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de conferencias de la clínica Medilaser de Tunja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de asistencia</li> <li>• Registro de ideas tomadas de la actividad</li> <li>• Análisis de la participación y aportes de cada uno de los participantes durante la actividad</li> <li>• Registro fotográfico de la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición del personal de enfermería para participar en la actividad</li> <li>• Aporte de experiencias del personal de enfermería para desarrollar la actividad vivencial</li> </ul>

Tabla 6: Plan operativo: Objetivo 4

**OBJETIVO 5:** Unificar el cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales a través de una propuesta de cuidado (PERMITIR).

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Construcción conjunta del grupo de enfermería de una propuesta de cuidado para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales fundamentada en la teoría de Kristen Swanson.</p> <p>Lluvia de ideas Presentación: Orientación sobre Cuidados específicos</p>	<p>El número personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser que participan en el juego de roles</p> <hr/> <p>Total de personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser .</p>	<p>Recurso humano :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables del proyecto</li> <li>• Personal de enfermería que labora en la UCIN</li> </ul> <p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salón, Sillas,</li> <li>• Marcadores</li> <li>• Video beam</li> </ul>	<p>*Lista de asistencia a la actividad.</p> <p>*Propuesta de cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar</p>	<p>Disposición del personal de enfermería para participar en la actividad</p> <p>Disponibilidad del espacio</p>

Tabla 7: Plan operativo: Objetivo 5







## 11. PRESUPUESTO

Descripción	UNIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL	TOTAL
<b>RECURSO HUMANO</b>				
Asesor de Trabajo de Gestión	1	500.000	500.000	<b>\$2.300.000</b>
Ejecutoras Proyecto	3	600.000	1800.000	
<b>INSUMOS</b>				
Fotocopias (hojas)	40	100	4000	<b>\$114.000</b>
Resma de papel	1	10.000	10.000	
Internet	0	0	100000	
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>				
Esferos	10	1000	10000	<b>\$169.700</b>
Marcador borrable	2	2000	4000	
Marcador permanente	10	1500	15000	
Borrador	1	1500	1500	
Tinta de impresora (negra)	2	25000	50000	
CD	4	1000	4000	
Toca	1	25000	25000	
Bata	1	30000	30000	
Tapabocas	10	500	5000	
Muñeco	1	20000	20.000	
Jeringas	3	400	1200	
Sonda levin	1	4000	4000	
<b>RECURSO LOCATIVO</b>				
transporte			150000	<b>\$400.000</b>
viáticos			150000	
refrigerios			100000	
<b>VALOR TOTAL</b>				<b>\$2.983.000</b>

## **12. DESARROLLO PLAN DE ACCIÓN**

### **ACTIVIDAD 1: ANALISIS DE NARRATIVAS DE ENFERMERIA**

**OBJETIVO 1:** Reconocer oportunamente los factores de riesgo, la condición física y las complicaciones de los recién nacidos en postoperatorio de corrección de patologías gastrointestinales en la UCI neonatal (CONOCER).

#### **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Se reunió al personal de enfermería y se les explicó que se les va a integrar una narrativa donde hay una situación real de la práctica, la cual deben leer y analizar a luz de las preguntas orientadoras.

Posteriormente se abrirá una discusión alrededor de las respuestas y luego se llegará a un consenso sobre el tema propuesto.

El número total de participantes: 14 personas, 2 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, se les explicó el objetivo de la actividad.

El grupo se dividió en dos enumerándolos en grupo No 1 y grupo No 2, a cada grupo se le entregó una narrativa diferente, se les explicó sobre el contenido y el objetivo deseado con ello, se enfatizó sobre las preguntas orientadoras que guiarían el análisis y la discusión. Se dio un tiempo de 20 minutos para que leyeran la narrativa y 10 minutos para analizar y responder las preguntas orientadoras. En cada grupo se

nombró un participante que lideró el grupo y realizó el relato y sustentación del análisis y las conclusiones obtenidas en cada narrativa.

**Grupo No 1: Narrativa sobre atresia de esófago:**

Durante la jornada de turno se recibe una llamada de referencia quien presentan paciente: femenino de 2 semanas de vida, peso de nacimiento: 2300Kg, 38 SEG hijo de madre diabética, STORH negativo, ecografías: poli hidramnios.

Al intento de paso de sonda oro gástrico se encuentra dificultad.

Realizan placa de tórax encuentra atresia de esófago sin fistula, Paciente remitido por no disponibilidad de cirugía.

Durante la entrega de turno en horas de la noche paciente llega al servicio, auxiliares de turno lo reciben mientras enfermeras terminan entrega de turno, colocan al niño en una incubadora abierta, monitorizan y dejan ahí para continuar escuchando la entrega de turno, mientras los padres son atendidos por el médico quien les dice que esperen afuera, unas de las enfermeras observa a los padres se acerca hacia la puerta ve a los padres y tan solo cierra la puerta y vuelve a la entrega de turno.

El paciente es valorado por especialista quien indica preparación preoperatoria del neonato, se dirige a los padres y les explica el procedimiento sobre el estado general del neonato, y les dice que en el primer piso se encuentra una capilla que si desean se acerquen allá.

Al siguiente día muy temprano paciente es llevado a procedimiento y en horas de la tarde paciente reingresa a la UCIN, durante el recibo del paciente enfermera solicita a la auxiliar prepara equipo para succión de paciente, quien se encuentra asistencia respiratoria mecánica. Durante la aspiración se obtiene secreciones abundantes con tapones

sanguinolentos, complicando limpieza eficaz de la vía aérea, se instila SSN 0.9%, de esta manera se logró ablandar las secreciones. la auxiliar de enfermería encargada del paciente observa que el ventilador mecánico se encuentra humidificación, pero simplemente siguió realizando sus cosas y no le dio importancia a lo encontrado.

Dentro de cuidados extras que la enfermera realizo fue colocar al paciente en decúbito dorsal con la cabeza en la línea media en un ángulo de 30° evitando en todo momento hiperextender el cuello. Pero antes seda al paciente. y aprovecha para pesar al paciente.

**Los aportes respecto a las preguntas planteadas en la narrativa fueron:**

- ¿Cuáles son los principales cuidados para este paciente?

“Tener presente los cuidados del paciente antes del procedimiento, garantizar una adecuada prevención y atención oportuna ante cualquier eventualidad”

Actividades: “monitorizar los signos vitales del paciente, unir todas las actividades terapéuticas en un solo manejo como canalizar vía periférica, laboratorios, toma de radiografías, ofrecer al paciente la mejor ayuda tanto a nivel profesional como terapéutico como priorizar cuidados postoperatorios: brindar al paciente comodidad, evitar dolor, mínima manipulación: evitar manejo innecesaria del paciente y comunicación con todo el personal de enfermería para y trabajar en equipo”.

- ¿Qué errores identificó en la narrativa?

“abandonar al paciente, no disponer de una incubadora cerrada para prevención de infecciones, No prestar atención a las inquietudes de los padres, no realizar trabajo en equipo”

- ¿Qué complicaciones presentó el recién nacido?

“Taponamiento de tubo”

- ¿Qué otras complicaciones podría presentar?

“hipotensión, sangrado, edema”

- ¿Cómo evitaría las complicaciones?

“manejo integral del paciente, en cuanto revisar al paciente céfalo caudal y hacer a la familia parte de su recuperación, antes, durante y después teniendo en cuenta todos los cuidados de la patología”.

## **Grupo No. 2 Narrativa: Enterocolitis Necrozante**

Capital, nació en el centro de salud un bebe de sexo masculino, en el momento tiene 23 días de vida, cuando nació pesó 2000 gr, y se estimó que tenía 35 semanas, nació sano y vigoroso. Quien vive con su madre que es una joven de 20 años, siendo su primer bebe.

La madre asistió juiciosa a todos los controles prenatales a penas se dio cuenta de su embarazo y durante su gestación todo estuvo dentro de los parámetros normales, ella cuida y ama intensamente a su bebe porque se siente acompañada por un ser hermoso ya que es madre soltera y vive en la casa materna.

Sin embargo durante la lactancia y a medida que pasaba el tiempo observó que el bebé estaba con el abdomen duro, no comía como al principio, y ahora estaba vomitando la leche materna, lo observa cada vez más decaído y pálido. Cuando cambió el pañal observó que tenía pintas de sangre lo que se alarmó en gran manera!!! Por lo cual viaja hasta la capital, a la Clínica para que lo valore un doctor, porque siente que su bebé está enfermo. Viajó sola, mientras la madre se quedó cuidando la casa y pidiéndole a Dios por la salud del bebé, son una familia religiosa.

