



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

TEMA

**INFLUENCIA DE LA TERMORREGULACIÓN EN LA ESTANCIA
HOSPITALARIA DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD
DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, DESDE AGOSTO DEL 2013 A
MARZO DEL 2014**

AUTORAS:

MARÍA CLEMENCIA TAMAMI NINABANDA

EVA JULIETA ZARUMA TUALOMBO

DIRECTORA DE TESIS:

LCDA. VANESSA MITE CÁRDENAS

GUARANDA – ECUADOR

2013-2014

I. DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación representa un esfuerzo de superación en nuestras vidas tanto personal como profesional, se lo dedicamos:

A Dios por darnos salud y vida también por mostrarnos que día a día con humildad, paciencia y sabiduría cosechamos lo que sembramos.

A nuestros padres y hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de nuestra vida estudiantil; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivos de nuestras vidas.

Eva
Clemencia

II. AGRADECIMIENTO

A nuestra querida institución: Universidad Estatal de Bolívar, a las Autoridades Universitarias de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los directivos de la Escuela de Enfermería, por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.

A nuestros maestros universitarios por el inmenso apoyo, por sus sabios conocimientos y consejos recibidos, quienes fueron los que formaron para el desenvolvimiento en nuestra profesión.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darnos una profesión y hacer de nosotras personas de bien, gracias por los sacrificios, la paciencia y el apoyo sincero e incondicional.

Nuestros sinceros agradecimientos de manera especial a la Lcda. Vanesa Mite directora de tesis quién con sus conocimientos y apoyo nos supo guiar en el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

“Ahora podemos decir que todo lo que somos es gracias a todos ustedes”

Eva

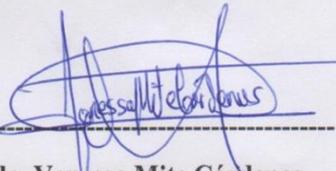
Clemencia

III. CERTIFICADO DE LA DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Tesis presentado por las estudiantes **Eva Julieta Zaruma Tualombo**, con CI 020230891-2, **María Clemencia Tamami Ninabanda**, con CI 020213434-2, para optar el Título en Licenciada/o en Enfermería cuyo título es: “INFLUENCIA DE LA TERMORREGULACIÓN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD DE NEONTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, DESDE AGOSTO DEL 2013 A MARZO DEL 2014.”, considero que dicha tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Guaranda a los 19 días del mes de Mayo de 2014.



Lcda. Vanessa Mite Cárdenas

CI. 0201565777

CONTENIDO

PORTADA	I
I.DEDICATORIA	II
II.AGRADECIMIENTO	III
III. CERTIFICADO DE LA TESIS	IV
INDICE	V
1. INTRODUCCION.....	VII
2. JUSTIFICACION.....	IX
3. TEMA.....	1
4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
5. OBJETIVOS.....	3
6. HIPOTESIS.....	4
7. VARIABLE.....	4
8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	5
CAPÍTULO I.....	14
1. MARCO REFERENCIAL DEL HOSPITAL.....	14
2. MARCO LEGAL.....	17
3. TEORIA REFERENCIAL.....	19
4. MARCO CIENTIFICO.....	21
4.1. TERMORREGULACIÓN EN EL PREMATURO.....	21
4.2. FACTOR BIOLÓGICO.....	21
4.3. FACTOR HUMANO.....	22
4.4. FACTOR AMBIENTAL.....	33
4.5. INSTALACIONES.....	34
5. ESTANCIA HOSPITALARIA.....	36
5.1. TIEMPO DE ESTANCIA	36
CAPITULO II.....	40
2. DISEÑO METODOLOGICO	40
2. 1. TIPO DE ESTUDIO	40

2.1. 2. POR EL NIVEL.....	40
2.1. 3. POR EL LUGAR.....	40
2.2. DISEÑO POR LA DIMENSIÓN TEMPORAL.....	40
2.3. METODOS	41
2.4. UNIVERSO	41
2.5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3. TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS, ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	42
 CAPITULO III.....	 43
3.1. REPRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.....	43
3.2. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS.....	55
3.3. CONCLUSIONES.....	56
3.4. RECOMENDACIONES.....	57
 CAPITULO IV.....	 61
4. PROPUESTA.....	61
4.1. INTRODUCCIÓN.....	62
4. 2.JUSTIFICACIÓN.....	63
4. 3.OBJETIVOS.....	64
4. 4.SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	66
 CAPITULO V.....	 72
5. 1.PRESUPUESTO DE LA TESIS.....	72
5. 2.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	73
 INDICE DE ANEXOS	 74
ANEXOS I. FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	81
ANEXOS II. FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO.....	83
ANEXOS II. CERTIFICADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	88
GLOSARIO.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	94

1.-INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos prematuros es una de las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo, razón por la cual los servicios de salud se ven obligados a seguir avanzando con tecnología y cuidados especializados, cabe resaltar que a su vez nacen con complicaciones debido a la inmadurez fisiológica, ya que al cambiar de un ambiente intrauterino al extrauterino no se adaptan rápidamente al medio exterior, a diferencia de los niños que nacen dentro de las 40 semanas de gestación.

Al nacer, él bebe abandona el confort térmico que tenía dentro del útero. De un medio ambiente cálido y húmedo en el útero hay una transición hacia un medio ambiente frío y seco. Él bebe nace mojado para enfrentarse a un medio ambiente con una temperatura y humedad relativas generalmente inferiores a las que estaba acostumbrado. Es el momento de comenzar a ejercitar su mecanismo termorregulador.

La termorregulación es el mecanismo de control fisiológico que posee los seres humanos como animales homeotermicos y que los hacen capaces de mantener un ambiente térmico interno casi constante durante la exposición a una amplia gama de condiciones climáticas para asegurar una función celular óptima.

Los recién nacidos, y especialmente los recién nacidos prematuros, no tiene este mecanismo de control completamente desarrollado, por lo que es necesario proveerles un ambiente con temperatura y humedad controlada, y con mucho más control a menos peso y edad gestacional.

La primera exposición al aire ambiente produce un enfriamiento de la piel del bebe a una razón de 0,2°C a 1°C por minuto, dependiendo de la madurez del recién nacido y las condiciones ambientales con las que se encuentra

Por esta razón hemos realizado una investigación para dar solución a una de las múltiples complicaciones que tiene el prematuro al nacer y mencionar una de ellas, la termorregulación que es una de las causas de los recién nacidos motivo de una estancia hospitalaria prolongada, debido a que la inestabilidad térmica produce:

mayor consumo de oxígeno, inadecuada alimentación, pérdida de líquidos, hipoglicemia, entre otros

El tema que se aborda en el presente trabajo de investigación se denomina “INFLUENCIA DE LA TERMORREGULACIÓN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, DESDE AGOSTO DEL 2013 A MARZO DEL 2014”, tiene por objeto fortalecer conocimientos del personal de enfermería que labora en la unidad neonatología sobre la termorregulación del recién nacido prematuro.

Para ello detallamos a continuación capítulo a capítulo los contenidos de nuestra investigación:

En el Capítulo I: Se contextualiza una breve Reseña Histórica del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, se detalla organización, distribución y recursos humanos con que cuenta la unidad de neonatología, área donde se realizó nuestra investigación. Se detalla el tema: La termorregulación en el recién Nacido Prematuro, se explica los factores que inciden los cuales son biológicos, humanos y ambientales se describe cómo afecta al recién nacido prematuro, como un bebe produce y pierde calor y las acciones que se pueden realizar para evitar la hipotermia e hipertermia.

En el Capítulo II: Se describe la metodología utilizada en el trabajo investigativo así como el universo con el cual se trabajó y las técnicas de recolección de datos, recursos económicos, humanos que sirvieron para desarrollar y fundamentar nuestra tesis.

En el Capítulo III: En esta sección se muestra mediante datos y graficas nuestro problema encontrado en la institución hospitalaria en la cual podemos demostrar los factores que inciden en la termorregulación durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro.

En el Capítulo IV: Se detalla la propuesta sobre el programa educativo dirigido al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología la cual tiene por

objeto fortalecer conocimientos sobre la termorregulación en el recién nacido prematuro.

2.-JUSTIFICACION

Según un informe presentado por las Naciones Unidas, que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo antes de lo previsto. Los niños prematuros se dividen en tres categorías, relacionadas con los meses de gestación que han cumplido antes de nacer: leves (34 a 36 semanas), moderados (31 a 33) y extremos (menos de 31 semanas).¹

El Ecuador en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013), se planteó para el año 2013 disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, reducir en 25% el embarazo en adolescentes y aumentar a un 70% la cobertura de parto institucional público, mediante la implementación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, y del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes.²

Según los datos estadísticos obtenidos de la unidad de neonatología en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se encontraron 20 prematuros que corresponden al 33% de los que se encontraban hospitalizados durante nuestro estudio de investigación que corresponde de agosto 2013 a marzo 2014, los cuales presentaban múltiples complicaciones por su inmadurez fisiológica e inestabilidad térmica que es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la supervivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada.

Basándonos de este dato estadístico, consideremos un problema de Salud Pública ante el cual debemos tomar medidas necesarias, para tratar de disminuir la tasa de morbi- mortalidad de los neonatos. En el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde no cuenta con un programa de apoyo para mantener la termorregulación en los recién

¹ Mejor pronóstico en prematuros, Tomada de la edición impresa del miércoles, 23 Noviembre 2011, Mi Guayaquil / PP El Verdadero

² MSP (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.buenvivir.gob.ec/> Área de Salud .Ministerio de Salud Publica

nacidos prematuros, el equipo de salud que trabaja en las áreas de neonatología se basa en el cuidado directo para mantener la temperatura dentro de los parámetros normales, como por ejemplo manipulación mínima, control de la temperatura, incubadoras encendidas a temperatura que requiera según la necesidad del neonato.

En la atención a lo antes señalado, se considera que el presente estudio tiene gran importancia y relevancia, ya que el mismo pretende determinar los factores en la influencia de la termorregulación en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros. En el estudio a realizarse los beneficiarios directos son los recién nacidos prematuros de las áreas de neonatología, madre de familia, institución hospitalaria y los beneficiarios indirectos estudiantes de enfermería. Por esta razón se justifica la realización de esta investigación, la misma que estará a cargo de las Internas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar y servirá de referencia para futuros trabajos de estudio.

3.-TEMA

Influencia de la termorregulación en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros en la unidad de neonatología del hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil, desde Agosto del 2013 a Marzo del 2014.

4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la termorregulación en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros en la unidad de neonatología del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil?

5.-OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la termorregulación en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil.

5.2.-OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los factores que influyen en la termorregulación del recién nacido prematuro
- Valorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la termorregulación en el recién nacido prematuro
- Elaborar un programa educativo sobre la atención y manejo en la termorregulación del recién nacido prematuro dirigido al personal de enfermería

6.-HIPÓTESIS

La termorregulación influye en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros.

.

7.- VARIABLES

7.1.-Variable Independiente

Termorregulación

7.2.-Variable Dependiente

Estancia hospitalaria del recién nacido prematuro

		Talento humano	Nivel de conocimiento personal de enfermería	<p>Conoce que es Termogénesis</p> <p>Si () No ()</p> <p>Termorregulación es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio de producción y pérdida de calor. • Mantener la temperatura con un mínimo de consumo de oxígeno y menos gasto metabólico. <p>Mecanismos de perdida de calor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaporación • Conducción y convección • Radiación • Todas son correctas • Ninguna es correcta <p>Ambiente neutro es mantener la temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menos gasto metabólico</p> <p>Verdadero () Falso ()</p> <p>Acciones de enfermería para mantener la Termorregulación:</p>
--	--	----------------	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en incubadoras • Manipulación mínima • Realizar nidos • Plan madre canguro <p>Cuáles son los factores relacionado con la alteración de la termorregulación del recién nacido prematuro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoglicemia/ Hipoxia • Anomalías congénitas • Daño en el sistema nervioso central • Retardo en el crecimiento intrauterino <p>Existe programas de apoyo y un protocolo que aplique para favorecer la termorregulación</p> <p>Si () No ()</p>
--	--	--	--	--

		Factor ambiental	<p>Atención y manejo en la termorregulación durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro</p>	<p>Precalienta la incubadora, inicialmente durante 15 a 20 min. antes de colocar al recién nacido prematuro</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Revisa la historia clínica del recién nacido prematuro y recibe atención inmediata por parte del personal de mayor experiencia (no interno rotativo)</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Temperatura de la incubadora de acuerdo al peso del recién nacido prematuro:</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Lava las manos antes y después de manipular al recién nacido prematuro</p>
--	--	------------------	--	---

				<p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Control cada 3 horas (hasta que el RNP se estabilice):</p> <p>FC,</p> <p>FR,</p> <p>Presión arterial,</p> <p>Escala de Downes Saturación de oxígeno, mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pre término.</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>El personal de enfermería está distribuido 1 persona por 1-2 cunas</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Coloca al recién nacido prematuro en una posición flexionada.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Calienta la lencería a utilizar en el recién nacido prematuro sabanas, ropa, cobija y pañales calientes</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Mantiene alejado de corrientes de aire las incubadora, cuna de calor radiante y cuna corriente</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Establecer una humedad relativa del 40 a 60 %.</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Si se le va a chequear al recién nacido prematuro precalienta los equipos y materiales (estetoscopio, cinta métrica</p>
--	--	--	--	---

				<p>y balanza)</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Si el recién nacido prematuro se encuentra en incubadora realizar todos los procedimientos en conjunto para así evitar abrir en repetidas ocasiones las ventoleras de la incubadora.</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Realiza el baño al recién nacido prematuro</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Mantener al recién nacido prematuro seco en la incubadora. Retirar ropa húmeda y cambiar por seca.</p> <p>Cumple () No cumple ()</p>
--	--	--	--	---

				<p>Mantiene las cunas de calor radiante y cunas corrientes con frazadas plásticas para evitar la pérdida de calor</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Evita los estímulos fuertes (ruido, luz innecesaria y manipulación)</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Si el recién nacido se encuentra aislado con O2 o intubado administrar oxígeno precalentado</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>La distancia entre incubadoras es de 2 metros</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Eliminar o disminuir fuentes externas</p>
--	--	--	--	---

				<p>de calor</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>La temperatura en la unidad de neonatología se mantiene entre 25 a 27°C</p> <p>Cumple () No cumple ()</p> <p>Si no cuenta con incubadoras opta por el método madre canguro</p> <p>Cumple () No cumple ()</p>
<p>Variable dependiente</p> <p>Estancia hospitalaria del recién nacido prematuro</p>	<p>La estancia hospitalaria se refiere al espacio de tiempo que invierte un recién nacido prematuro en condición de hospitalizado en las instalaciones de un hospital.</p>	<p>Tiempo de estancia Hospitalaria</p>	<p>Estancia hospitalaria corta</p> <p>Estancia hospitalaria prolongada</p>	<p>5 días</p> <p>7 días</p>

CAPITULO I

1.-MARCO REFERENCIAL

1.1.-HISTORIA DEL “HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

El Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde funcionó desde el 31 de marzo de 1903 con el nombre de Alejandro Mann, en honor a su ilustre benefactor. Sirvió al principio como hospital general hasta quedar después como Maternidad y Hospital de Niños. Su ubicación inicial fue en la calle Chile, entre las calles de Abdón Calderón y Lizárraga, lugar donde se asentó el antiguo Hospital Civil; en ese tiempo tenía pabellones y habitaciones dedicados a Medicina General, Cirugía y Maternidad.