Cuando la madre llega a la clínica es valorado por el médico de turno quien al escuchar la descripción de la madre, en conjunto con la valoración y examen físico de neonato diagnostica Enterocolitis Necrotizante Grado I y ordena interconsulta a Cirugía Pediátrica y trasladarlo a UCIN.

La enfermera del servicio canaliza rápidamente una vena periférica e instala líquidos, posteriormente lee las órdenes médicas: nada vía oral, toma de cuadro hemático, Proteína C Reactiva y hemocultivos. Cumple las indicaciones antes mencionadas. La enfermera punciona nuevamente al neonato y toma las muestras; de laboratorio llaman al servicio porque no alcanzó para realizar la glicemia central y nuevamente la Enfermera tiene que puncionar al paciente. Cinco horas después del ingreso colocan la Sonda orogástrica (SOG), porque no estaba evidente en las ordenes médicas aunque el neonato presentaba distensión abdominal.

Al tercer día de hospitalización en la entrega de turno se observa al paciente somnoliento, adinámico, como de costumbre todos los catéteres y sondas son revisado y una auxiliar de enfermería cae en cuenta y le dice a la enfermera del servicio que la SOG ya tiene 3 días y que requiere cambio y ella decide hacerlo después del baño porque para ella es más cómodo hacerlo de así y empezar las actividades del día.

Cuando a las 2 horas después lee las indicaciones médicas observa una orden de toma de glicemia y procede a tomarla, después el Dr. Le solicita el favor de tomar laboratorios de control. A la media hora

después de este procedimiento llega el radiólogo y procede a tomar una radiografía de abdomen.

Posterior a resultados de laboratorio y radiológicos, el médico tratante indica iniciar antibiótico de primera línea, la enfermera de servicio solicita equipo para canalizar al neonato, por el cambio equipos en general, en horas de la tarde auxiliar de enfermería recuerda realizar el cambio de SNG y procede a hacerlo.

El neonato al día siguiente persiste con deterioro hemodinámico dado por hipotensión e hipo perfusión asociada a falla respiratoria, requiriendo soporte inotrópico y ventilatorio, se solicita nuevas muestras de laboratorio: CH, tiempos, gases, presenta acidosis metabólica, trombocitopenia y alteración de pruebas de coagulación. Diagnóstico: ECN estadio III.

Durante los 3 días anteriores la joven madre estuvo visitando al bebe, se quedaba al pie de la incubadora y nadie le ofrecía información entendible de la situación de su bebé, hasta ese día cuando el neonato se deterioró la enfermera le dijo que el niño se puso malito y la madre empezó a llorar y llorar, sin embargo salió de la sala y empezó a orar pidiendo por la salud de su hijo, de esto se dio cuenta otra mamá quien le cuenta a la enfermera jefe del servicio.

La enfermera después de saber que la madre del bebé estaba muy triste se acercó a ella, la miró con ternura y le tomó de la mano y le dijo que le pidiera a Dios por la salud del bebé.

Por indicación médica se decide rotar antibiótico, la auxiliar de enfermería observa el acceso venoso de paciente con una importante flebitis, informa a enfermera de servicio quien decide canalizar nuevo



acceso venoso, paciente ya conocido por ser de difícil acceso venoso, realiza cuatro intentos fallidos, solicita ayuda a otra profesional de enfermería quien realiza tres intentos más que resultan fallidos, informan a médico encargado quien indica paso de catéter epicutáneo, se realizan dos intentos de paso sin éxito. Se consulta nuevamente con el médico tratante se decide realizar paso de catéter central, procedimiento exitoso.

### **Análisis de la narrativa:**

- ¿En qué falló el personal de enfermería?

“múltiples manipulaciones del paciente en diferentes situaciones como toma de laboratorios, canalizar vía periférica, laboratorios, toma de radiografía y falta de trabajo en equipo”.

- ¿Porque cree que el recién nacido se complicó?

“por múltiples acciones como incumplimiento oportuno en ordenes médicas y atención directa al paciente, ausencia de acompañamiento al familiar, falta de comunicación y trabajo en equipo”.

- ¿Que se hubiera podido hacer para evitarlo?

“brindar una atención pronta y oportuna al paciente anticipar cuidado preventivo al paciente: vigilar signos vitales, tolerancia a la vía oral, signos de dificultad respiratoria, toma de perímetro abdominal y actuar eficazmente ante cada signo clínico que se está mostrando.”

- ¿Qué plan de cuidados de enfermería usted. propondría, según el caso expuesto?

“realización de procedimientos de enfermería como toma de muestras de laboratorio, baño de paciente, canalizar , acceso venoso, entre otros en conjunto; tener una comunicación efectiva y asertiva con el grupo de trabajo para realizar un solo cuidado a la vez”.

Por último después del análisis y respuesta a cada pregunta se solicitó a cada grupo llegara a un consenso sobre de las actividades de enfermería necesarias para prestar atención de calidad y oportuna al paciente, llegando los dos grupo con la misma conclusión.

Garantizar al paciente cuidados directos oportunos y efectivos por ejemplo una vía aérea permeable, apoyándose de una mínima manipulación y un trabajo en equipo, teniendo en cuenta la solidaridad, las capacidades de cada integrante de enfermería, comunicación asertiva y enfocado en un manejo integral del recién nacido enfocado en su pronta mejoría.

También hubo énfasis en el actuar ante los padres:

Hacerle acompañamiento sobre el proceso de hospitalización de su hijo, aclarar dudas, permitir que haya refugio si ellos lo desean en Dios.

Todo el personal de enfermería tuvo claridad en el objetivo que se deseaba obtener, hubo identificación clara de los errores y de la intervenciones necesarias para mejorar la calidad de atención al recién nacido.

### **Indicador**

Nº de personal de enfermería que labora en la UCIN que participaron en el análisis de la narrativa

---

Total de personal de enfermería que labora en la UCIN

El cumplimiento de asistencia fue de un 70%.

Nota: Durante el desarrollo de la actividad 4 auxiliares de enfermería se encontraba en turno dificultando su participación en la actividad, una enfermera se encontraba en vacaciones y se encontraba fuera de la

ciudad y otra de las enfermeras que hacen parte del grupo es gestora del trabajo de grado.

## **Actividad 2: EXPERIENCIA VIVENCIAL "Juego de Roles"**

**OBJETIVO 2:** Proponer intervenciones adecuadas y oportunas relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar continuo (ESTAR CON).

**OBJETIVO 3:** Reconocer la importancia identificar y satisfacer oportunamente las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales (HACER POR).

### **EXPERIENCIA VIVENCIAL (Juego de Roles)**

La idea central es realizar acciones de cuidado inadecuadas al cometer la mayor cantidad de errores al recibir el recién nacido en la UCIN, proveniente de Salas de cirugía en post operatorio inmediato de corrección de atresia esofágica en cirugía Focker de dos tiempos (primer tiempo), con el fin de generar en los asistentes al taller inquietudes que redunden en propuestas de cuidado adecuadas que contrarresten los errores cometidos y promuevan el bienestar del recién nacido y sus padres

Situación: Recién nacido que llega proveniente de salas de cirugía en POP inmediato de corrección de atresia esofágica (primer tiempo) viene acompañado por cirujano y anestesiólogo.

Enfermera: Se encuentra muy ocupada en el servicio, recibe el recién nacido de afán, no pone atención a las recomendaciones del cirujano, además no posiciona bien al recién nacido, deja los goteos de sedación relajación apenas encendidos, sin pasar a la dosis correcta, el recién nacido se empieza a mover, los hilos que vienen del esófago se sueltan. La enfermera no tiene en cuenta la presencia de los padres y no les proporciona ninguna información no toma tiempo para dar informe a la familia.

Auxiliar de enfermería: viene de atender a otro RN, no se lava las manos, intenta posicionar sola al recién nacido, el recién nacido se le resbala y queda con el cuello ligeramente hiperextendido, se desplaza el TOT, el tubo a tórax queda tirante, realiza toma de tensión arterial, a los pocos minutos vuelve a manipular al recién nacido para tomar temperatura, luego vuelve a manipularlo con la Enfermera para tomar muestras de laboratorio. Tampoco atiende a los padres, les dice que están muy ocupados que vuelvan después, pero olvida informar a la enfermera o al médico de turno.

Padres: Están ansiosos, porque no saben cómo está su hijo, piden información a la enfermera, a la auxiliar de enfermería pero no encuentran respuesta, la madre se indispone y discute con la enfermera para que le preste atención. Los padres se retiran del cubículo donde se encuentra su hija, comienzan a rezar y la encomiendan a Dios para que se recupere pronto y se la puedan llevar a la casa.

#### Planteamiento de la discusión:

- Que piensa sobre el cuidado que recibió este recién nacido a la UCIN? Identificar las fallas encontradas por parte de cada uno de los actores

- Considera que fue adecuado. Justifíquelo
- Promover entre los participantes de acuerdo a la experiencia y a los conocimientos un dialogo de saberes.
- Realizar una lluvia de ideas en cuanto a las acciones correctas de parte del grupo de enfermería
- Establecer un plan de cuidado con intervenciones adecuadas para el RN y su familia en el momento del POP de Cx GI. Y relacionarlo con el modelo de Cuidado de Swanson.
- Determine cómo puede aplicar los procesos de cuidado de Swanson en el ítem ESTAR CON

## **DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD**

Se indicó que la actividad era un juego de roles, por lo tanto requería de participantes voluntarios, los cuales fueron:

<b>Personal</b>	<b>Rol</b>
Auxiliar de Enfermería:	Auxiliar de enfermería
Auxiliar de Enfermería	Enfermera de turno
Auxiliar de Enfermería	Cirujano Pediatra
Enfermera	Madre
Auxiliar de Enfermería	Padre

Se reunió a los participantes aparte para dar las indicaciones de la actividad y distribuir los roles y las acciones específicas del juego de roles.

Empieza la función. Llega paciente de sala de cirugía intubado, monitorizado a la unidad de cuidado intensivo neonatal, el cual es presentado a la Enfermera del servicio y al médico, presentan datos

relevantes de la cirugía, los líquidos de base, sedación entre otros aspectos.

Dentro de la unidad está la enfermera que por no tener las indicaciones claras del aporte hídrico y de sedación comienza a suponer la cantidad que se debe infundir. Y no trabaja en equipo para dar un cuidado específico al neonato pop de corrección de atresia esofágica, quien tiene los hilos de tracción en la espalda, según la técnica de Foker.

La Enfermera del servicio no está muy enterada de la situación y delega a la auxiliar de enfermería funciones específicas de un profesional.

Inmediatamente los padres ansiosos por no saber del estado del recién nacido solicitan información y no les proporcionan la información sino que la auxiliar les responde de manera indiferente que en el momento no pueden hacerlo porque están muy ocupados, los padres insistieron en varias oportunidades hasta que explotaron y exigieron información, hubo una confrontación entre el personal de salud y los padres.

Posteriormente la enfermera le dice a los padres que mejor hagan oración porque la situación es crítica y en el momento no sabe que decirle y se marchan.

En un momento determinado la auxiliar de enfermería, no conserva las normas de bioseguridad, no se lava las manos, no verifica las indicaciones médicas o de enfermería, y al no estar en la entrega del paciente no sabe que el neonato es un pop de atresia esofágica con técnica de Foker de 2 tiempos por lo cual tiene los hilos de tracción y con un movimiento brusco que proporciona la auxiliar de enfermería al paciente quedan en su mano de manera accidental...

**TIEMPO DE EJECUCIÓN: 20 MIN.**

## **ANÁLISIS DEL PLANTEAMIENTO DE LA DISCUSIÓN**

- Que piensa sobre el cuidado que recibió este recién nacido a la UCIN? Identificar las fallas encontradas por parte de cada uno de los actores.
  
- ✓ CUIDADO GENERAL: todos coincidieron en que el cuidado y manejo médico no fue eficiente u oportuno. No hubo trabajo en equipo.
- ✓ MEDICO: Nos prestó la debida atención a los especialistas sobre las indicaciones y no trabajó en grupo dando a conocer las órdenes médicas especiales.
- ✓ ENFERMERA: Delegó funciones inherentes a su profesión. No tenía clara las indicaciones médicas. No impartió información a los padres, hubo discusión y no conciliación. No estuvo presente en el cuidado directo de acondicionamiento del paciente, el tubo estaba tirante, el TOT estaba desplazado y no realizó ningún acto para corregirlo.
- ✓ AUXILIAR DE ENFERMERÍA: No tenía información adecuada del paciente y no preguntó cuál era manejo específico del paciente y su diagnóstico.
- ✓ PADRES: se sintieron desplazados, sin información del estado de salud de su bebé.

### **• CONSIDERA QUE FUE ADECUADO. JUSTIFÍQUELO**

No. No fue adecuado el procedimiento integral dado al paciente pop de corrección de atresia de esófago, hubo muchas falencias de comunicación, organización, trabajo en equipo, manejo médico, en los

cuidados de enfermería, en la delegación de funciones, información interna y externa.

- Promover entre los participantes de acuerdo a la experiencia y a los conocimientos un dialogo de saberes.

Se promovió entre los participantes la reflexión basada en la historia, sobre el quehacer diario con base a los conocimientos e integrándolos con la teoría de K. Swanson.

- ✓ Trabajo en equipo en el recibo y/o entrega del paciente en la UCIN (Permitir)
  - ✓ Preparación con anterioridad de la unidad (Hacer por)
  - ✓ Conocer sobre la patología y manejo de los foker (conocer)
  - ✓ Realizar cálculos control de líquidos administrados y eliminados (conocer)
  - ✓ Manejo de sedación (conocer)
  - ✓ Conocer sobre los valores y rangos de la VM (conocer)
  - ✓ Permitir el diálogo con los padres y dar información sobre los cuidados del neonato (permitir)
- Se promovió una lluvia de ideas entre los participantes donde expusieron sus puntos de vista con respecto a la escena.
    - ✓ Hubo dudas en las indicaciones médicas.
    - ✓ Actitud inadecuada frente a los padres
    - ✓ Negligencia por parte del equipo de trabajo
    - ✓ No hubo preparación para la recepción del paciente
    - ✓ No hubo delegación de funciones dentro del equipo de trabajo.



- **Realizar una lluvia de ideas en cuanto a las acciones correctas de parte del grupo de enfermería:**
  - Hubo recibo y entrega directa del paciente de parte del cirujano al médico de la UCIN
  - Se realizó nuevamente la fijación del tubo
  - Al final la enfermera se acercó a los padres para decirles que hicieran oración, que existía una capilla dentro de la clínica.
  
- **Establecer una propuesta de cuidado con intervenciones adecuadas para el RN y su familia en el momento del POP de Cirugía gastrointestinal Y relacionarlo con el modelo de cuidado de Swanson.**

<b>CUIDADO DE ENFERMERÍA</b>	<b>CLASIFICACIÓN SEGÚN CATEGORÍAS DE KRISTEN SWANSON</b>
Trabajo en equipo	Permitir –estar con
Información oportuna a los padres al ingreso del recién nacido a la UCIN	Posibilitar
Preparar la unidad para recibir al recién nacido. Realizar coincidentemente la limpieza de la unidad y probar todo el equipo necesario	Conocer- hacer por
Recibir el relevo del equipo quirúrgico: Cirujano, Anestesiólogo, Auxiliar de Enfermería	Conocer
Verificar los signos vitales	Conocer – Hacer por
Mantener la estabilidad térmica	Conocer – posibilitar – hacer

	por
Verificar la cantidad de orina emitida	Conocer – estar con
Administrar los analgésicos y sedantes prescritos	Conocer - Hacer por
Efectuar balance hídrico riguroso	Conocer – hacer por
Iniciar la nutrición parenteral, enteral u oral de acuerdo con la orden médica	Conocer
Verificar la glicemia periférica a la llegada y cuando sea necesario; notificar al médico si el nivel fuese < 40 mg/ml ó > 180 mg/ml	Conocer – hacer por
Recoger las muestras de sangre para gasometría	Conocer –
Observar si hay signos de infección sistémica o de la incisión quirúrgica	Conocer – hacer por
Monitorizar el patrón respiratorio	Conocer – estar con
Observar el sitio de la infusión intravenosa y el goteo	Conocer – estar con
Permitir que los padres visiten al neonato todas las veces que sean posibles.	Posibilitar – mantener las creencias
Cambiar el apósito quirúrgico si es necesario	Hacer por

**Tabla 8: Cuidados de enfermería.**

**Determine cómo puede aplicar los procesos de cuidado de Swanson en el ítem estar con:**

- Permitir la expresión de los sentimientos a los padres durante el periodo de información.

- Brindar un abrazo, una palmadita en el hombro, palabras de ánimo y confianza en Dios, durante un momento crítico.
- Responder clara y sencillamente las preguntas que los padres hacen sobre el estado de salud del recién nacido.
- Demostrar nuestra responsabilidad por el bienestar del recién nacido durante la estancia en la unidad.
- Mantener el respeto interpersonal con los familiares y padres del recién nacido.