El 14 de septiembre de 1948, el hospital se dedicó exclusivamente a la atención pediátrica. El 10 de octubre de 1986 se puso la primera piedra de lo que sería el nuevo Hospital de Niños; gracias al distinguido liderazgo del Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en esa época Director de la Junta de Beneficencia y con los propios recursos financieros de la institución su construcción culminó en 1999. El nuevo hospital inició su servicio a la comunidad el 17 de enero del 2000 y fue inaugurado oficialmente el 9 de octubre de ese año, rebautizado como “Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, ubicado en la ciudadela Atarazana, Av. Roberto Gilbert y Nicasio, Safadi³.

1.2.-MISIÓN, VISIÓN, VALORES

MISIÓN

Somos una organización de salud sin fines de lucro que brinda atención pediátrica integral con continua capacitación, formación y actualización del personal, para cumplir con una gestión autosustentable, junto con los requisitos de seguridad del paciente y colaborador.

³www.hospitalrobertogilbert.med.ec/

VISIÓN

Ser líderes en el modelo de gestión de la atención integral pediátrica a nivel latinoamericana, manteniendo la seguridad de los involucrados y su compromiso ético.

VALORES

- Solidaridad
- Integridad
- Innovación
- Sostenibilidad
- Liderazgo

1.3.-UNIDADES DE NEONATOLOGÍA

En el hospital contamos con unidades de neonatología como son:

- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

La unidad de cuidados intensivos neonatales que fue creada el 8 de Febrero del 2007, de acuerdo a la necesidad y demanda de los neonatos prematuros, los mismos que no podían ser atendidos en unidades de salud de II nivel.

El área cuando fue inaugurada empezó con una capacidad 20 cupos para neonatos, como jefa de médicos estaba la Dra. Areaga y como jefa de enfermeras la Lic. Mariana Castillo funcionaba en la planta baja lado oeste

Actualmente la jefa de área es la Dra. Marisol Kittyle y jefa de enfermeras la Lic. Herlinda Espinoza, contando los cupos para 28 neonatos.

- **CUIDADOS INTERMEDIOS NEOANTALES**

La unidad de cuidados intermedios neonatales fue creada el 8 de Febrero del 2008, de acuerdo a la necesidad y demanda de los neonatos prematuros, los mismos que no ameritaban estar en la unidad de cuidados intensivos neonatales, pero tampoco pueden ser referidos en sala C2.

El área cuando fue inaugurada empezó con una capacidad de 10 cupos de neonatos como jefa de médico la Dra. Cecilia Massache, con 2 médicos tratantes, 4 médicos residentes de neonatos, Jefa de enfermería Lic. Tanya González, 2 Lic. De enfermería de cuidado directo con 4 auxiliares de enfermería, 2 Lcda. En el turno de la tarde con 3 auxiliares de enfermería y 3 Lic. en el turno de la noche con 3 auxiliares de enfermería, había 3 auxiliares de servicios para mensajería.

- SALA DE NEONATOLOGÍA C2

La sala de neonatos C2 fue creado el 11 de noviembre que cuenta con una capacidad de 20 pacientes neonatos, era un área que constaba con 9 incubadoras y 11 cuneros con 5 tomas de O2 y de succión, 3 tanques de O2 para transporte y 6 anaqueles para guardar la ropa del RN.

En el año 2011 se realizaron modificaciones y ahora cuenta con igual capacidad para pacientes pero tenemos 11 incubadoras y 9 cuneros con 2 para transportarlos a los pacientes a los diversos procedimientos se retiraron los anaqueles además ahora cuenta con 20 tomas de O2 y de succión para recibir pacientes un poco más complejos debido a la demanda existente, y 20 sofá cama.

Esta sala cuenta con 20 cupos, aquí se reciben y se dan los cuidados de enfermería que ameritan los niños desde 0 a los 30 días de vida y con excepción de niños de bajo peso hasta los 2 meses.

RECURSO HUMANOS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA⁴

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCIN		
RECURSOS HUMANOS	NUMERO	TURNOS
Médicos tratantes	5	Mañana
Médicos Coordinadores	4	7am – 3pm
Médicos R4	4	Tarde
Médicos Rotan entre R2 y R3	6	3pm – 11 pm
Licenciadas de enfermería	20	Noche

⁴ Datos obtenidos de las jefas de enfermería de las áreas de neonatología

Auxiliares de enfermería	25	11pm – 7am
Auxiliares de servicio	4	
Terapistas respiratorias	4	
Internas de enfermería	8	
Digitadora	1	
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES		
Médicos tratantes	5	Mañana 7am – 3pm Tarde 3pm – 11 pm Noche 11pm – 7am
Médicos residentes	4	
Licenciadas en enfermería	10	
Auxiliares de enfermería	19	
Auxiliares de servicio	4	
Terapistas respiratorios	6	
Digitadora	1	
SALA C2		
Médicos tratantes	3	Mañana 7am – 3pm Tarde 3pm – 11 pm Noche 11pm – 7am
Médico residente	2	
Licenciadas en enfermería	6	
Auxiliares de enfermería	12	
Digitadora	1	

2.-MARCO LEGAL MATERNO INFANTIL

Sección

De la salud

Código de la Niñez y la Adolescencia establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia.

Art. 25: “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearan las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes, y de niños o niñas con peso inferior a 2500gramos”;

El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007- 2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescentes, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

Con Acuerdo Ministerial no. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional;

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de Salud Pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva,

mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.⁵

3.-TEORIA REFERENCIAL

Estas referencias bibliográficas son tomadas como guía para la realización de nuestro tema de investigación las mismas que fueron realizadas en distintos lugares y diferentes años, tomando en cuenta que los temas están enfocadas en factores de riesgo maternos y Recién Nacidos de bajo peso esto nos sirvió como una ayuda para la elaboración de nuestra Tesis.

-SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE NEONATOLOGIA SIBEN

Tema: Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido

CAPÍTULO DE ENFERMERÍA DE SIBEN

Autores:

Ana Quiroga (Argentina), Guillermina Chattas (Argentina)

Armida Gil Castañeda (Perú), Melba Ramírez Julcarina (Peru)

María Teresa Montes Bueno (España), Argentina Iglesias Diz (España)

Jovita Placencia Ordaz (México)

⁵MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2008) Componentes Normativo Materno Neonatal. Quito.

Irama López (Venezuela), Belkis Carrera (Venezuela)

Año: 01/11/2010

-GOBIERNO FEDERAL-Guía práctica clínica GPC

TEMA: Intervención de enfermería en la atención del recién nacido prematuro

Autores:

Licenciadas en enfermería

Ana Belén López Morales

Guadalupe Balinas Aguilar

Elizabeth Pineda Román

Teresa Vera Moreno

Nancy Pérez Valverde

Año: México: Instituto mexicano del seguro social 2013

-SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL CLINICO- UNIVERSIDAD DE CHILE

Tema: Capítulo 5 Termorregulación en el recién nacido

Autor:

Dr. Luis Hernán Gonzalez – Instructor de pediatría, facultad de medicina.
Universidad de Chile

Año: Publicación noviembre 2001; modificado en el 2007.

4.-MARCO CIENTIFICO

4.1. TERMORREGULACIÓN EN EL PREMATURO

La termorregulación es un factor fisiológico crítico en el neonato ligado a la sobrevivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada.

Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal este dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional, los cuidados en el momento de nacimiento y el periodo de adaptación.⁶

4.2. FACTOR BIOLÓGICO

Edad gestacional

A menor edad gestacional, la postura es más de flexionada y presenta menor tono muscular. Los recién nacidos prematuros presenta menor cantidad de depósitos de grasa y menor habilidad de generar calor por este mecanismo, escasez de reserva de glucógeno y glucosa. También presenta mayor área de superficie (relación masa-superficie) y menor cantidad de tejido celular subcutáneo; mayor pérdida de calor desde el interior del organismo por falta de aislamiento ya que presenta epidermis fina y ausencia de estrato corneo en las primeras semanas de nacimiento (las pérdidas por evaporación, por si solas pueden exceder la capacidad de producir calor). Ausencia de vernix caseoso y respuesta fisiológica dependiendo de su edad gestacional:

RN. <28-29 semanas de edad gestacional tiene mayor dificultad para producir calor en respuesta del aire frío, necesita temperaturas medio ambientales elevadas, más altas cuanto menor es el peso del niño al nacimiento. Durante las primeras 48 horas de vida estos niños tiene una respuesta vasomotora muy pobres ante una situación de frío y permanecen vaso dilatados lo que aumentan las pérdidas de calor.

RN. >29-30 semanas de gestación tiene mayor capacidad de aumentar o de disminuir la producción de calor con el objeto de mantener su temperatura corporal a pesar de

⁶ Guía práctica clínica de la termorregulación en el recién nacido año (2010)
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf

las variaciones de temperatura de su entorno, pero igualmente tiene riesgo de alteración en su termorregulación.

Clasificación según la edad gestacional del prematuro

Prematuro Limite.- es aquel que tiene entre las 35 y 36 semanas de edad gestacional, (48%).

Prematuro Moderado.- tiene entre 31 y 34 semanas de gestación (39%)

Prematuro Extremo.- tiene entre 24 y 30 semanas de gestación (12.1%-8.3%).⁷

PESO

Definición.

El peso al nacer permite determinar el estado de nutrición y el desarrollo del bebé en relación con la duración de la gestación

Clasificación del prematuro según el peso

Peso bajo: <2500g

Peso muy bajo: <1500g

Peso extremadamente bajo: <1000g⁸

Fisiología del control térmico

La homeostasis del organismo necesita de una temperatura constante dentro de límites estrechos. Este equilibrio se mantiene cuando hay relación entre la producción y la pérdida de calor.

La producción de calor en el recién nacido tiene dos componentes. El primero es la “termogénesis no termorreguladora”, que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción térmica de los alimentos.

⁷ PREMATURO.RN DE BAJO PESO Y POST MADURO. Lic. Galeano Humberto. Año (2013)
<http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/materno/diapos/021.pdf>

⁸ Recién Nacido Prematuro, Hospital infantil de México Federico Gómez, autor: Dr. Cevallos Adrián, año (2011).
<http://es.slideshare.net/cfuk22/2-rn-prematuro>.

Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético. A esta forma de producción de calor se denomina “termogénesis termorreguladora”, termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estrés térmico.

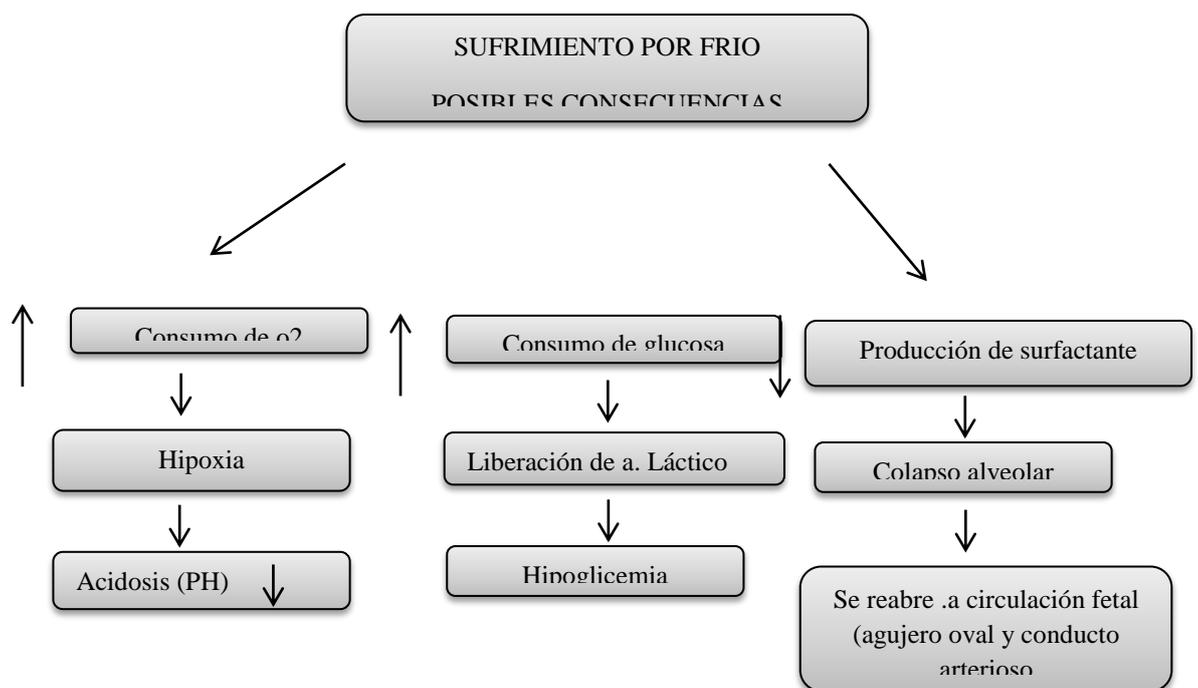
En condiciones de estrés por frío, la temperatura corporal central es inicialmente normal a expensas de un gran costo energético. Cuando el niño pierde la capacidad para mantener su Temperatura corporal normal, cae en hipotermia.

Las respuestas neonatales primarias al estrés por frío son la vasoconstricción periférica y la termogénesis química (metabolismo de la grasa parda).

Por este mecanismo, el recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia.

Cuando un recién nacido debe producir calor por medio del metabolismo de la grasa parda, pone en funcionamiento mecanismos que en el corto plazo lo llevarán a hipotermia y los riesgos que esto implica como se expresa en el siguiente cuadro.

LA HIPOTERMIA



Termogénesis

Es la capacidad de generar calor en el organismo debido a las reacciones metabólicas. La disipación del calor equilibra esta generación interna dando lugar a una homeostasis térmica (equilibrio térmico)

Mecanismo de producción de calor

Para que la temperatura corporal sea estable, la producción de calor debe ser igual que a la perdida.

Se logra por tres mecanismos:

- a) Termogénesis de la actividad muscular voluntaria
- b) Termogénesis actividad muscular no voluntaria (escalofrió ausente)
- c) Termogénesis no muscular: grasa parda siendo esta la principal fuente de calor del neonato.

En el recién nacido la actividad muscular voluntaria es limitada y la actividad muscular involuntaria es inadecuada por ello depende de la grasa parda para la termogénesis.⁹

Grasa parda

Definición.-La grasa es un componente del cuerpo humano que se acumula en forma de tejido graso o adiposo. En la actualidad se conoce que el tejido adiposo, además de ser la reserva de lípidos, es un órgano endocrino que produce una variedad de hormonas y citoquinas que regulan el metabolismo e influye en la composición corporal.

Características;

- Representa del 2 al 6 % de peso corporal total
- Es rica en irrigación sanguínea y vacuolas
- Se localiza en el cuello, región inter escapular, mediastino alrededor de los riñones y en las glándulas suprarrenales.