## **CONCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD**

**OBJETIVO 2:** Proponer intervenciones adecuadas y oportunas relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar continuo (ESTAR CON).

Se cumplió el objetivo gracias a los participantes del juego de roles, ya que el auditorio reconoció y expresó los cuidados e intervenciones de enfermería oportunos, teniendo en cuenta los aspectos actitudinales y aptitudinales para la ejecución de los mismos con el fin de proporcionar bienestar al recién nacido post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales. Se comprendió la importancia de permitir el contacto con los padres con el neonato, estar emocionalmente con ellos, dándoles la información oportuna minimizando la ansiedad, estrés y angustia. Por consiguiente permitir evidenciar nuestra responsabilidad a través del cuidado para el bienestar.

**OBJETIVO 3:** Reconocer la importancia identificar y satisfacer oportunamente las necesidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales (HACER POR).

Se identificaron los factores de riesgo más relevantes y por ende se expresó por orden de prioridad los cuidados específicos para brindar bienestar basado en la teoría de K. Swanson, relacionados en la tabla de propuesta de cuidados de enfermería.

### **Indicador**

El número personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser que participan en el juego de roles / Total de personal de enfermería de la UCIN de la Clínica Medilaser.

Cumplimiento: 70%.

El 70% del personal de enfermería de la UCIN participó en la actividad, el desempeño fue eficiente del cual se concluyeron actividades de enfermería donde se identificaron las necesidades de los recién nacidos.

### **ACTIVIDAD 3: EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**OBJETIVO 4:** Reconocer la importancia que tiene para enfermería identificar las capacidades de los niños en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para superar su situación crítica y promover su bienestar (MANTENER LAS CREENCIAS).

#### **Introducción a la actividad:**

Relatar una experiencia vivida durante el ejercicio de enfermería que haya marcado su vida profesional, donde el paciente (en estado postoperatorio) demuestre su apego a la vida y los cuidados brindados.

#### **Tema central:**

Identificar las capacidades de recuperación de los neonatos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales y acciones tomadas por parte del personal para mejorar su bienestar.

**Aspectos a tener en cuenta:**

- Cuáles fueron las expectativas generadas?
- Qué emociones generó el paciente a usted?
- Qué demostraciones y comportamientos observó en el niño
- Cuál fue el aprendizaje obtenido de la experiencia?
- Qué acción tomo frente al paciente?

**Descripción de la actividad:**

Espacio de reflexión:

Conocimientos experiencias, vivencias durante la práctica del personal de enfermería que ofrece cuidado a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

Se realizó una breve introducción a la actividad invitando al personal de enfermería a compartir experiencias de cuidado de recién nacidos que les ha dejado algún tipo de enseñanza, o que por alguna causa ha dejado huella en su quehacer de enfermería.

Inicialmente intervino una auxiliar de enfermería, quien compartió su experiencia personal como madre (paciente) con su hijo, quien al momento de nacer hizo una hipoxia neonatal, que requirió manejo para inducir la adaptación, le dijeron a ella que todo estaba bien, ella aun o había estudiado auxiliar de enfermería, sin embargo le fue entregado a ella, sin información de las dificultades que se presentaron al momento del nacimiento y le dieron de alta normalmente de la institución, sin

embargo, estando ya en casa, se dan cuenta que no hay coordinación en la succión deglución y que no es fácil alimentarlo, por lo cual vuelve a consultar en la clínica y lo hospitalizan 15 días en la UCIN ya en ese momento les dijeron que era de esperarse la respuesta ya que había presentado una hipoxia severa al momento de nacer. En este momento el niño tiene 8 años y se encuentra en casa pero no puede hacer nada por sí mismo. Ella hace énfasis en la importancia que tiene el apoyo para la familia, el comprender la preocupación de los padres y la necesidad de proporcionar la información adecuada cuando las cosas pasan, para que los padres se puedan preparar y puedan dar la mejor atención a su hijo, y sea menos doloroso el proceso.

Continúa otra auxiliares de enfermería quien recordó una experiencia con una recién nacida que se encontraba bien, en recuperación nutricional, que en la entrega de turno de repente empezó a sangrar sin causa alguna, y que por más que todo el personal se dispuso a atenderla, y corrió no logró nada, porque la niña en menos de una hora falleció. Expresó el sentimiento de impotencia que sintió, además del desconcierto por no saber qué pasó, y que no se pudo hacer nada como equipo.

Una tercera experiencia compartida hacía referencia al primer paciente que tuvieron en la UCIN con manejo quirúrgico de ECN, que requirió colostomía, el personal no tenía conocimiento del manejo de la misma, cuando llegó el momento del cierre la piel periestomal se encontraba irritada por lo que no se pudo realizar el procedimiento y en la Unidad no tenían experiencia en el manejo y cuidado requerido, por lo cual se dejó una auxiliar por turno exclusiva para atender a esa paciente, sin saber se utilizó pasta y polvo stomahesive de tal manera que se hacía como una barrera de protección que parecía un volcán, y la función de

la auxiliar era limpiar la secreción de la colostomía todo el tiempo, con el fin de no permitir el roce de la secreción con la piel de la recién nacida hasta lograr recuperar la piel periestomal deteriorada. En este momento siente satisfacción por el resultado porque la niña a pesar de haber quedado más o menos con la mitad del intestino, pudo ir a su casa y llevar una vida normal, pues en diferentes oportunidades los padres la han llevado a la clínica. Los padres de la niña eran cristianos, y el cirujano pediatra llegó por casualidad y los padres de la niña lo convencieron, lo hicieron llorar rogándole que operara a la niña y él lo hizo, sin pensarlo dos veces. Pero también se recordó la dedicación para los padres, el acompañamiento ilimitado que se les dio por parte del equipo de la Unidad, pero que fue mal interpretado en algún momento ya que la confianza del padre fue tanta que no permitían realizar las actividades del grupo de enfermería y cuando llegó el momento de poner normas claras, se creó un conflicto. Y define un estado de desmotivación bastante importante porque se dio cuenta que es bueno dar mucho a los padres, pero sin perder la objetividad del trabajo de la unidad.

La última intervención fue contada por una auxiliar de enfermería quien compartió su experiencia de cuidado de la cual refiere que aprendió la importancia de perder el miedo de decir lo que pasa con un paciente, porque de no hacerlo puede causar algún daño al recién nacido, dijo que en ocasiones existen los conocimientos adquiridos, pero que por diferentes causas no lo aplica y después se ve que hizo falta utilizar el conocimiento y produce un gran sentimiento de frustración.

Finalmente, como conclusión quedó que como personal de enfermería tenemos un compromiso con nuestros pacientes, que nos exige como profesionales y como personas para que cada uno dé lo mejor que tiene

para dar cuidado verdadero, además demuestra que cada en contacto con los recién nacidos y sus padres es indispensable estar preparados tanto en conocimiento, como en ser personas, que entienden, que son compasivas, que son humanas.

**Tiempo de ejecución de la actividad:**

1 hora

**Análisis de la actividad:**

- En cuanto a las expectativas generadas al momento de proporcionar cuidado a los recién nacidos coinciden en que se espera dar un cuidado de calidad, que se refleje en los mejores resultados y la recuperación de los recién nacidos.
- Cada experiencia de cuidado genera diferentes emociones que pasan desde satisfacción por el logro de los resultados esperados, pero pasando también por la tristeza, frustración, esperanza y todas estas emociones dependen del estado del recién nacido.
- Observan en los recién nacidos una inmensa capacidad de adaptación a las situaciones y de aferra a la vida, además de ver fortaleza y deseos de vivir, a pesar de ser pequeños y frágiles, y de estar atravesando por situaciones de mucho dolor e incomodidad.
- Deja como aprendizaje el dar lo mejor posible, dar un Cuidado de Enfermería que potencialice las capacidades de recuperación del recién nacido ya que el personal de enfermería tiene participación activa en su recuperación y bienestar. Esto exige compromiso, contacto, conocimiento, humanidad y reconocimiento del otro (RN y padres).



**Indicador:**

Nº de personal de enfermería que labora en la UCIN que participaron en el espacio de compartir experiencias

---

Total personal de enfermería que labora en la UCIN

El cumplimiento de asistencia fue de un 70%

**ACTIVIDAD 4: CONSTRUCCIÓN DE PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA RECIÉN NACIDOS EN POST OPERATORIO DE CORRECCIÓN DE PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES**

**OBJETIVO 5:** Unificar el cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales a través de una propuesta de cuidado (PERMITIR).

**PRESENTACION:** Orientación de cuidados relacionados con la teoría de Swanson.

**Pregunta inicial:**

Realizar a partir de las actividades ejecutadas y la orientación a través de la presentación, la propuesta de cuidados de enfermería para recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales a través de una lluvia de ideas, que contenga las actividades de enfermería y su relación con la teoría de Swanson.

**Tema central:**

Permitir que el personal de enfermería proponga y priorice los cuidados de enfermería con el fin de elaborar una propuesta de cuidados para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales, fundamentada en la teoría de cuidado de K. Swanson.

**Descripción de la actividad:**

El fundamento de teoría de Kristen Swanson se presentó al inicio del desarrollo de la actividad.

De cada actividad se obtuvo un registro con la participación del personal de enfermería, que es importante para el desarrollo de la propuesta.

Se realiza una lluvia de ideas en la que era necesario que el personal de enfermería proponga actividades direccionadas al cuidado de enfermería para recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales, teniendo en cuenta que cada una de ellas debía ser relacionada con los elementos de cuidado de la teoría de K. Swanson, y de esta forma generar conocimiento fundamentado teóricamente.

**Aspectos a tener en cuenta:**

- Cuidados específicos para recién nacidos en POP de corrección de patologías gastrointestinales.
- Aspectos de la teoría de Swanson que se relacionen con la propuesta de cuidado de enfermería para recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.
- Se requiere de una clasificación del cuidado?
- Priorización de los cuidados de enfermería
- Orientación con bases teóricas y científicas.
- Elaboración de la Propuesta de cuidado

## 12.1 PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA RECIEN NACIDOS EN POST OPERATORIO DE CORRECCION DE PATOLOGIAS GASTROINTESTINALES

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	CLASIFICACIÓN SEGÚN CATEGORÍAS DE KRISTEN SWANSON
<p>Preparar la unidad para recibir al recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización cardiaca y pulsoxímetro</li> <li>• Soporte ventilatorio</li> <li>• Material para reanimación</li> <li>• Aspirador</li> <li>• Cuna o incubadora caliente</li> </ul>	<p>CONOCER ESTAR CON</p>
<p>Recibir al recién nacido en la UCIN proveniente de la sala de cirugía al ser entregado por el equipo quirúrgico: Cirujano, Anestesiólogo, Auxiliar de Enfermería.</p>	<p>CONOCER</p>
<p>Instalar al recién nacido en la Unidad, monitorizarlo. Verificar los signos vitales, la tensión arterial y la perfusión en el momento del ingreso a la Unidad y cada 15 minutos (por 3 veces); luego cada 30 minutos (por dos veces);</p>	<p>CONOCER</p>

<b>informar cualquier cambio</b>	
<b>Mantener la estabilidad térmica, manteniendo al recién nacido en la incubadora o cuna radiante. Evitar hipotermia o hipertermia para mantener la estabilidad hemodinámica, metabólica y la oxigenación.</b>	<b>CONOCER ESTAR CON HACER POR</b>
<b>Vigilar el apósito quirúrgico a la llegada del recién nacido y al verificar los signos vitales en las primeras 24 horas; a partir de este periodo, controlar 1 vez cada 12 horas</b>	<b>CONOCER POSIBILITAR</b>
<b>Realizar balance hídrico estricto, tener en cuenta drenajes, sondas abiertas, heridas, estado de los apósitos, ostomías y presencia de edemas.</b>	<b>CONOCER ESTAR CON HACER POR</b>
<b>Administrar los sedantes y analgésicos ordenados por el especialista; la evaluación del dolor deberá hacerse en cada oportunidad en que se controlen los signos vitales.</b>	<b>CONOCER ESTAR CON</b>
<b>Activar protocolo de mínima manipulación, establecer horarios para realización de</b>	<b>CONOCER HACER POR POSIBILITAR</b>

<p><b>actividades conjuntas con el equipo de trabajo para disminuir estímulos y riesgos para el recién nacido.</b></p>	
<p><b>Iniciar o continuar la nutrición parenteral, enteral u oral de acuerdo con la orden médica. Vigilando la presencia de cambios o alteraciones</b></p>	<p><b>CONOCER HACER POR</b></p>
<p><b>Observar si hay signos de infección sistémica, de la incisión quirúrgica y/o de la ostomía.</b></p>	<p><b>CONOCER POSIBILITAR</b></p>
<p><b>Monitorizar el patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, retracciones, esfuerzo respiratorio, ruidos respiratorios, simetría torácica, calidad de la respiración, color de la piel y permeabilidad de la vía aérea.</b></p>	<p><b>CONOCER ESTAR CON HACER POR</b></p>
<p><b>Favorecer la recuperación del recién nacido por medio del contacto, la dedicación, el proporcionar cuidado, proveer afecto</b></p>	<p><b>MANTENER LA CREENCIA ESTAR CON HACER POR</b></p>
<p><b>Permitir que los padres visiten al recién nacido tan pronto sea</b></p>	<p><b>HACER POR ESTAR CON</b></p>

<p><b>posible. Involucrarlos en los cuidados generales de su hijo y responder a sus preguntas, permitiendo que expresen sus sentimientos respecto al estado del su recién nacido.</b></p>	
---	--

**Tabla 9: propuesta de cuidado**

## **13. CONCLUSIONES**

### **OBJETIVO 1: (CONOCER)**

El conocimiento de las patologías tratadas quirúrgicamente y las complicaciones permite que el personal de enfermería planee y programe el cuidado para proporcionar al recién nacido de manera sistemática, además que permite la temprana identificación de complicaciones generadas a partir del mismo acto quirúrgico.

El cuidado de enfermería con conocimiento permite la identificación de las condiciones físicas del recién nacido para potencializarlas y favorecer la recuperación de los mismos.

### **OBJETIVO 2: (ESTAR CON)**

El personal de enfermería reconoció y expresó los cuidados e intervenciones de enfermería oportunos para el recién nacido posoperatorio de corrección gastrointestinal.

Hubo gran compromiso y desempeño en los aspectos actitudinales y aptitudinales para la ejecución de cuidado con el fin de proporcionar bienestar al recién nacido post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

El personal de enfermería percibió la importancia de permitir el contacto de los padres con el neonato, estar emocionalmente con ellos, dándoles la información oportuna minimizando la ansiedad, estrés y angustia, características que proporcionan bienestar del binomio madre-neonato.

### **OBJETIVO 3: (HACER POR).**

El personal de enfermería identificó los factores de riesgo más relevantes según la implicación clínica del neonato y por ende se expresó por orden de prioridad los cuidados específicos para brindar bienestar basado en la teoría de K. Swanson, relacionados en la tabla de propuesta de cuidados de enfermería.

**OBJETIVO 4:** (MANTENER LAS CREENCIAS).

El personal de enfermería reconoce la importancia que tiene identificar tempranamente las capacidades de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para superar su situación crítica y promover su bienestar, además de la importancia de conocer las creencias de los padres y la necesidad de proporcionar apoyo en los difíciles momentos de enfermedad de su hijo.

**OBJETIVO 5:** (PERMITIR).

La construcción conjunta de una propuesta de cuidado de enfermería para los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales generó en el personal de enfermería de la UCIN satisfacción al ver plasmado por escrito parte de sus conocimientos adquiridos con la experiencia, pero además por ver la posibilidad de generar conocimiento al integrar las teorías de enfermería para fortalecer el cuidado al recién nacido.



## **14. RECOMENDACIONES**

- El cuidado directo e indirecto del paciente está basado en teorías e enfermería, brindando soporte científico a cada actividad que realizamos en bien del paciente y su cuidador.
- Fomentar el liderazgo en el equipo de enfermería que labora en UCIN de la Clínica Medilaser, para que por medio de la propuesta y del fortalecimiento de sus conocimientos les permita mejorar la atención brindada a los recién nacidos y sus cuidadores.
- Introducir la propuesta de cuidado a las guías de manejo de cuidados de enfermería de la clínica Medilaser. Y de igual manera renovarla de acuerdo a su necesidad y avances científicos.
- Implementar la teoría del Cuidados de Kristen Swanson en la planeación de las actividades diarias de la UCIN de la clínica Medilaser, para obtener un manejo organizado e integral del recién nacido.

## 15. ANEXOS

### **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA**

FECHA \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de gestión a realizarse, "Elaboración de una guía de cuidado de enfermería para el bienestar los recién nacidos hospitalizados en la UCI neonatal en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastro intestinales"; cuyo objetivo es: Capacitar a las enfermeras en la elaboración de una guía de cuidado para el bienestar los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales hospitalizados en una Unidad de cuidado intensivo.