⁹ Gomella Cunningham Reimpresión 1998-2005, MANUALES CLINICOS NEONATOLOGÍA Manejo Básico 3era edición. Págs.50-63 Regulación de la temperatura en el neonato.

- Los bebés prematuros tienen escaso o nulo depósito de grasa parda.¹⁰

MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR

Los cuatro mecanismos son:

Mecanismo	Fuentes de pérdida de calor	Prevención
Convección	Temperatura baja en la sala de neonatología	Mantener la temperatura de la sala entre 25 y 30 grados
	Corrientes de aire	Posicionar las cunas alejadas de ventilaciones de aire acondicionada, exponer la mínima cantidad de piel durante procedimientos usar ropa para aislar al bebé que no pueda ser vestido
	Administración de oxígeno	Humidificar y calefaccionar el oxígeno suministrado a través de circuitos del paciente o bien direccionar el flujo para que no apunte directamente sobre la cara y cabeza
	Transporte del neonato dentro del hospital	Transportar en incubadora precalentada, o envuelto en sábanas tibias
	Procedimientos (baño, exámenes,)	Usar calefactor u otra fuente de calor
	Pérdida de temperatura en la incubadora	Usar mangas portillo
Conducción	Neonato acostado sobre una superficie fría	Proveer aislación entre el neonato y la superficie sólida, calentar las superficies, los colchones antes de que entren en contacto con la bebé, precalentando la incubadora.
Evaporación	Bebe mojado al nacer	Secar al bebé inmediatamente después del parto, en especial la cabeza, colocar al bebé bajo un calefactor radiante o envuelto en sábanas tibias, poner al bebé sobre el pecho de la madre en contacto piel a piel si las condiciones lo permiten
	Baño	Demorar el baño inicial hasta que la temperatura corporal se estabilice, usar calefactores radiantes, evitar baño rutinario en bebés prematuros
	Humedecer la piel con soluciones	Si es posible calentar las soluciones antes de usar
Radiación	Proximidad de un medio exterior frío	Posicionar las cunas alejadas de paredes y/ o ventanas, especialmente a los

¹⁰Departamento General de Enfermería, Docencia e investigación Servicio de Neonatología
 TERMORREGULACION.ppt-pdf: autor: Lic. Catillo Lidia, año (2008) modificado (2009)
http://www.cyma.com.ar/frontend/Neo_act/TERMORREGULACION.pdf

		prematuros extremos
	Paredes de las incubadoras frías	Usar incubadoras de doble pared

Ambiente neutro

Definición.-Es aquel que permite al recién nacido mantener su temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menos gasto metabólico.

La estabilidad térmica es esencial para cada bebe, especialmente para aquellos con capacidad metabólica limitada debido a su prematurez, enfermedad o bajo peso al nacer.

Tanto el estrés por calor como el estrés por frío pueden conducir a que él bebe use más de su capacidad metabólica limitada para termorregular y menos para crecer y sobrevivir.¹¹

Para lograr una estabilidad térmica óptima, la temperatura del bebe debe ser mantenida dentro de su zona térmica neutral, llamada también zona de confort, esta es la franja de temperatura ambiente dentro de la cual el metabolismo y el consumo de oxígeno son mínimos y la regulación de la temperatura se efectúa por mecanismo físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales.

La zona térmica neutral es el ambiente ideal para el crecimiento y la supervivencia del prematuro y el recién nacido enfermo. La zona de termorregulación es aquel rango de temperatura ambiental en el que es posible mantener la temperatura corporal central en rangos normales (37 a 37.5°C).

El estrés por frío produce un incremento del metabolismo y consumo de oxígeno, y el comienzo de un círculo vicioso que puede llevar a la muerte.

Por el contrario, si la temperatura ambiente comienza a aumentar, las pérdidas de calor del bebe empezarán a disminuir. Entonces, por acción del centro termorregulador se producirá una serie de modificaciones fisiológicas tales como vasodilatación periférica y un aumento de superficie corporal expuesta (él bebe se estira) para

¹¹ Cuidados Neonatales- Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Tomo I (Augusto Sola)

aumentar la disipación de calor. Sin embargo, aquellas no podrán disminuir la producción de calor que le signifique su propio metabolismo vital. Si la temperatura ambiente continua incrementándose, su temperatura corporal comenzara a subir. En los neonatos, esto provoca episodios de apnea, fiebre, taquicardia, y culmina con su muerte¹²

Trastornos de la termorregulación

Debido a factores como:

- Hipoxia aguda
- Fármaco administrado
- Trastornos hemodinámicos
- Trastornos metabólicos
- Recién nacidos prematuros
- Septicemia
- Aporte nutricional y calórico inadecuado
- Inmadurez del control térmico
- Cantidad deficiente de tejido adiposo subcutáneo

Factores relacionados con el riesgo de alteración de Termorregulación en el recién nacido

- **Hipoxia y la Hipoglucemia.**-Interfiere en la producción de calor en el RN, por lo que se utiliza el mecanismo metabólico para corregir la hipotermia.
- **Anomalías Congénitas.**-Cuando existe apertura de la piel como: Gastroquisis, Onfalocoele, extrofia vesical, mielomeningocele.
- **Daño del sistema central.**-Las lesiones cerebrales interfieren en la capacidad termorregulación
- **Retardo en el crecimiento intrauterino.**- describe el retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional
- **Sedación.**-Disminuye la actividad física, el tono muscular por lo que no puede usar posición en flexión para reducir el área de superficie expuesta. El recién nacido no presenta respuesta muscular involuntaria como el escalofrío.

¹² cuidados neonatales descubrimiento de la vida de un recién nacido enfermo Tomo 1 Augusto Sola

- **Respuesta sudo motora** escasamente desarrollada
- **Tono motor y actividad.**-Niños enfermos y de edades gestacionales más bajas.
- **Alteración del control térmico**

Hipotermia.- Ocurre cuando la temperatura axilar es menor a 36.5°C ocasionando vasoconstricción periférica como respuesta al frío.

Los factores de riesgo de hipotermia son:

- Neonato durante las primeras 8 a 12 horas de vida
- Prematuridad
- PEG
- Neonatos con alteraciones en el sistema nervioso central
- Neonato con factores de estrés

Cuadro clínico

- Extremidades y tórax fríos
- Intolerancia a la alimentación debido a la motilidad gastrointestinal (aumento de residuo, vómitos, distensión abdominal y dificultad para succionar)
- Letargo
- Llanto débil
- Cambios en la coloración de la piel (pálida o marmórea)
- Irritabilidad (consecuencias de la hipoxemia)
- Apnea y bradicardia (consecuencia de la hipoxemia)

La hipotermia causa vasoconstricción, como una forma del organismo para controlar la pérdida de calor; aumenta el consumo de oxígeno por disminución de la oferta de oxígeno a los tejidos, y causa acidosis metabólica debido al aumento de ácido láctico; aumenta el consumo de calorías por depósito de glucógeno. La hipoxemia también puede causar vasoconstricción pulmonar e interfiere así como la producción de surfactante, lo que empeora el cuadro de dificultad respiratoria.

Prevención de la hipotermia

- Si la temperatura del niño es menor de 36.5°C, realizar el calentamiento lentamente entre 1°C-1.5°C por hora.
- Retirar todos los elementos que puedan interferir con la ganancia de calor como sabanas plásticas, gorro y la vestimenta del recién nacido, hasta que la temperatura se normalice
- Evitar las pérdidas de calor por cualquiera de los mecanismos: convección, radiación, conducción y evaporación.
- Calentar las compresas
- Cubrir la superficie de la balanza
- Mantener la temperatura ambiental en aproximadamente 28 a 30°C
- Mantener la puerta cerrada
- Administración de oxígeno tibio y húmedo
- Postergar el baño
- Mantener la temperatura adecuada en la incubadora
- Proporcionar medios cobertores
- Evitar corrientes de aire
- En los procedimientos, usar soluciones antisépticos tibias y colocar fuente de calor adicional¹³

Hipertermia.- Se define como una temperatura mayor a 37.5°C. Se produce vasodilatación periférica, con el esfuerzo del organismo para disipar calor, causando también aumento de la tasa metabólica y de los requerimientos de oxígeno y aumento de la pérdida de líquidos, lo que causa deshidratación y acidosis metabólica.

Los factores de riesgo para la hipertermia y los mecanismos de ganancia de calor son:

- Defectos en el equipamiento
- Calentamiento excesivo
- Uso incorrecto de las lámparas de calentamiento
- Incubadora muy cerca de la ventana o con mucho sol

¹³ Guía práctica clínica de la termorregulación en el recién nacido año (2010)
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf

- Sonda de temperatura de la servocuna o de la incubadora sin contacto con la piel
- Uso de prostaglandinas
- Síndrome de abstinencia
- Septisemia bacteriana
- Anomalías en el sistema nervioso central que afectan los centros de regulación térmica.

Cuadro clínico

- Taquipnea
- Apnea
- Taquicardia
- Hipotensión
- Rubor
- Extremidades calientes
- Irritabilidad
- Alimentación irregular
- Letargia
- Hipotonía
- Postura en extensión
- Llanto débil o ausente

Prevención de la hipertermia

- Confirmar la temperatura de la incubadora
- Si está utilizando el modo de control de temperatura “servo de piel”, confirmar que el sensor no se ha desplazado de su sitio
- Confirmar que no tiene un foco de calor radiante adicional
- Si el niño está en su “nidito” o vestido, procedemos a desvestirlo o sacarlo del nidito
- Si es posible aumentaremos las pérdida de calor por evaporación (abrir algunas de las puertas de la incubadora)
- Notificar de los gases inspirados
- No “mojaremos” al niño si es prematuro

- Vigilar el descenso de la temperatura cada 15 a 30 minutos por el riesgo de llevar a hipotermia

Importancia de la humedad

Las pérdidas insensibles de agua a través de la piel y del tracto respiratorio son una de las vías más importante de pérdida de calor. Además de la pérdida de calor por radiación hacia las superficies vecinas y las pérdidas por convección así el aire circulante de la incubadora, la evaporación de agua a través de la piel del bebé es de significado crucial. Estudios clínicos han demostrado que las pérdidas de agua del neonato cambian exponencialmente dependiendo de la edad gestacional dentro de las primeras cuatro semanas después de nacido. De esta forma, la mayor pérdida de agua se registrara en los bebés prematuros. Ya que cada gramo de agua evaporada significa una pérdida de calor corporal, de 560 cal, este tipo de pérdida de calor durante los primeros días de vida de un neonato con baja edad gestacional es un factor decisivo para mantener la temperatura corporal.

Un cuarto de la pérdida de calor tiene lugar durante la respiración, el otro 75% se debe a la difusión pasiva de agua a través de la piel inmadura del agua. Esta pérdida de calor por unidad de superficie corporal en un prematuro con edad gestacional de 26 semanas es hasta 5 veces mayor que la de un adulto. Un bebé de uno o dos días de edad, con menos de 30 semanas de edad gestacional, bajo terapia en una incubadora sin humidificación, puede experimentar una pérdida de calor debido a la evaporación, que en ese momento excede la producción de calor metabólica, esto significa que aun con una temperatura pre-fijada a 37°C dentro de la incubadora él bebé no alcanzara la temperatura corporal necesaria¹⁴

Acciones de enfermería

1. Preparación de la incubadora para recibir al niño: Vestir la incubadora.

Efectuar el calentamiento inicial durante 15 a 20 min. Antes de colocar al paciente.

2. Se coloca al neonato desnudo en el microambiente controlado de una incubadora con una temperatura de 36.1 a 36.8 grados.

¹⁴ Enfermería de cuidados intensivos neonatales/asistencia del recién nacido de alto riesgo 3ª EDICION TAMEZ-SILVA pág. 1-5 2008

3. Comprobar la temperatura del lactante en relación con la unidad calefactora. Medir la temperatura axilar del lactante cada hora.
4. Establecer una humedad relativa del 40 a 60 %.
5. Administrar oxígeno en caso de que se presenten signos de acrocianosis.
6. Evitar que instrumentos fríos como estetoscopio, tijeras etc. Tengan contacto directo con el recién nacido; calentar previamente. Colocar la incubadora lejos corrientes de aire y evitar que se encuentren las ventanas abiertas.
7. Mantener al R.N. seco en la incubadora. Retirar ropa húmeda y cambiar por seca.
8. Proporcionar al R.N. la alimentación por vía enteral (80 a 90 Kcal./ Kg. por día aprox.).
9. Colocar un servo control al niño en el abdomen.
10. Mantener libre al niño de luces, ruido o estrés.
11. Colocar al niño en una posición flexionada.

Dotación personal

Se refiere al proceso de reclutar, contratar, orientar, retener y despedir empleados. Dotar de personal es un término de recursos humanos.

Equipos de enfermería

- 1 enfermera/o jefe o encargada/o de la UCI neonatal
- 1 enfermera/o encargada/o de guardia por turno (cada 10 cunas)
- 1 técnico o auxiliar de enfermería según el nivel de asistencia:
- Intensivos: 1 persona cada 1 a 2 cunas
- Semiintensivo: 1 persona cada 2 a 3 cunas
- Prealta: 1 persona cada 3 a 4 cunas
- 1 auxiliar de servicios generales por turno
- 1 secretaria/o - recepcionista por turno

4.4. FACTOR AMBIENTAL

Temperatura del aire

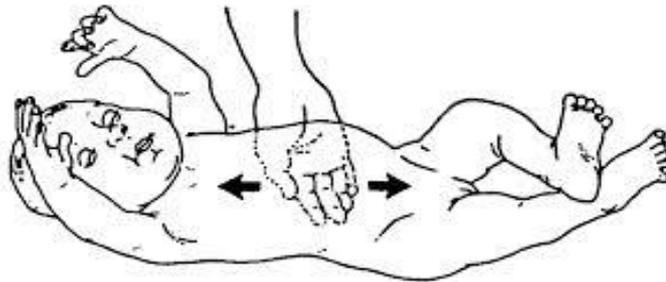
Humedad del ambiente

Velocidad del aire circundante

Características de los objetos en contacto directo

Características de los objetos circundantes que no están en contacto directo.¹⁵

VULNERABILIDAD DE ACUERDO AL FACTOR AMBIENTAL.



4.5. INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

La estructura y organización de la UCI neonatal debe tener en cuenta los adelantos terapéutico y tecnológico disponibles para el cuidado del recién nacido de alto riesgo y estar a la altura de las circunstancias.

Para la diagramación y organización de este sector, debe considerarse la selección del material, de los recursos humanos y espacio físico y hacer énfasis en el cuidado centrado en la familia con respecto a todos los aspectos de la atención del recién nacido, desde la admisión hasta el alta hospitalaria, momento en el que es muy importante resaltar la atención integral del recién nacido de alto riesgo y su familia.

¹⁵ http://200.72.129.100/hso/documentos/neo/guiascli/04_Termorregulacion_y_Humedad.pdf

Deben estudiar la estructura y el sector del hospital donde se instalara la UCI neonatal, para garantizar que cumplan con todos los requerimientos técnicos y humanos de apoyo para atender al cuidado del recién nacido enfermo durante las 24 horas del día, con el laboratorio clínico y patología, radiología, farmacia, ECG, servicio social, ecocardiograma, gasometría y banco de sangre .