Las personas que realizan este estudio son estudiantes de posgrado en cuidado intensivo neonatal de la Universidad de la Sabana las cuales son encargadas del desarrollo del proyecto y me explicaron cuál va a ser mi participación en el mismo, también se me informó que si acepto o me rehúso a participar en él, no se verán afectados mis actividades como enfermera en la unidad de cuidado intensivo de la institución; y además que si acepto se me aplicará un formato de encuesta, grabaciones de voz, video y toma de fotografías, cuya información será manejada únicamente por las enfermeras. Se utilizarán mediante códigos, no se divulgará mi nombre y obtendré como beneficio propio conocimientos y capacitación sobre el cuidado para los recién nacidos en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales.

Es importante que la información que yo brinde corresponda a la realidad, que guarde silencio acerca de esta prueba, del instrumento y de mi experiencia de participar en ella.

Mi compromiso es disponer del tiempo, estar dispuesto a responder la entrevista que se aplique.

La presente decisión la he tomado de forma libre y voluntaria.

#### **FIRMA DEL PARTICIPANTE:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE DOCUMENTO.

## ANEXO 2. PROGRAMACIÓN DEL DÍA

Fecha: 05 de Diciembre de 2013, Horario: 7:30am a 12:00pm

ITEM	Hora	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO PROMEDIO DE EJECUCIÓN	RESULTADO ESPERADO
1.	7:00 – 7:10 8:00 – 8:10	Presentación: Introducción de las actividades	Grupo de Proyecto	10 min	Integración Lista de asistencia
2.	7:10 – 7:50 8:10 – 8:50	Desarrollo de Narrativas. El grupo se dividirá en 2. Cada uno con una narrativa diferente.	Grupo de proyecto y participantes	40 min	Cumplimiento del objetivo Nº 1. (Conocer) Hoja de aporte de conclusiones de cuidados relacionados con las narrativas
3.	7:50 – 8:50 8:50 – 9:50	Juego de roles.	Grupo de proyecto y participantes	60 min	Cumplimiento de los objetivos Nº 2 y 3 (Estar con y hacer por) Conclusión de acciones preventivas y correctivas prácticas de cuidado.
4.	8:50 – 9:10 9:50 – 10:10	Receso	Grupo de proyecto	20 min	Integración
5.	9:10 – 9:40 10:10 – 10:40	Relatar experiencias vividas relacionadas con RN pop de cx GI	Grupo de proyecto y participantes	30 min	Cumplimiento del objetivo Nº 4 (Mantener las creencias) Hoja de aporte de las experiencias vividas, relacionando cuidados de enfermería.
6.	9:40 – 10:40 10:40 – 11:40	Presentación: Orientación de elaboración de una guía institucional orientando los cuidados según la Teoría de K. Swanson. Elaboración de la guía según la priorización de los cuidados.	Grupo de proyecto y participantes	60 min	Guía de cuidados de enfermería para el bienestar de los neonatos pop de cirugía gastrointestinal.
7.	10:40 – 11 11:40 – 12	Conclusiones y Agradecimientos	Grupo de proyecto	20 min	Integración

### **ANEXO 3: NARRATIVAS, SITUACIONES DE ENFERMERIA ATRESIA ESOFÁGICA**

**OBJETIVO 1:** Reconocer oportunamente los factores de riesgo, las complicaciones y la condición física de los niños en postoperatorio de corrección de patologías gastrointestinales en la UCI neonatal (CONOCER).

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:** Se reúne al grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería, se explica la mecánica de la dinámica: se dividirá el grupo en dos y a cada uno se les entregara una narrativa diferente donde hay una situación real de la práctica, la cual deben leer y analizar a luz de las preguntas orientadoras.

Posteriormente se abrirá una discusión alrededor de las respuestas y luego se llegará a un consenso sobre el tema propuesto

#### **NARRATIVA N° 1**

Durante la jornada de turno se recibe una llamada de referencia quien presentan paciente: femenino de 2 semanas de vida, peso de nacimiento: 2300Kg, 38 SEG hijo de madre diabética, STORH negativo, ecografías: polihidramnios.

Al intento de paso de sonda oro gástrico se encuentra dificultad.

Realizan placa de tórax encuentra atresia de esófago sin fistula, Paciente remitido por no disponibilidad de cirugía.

Durante la entrega de turno en horas de la noche paciente llega al servicio, auxiliares de turno lo reciben mientras enfermeras terminan entrega de turno, colocan al niño en una incubadora abierta, monitorizan y dejan ahí para continuar escuchando la entrega de turno, mientras los padres son atendidos por el medico quien les dice que esperen afuera, unas de las enfermeras observa a los padres se acerca hacia la puerta ve a los padres y tan solo cierra la puerta y vuelve a la entrega de turno.

El paciente es valorado por especialista quien indica preparación preoperatoria del neonato, se dirige a los padres y les explica el procedimiento sobre el estado genera del neonato, y les dice que en el primer piso se encuentra una capilla que si desean se acerquen allá.

Al siguiente día muy temprano paciente es llevado a procedimiento y en horas de la tarde paciente reingresa a la UCIN, durante el recibo del paciente enfermera solicita a la auxiliar prepara equipo para succión de paciente, quien se encuentra asistencia respiratoria mecánica. Durante la aspiración se obtiene secreciones abundantes con tapones sanguinolentos, complicando limpieza eficaz de la vía aérea, se instila SSN 0.9%, de esta manera se logró ablandar las secreciones. la auxiliar de enfermería encargada del paciente observa que el ventilador mecánico se encuentra humidificación, pero simplemente siguió realizando sus cosas y no le dio importancia a lo encontrado.

Dentro de cuidados extras que la enfermera realizo fue colocar al paciente en decúbito dorsal con la cabeza en la línea media en un ángulo de 30° evitando en todo momento hiperextender el cuello. Pero antes seda al paciente. y aprovecha para pesar al paciente.

**Preguntas:**

- ¿cuáles son los principales cuidados para este paciente?
- ¿qué errores identifico en la narrativa?
- ¿qué complicaciones presento el paciente?
- ¿qué otras complicaciones podría presentar?
- ¿cómo evitaría las complicaciones?

**NARRATIVA N° 2****Enterocolitis necrotizante**

Capital, nació en el centro de salud un bebe de sexo masculino, en el momento tiene 23 días de vida, cuando nació pesó 2000Kg, y se estimó que tenía 35 semanas, nació sano y vigoroso. Quien vive con su madre que es una joven de 20 años, siendo su primer bebe.

la madre asistió juiciosa a todos los controles prenatales a penas se dio cuenta de su embarazo y durante su gestación todo estuvo dentro de los parámetros normales; ella cuida y ama intensamente a su bebe porque se siente acompañada por un ser hermoso ya que es madre soltera y vive en la casa materna.

Sin embargo durante la lactancia y a medida que pasaba el tiempo observó que el bebé estaba con el abdomen duro, no comía como al principio, y ahora estaba vomitando la leche materna, lo observa cada vez más decaído y pálido. Cuando cambió el pañal observó que tenia pintas de sangre lo que se alarmó en gran manera!!! Por lo cual viaja

hasta la capital, a la Clínica para que lo valore un doctor, porque siente que su bebé está enfermo. Viajó sola, mientras la madre se quedó cuidando la casa y pidiéndole a Dios por la salud del bebé, son una familia religiosa.

Cuando la madre llega a la clínica es valorado por el médico de turno quien al escuchar la descripción de la madre, en conjunto con la valoración y examen físico de neonato decide diagnosticar Enterocolitis Necrotizante Grado I y ordena interconsulta a Gastroenterología y trasladarlo a UCIN.

La enfermera del servicio canaliza rápidamente una vena periférica e instala líquidos, posteriormente lee las órdenes médicas: nada vía oral, toma de cuadro hemático, Proteína C Reactiva y hemocultivos. Cumple las indicaciones antes mencionadas. La enfermera punciona nuevamente al neonato y toma las muestras; de laboratorio llaman al servicio porque no alcanzó para realizar la glicemia central y nuevamente la jefe tiene que puncionar al paciente. Cincohoras después del ingreso colocan la Sonda orogástrica (SOG), porque no estaba evidente en las ordenes médicas aunque el neonato presentaba distensión.

Al tercer día en la entrega de turno se observa al paciente somnoliento, adinámico, como de costumbre todos los catéteres y sondas son revisado y una auxiliar de enfermería cae en cuenta y le dice a la enfermera del servicio que la SOG ya tiene 3 días y que requiere cambio y ella decide hacerlo después del baño porque para ella es más cómodo hacerlo de así y empezar las actividades del día.

Cuando a las 2 horas después lee las indicaciones médicas observa una orden de toma de glicemia y procede a tomarla, después el Dr. Le solicita el favor de tomar laboratorios de control. A la media hora después de este procedimiento llega el radiólogo y procede a tomar una radiografía de abdomen.

Posterior a resultados de laboratorio y radiológicos, el médico tratante indica iniciar antibiótico de primera línea, la enfermera de servicio solicita equipo para canalizar al neonato, por el cambio equipos en general, en horas de la tarde auxiliar de enfermería recuerda realizar el cambio de SNG y procede a hacerlo.

El neonato al día siguiente persiste con deterioro hemodinámico dado por hipotensión e hipoperfusión asociada a falla respiratoria, requiriendo soporte inotrópico y ventilatorio, se solicita nuevas muestras de laboratorio: CH, tiempos, gases, presenta acidosis metabólica, trombocitopenia y alteración de pruebas de coagulación. Diagnóstico: ECN estadio III

Durante los 3 días anteriores la joven madre estuvo visitando al bebe, se quedaba al pie de la incubadora y nadie le ofrecía información entendible de la situación de su bebé, hasta ese día cuando el neonato se deterioró la enfermera le dijo que el niño se puso malito y la madre empezó a llorar y llorar, sin embargo salió de la sala y empezó a orar pidiendo por la salud de su hijo, de esto se dio cuenta otra mamá quien le cuenta a la enfermera jefe del servicio.

La enfermera después de saber que la madre del bebé estaba muy triste se acercó a ella, la miró con ternura y le tomó de la mano y le dijo que le pidiera a Dios por la salud del bebé.



Por indicación médica se decide rotar antibiótico, la auxiliar de enfermería observa el acceso venoso de paciente con una importante flebitis, informa a enfermera de servicio quien decide canalizar nuevo acceso venoso, paciente ya conocido por ser de difícil acceso venoso, realiza cuatro intentos fallidos, solicita ayuda a otra profesional de enfermería quien realiza tres intentos más que resultan fallidos, informan a medico encargado quien indica paso de catéter epicutaneo, se realizan dos intentos de paso sin exito. Se consulta nuevamente con el médico tratante se decide realizar paso de catéter central, procedimiento exitoso.

**Preguntas:**

- Analice los cuidados de enfermería brindados al paciente, según el caso anterior.
- ¿En qué fallo el personal de enfermería?
- ¿Porque cree que el recién nacido se complicó?
- ¿Que se hubiera podido hacer para evitarlo?
- ¿Qué plan de cuidados de enfermería ud. propondría, según el caso expuesto?

## **ANEXO 4. ACTIVIDAD: JUEGO DE ROLES**

**OBJETIVO 2:** Proponer intervenciones adecuadas y oportunas relacionadas con el cuidado de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para promover el bienestar continuo (ESTAR CON).

**OBJETIVO 3:** Reconocer la importancia identificar y satisfacer oportunamente las necesidades de los niños en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales (HACER POR).

La idea central es realizar acciones de cuidado inadecuadas al cometer la mayor cantidad de errores al recibir el recién nacido en la UCIN, además de no tener en cuenta colocar atención a las recomendaciones médicas y no proveer a los padres la información suficiente sobre las condiciones y la evolución de la salud del recién nacido, dejar a los padres sin información y sin atención después de la llegada del bebé, con el fin que en grupo se puedan identificar las fallas y generar al final y en consenso el cuidado de enfermería que se ha debido ofrecer a este recién nacido y a los padres y la secuencia real y organizada para recibir a un RN en POP de cirugía gastrointestinal y además proporcionar cuidado de enfermería a los padres.

Situación: Recién nacido que llega proveniente de salas de cirugía en POP inmediato de corrección de atresia esofágica (primer tiempo) viene acompañado por cirujano y anestesiólogo.

Enfermera: se encuentra muy ocupada en el servicio, recibe el recién nacido de afán, no pone atención a las recomendaciones del cirujano, además no posiciona bien al recién nacido, deja los goteos de sedación

relajación apenas encendidos, sin pasar a la dosis correcta, el recién nacido se empieza a mover, los hilos que vienen del esófago se sueltan. La enfermera no tiene en cuenta la presencia de los padres y no les proporciona ninguna información no toma tiempo para dar informe a la familia.

Auxiliar de enfermería: viene de atender a otro RN, no se lava las manos, intenta posicionar sola al recién nacido, el recién nacido se le resbala y queda con el cuello ligeramente hiper extendido, se desplaza el TOT, el tubo a tórax queda tirante, realiza toma de tensión arterial, a los pocos minutos vuelve a manipular al recién nacido para tomar temperatura, luego vuelve a manipularlo con la Enfermera para tomar muestras de laboratorio. Tampoco atiende a los padres, les dice que están muy ocupados que vuelvan después, pero olvida informar a la enfermera o al médico de turno.

Padres: Están ansiosos, porque no saben cómo está su hijo, piden información a la enfermera, a la auxiliar de enfermería pero no encuentran respuesta, la madre se indispone y discute con la enfermera para que le preste atención. Los padres se retiran del cubículo donde se encuentra su hija, comienzan a rezar y la encomiendan a Dios para que se recupere pronto y se la puedan llevar a la casa.

Planteamiento de la discusión:

- Que piensa sobre el cuidado que recibió este recién nacido a la UCIN? Identificar las fallas encontradas por parte de cada uno de los actores
- Considera que fue adecuado. Justifíquelo
- Promover entre los participantes de acuerdo a la experiencia y a los conocimientos un dialogo de saberes.

- Realizar una lluvia de ideas en cuanto a las acciones correctas de parte del grupo de enfermería
- Establecer un plan de cuidado con intervenciones adecuadas para el RN y su familia en el momento del POP de Cx GI. Y relacionarlo con el modelo de Cuidado de Swanson.
- Determine cómo puede aplicar los procesos de cuidado de Swanson en el ítem ESTAR CON

## **ANEXO 5. FORMATO EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**OBJETIVO 4:** Reconocer la importancia que tiene para enfermería identificar las capacidades de los niños en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales para superar su situación crítica y promover su bienestar (MANTENER LAS CREENCIAS).

### **PREGUNTA INICIAL:**

Relatar una experiencia vivida durante el ejercicio profesional al que haya marcado tu vida profesional, donde el paciente (en estado postoperatorio) demuestre su apego a la vida y los cuidados brindados.

### **TEMA CENTRAL:**

Identificar las capacidades de recuperación de los neonatos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales y acciones tomadas por parte del personal para mejorar su bienestar.

### **ASPECTOS A TENER EN CUENTA:**

- Cuáles fueron las expectativas generadas?
- que emociones generó el paciente a usted?
- Que demostraciones y comportamientos observó en el niño
- Cual fue el aprendizaje obtenido de la experiencia?
- Que acción tomo frente al paciente?

## **ANEXO 6. LLUVIA DE IDEAS**

### **PRESENTACION: ORIENTACION DE CUIDADOS RELACIONADOS CON LA TEORÍA DE KRISTEN SWANSON**

**OBJETIVO 5:** Elaboración de una guía de cuidado que permita unificar criterios de cuidado de enfermería a los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

#### **PREGUNTA INICIAL:**

Realizar a partir de las actividades ejecutadas y la orientación a través de la presentación, la proposición de cuidados de enfermería a través de una lluvia de ideas, dentro del marco de elaboración de guías de la institución.

#### **TEMA CENTRAL:**

Permitir que el equipo de enfermería proponga y priorice los cuidados de enfermería con el fin de elaborar una guía de cuidados para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

#### **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

La teoría de Swanson se presentará al inicio del desarrollo de las actividades de cada actividad se obtendrá un registro sobre las actividades dirigidas al bienestar del paciente, obtenidas de cada una de las participaciones de las enfermeras.

La actividad se realizara individualmente cada enfermera deberá dar un cuidado concreto que favorezca al bienestar de estos pacientes.