Disposición de cunas

Las recomendaciones en cuanto a la disposición de cunas en la UCI neonatal se establece según normas regidas por los órganos oficiales del ministerio de salud de cada localidad .Por lo general, las recomendaciones en cuanto a la distancia sugerida entre las cunas en el área de cuidados Semiintensivo es de 1,5 m y en el área de cuidados intensivos es de 2 m, dejando el espacio suficiente para acomodar el equipamiento necesario y para el equipo de salud pueda actuar con comodidad.

Espacio físico

1. Sala de espera
2. Baños públicos
3. Recepción y secretaria
4. Vestuarios y baño del personal
5. Comedor y sala del personal
6. Sala de reunión
7. Sala de jefatura y habitación de descanso de enfermería
8. Sala de jefatura y habitación de descanso de médicos
9. Lavabo
10. Pasillo interno
11. Pasillo externo
12. Sector de desecho de materiales
13. Sala de preparación y esterilización del material
14. Lactario
15. Sala de cuidados intensivos
16. Sala de cuidados Semiintensivo
17. Sala de Prealta
18. Habitación para los padres

19. Sala de depósitos de equipamientos ¹⁶
20. Sala de depósito de insumo y de ropa
21. Sala de reuniones

Ventanas.-Deben tener vidrio claro y polarizado para filtrar la luz solar .Se debe evitar el uso de cortinas de tela o persianas por que permite la acumulación de polvo y dificulta la limpieza.

Tomas de electricidad e iluminación

El número de electricidad para cada cuna depende de la gravedad del paciente y el tipo de equipamiento que se utiliza. Se recomienda las tomas de 110 V, aproximadamente 12 a 15 salidas por cuna en el área de cuidados intensivos y de 4 a 6 salidas en las áreas de cuidados Semiintensivo y de prealta .El cuarto de aislamiento debe tener de 12 a 15 salidas por cuna. Se necesita también salidas de 220 V para la utilización del aparato de RX portátil, 1 a 2 salidas, según el tamaño del aparato.

Se recomienda lámparas de tipo fluorescente que otorguen buena luminosidad; lo interruptores deben tener un dispositivo silencioso, con posibilidad de regular la intensidad de la luz.

Ventilación temperatura y humedad

Se recomienda el sistema de aire acondicionado central o unidades individuales los cambios de filtro deben realizarse de forma periódica. La temperatura debe mantener entre 25 a 27 ° C con una humedad relativa 40 a 50%.

Oxígeno aire comprimidos y aspiraciones centrales

En el área de cuidados intensivos cada cuna debe tener 4 salidas de O₂ con flumiter, 3 a 4 salida de aire comprimido, 3 a 4 salidas con aspiración con manómetro regulador de presión y una salida de O₂ y de aire comprimido conectado con el mezclador (blender).En la áreas de cuidado Semiintensivo y prealta cada cuna debe tener 2 salidas de O₂ con flumiter, 2 salidas de aire comprimido y 2 salidas de aspiración con manómetro regulador de presión.

¹⁶ Enfermería de cuidados intensivos Neonatales/ asistencia del recién nacido de alto riesgo 3era Edición (Tamez –Silva)

Material y equipamiento.-La cantidad del equipamiento y del material necesario depende del número total de cunas y del tipo y complejidad de los cuidados¹⁷.

5. ESTANCIA HOSPITALARIA

Definición: Se refiere al espacio de tiempo que invierte un paciente en condición de hospitalizado en las instalaciones de un hospital.

La estancia hospitalaria depende de su estado de salud pudiendo ser corta, media y prolongada, por este hecho los cuidados de atención son mayores de los que se pensaron en un principio, además está el hecho de tener que destinar recursos adicionales a los que se tenían programados para su atención.

5.1. TIEMPO DE ESTANCIA

Tipos de estancia hospitalaria:

Corta estancia hospitalaria.-Aquella que es de 5 días

Prolongada estancia hospitalaria.-Aquella que sobrepasa el estándar de 9 días¹⁸

Fórmula para calcular la estancia

La duración promedio de la estadía se calcula dividiendo el número de días que un paciente pasa en el hospital por el número de altas, incluyendo muertes.

$$\text{Fórmula} \quad \frac{\text{Total de días de hospitalización}}{\text{Total de egresos -muertes}^{19}}$$

¹⁷ Enfermería cuidados intensivos neonatales/asistencia del recién nacido de alto riesgo 3ª edición Tamez –Silva 2008 pág. 1-5

¹⁸ Calidad Asistencia y eficiencia técnica en hospitales en el Ecuador, MSP, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, "Estándares para el control de la gestión hospitalaria", Quito, Año 1999.

¹⁹ <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/indicadores-hospitalarios,31/01/2012>

Fórmula para calcular el promedio día- estancia

Permite conocer por periodo, el tiempo promedio de permanencia de los pacientes que egresan durante ese periodo.²⁰

$$\text{Formula: } \frac{\text{Número total de días estancia de los egresos del periodo}}{\text{Número total de egresos en el periodo}}$$

$$\text{Promedio estancia: } \frac{75}{8} = 9.3$$

INDICADORES DE INGRESOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA EN EL PERIODO DE AGOSTO 2013- MARZO 2014

H.CL. de los recién nacidos prematuros	Edad gestacional	Edad corregida en semanas/ días de hospitalización
610533	35 semanas de gestación	14 días
596593	33 semanas de gestación	49 días
685643	36.5 semanas de gestación	7 días
735003	37 semanas de gestación	7 días
731923	34 semanas de gestación	42 días
768433	36 semanas de gestación	17 días
716933	35 semanas de gestación	14 días
648653	32 semanas de gestación	56 días
703863	36 semanas de gestación	28 días
718093	34 semanas de gestación	42 días
889833	30 semanas de gestación	70 días
981103	32 semanas de gestación	56 días
987273	35 semanas de gestación	35 días
931893	33 semanas de gestación	49 días
1013053	37 semanas de gestación	7 días
976143	36 semanas de gestación	21 días
1064173	36 semanas de gestación	28 días

Datos obtenidos de la Historia Clínica del Recién Nacido Prematuro hospitalizados en la unidad de neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde..

Elaborado por: IRE. Eva Zaruma- IRE. Clemencia Tamami

Análisis

Según los datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad de neonatología durante nuestro tiempo de

²⁰ Indicadores Hospitalarios.

<http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/indicadores-hospitalarios>

investigación realizado (agosto 2013- marzo 2014) se llega a los siguientes resultados:

La tabla.-Corresponde a los días de estancia hospitalaria que serían necesarios de acuerdo a la edad gestacional que nació el prematuro y que al corregir sería de 38 a 40 semanas en la cual un recién nacido tienes mayor probabilidad de sobrevivir y adaptarse al medio extrauterino, esto es una forma de calcular sin utilizar la formula.

CALCULO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS APLICANDO LA FORMULA

Diagnostico relacionados a los factores de riesgo de la termorregulación en RNP	Nº de pacientes	Días de hospitalización	Egresos o muertes	Total de estancia hospitalaria	Total de días hospitalizados según la H.CL	Promedio día - estancia
Retardo en el crecimiento intrauterino	8	16	3	5	16	9 días
Hipoxia e hipoglicemia	5	12	2	6	12	
Malformaciones Congénitas	5	28	2	14	28	
Daño en el sistema nerviosos central	2	19	1	19	19	
Total	20	75	8	44	75	

Datos obtenidos de la Historia Clínica del Recién Nacido Prematuro hospitalizados en la unidad de neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma- IRE. Clemencia Tamami

Análisis

Se utilizó el total de los egresos ocurridos durante nuestro tiempo de investigación en la unidad neonatología desde agosto 2013- marzo 2014 para identificar posibles asociaciones entre la variable en estudio y el tiempo de estancia hospitalaria, se realizó empleando los datos estadísticos de la historia clínica de los recién nacido prematuros, resultando los 4 primeros diagnósticos de egreso las malformaciones congénitas, daño en el sistema nervioso central, retardo en el crecimiento intrauterino e hipoxia – hipoglicemia con una estancia hospitalaria promedio de 9 días.

Es común y esperable que un recién nacido prematuro sea ingresado a la unidad de neonatología por presentar una serie de problemas que serían incompatibles con la vida si no fuesen tratadas, como por ejemplo la dificultad respiratoria debido a su inmadurez pulmonar, o la incapacidad de mantener una adecuada termorregulación y que sea durante el periodo de estancia hospitalaria que aparezcan otras afecciones como por ejemplo la sepsis. Puesto que aunque son un grupo pequeño de pacientes comparándolos con la cantidad de recién nacido de término atendidos en este periodo, fue en quienes se empleó la mayoría de los recursos debido al tiempo de hospitalización en ellos representada.

CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLOGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

2.1.1. POR EL PROPÓSITO

Aplicada.-Porque está encaminada a resolver problemas que mejoren la atención y cuidados de los recién nacidos prematuros que presenta dificultad en la termorregulación, un problema hallado en la unidad de neonatología siendo solucionable al emplear instrumentos evaluativos y medibles como la encuesta y guías de observación que permitieron la obtención de resultados inmediatos con la ayuda de la revisión de la historias clínicas de los recién nacidos prematuros.

3.1.2. POR EL NIVEL

Descriptivo.- Porque reflejara la realidad tal como es, describiendo sistemáticamente las características de una población, situación o área de interés, mediante la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros y encuestas realizadas al personal de enfermería que brindan los cuidados, la cual sirve para probar la hipótesis.

3.1.3. POR EL LUGAR

De campo.- porque se realiza en el lugar de los hechos, ósea en el lugar donde se está desarrollando los acontecimientos que conduce a nuestro sujeto de estudio que es el recién nacido prematuro, apoyándonos mediante la guía de observación que se realizó en la unidad de neonatología.

2.2. DISEÑO POR LA DIMENSIÓN TEMPORAL

Transversal: Porque se intenta analizar el problema en un periodo de tiempo que se inició en el mes de agosto 2013 y se concluirá en el mes de marzo del 2014.

2.3. MÉTODOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación emplearemos el método deductivo.

Método deductivo.-Nuestra investigación la utilizamos para cumplir con un proceso sintético analítico donde presentamos conceptos, principios, definiciones, leyes o normas generales de la cual formularemos conclusiones que nos permitirá examinar casos particulares.

2.4. UNIVERSO

La población motivo del estudio para realizar la actual investigación corresponde a 20 recién nacidos prematuros que se encuentra hospitalizados en la unidad de neonatología y 47 profesionales de enfermería las cuales están a cargo del cuidado y manejo durante su estancia hospitalaria.

Objeto de estudio	Numero
Recién nacido prematuro	20
Personal de enfermería	47

2.6. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de la información del presente trabajo investigativo se utilizaron las siguientes técnicas:

Fuente Primaria

- ❖ **Encuestas:** Las mismas que se aplicaron al personal de enfermería (47) que laboran en la unidad de neonatología del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil para investigar el nivel de conocimiento.
- ❖ **Guía de observación:** Aplicada en la unidad de neonatología para observar la atención y cuidado de los recién nacidos prematuros durante su estancia hospitalaria
- ❖ **Historia clínica de los Recién Nacidos Prematuros:** Documento legal donde consta datos tales como: diagnostico, edad y peso.

Fuente Secundaria

- ❖ Revisión Bibliográfica.
- ❖ Internet.

Instrumentos

- ❖ Encuestas.
- ❖ Guía de observación
- ❖ Historia Clínica

3. TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS, ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

El procesamiento de datos se efectuó de manera computarizada mediante una base de datos del programa Excel, el respectivo análisis de los resultados se realizó a través de promedios y porcentajes, la presentación será expuesta mediante cuadros gráficos estadísticos, la información se recopiló a través de la aplicación de encuestas y guía de observación dirigidos al personal de enfermería que laboran en la unidad de neonatología y la revisión de historias clínicas de los recién nacidos prematuros.

CAPITULO III

3.1. DATOS ESTADISTICOS OBTENIDOS AL REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS RECIEN NACIDOS PREMATUROS DESDE AGOSTO 2013 HASTA MARZO 2014

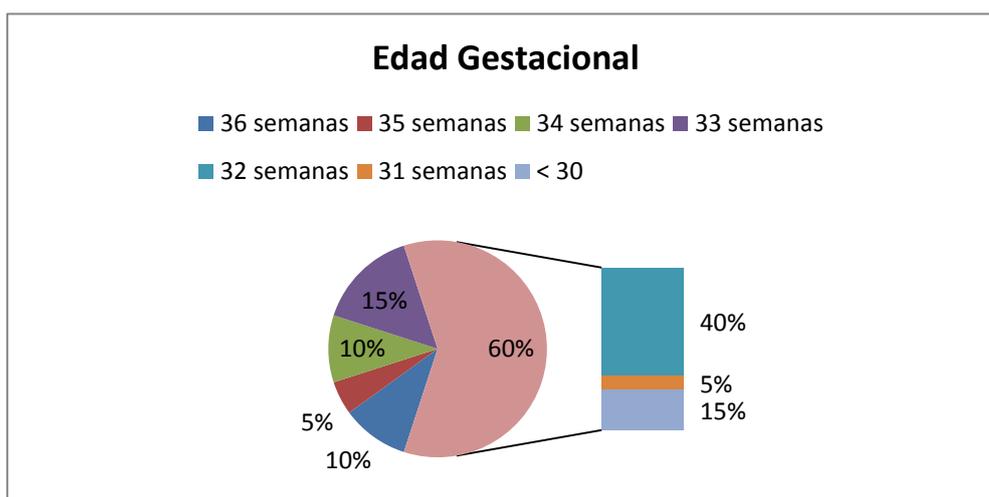
TABLA N^a.1

El prematuro que más comúnmente ingresa a la unidad neonatología

Edad Gestacional	Numero	Porcentaje
36 semanas	3	15%
35 semanas	1	3%
34 semanas	2	10%
33 semanas	3	15%
32 semanas	8	40%
31 semanas	1	5%
< 30 semanas	2	15%
Total	20	100%

Fuente: Datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRAFICO 1



Fuente: Datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

Según los datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros que ingresan a la unidad de neonatología: son de 32 semanas de gestación que corresponde al 40%, 36 semanas de gestación y 33 semanas de gestación que corresponde a 15%, lo que constituye un factor de riesgo por que influye a una prolongada estancia hospitalaria ya que por su inmadurez fisiológica requieren un útero artificial (incubadora) hasta completar su edad gestacional y pueda regular su temperatura en el medio exterior.

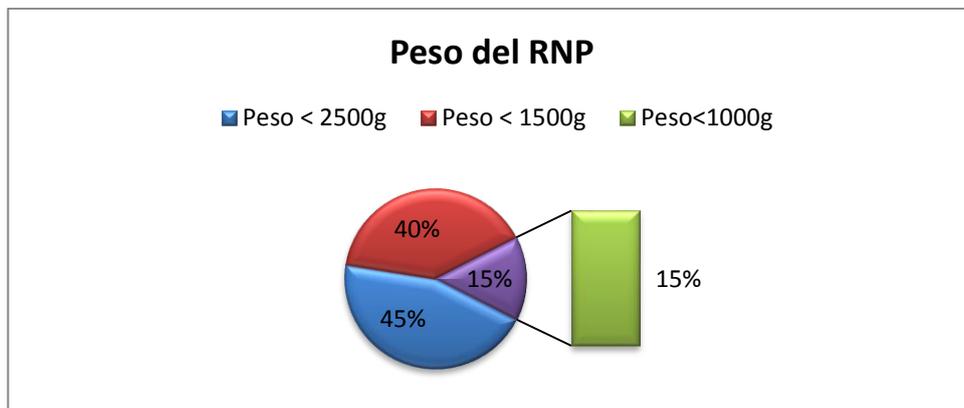
TABLA 2

Peso del recién nacido prematuro al ingresar a la unidad de neonatología

Peso del RNP	Numero	Porcentaje
Peso < 2500g	9	45%
Peso < 1500g	8	40%
Peso<1000g	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRAFICO 2



Fuente: Datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

De acuerdo a los datos estadísticos obtenidos de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros, el peso con el que ingresaron a la unidad neonatología fue < 2500gr el 45% y el 40% de <1500gr, siendo un factor de riesgos a prolongar su estancia hospitalaria ya que son vulnerables a perder calor fácilmente por que la grasa que posee en su cuerpo será escasa y aumentara las posibilidades de presentar hipotermia.

3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”

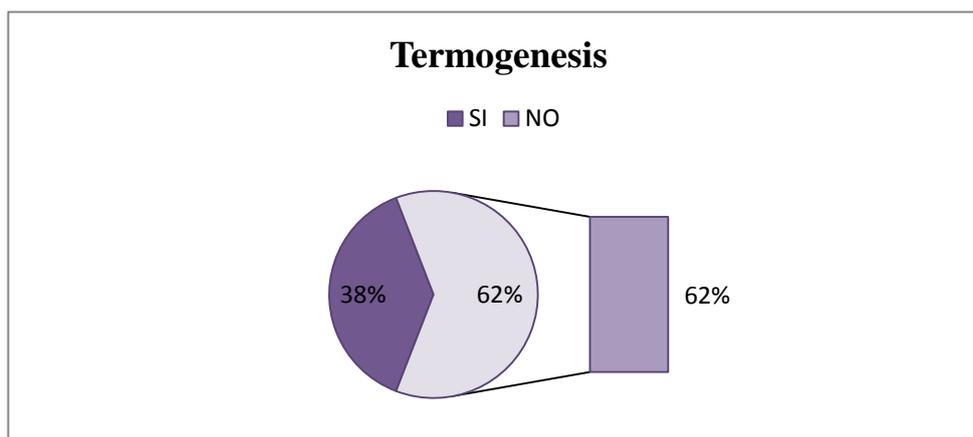
TABLA N°3

Tiene conocimiento de la termogénesis

Termogénesis	Numero	Porcentaje
SI	18	38%
NO	29	62%
Total	47	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRAFICO 3



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

Mediante la encuesta aplicada se obtiene que de 47 profesionales en enfermería el 62% desconocen sobre la termogénesis, esto influye a que no se aplique el cuidado adecuado en termorregulación del recién nacido prematuro lo que conlleva a producirse complicaciones durante su estancia hospitalaria.

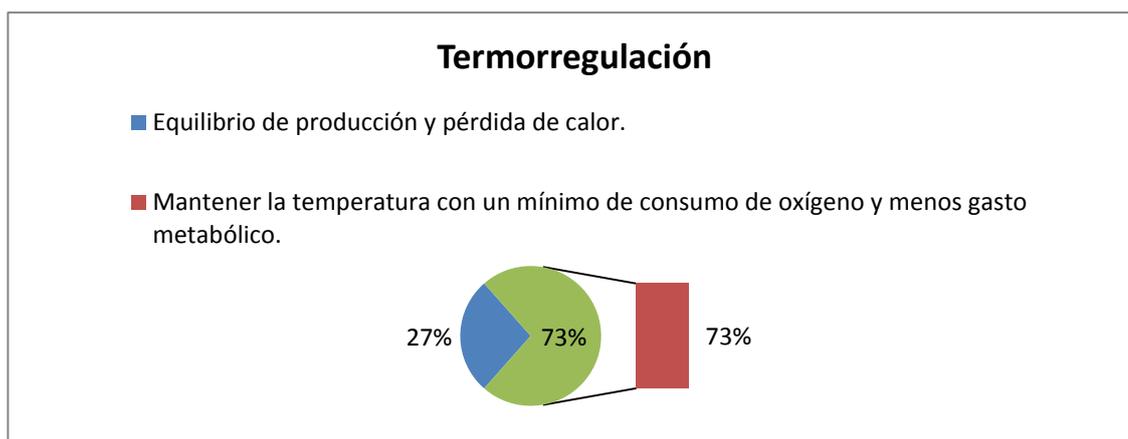
TABLA.4

De acuerdo a su conocimiento sobre termorregulación es:

Concepto	Número	Porcentaje
Equilibrio de producción y pérdida de calor.	10	27%
Mantener la temperatura con un mínimo de consumo de oxígeno y menos gasto metabólico.	27	73%
Total	47	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRAFICO. 4



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

Según la encuesta realizada al personal de enfermería el 73% desconoce sobre la termorregulación ya que mantiene el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor en el recién nacido prematuro para mantener su temperatura corporal dentro de su rango normal (36.5 °C).

TABLA .5

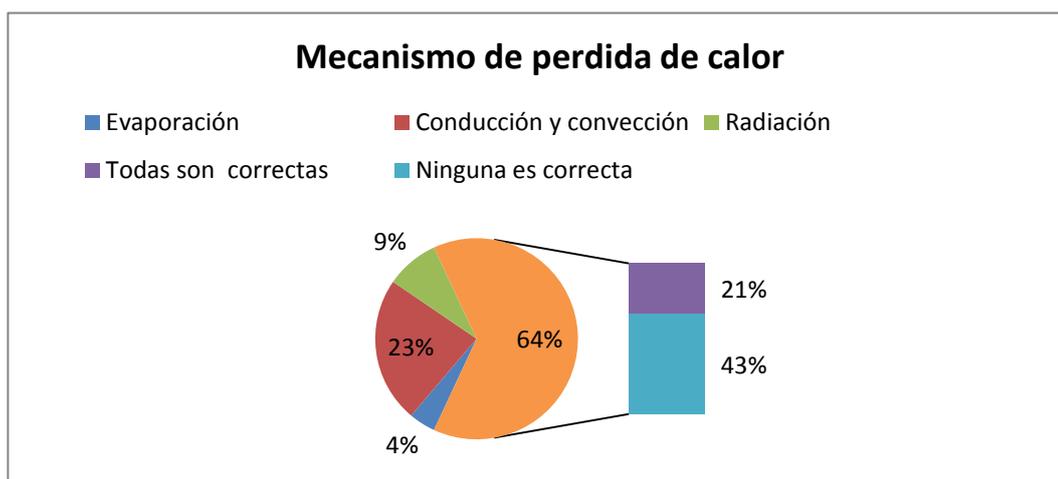
Los mecanismos de pérdida de calor son:

Mecanismo de Pérdida de Calor	Numero	Porcentaje
Evaporación	2	4%
Conducción y convección	11	23%
Radiación	4	9%
Todas son correctas	10	21%
Ninguna es correcta	20	43%
Total	47	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRAFICO.5



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

De acuerdo a la encuesta aplicada solo el 21% que es un porcentaje no aceptable tiene conocimiento en cuanto a los mecanismos de pérdida de calor la cual no permite tener los cuidados adecuados en el recién nacido prematuro para evitar una hipotermia .

TABLA. 6

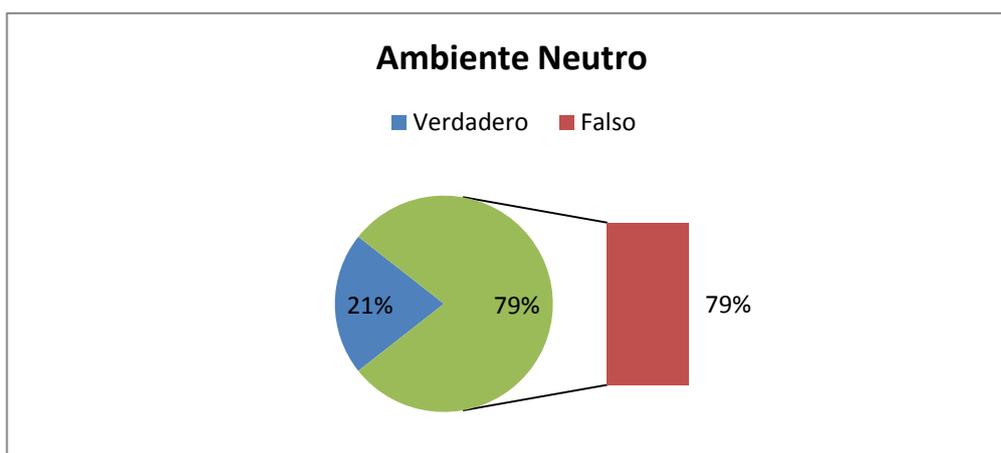
Conteste verdadero o falso

Ambiente neutro es: Mantener la temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menos gasto metabólico

Ambiente Neutro	Numero	Porcentaje
Verdadero	10	21%
Falso	37	79%
Total	47	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRÁFICO.6



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

El personal de enfermería que labora en las áreas de neonatología el 79% no tienen un conocimiento claro sobre el ambiente neutro, siendo importante ya que permite al recién nacido prematuro regular la temperatura corporal manteniéndose dentro de los rangos normales.

TABLA.7

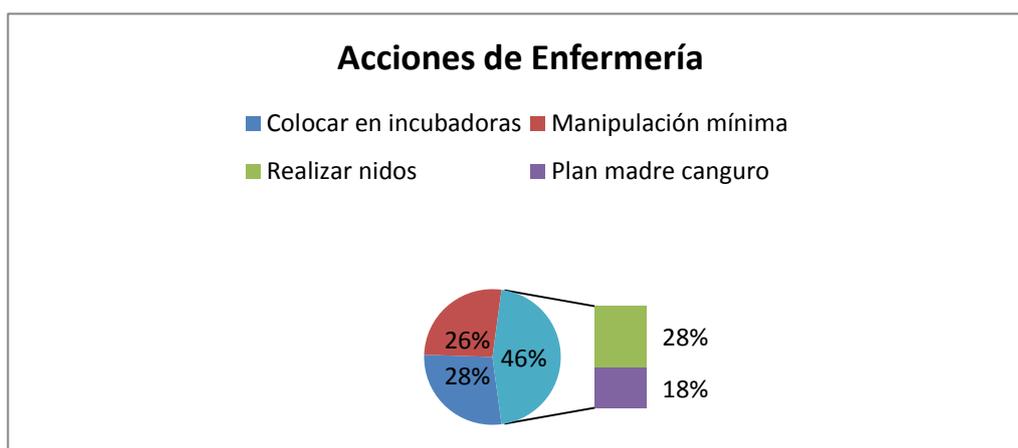
Las Acciones de enfermería para mantener la Termorregulación son:

Acciones de Enfermería	Numero	Porcentaje
Colocar en incubadoras	26	28%
Manipulación mínima	25	26%
Realizar nidos	26	28%
Plan madre canguro	17	18%
Total	94	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRÁFICO.7



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

De acuerdo a la respuesta emitida por el personal de enfermería para la atención del recién nacido prematuro es colocarlo en la incubadora ya que funciona como una especie de útero artificial otro de los cuidados es manipulación mínima y realizar nidos. El 18% menciona practicar el plan canguro para regular la temperatura.

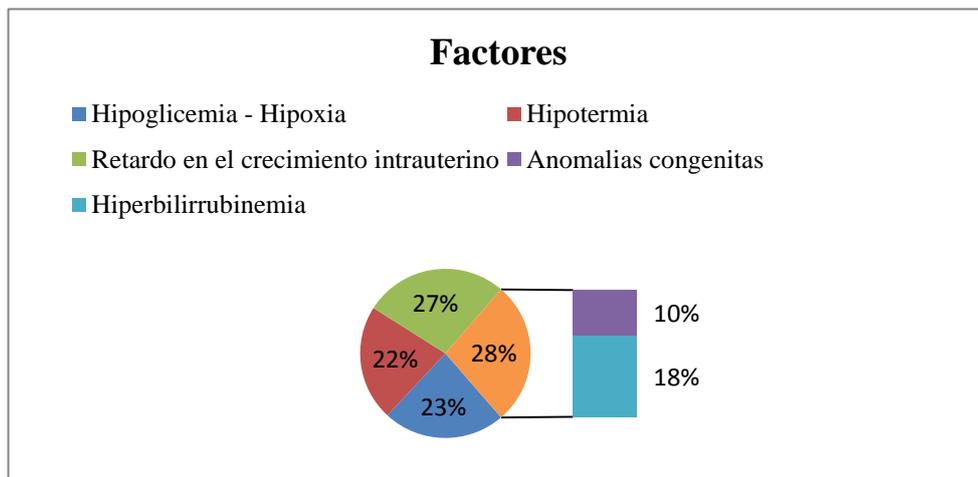
TABLA.8

Cuáles son los factores relacionado con la alteración de la termorregulación del recién nacido prematuro

Factores	Número	Porcentaje
Hipoglicemia - Hipoxia	40	23%
Hipotermia	38	22%
Retardo en el crecimiento intrauterino	47	27%
Anomalías congénitas	17	10%
Hiperbilirrubinemia	30	18%
Total	172	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRÁFICO.8



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

Mediante la encuesta aplicada al personal enfermería menciona que entre los factores relacionados con la alteración de termorregulación en un 27% es el retardo en el crecimiento intrauterino lo cual es un factor de riesgo que tiene relación con la termorregulación debido a que presentara menor cantidad de depósito graso y menor habilidad de generar calor y el 23% refieren que es la hipoglicemia e hipoxia ya que interfieren en la producción de calor por lo que utiliza el mecanismo metabólico para corregir la hipotermia conllevando esto a prolongar la estancia hospitalaria.