**ASPECTOS A TENER EN CUENTA:**

- Cuidados específicos con neonatos de POP de patologías gastrointestinales.
- Aspectos de la teoría de Swanson que se relacionen con en la guía de cuidado.
- Se requiere de una clasificación del cuidado?
- Priorización de los cuidados de enfermería
- Orientación con bases teóricas y científicas.
- Elaboración de la guía de cuidado

## ANEXO 7.

<b>ENCUESTA DE SATISFACCION</b>			
<b>ITEM</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
La metodología utilizada estuvo acorde con los temas socializados			
Los temas escogidos son de interés para el personal de enfermería que labora en la UCIN			
Logró afianzar conocimientos y actitudes frente al cuidado del paciente en POP de corrección de patologías GI			
El cronograma de actividades permitió que todo el personal participara			
El diseño de esta propuesta permite fortalecer los cuidados de enfermería con los pacientes POP de cirugía Gastrointestinal			
<b>ITEM</b>	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MALO</b>
Hubo claridad en la socialización de los temas			
Como fue el manejo del tema por parte de los expositores			
El tiempo de capacitación a las enfermeras fue			





Universidad  
de La Sabana

## ANEXO 8. LISTA DE ASISTENCIA

### GUÍA DE CUIDADO PARA LOS RN HOSPITALIZADOS EN LA UCI NEONATAL EN POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES

LUGAR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

RESPONSABLES \_\_\_\_\_

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>Nº DE IDENTIFICACION</b>	<b>CARGO</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>	<b>FIRMA</b>



## ANEXO 10. FORMATO DE EVALUACIÓN

De 1 a 5 realiza puntuación de cada ítem

- 1: malo
- 2: regular
- 3: aceptable
- 4: sobresaliente
- 5: excelente

<b>Pregunta</b>	<b>Puntuación</b>
<p><b>Planteamiento del problema</b></p> <p>¿Está bien definido el problema que se quiere investigar?</p>	
<p>¿Es clara su justificación desde el punto de vista académico, científico, tecnológico, social, económico y legal?</p>	
<p><b>Marco Teórico</b></p> <p>¿Es la teoría actualizada y acertada con respecto al problema que se va a estudiar?</p>	
<p>¿Su formulación es coherente?</p>	
<p>¿Es clara la perspectiva teórica desde donde se ubica el problema?</p>	
<p><b>Objetivos</b></p> <p>¿Están vinculados con el problema planteado?</p>	
<p>¿Son viables, claros, concretos y factibles, de acuerdo con el estudio y los métodos?</p>	
<p><b>Impacto y relevancia</b></p>	

¿El proyecto permite la generación de conocimiento científico o aporta a la resolución de problemas concretos de la realidad?	
¿Son suficientes y adecuados los mecanismos de comunicación y socialización de resultados?	
<b>Metodología</b> ¿Presentan claridad, pertinencia, consistencia, validez y confiabilidad la metodología y las técnicas cualitativas, en relación con los objetivos y los resultados esperados?	
¿El tratamiento de los datos es claro y adecuado metodológicamente?	
¿Qué dificultades se prevén en la propuesta metodológica, en el acceso a las fuentes de información o en el tratamiento de la misma?	
¿Son alcanzables los resultados?	
<b>Presupuesto</b> ¿Los rubros son pertinentes?	
¿Los montos son los adecuados para cumplir los objetivos del proyecto?	
¿El número de investigadores y el tiempo de dedicación son	

adecuados?	
<b>Cronograma</b> ¿La secuencia de actividades se adecúa a las fases de desarrollo del proyecto??	
¿La duración en cada una de las etapas es apropiada y garantiza el cumplimiento del objetivo	

Entre 90 y 100 puntos el proyecto se considera de muy bueno a excelente Entre 70 y menos de 90 de aceptable a bueno.

Con menos de 70 puntos el proyecto es rechazado

## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COCMED. (2009). Cuidados de enfermería en recién nacidos con tratamiento quirúrgico. Hospital Provincial Universitario Octavio de la Pedraja: cocmed.sld.cu.
2. Colombia, C. d. (2004). LEY 911 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social.
3. OPS. (2009). AIEPI Neonatal: intervenciones basadas en la evidencia. Washington,DC: OPS.
4. Colombia, R. d. (2007). PROYECTO DE LEY 060. Bogotá, DC: Ministerio de la Protección Social.
5. Gómez-Gómez M., Danglot-Banck C. Aceves-Gómez M. Clasificación de los recién nacidos. Revista Mexicana de pediatría, Vol. 79, Núm. 1. Enero-Febrero 2012pp 32-39 . internet HYPERLINK "<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>"  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
6. Ibarra Fernández A. Llanos Ortega I. Tratado de enfermería cuidado pediátrico y neonatal. Capítulo 3. Medio ambiente en cuidados intensivos pediátricos y neonatales. Actualizado 26/02/2014 Internet: HYPERLINK "<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm>"  
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm>
7. Cuñarro A. principales malformaciones. Abril 2002. Internet: [http://www.neonatos.org/DOCUMENTOS/Malformaciones\\_digestivas.pdf](http://www.neonatos.org/DOCUMENTOS/Malformaciones_digestivas.pdf)

8. Tapias L. Tapias L. F. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico, Revista Colombiana cir. 2009; 24:95-105 Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaabriljunio2009/Hernias%2095-105.pdf>
9. Protocolos de Neonatología BOL PEDIATR 2006; 46(SUPL. 1): 172-178 VOL. 46 SUPL. 1, 2006 [http://www.sccalp.org/documents/0000/0194/BolPediater2006\\_46\\_supl1\\_172-178.pdf](http://www.sccalp.org/documents/0000/0194/BolPediater2006_46_supl1_172-178.pdf)
10. Zabala A. apuntes en atresia de esófago. Internet: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/cxpediat/ApuntesAtresia.html>
11. Migliazza L, Otten C, Xia H, Rodriguez JI, Diez-Pardo JA y Tovar JA: Cardiovascular malformations in congenital diaphragmatic hernia: human and experimental studies. J Pediatr Surg , 1999, 34: 1352-8.
12. Guelfand M. Patología quirúrgica neonatal. Orientación diagnóstica y aportes de la cirugía mínimamente invasiva. Revista médica clínica CONDES. 2009; 20(6) 745 - 757] Internet: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/patologia\\_quirurgica-2009\\_1\\_2.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/patologia_quirurgica-2009_1_2.pdf)
13. Arias J. Generalidades médico-quirúrgicas. Editorial Tebar. 2001. Pag. 11
14. Arias J. Generalidades médico-quirúrgicas. Editorial Tebar. 2001. Pag. 333
15. Marrier Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 771
16. Marrier Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 772
17. Gorski P.A. Handling preterm infants in hospitals. ClinPerinatol 1990;

18. <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3687/1/Lady%20Viviana%20Barcenas%20Vargas>. Swanson K. la enfermería como el cuidado informado por el bienestar de los demás. La revista de los estudios de enfermería 1993. Pag. 352-357
19. Luig M, Lui K. Epidemiology of necrotizing enterocolitis: risks and susceptibility of premature infants during the surfactant era: a regional study. *J Paediatr Child Health*. 2005; 41: 174-9
20. Caplan MS, Jilling T. New concepts in necrotizing enterocolitis. *Curr Opin Pediatr*. 2001; 13: 111- 5.
21. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *ColombMed*. 2002; 33: 21
22. Jesse N Neu J. Necrotizing enterocolitis: Relationship to innate immunity, clinical features, and strategies for prevention. *NeoReviews*. 7 2006; e143-9
23. Neu J, Walker WA. Necrotizing enterocolitis. *N Engl J Med*. 2011; 364: 255-64.
24. Secretaría Distrital de Salud. Guía de prevención, vigilancia epidemiológica y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos en Bogotá Distrito Capital. Bogotá, 2010
25. Keith. W. Ashcraft Cirugía Pediátrica Editorial Interamericana 2002.
26. Awas A, Matta H, Shawis, Jazcobsz A, Kassir S, AL-Salem AH. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: success and failure rates in the United Arab Emirates. *Pediatr Surg Int* 1998;14: 214 - 217.
27. Swanson M. Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholarship*. Vo 25. Number 4. Winter 1993



28. Marriner, A. R. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. España: Elsevier.
29. Thomson J. Principios de ética biomédica. Precop. Ascofame. CCAP. Año 5. Módulo 4.
30. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. CirEsp 2002;71(6):319-24
31. Medilaser, C. (2014). [clinicamedilaser.com.co/empresa.php](http://clinicamedilaser.com.co/empresa.php).
32. Universidad Autónoma de Occidente. Guía para la elaboración del marco lógico. Oficina de planeación y desarrollo institucional área de proyectos. Cali. Enero 2007 Internet: [http://www.uao.edu.co/sites/default/files/GUIA\\_MARCO\\_LO.pdf](http://www.uao.edu.co/sites/default/files/GUIA_MARCO_LO.pdf)