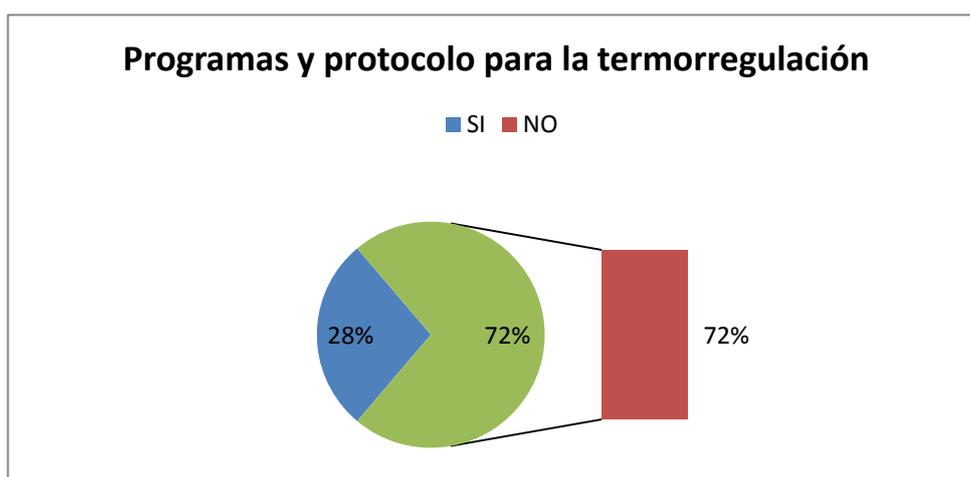
TABLA.9

En la unidad de Neonatología existe programas de apoyo y un protocolo que aplique para favorecer la termorregulación del recién nacido prematuro

Programas y Protocolo para la Termorregulación	Numero	Porcentaje
SI	13	28%
NO	34	72%
TOTAL	47	100%

Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

GRÁFICO.9



Fuente: Personal de salud de enfermería del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Elaborado por: IRE. Eva Zaruma, IRE. Clemencia Tamami

Análisis:

De acuerdo a la encuesta aplicada al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología responden que aún no está estandarizado un programa de apoyo y el protocolo que favorezca a la termorregulación del recién nacido prematuro. Sin embargo un 28% practican el plan madre canguro que se basa en el método amor, calor, lactancia materna y la vinculación madre-hijo, lo cual es muy importante.

TABLA 10

Guía de observación sobre la atención y el manejo del recién nacido prematuro en la termorregulación durante la estancia realizado durante el mes de Marzo del 2014.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERIA																					
N ^a	ACTIVIDADES	Cumple	Número	No cumple	Número																
1	Precalienta la incubadora, inicialmente durante 15 a 20 min. antes de colocar al recién nacido prematuro	100%	105	0%	0																
2	Revisa la historia clínica del recién nacido prematuro y recibe atención inmediata por parte del personal de mayor experiencia (no interno rotativo)	100%	105	0%	0																
3	Temperatura de la incubadora de acuerdo al peso del recién nacido prematuro: <table border="1" data-bbox="363 1238 882 1794"> <thead> <tr> <th>Peso (g)</th> <th>Primer día</th> <th>Primera semana</th> <th>Segunda a cuarta semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>500 a 1.499</td> <td>34 °C a 36°C</td> <td>33 °C a 34°C</td> <td>32 °C a 34°C</td> </tr> <tr> <td>1500 a 2.499</td> <td>33 °C a 34°C</td> <td>32 °C a 33°C</td> <td>32 °C a 33°C</td> </tr> <tr> <td>2500 o mas</td> <td>32 °C a 33°C</td> <td>31 °C a 32°C</td> <td>30 °C a 31°C</td> </tr> </tbody> </table>	Peso (g)	Primer día	Primera semana	Segunda a cuarta semana	500 a 1.499	34 °C a 36°C	33 °C a 34°C	32 °C a 34°C	1500 a 2.499	33 °C a 34°C	32 °C a 33°C	32 °C a 33°C	2500 o mas	32 °C a 33°C	31 °C a 32°C	30 °C a 31°C	0%	0	100%	105
Peso (g)	Primer día	Primera semana	Segunda a cuarta semana																		
500 a 1.499	34 °C a 36°C	33 °C a 34°C	32 °C a 34°C																		
1500 a 2.499	33 °C a 34°C	32 °C a 33°C	32 °C a 33°C																		
2500 o mas	32 °C a 33°C	31 °C a 32°C	30 °C a 31°C																		
4	Lava las manos antes y después de manipular al recién nacido prematuro	100%	105	0%	0																

5	Controla cada 3 horas (hasta que el RNP se estabilice): FC, FR, Presión arterial, Escala de Downes Saturación de oxígeno, mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pre término.	100%	105	0%	0
6	El personal de enfermería está distribuido 1 persona por 1-2 cunas	0%	0	100%	105
7	Coloca al recién nacido prematuro en una posición flexionada.	95%	100	5%	5
8	Calienta la lencería a utilizar en el recién nacido prematuro sabanas, ropa, cobija y pañales calientes	90%	95	10%	10
9	Mantiene alejado de corrientes de aire las incubadora, cuna de calor radiante y cuna corriente	10%	10	90%	95
10	Establece una humedad relativa del 40 a 60 %.	0%	0	100%	105
11	Si se le va a chequear al recién nacido prematuro precalienta los equipos y materiales (estetoscopio, cinta métrica y balanza)	76%	80	24%	25
12	Si el recién nacido prematuro se encuentra en incubadora realiza todos los procedimientos en conjunto para así evitar abrir en repetidas ocasiones las ventoleras de la incubadora.	48%	50	52%	55
13	No realiza el baño al recién nacido prematuro	100%	105	0%	0

14	Mantiene al recién nacido prematuro seco en la incubadora. Retira ropa húmeda y cambiar por seca.	89%	93	11%	12
15	Mantiene las cunas de calor radiante y cunas corrientes con frazadas plásticas para evitar la pérdida de calor	81%	85	19%	20
16	Evita los estímulos fuertes (ruido, luz innecesaria y manipulación)	10%	10	90%	95
17	Si el recién nacido se encuentra aislado con O2 o intubado administrar oxígeno precalentado	100%	105	0%	0
18	La distancia entre incubadoras es de 2 metros	0%	0	100%	105
19	Elimina o disminuye fuentes externas de calor	6%	6	94%	99
20	La temperatura del ambiente en la unidad de neonatología se mantiene entre 25 a 27°C	0%	0	100%	105
21	Si no cuenta con incubadoras opta por el método madre canguro	5%	5	95%	100

FUENTE: Guía de observación del cumplimiento de protocolo de enfermería en la termorregulación del recién nacido Prematuro Hospital de Niños “Roberto Gilbert Elizalde”- Guayaquil periodo diciembre 2013 a febrero del 2014.

ELABORADO POR: I.R.E. Eva Zaruma, I.R.E. Clemencia Tamami

ANÁLISIS

Mediante la aplicación de la guía de observación en la unidad de neonatología dirigida al personal de enfermería para conocer como es la atención y manejo de la termorregulación del recién nacido prematuro durante su estancia hospitalaria se evidencio que; en los cuidados que se brindan no se cumplen el 70% de la guía mientras que 30% si se cumple lo que significa que no garantiza al recién nacido prematuro recibir una atención eficaz y eficiente.

Se detalla a continuación las acciones que se cumplen al 100% y las que no se cumplen:

1. El personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología para recibir al recién nacido prematuro si precalienta la incubadora y revisa la historia clínica
2. Mientras que el personal de enfermería no cumple con la temperatura de la incubadora de acuerdo al peso, lo ubican con una temperatura de 35-36°C.
3. El personal de enfermería para la atención del recién nacido prematuro se lava las manos antes y después de manipularlo
4. El personal de enfermería controla los signos vitales cada 3 horas y manejan la escala de Downes para controlar la frecuencia respiratoria.
5. Mientras que el personal de enfermería no está distribuido 1 persona por 1-2 cunas ya que en la unidad de neonatología trabajan con cuatro cunas.
6. El personal de enfermería si coloca al recién nacido prematuro en posición flexionada para mantener el calor y calienta la lencería a utilizar en la incubadora.
7. Mientras que el personal de enfermería no mantiene alejado las incubadoras de las corrientes de aire y la humedad lo mantienen en un 30% de acuerdo a la entrevista realizada al Ing. Raúl Zapata jefe del departamento de mantenimiento – climatización.
8. El personal de enfermería cuando chequea al recién nacido prematuro calienta el estetoscopio.
9. El personal de enfermería no realiza el baño diario debido a que los recién nacidos prematuros no tienen un buen peso y además su edad gestacional es menor a 32 semanas.
10. El personal de enfermería trata de mantener siempre al recién nacido prematuro en la incubadora seco por ello retira la ropa húmeda y cambia por seca. También en las cunas radiantes cubren con frazadas plásticas para mantener el calor.
11. Mientras que el personal de enfermería no evita los estímulos fuertes como ruidos ya que la unidad de neonatología en un área abierta y manipulan varias veces debido a las muestras que los médicos prescriben y utilizan iluminación artificial mientras realizan los procedimientos.

12. El personal de enfermería si administra precalentado el oxígeno al recién nacido prematuro.
13. Mientras que en la unidad de neonatología la distancia entre incubadoras no es de 2 metros sino de 1 metro se constató con la jefa de enfermeras.
14. La temperatura del ambiente en la unidad de neonatología es de 23°C y no lo que recomienda la ASHRAE de 25 a 27°C.
15. En la unidad de neonatología no optan por realizar el plan canguro debido a que no está como un servicio que ofrecen, ya que los recién nacidos prematuros poseen múltiples complicaciones, aunque las madres de los recién nacidos tiene el deseo de pasar más tiempo con sus hijos/as mediante este plan.

3.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El trabajo de campo, análisis e interpretación de resultados con su respectivo cuadros y gráficos, el cumplimiento de los objetivos, su variables y el marco teórico científico, nos permite hacer un análisis descriptivo de la hipótesis “La termorregulación influye en la estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros”

Para admitir o rechazar se utiliza como formas de proceso de comprobación de la hipótesis el análisis cuantitativo y la demostración empírica de la hipótesis basado en el contraste entre la respuesta de los profesionales de enfermería que labora en la unidad de neonatología.

Por lo tanto, luego del proceso seguido se observa claramente que al revisar las historias clínicas de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad de neonatología durante nuestro periodo investigativo se halló que los ingresos son 32 semanas con peso < 2500g esto es un factor que se relaciona a la termorregulación debido a su inmadurez fisiología e inadecuada adaptación extrauterina

Y al aplicar la encuesta al personal de enfermería para determinar el nivel de conocimiento se resalta un déficit de conceptos claros sobre la termorregulación entre ellas están las tablas 3, 4,5, 6 lo cual influye en la atención y manejo del recién nacido prematuro durante la estancia hospitalaria.

Por ultimo aplicando la guía de observación sobre la termorregulación en el recién nacido prematuro se evidenció un 70% el incumpliendo de los parámetros, se resalta el indicador número: 3, 6, 10, 18, 20 estos no se cumplen al 100%. Puesto que se deben tener en cuenta que son aspectos del factor ambiental de las instalaciones de la unidad de neonatología que influye en el mantenimiento del control de la temperatura del recién nacido durante la estancia hospitalaria, por lo tanto nuestra hipótesis queda comprobada que la termorregulación afecta a la estancia hospitalaria con un promedio de 9 días lo cual es prolongada.

3.3. CONCLUSIONES

- La termorregulación influye en la estancia hospitalaria superando lo establecido por el MSP de 5 días, ya que durante su estancia el recién nacido prematuro se ve influenciado por factores externos como el ambiental y el humano y factores internos innatos del prematuro lo cual conlleva a prolongar su estadía siendo el promedio de 9 días
- En la influencia de la termorregulación en la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro se establece las siguientes causas: factor ambiental, talento humano y el factor biológico.
- Entre los factores que influyen en la termorregulación se encuentra el factor biológico que es inmodificable del recién nacido prematuro presenta un peso, < 2500 gr la cual tiene probabilidad de vivir y edad gestacional de 32 semanas tienen alto riesgo de perder la vida. Otro factor es el ambiental ya que en la unidad de neonatología mantiene una temperatura ambiental de 23°C y la humedad de 30% lo cual afecta la temperatura corporal del recién nacido prematuro esto es una causa a prolongar la estancia hospitalaria.
- El personal de enfermería posee limitaciones en el nivel de conocimiento sobre la termorregulación, por lo cual los procedimientos no serán efectivos y con ello se prolongara la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro.
- Se realizó un programa educativo dirigido al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología con el tema titulado la termorregulación en el recién nacido prematuro, fortaleciendo conocimientos para que los procedimientos sean efectivos durante la estancia hospitalaria.

3.4. RECOMENDACIONES

- Que exista una mejor organización en la unidad de neonatología para prever los riesgos que pueda ocasionar el factor ambiental y biológico durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro y que el talento humano que está a cargo de su cuidado sea profesionales con capacidad y criterio formado para brindar cuidados individualizados.
- Que la unidad de neonatología coordinen en la ubicación en la unidad de acuerdo a su diagnóstico pudiendo ser, prematuros, infectados, quirúrgicos para que el personal de enfermería sea distribuido de una mejor manera y proveerle una atención eficaz.
- Que la unidad de neonatología del Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” coordine con el departamento de mantenimiento - climatización para mantener la temperatura ambiental de acuerdo a la norma establecida por la ASHRAE.
- Que se realice capacitaciones continuas y actualizadas al personal de enfermería sobre la termorregulación para la atención y manejo del recién nacido prematuro durante su estancia hospitalaria.
- Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” elabore protocolos en la atención y manejo de la termorregulación del recién nacido prematuro para brindar cuidados específicos e individualizados.

CAPITULO IV

4. PROPUESTA

Título de la propuesta

“La termorregulación en los recién nacidos prematuros”

Programa educativo dirigido al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde sobre la atención y manejo del recién nacido prematuro en la termorregulación.

PROGRAMA EDUCATIVO

4.1. INTRODUCCIÓN

Tomando muy en cuenta que los recién nacidos prematuros fuera del útero materno necesitan del cuidado físico para mejorar la supervivencia en un medio externo.

Se desarrolló el programa educativo de atención y manejo de la termorregulación en el recién nacido prematuro considerando muy importante dentro del proceso de adaptación extrauterina. Se trabajó con el personal de enfermería en actividades específicas e individualizadas para mantener y controlar la temperatura corporal del recién nacido prematuro de acuerdo a su edad gestacional y los factores que influyen en la alteración térmica.

El contacto físico y la relación afectiva con la madre y el personal es importante por lo cual se provee de temas que resalta el cuidado y conocimiento que día a día le ayudara a superar el trauma del nacimiento y llevar a cabo su evolución posterior ya que el recién nacido prematuro se enfrenta a una serie de experiencias intensas y hasta dolorosas.

4.2. JUSTIFICACIÓN

En base a los resultados de la encuesta aplicada al personal de enfermería se determina que posee falencias, lo que significa que el nivel de conocimiento es deficiente razón por la cual los procedimientos no serán eficaces y con ello se prolongara la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro.

Por ello la elaboración del programa educativo responde a las necesidades urgentes de unificar criterios en la ejecución de los diversos cuidados procedimientos que deben ser aplicados en el servicio. El personal que labora en la unidad de neonatología debe mantenerse en constante capacitación, para así mejorar las necesidades fisiológicas del recién nacido prematuro y poder proporcionar un cuidado optimo eficiente y eficaz.

Todo esto nos permitirá que se pueda concientizar al personal de enfermería de la gran importancia de mantener y controlar la temperatura corporal del recién nacido prematuro durante la estancia hospitalaria en la Unidad de neonatología.

4.3. OBJETIVOS

4.3.1. Objetivo general

- Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería de la unidad de neonatología sobre la termorregulación de los recién nacidos prematuro

4.3.2. Objetivo específico

- Mejorar las condiciones de la termorregulación en la unidad de neonatología.
- Proporcionar cuidados de enfermería oportunos y efectivos para el control térmico del recién nacido prematuro
- Socializar al personal de enfermería el protocolo estandarizado de atención al recién nacido prematuro.

4.4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN: Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

UBICACIÓN:

PROVINCIA: Guayas

CANTÓN: Guayaquil

DIRECCIÓN: Cdla. Atarazana y Nicasio Safadi

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: personal de enfermería de la unidad de neonatología

HORARIO DE TRABAJO: 7:00 a 8:00 am y de 16.00 A 18:00 pm

CONTENIDO

- ☞ Recién nacido prematuro
- ☞ Termorregulación
- ☞ Proceso de atención de enfermería para mantener la temperatura corporal
- ☞ Protocolos establecidos para la atención del recién nacido prematuro

DURACIÓN FECHA: 25 -26-29 de abril y1- 2 de mayo del 2014

RESPONSABLES:

- Licenciadas en Enfermeras
- Internas Rotativas de enfermería

BENEFICIARIOS

Directos:

- Recién nacidos prematuros
- Personal de enfermería de la unidad de neonatología

Indirectos:

- Madres de los recién nacidos prematuros
- Interno/a Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar

4.5. METODOLOGÍA

- **Expositiva.-** La presentación de la temática estará a cargo de las coordinadora de docencia
- **Explicativa/Participativa.-** personal de enfermería expondrán sus inquietudes

4.6. RECURSOS MATERIALES

- AUDIOVISUALES

- Sala de reunión
- Computadora
- Infucos

4.7. SUSTENTACION DE LA PROPUESTA.

La investigación se sustenta en el déficit de conocimiento en la termorregulación del recién nacido prematuro por parte del personal de enfermería en la unidad de neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde como resultado del análisis de los datos recabados en la guía de observación y encuestas, lo que conlleva a capacitar y actualizar el conocimiento sobre el cuidado y atención durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro.

4.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA

Fecha - Hora	Contenido: Temas y Subtemas	Objetivos	Metodología	Auxiliar de enseñanza	Responsable
25/4/14 7:00 a 8:00	Conceptos de la termorregulación Mecanismos de producción y pérdida de calor Mantener un ambiente neutro Factores que influye la alteración de la	Dar a conocer los diferentes conceptos para el manejo de la termorregulación en el recién nacido prematuro.	Expositiva, explicativa	Computadora Infocus	Lic. Gladys Intriago IRE. Eva Zaruma IRE. Clemencia Tamami

	termorregulación				
26/4/14 15:00 a 16:00	Prematurez Características según la edad gestacional del recién nacido prematuro	Fortalecer los conocimientos sobre el recién nacido prematuro para una atención adecuada	Explicativa	Computadora Infocus	Lic. Nury Aurea
29/4/14 17:00 a 18:00	Conceptos de la termorregulación Mecanismos de producción y pérdida de calor Mantener un ambiente neutro Factores que influye la alteración de la termorregulación	Dar a conocer los diferentes conceptos para el manejo de la termorregulación en el recién nacido prematuro.	Expositiva, explicativa	Computadora Infocus	Lic. Majorie Jara IRE. Eva Zaruma IRE. Clemencia Tamami
1/05/14 7:00 a 8:00	Socialización del protocolo para el manejo del recién nacido prematuro	Revisar y aplicar protocolos estandarizados para la atención del recién nacido prematuro durante la estancia hospitalaria en la unidad de neonatología	Lecturas dirigidas de los protocolos, Análisis y compromiso del personal de enfermeras.	Computadora Infocus Papelògrafo	IRE. Eva Zaruma IRE. Clemencia Tamami
2/05/14 11:00 a 12:00	Valoración, Planificación, organización, Ejecución y evaluación del plan de cuidados.	Elaboración del PAE para mantener la termorregulación en el recién nacido prematuro	Explicativa Participativa Practica	Computadora Infocus	Lic. Herlinda Espinoza

4.9. RECURSOS HUMANOS

TALENTO	DETALLE	TOTAL
Internas de enfermería	Eva Zaruma Clemencia Tamami	2
Jefa de enfermeras de la unidad de neonatología	Lic. Herlinda Espinoza	1
Licenciada expositora de la unidad de cuidados intensivos neonatales	Lic. Majorie Jara Profesional de enfermería	1
Licenciada expositora de la unidad de cuidados intermedios neonatales	Lic. Nury Aurea Profesional de enfermería	1
Licenciada expositora de la unidad de cuidados neonatales	Lic. Gladys Intriago. Profesional de enfermería	1
TOTAL		6

4.10. PRESUPUESTO

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Internet	10 horas	0.60 ctvs./h	6.00
Expositores	3	30.00	90.00
Impresión de oficios	10 hojas/color	0.25 ctvs.	2.50
Impresiones de registros de asistencia	12hojas/color-b/n	0.20	2.40
Carpetas	3	0.50 ctvs.	1.50
Hojas de papel Boom	5	0.5ctvs	0.25
CD	1	1.00	1.00
Esferos rojo, azul, negro.	3	0.30	0.90
Copias	20	0.5 ctvs.	1.00
Cámara de fotos	1	30.00	30.00
Pan	50	15	7.50
Mortadela	50	10	5.00
Cola	2	2.50	5.00
Servilleta	1 paquete	0.50	0.50
Vasos	50	60ctvs.	o.60
Caramelos	1 funda	2.50	2.50
Pasajes	2 estudiantes	0.60	4.80
Total	186.40

5. SOSTENIBILIDAD

El programa educativo se lo considera no solamente sostenible, sino replicable pues radica en el empoderamiento de conceptos claros que se le proporcionará al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología sobre la termorregulación, precautelando la seguridad y fomentando el bienestar del recién nacido prematuro durante la estancia hospitalaria.

5.1. FACTIBILIDAD

Técnica.-El programa educativo ha sido elaborado bajo parámetros de conocimiento técnico y revisión bibliográfica por parte de las internas de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar. Además este programa educativo esta asesorado por el departamento de Docencia del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

Financiera.- por tratarse de un programa educativo que involucra decisiones especialmente de salud bajo actividades de cuidado, no requiere de montos financieros excesivamente altos, la mayoría de las acciones se basa en la concienciación del personal de enfermería.

Política.- el programa educativo va encaminado hacia el personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde que en la actualidad es necesario mantenerse capacitado para dar la atención respectiva a los usuarios que se encuentran hospitalizados para dar cumplimiento a los derechos de los niños según la Constitución de la República, en la sección de la salud.

5.2. RESULTADOS

Al desarrollar el programa educativo en la unidad de neonatología del hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, obtuvimos respuestas favorables por parte del personal de enfermería las cuales manifestaron lo siguiente

- La jefa de enfermería menciona que estos programas educativos se sigan realizando continuamente y que sean actualizadas para fortalecer el conocimiento del personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología.

- El personal de enfermería agradecen la intervención de las internas de enfermería con el tema termorregulación ya que ellas, mencionan que no poseían conceptos claros sobre la temática y que gracias a ello pueden dar un cuidado personalizado al recién nacido prematuro.
- El personal de enfermería se compromete a fomentar los cuatro perfiles de enfermería y resaltan que la educación es fundamental para mantenerse al día con los avances científicos y tecnológicos.

ANEXOS

ANEXO No1



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología del hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Objetivo: Valorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la atención y manejo de la termorregulación en los recién nacidos prematuros durante la estancia hospitalaria en la unidad de neonatología

a) Instrucción general

Por favor subraye la respuesta que usted cree que es correcta, solo debe marcar una opción de lo contrario se anula la respuesta

1.- Conoce que es termogénesis.

Si () No ()

2.- De acuerdo a su conocimiento termorregulación es:

- Equilibrio de producción y pérdida de calor.
- Mantener la temperatura con un mínimo de consumo de oxígeno y menos gasto metabólico.

3.- Los mecanismos de pérdida de calor son:

- a) Evaporación
- b) Conducción y convección
- c) Radiación
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

4.- Conteste verdadero o falso:

Ambiente neutro es:

Mantener la temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menos gasto metabólico. Verdadero () Falso ()

5.-Las Acciones de enfermería para mantener la termorregulación son:

.....
.....
.....

6.-En el hospital existe Programas de apoyo para la termorregulación

Si () No ()

7 Cuáles son los factores relacionado con la alteración de la termorregulación del recién nacido prematuro

.....
.....
.....



ANEXO N°2

GUIA DE OBSERVACION

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Observar al personal de enfermería con el fin de conocer el manejo y cuidado de la termorregulación durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro en la unidad de neonatología

Responsables: IRE. Eva Zaruma IRE. Clemencia Tamami

Fecha:

Lugar: Unidad de Neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Hora de inicio:..... Hora de finalización:.....

GUÍA DE OBSERVACIÓN EN ATENCIÓN DE LA TERMORREGULACIÓN DEL RECIEN NACIDO PREAMATURO									
N ^a	ACTIVIDADES	Cumple	Número	No cumple	Número				
1	Precalienta la incubadora, inicialmente durante 15 a 20 min. antes de colocar al recién nacido prematuro								
2	Revisa la historia clínica del recién nacido prematuro y recibe atención inmediata por parte del personal de mayor experiencia (no interno rotativo)								
3	Temperatura de la incubadora de acuerdo al peso del recién nacido prematuro: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Peso (g)</td> <td>Primer día</td> <td>Primera semana</td> <td>Segunda a cuarta</td> </tr> </table>	Peso (g)	Primer día	Primera semana	Segunda a cuarta				
Peso (g)	Primer día	Primera semana	Segunda a cuarta						

				semana				
	500 a 1.499	34 °C a 36°C	33 °C a 34°C	32 °C a 34°C				
	1500 a 2.499	33 °C a 34°C	32 °C a 33°C	32 °C a 33°C				
	2500 o mas	32 °C a 33°C	31 °C a 32°C	30 °C a 31°C				
4	Lava las manos antes y después de manipular al recién nacido prematuro							
5	Controla cada 3 horas (hasta que el RNP se estabilice): FC, FR, Presión arterial, Escala de Downes Saturación de oxígeno, mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pre término.							
6	El personal de enfermería está distribuido 1 persona por 1-2 cunas							
7	Coloca al recién nacido prematuro en una posición flexionada.							
8	Calienta la lencería a utilizar en el recién nacido prematuro sabanas, ropa, cobija y pañales calientes							
9	Mantiene alejado de corrientes de aire las incubadora, cuna de calor radiante y cuna corriente							
10	Establece una humedad relativa del 40 a 60 %.							
11	Si se le va a chequear al recién nacido prematuro precalienta los equipos y							

	materiales (estetoscopio, cinta métrica y balanza)				
12	Si el recién nacido prematuro se encuentra en incubadora realizar todos los procedimientos en conjunto para así evitar abrir en repetidas ocasiones las ventoleras de la incubadora.				
13	No realiza el baño al recién nacido prematuro				
14	Mantiene al recién nacido prematuro seco en la incubadora. Retirar ropa húmeda y cambiar por seca.				
15	Mantiene las cunas de calor radiante y cunas corrientes con frazadas plásticas para evitar la pérdida de calor				
16	Evita los estímulos fuertes (ruido, luz innecesaria y manipulación)				
17	Si el recién nacido se encuentra aislado con O2 o intubado administrar oxígeno precalentado				
18	La distancia entre incubadoras es de 2 metros				
19	Elimina o disminuye fuentes externas de calor				
20	La temperatura del ambiente en la unidad de neonatología se mantiene entre 25 a 27°C				
21	Si no cuenta con incubadoras opta por el método madre canguro				

ANEXO N°3



FORMATO DEL REGISTRO DE ASISTENCIA DEL PERSONAL

EN EL PROGRAMA EDUCATIVO

OBJETIVO: Fortalecer el conocimiento del personal de enfermería en la atención y manejo del recién nacido prematuro en la termorregulación.

Tema:.....

Responsable: IRE. Eva Zaruma – IRE. Clemencia Tamami

FECHA:..... **LUGAR:**.....

N°	NOMBRES – APELLIDOS	N° CEDULA	FIRMA	SALA
1				
2				
3				
4				
5				

LCDA. Herlinda Espinoza
Jefa de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

LCDA. Leticia Jaime Negrete
Coordinadora de Docencia

ANEXO N° 4

PRESUPUESTO DE LA TESIS

Recursos:

Los recursos que utilizamos en esta investigación son:

RECURSOS HUMANOS

IRE. Clemencia Tamami

IRE. Eva Zaruma

Lcda. Vanessa Mite Cárdenas

RECURSOS MATERIALES

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNIT.	TOTAL
Impresiones de encuesta a color	2	0.10	0.20
Copias de las encuestas	50	0.05	2.50
Impresiones de la guía de observación	2	0.10	0.20
Copias de la guía de observación	110	0.05	5.50
Horas de internet	50		50.00
Movilización Guaranda-Guayaquil (revisión de tesis)	10		160.00
Alimentación	12	2.50	30.00
Impresiones del borrador de la tesis	3		75.00
Anillados	3		3.00
Total de la Propuesta		186.40
TOTAL			512.80

RECURSOS FINANCIEROS

Financiado por dos estudiantes del internado de enfermería quienes realizamos esta investigación

ANEXO N°5
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO DE LA
INVESTIGACION

ACTIVIDADES	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	RESPONSABLES
Búsqueda del tema de investigación	x											IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami.
Denuncia del Tema de Investigación y aprobación por el CIE	x											IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami
Designación del director de Tesis	x											Vicedecanato, CIE, Directora de la Escuela de Enfermería.
Desarrollo de la investigación (tema, introducción, justificación, objetivos, problema, hipótesis)		x		x	x	x						IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami. Lcda. Vanessa Mite
Continuación con el desarrollo de la investigación (variables, operacionalización de los variables, diseño metodológico)				x	x	x	x	x	x			IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami.
Aplicación de instrumentos para la recolección de la información.								x	x	x		IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami
Desarrollo y ejecución de la Propuesta.									x	x		IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami
Presentación del primer borrador del trabajo investigativo al Director de la Tesis.										x		IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami
Designación de vocales y presentación de borradores										x		CIE.
Defensa del trabajo de investigación.											x	IRE. Eva Zaruma, ClemenciaTamami

ANEXO N°6

UNIDAD DE NEONATOLOGIA



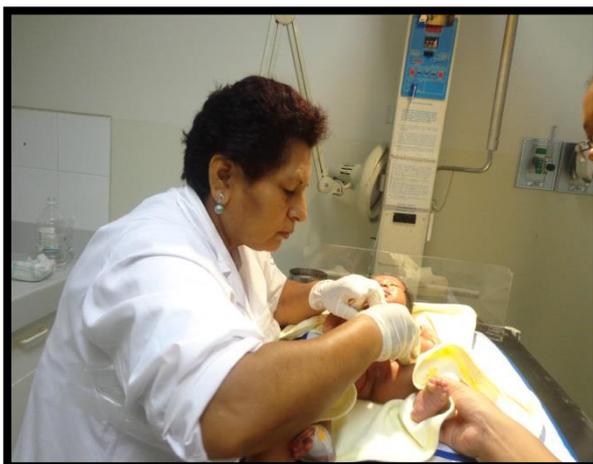
Revisando la historia clínica de los recién nacidos prematuros
Fuente: Unidad de neonatología



Temperatura de la Incubadora
Fuente: Unidad de Neonatología



Control de la temperatura
Fuente: Unidad de Neonatología



Realizando procedimientos
Fuente: Unidad de Neonatología



Realizando nido para mantener la temperatura
Fuente: Unidad de Neonatología

ANEXO No 7

Departamento de mantenimiento - climatización



Entrevistando al jefe del departamento del área de climatización Ing. Raúl Zapata
Realizado por: IRE. Eva Zaruma-Clemencia Tamami



Termómetro ambiental
Realizado por: IRE. Eva Zaruma-Clemencia Tamami



Termostato
Realizado por: IRE. Eva Zaruma-Clemencia Tamami



Tomas de oxígeno
Fuente: unidad de neonatología



Distancia entre Incubadora
Fuente: unidad de neonatología



Iluminación
Fuente: unidad de neonatología

ANEXO N°8

Programa educativo dirigido al personal de enfermería

UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Lic. Nury expone sobre la termorregulación



Fuente: sala de reuniones de la unidad de neonatología
Tomado por: Aux. de enfermería

Internas de Enf. socializando sobre la termorregulación



Fuente: sala de reuniones de la unidad de neonatología
Tomado por: Aux. de enfermería

UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Lic. Majorie expone sobre la termorregulación

Fuente: Estación de enfermería.



Tomado por: Aux. de enfermería

Internas de enfermería- Lic. Espinoza tratando sobre los cuidados de enfermería.



Fuente: Estación de enfermería.
Tomado por: Aux. de enfermería

UNIDAD DE NEONATOLOGÍA



Fuente: Estación de enfermería.
Tomado por: Aux. de enfermería



Internas de enfermería exponiendo sobre el manejo del recién nacido prematuro
Fuente: Sala de reuniones C2

ANEXO N°9

Registros de asistencia de los participantes en el programa educativo sobre la termorregulación en la unidad de neonatología



HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

REGISTRO DE ASISTENCIA

Objetivo: Fortalecer el nivel de conocimiento del personal de Enfermería en la atención y manejo de la Termorregulación

Tema: Termorregulación

RESPONSABLES: IRE. Eva Zuruma Tualombo- IRE. Clemencia Tamami

FECHA: 25 de Abril del 2020..... LUGAR: Sala de Exposición.....

N°	NOMBRES - APELLIDOS	N° CEDULA	FIRMA
	Miguel Jimo Barahona	130918995-2	<i>Miguel Barahona</i>
	Valentina Elizabeth Rivera	131044864-0	<i>LER</i>
	Rosita MESA SALAS GARCIA	128842200-7	<i>Rosita M.</i>
	Becky Garcia	0206424531	<i>Becky Garcia</i>
	Hercy Gonzalez	070600690-4	<i>Hercy Gonzalez</i>
	Maria Cedillo	070625086	<i>Maria Cedillo</i>
	Johana Segura	060489165-5	<i>Johana Segura</i>
	Liliana Cevallos	0929317186	<i>Liliana Cevallos</i>
	Reina Alarcón Gabriela Mabal	092914667-3	<i>Reina Alarcón</i>
	Marta Ruiz Martínez	092922015-6	<i>Marta Ruiz M.</i>
	José María Izquierdo	020703963-5	<i>José María</i>
	Elmy Solorzano	0928614767	<i>Elmy Solorzano</i>
	Rosa Rodríguez D	0916647232	<i>Rosa Rodríguez</i>
	Josée Cruz Barón	0918510108	<i>Josée Cruz Barón</i>
	Maria Vega	0705230416	<i>Maria Vega</i>



REGISTRO DE ASISTENCIA

Objetivo: Fortalecer el nivel de conocimiento del personal de Enfermería en la atención y manejo de la Termorregulación

Tema: El Recién Nacido Prematuro

Responsables: IRE. Eva Zaruma Tualombo- IRE. Clemencia Tamami

FECHA: 26 de Abril del 2014 LUGAR: Sala de Emergencia

Nº	NOMBRES - APELLIDOS	Nº CEDULA	FIRMA
	Rocio MERESALDE	1210403009	Rocio Meresalde
	Rocío García	1206924531	Rocío García
	BEIGICA CUSTIAN ABAD	0924773080	Beigica Custian
	Beigica Paola MORA	0931508107	Beigica Paola
	Sandra Angulo	0802261917	Sandra Angulo
	Marta Rius Martínez	0919770156	Marta Rius
	Isabel María Izquierdo	1207039635	Isabel María
	Maria José Rojas Quirós	0926337153	Maria José
	Rafaela Mercedes Salas	0922560404	Rafaela Mercedes
	Osiris Gabriela Salas Ardevi		Osiris Salas





REGISTRO DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA CHARLA EDUCATIVA

OBJETIVO: Fortalecer el nivel de conocimiento del personal de Enfermería en la atención y manejo de la Termorregulación del Recién Nacido Prematuro

Tema: Proceso de Atención de Enfermería en Termorregulación

Responsable: IRE. Eva Zaruma - IRE. Clemencia Tamami

FECHA: 2 de Mayo del 2014 LUGAR: Sala UCIN

Nº	NOMBRES - APELLIDOS	Nº CEDULA	FIRMA	SALA
1	Silvia Patricia Pozo	093010467-4	Silvia Patricia Pozo	UCIN
2	Marta Villanar	130834666	Marta Villanar	UCIN
3	Lda. Patricia Rojas	0918468250	Patricia Rojas	UCIN
4	Kety Ben	0928379569	Kety Ben	UCIN
5	Paola Jairo	0917600987	Paola Jairo	UCIN
6	Monica Niza	0912648990	Monica Niza	UCIN
7	María Inés	0917674079	María Inés	UCIN
8	Wendy Sánchez	0921697074	Wendy S	UCIN
9	Petla Balle B	0910962018	Petla Balle B	UCIN
10	Rosa Margarita	0925493314	Rosa Margarita	UCIN
11	Verónica	1307428430	Verónica	UCIN
12	Michelle Castro	0919391805	Michelle Castro	UCIN
13	Lda. Dra. Isabel Poggi	0923632327	Isabel Poggi	UCIN

ANEXO.10

SERVINTE DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

2cin [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
AREA:	CIN	ORIGEN	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA INGR	FEC EGRES	AL	HOSPITALIZACION	DE	SE	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS	PROCEDE	TRANS	EDAD																																																																																					
153	F	17	15D	349033	ORDOSOTTI MORGANTE ZAHNATH	2013/03/19	24/03/2013	7	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
154	F	2	5D	249743	MORAN PARAZA SCARLETH	2013/03/19	13/04/2013	25	EGRESADO	alta	RNP1	GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
155	M	14	12D	313543	MORENO VILLAVICENCIO JARED	2013/03/20	27/03/2013	7	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
156	F	5	4D	304463	MORA JIMENEZ YAMINA	2013/03/20	21/03/2013	1	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
157	F	6	14D	311633	NAVARRETE OYALA PAULINA	2013/03/20	21/03/2013	1	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
158	F	10	16D	241743	CARRION QUINTERO BELINDA	2013/03/21	22/03/2013	1	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
159	M	5	14D	251953	FARRE HEDRER DAVID	2013/03/21	27/03/2013	5	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
176	M	7	1D	362873	MUÑOZ OSORAMIR	2013/04/03	16/04/2013	8	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
176	F	2	11D	359113	VERA PACHMOLITZ	2013/04/05	15/04/2013	7	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
176	M	5	14D	359213	CAMPORIVERO PLAZA ELIAS	2013/04/09	16/05/2013	7	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
179	F	4	21H4D	231213	RIVERA SUAREZ KRISTEL	2013/04/10	19/04/2013	9	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
224	M	5	1MES	319233	VILLAFORTE DIAZ ELECEN	02/05/2013	09/05/2013	6	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
230	M	10	2DIAS	416493	SOLORZANO VERA JONATHAN	02/05/2013	15/05/2013	13	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
231	F	19	25DIAS	406453	MAGALLAN POZO MARIBEL	02/05/2013	10/05/2013	8	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
232	F	1	2MES	408703	MARCELLO MORAN BRITANNY	03/05/2013	03/05/2013	5	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
233	M	13	4DIAS	409333	HENDONZA MEDINA ANGEL	03/05/2013	04/05/2013	1	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
234	F	19	18DIAS	421313	CASTRO BALLADARES DANIELA	03/05/2013	13/05/2013	10	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
235	F	13	18DIAS	421153	CHAVEZ OMBURGUA JENNIFER	04/05/2013	12/05/2013	9	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
236	F	6	2MES	192243	ORTIZ CEDENO SARA BELEN	04/05/2013	21/05/2013	17	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
237	F	4	1DIA	423623	ZARIBRANO POLISOUA MARIA	06/05/2013	13/05/2013	7	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
238	M	4	2DIAS	404223	LOPEZ ASCENSO YULIAN	06/05/2013	08/05/2013	2	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
239	F	16	18DIAS	419513	RUBIO JIMENEZ ISABELLA	06/05/2013	21/05/2013	15	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
240	M	20	3MES	390393	BATALLA S GONZALES GIANNY	06/05/2013	02/04/2013	27	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
241	M	9	20DIAS	290073	PIGUAVE SOLORZANO JESUS	06/05/2013	13/05/2013	7	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
242	F	7	1MES	372233	FIEL ALFONSO MARIA CRISTINA	09/05/2013	20/05/2013	11	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
243	F	5	10DIAS	410463	ORDOZUELA ANA MARIA	10/05/2013	13/05/2013	3	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
244	M	14	1MES	436113	JARAMILLO CAICEO VICTOR	10/05/2013	16/05/2013	5	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
245	M	1	12DIAS	435703	VERA CHILLINGUA ANTHONY	14/05/2013	24/05/2013	10	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
246	M	4	4DIAS	430643	BURGOS LUNA RUBEN	14/05/2013	16/05/2013	2	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
247	M	7	1MES	431523	MONCADA ZARIBRANO ANGEL	14/05/2013	24/05/2013	10	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
248	M	12	9DIAS	430443	HENDONZA JAVIA DIEDERICK	14/05/2013	16/05/2013	2	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
249	M	9	16DIAS	421903	MUJON JIMENEZ GABRIEL	14/05/2013	17/05/2013	3	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
249	M	9	16DIAS	349543	DE LA CRUZ SOLANO DAVID	15/05/2013	23/05/2013	8	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
251	F	13	4D	370263	LOPEZ TAMAYO ERICA	15/05/2013	21/05/2013	6	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
252	M	17	2D	441033	BAGUA GUAMAN JUSTIN	15/05/2013	07/04/2013	8	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
252	M	10	16D	419533	APUNTE ZAVALLA ANDREHT	16/05/2013	24/05/2013	8	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
254	F	11	11D	449333	MURILLO GOMEZ DENNIS	16/05/2013	24/05/2013	8	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
254	F	2	9HS	408473	VALDEZ PEREA MARIA ISABEL	16/05/2013	05/04/2013	20	TRANSF	GUROFANO		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
256	F	3	2DIAS	448293	QUINCHULEA CAJAS MELANY	17/05/2013	20/05/2013	3	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
257	F	4	1DIA	449153	MORERA QUERO VALENTINA	17/05/2013	20/05/2013	12	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
258	M	8	21H2D	422443	ZURIGA FARIAS JONATHAN	17/05/2013	23/05/2013	6	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
259	M	12	1DIA	449203	ESPINALDES REABALLA JESUS	18/05/2013	22/05/2013	4	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
260	F	14	2DIAS	449203	DEL VALLE FARIAS MARYURIE	18/05/2013	20/05/2013	10	TRANSF	GUIN		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
261	F	15	7DIAS	449453	SAMONCE OHAMAHIDAN HAILYN	18/05/2013	09/04/2013	21	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
262	F	10	15DIAS	450033	JATHIA ORTIZ MARIA PAZ	18/05/2013	09/04/2013	21	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
263	F	19	4DIAS	452083	ELVES CORO REBECA	20/05/2013	24/05/2013	4	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
264	M	2	14DIAS	442343	PEREZ MORAN DYLAN	20/05/2013	27/05/2013	7	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
265	M	5	11H1D	349313	ZARIBRANO PINAR GOTE LINHER	20/05/2013	24/05/2013	4	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
266	M	13	14DIAS	452413	MOLINEROS AGUIAYO MATHIAS	21/05/2013	23/05/2013	2	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
267	M	6	10DIAS	450403	AVILES MORA JOSE GABRIEL	22/05/2013	22/05/2013	0	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
268	M	12	5DIAS	449203	ESPINALDES REABALLA JESUS DAV	22/05/2013	30/05/2013	8	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
269	M	13	3H4D	458213	VERA VITE IM JACOB	22/05/2013	23/05/2013	1	TRANSF	M.GUASMO		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
270	M	4	3H15D	232003	CHOZE AUIZ JEREMIAS	03/05/2013	21/05/2013	20	TRANSF	GUIN		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
271	M	12	12DIAS	442063	ROSETO OBANDO CRISTHIAN	22/05/2013	04/04/2013	13	EGRESADO	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
272	M	8	5DIAS	452043	UBILLA RIVAS EULONES	23/05/2013	28/05/2013	5	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
273	F	9	31DIAS	457113	VARGAS MATEO LIEETH	23/05/2013	30/05/2013	7	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
274	M	13	9DIAS	451743	TORRES GUEZADA DAVID	23/05/2013	27/05/2013	4	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
275	M	2	24DIAS	401653	MONTERO PALACIOS SAMUEL	24/05/2013	31/05/2013	7	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
276	M	7	32DIAS	451923	BAUTISTA SANTILLAN CRISTOPHE	24/05/2013	27/05/2013	3	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						
277	M	4	3H4D	461433	ZAPATA GIL PERABO YAMIER	24/05/2013	24/05/2013	0	TRANSF	alta		GUAYAQUIL	OBSERVACION																																																																																						

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

PROCEDE

TRANS

EDAD

SALA Indicadores 2014

DIAGNOSTICOS 2012

Hoja1

Hoja2

50%

ANEXO .11

CERTIFICADO DE LA PROPUESTA



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS
"DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
DOCENCIA DE ENFERMERIA

OF: C.D.E. 062

Guayaquil 2 de Mayo del 2014

CERTIFICACION

La Coordinación de Docencia en Enfermería del Hospital "Dr Roberto Gilbert Elizalde" certifica que los Internos de licenciatura en enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, realizaron la Propuesta del Programa Educativo del tema de Investigación sobre: Influencia de la termorregulación en los recién nacidos prematuros, en la sala de espera de Neonatología, del 25 de Abril al 2 de Mayo del presente año.

Se adjunta nomina de estudiantes.

Eva Zaruma
Clemencia Tamami

Atentamente,

Lic. Leticia Jaime Negrete
Coord. Docencia en Enfermería
Hospital Dr Roberto Gilbert



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS
"DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES

Guayaquil, 02 de Mayo 2.014

CERTIFICADO

Por medio de la presente certifico que las Internas de Enfermería **María Clemencia Tamami Ninabanda** C.I: 020213434-2 y **Eva Julieta Zaruma Tualombo** C.I:020230891-2 de la Universidad de Bolívar dando por culminando el Programa Educativo sobre Termorregulación en el Área Cuidado Intensivos Neonatales, dirigido al personal de Enfermería la misma que se realizó 02 de Mayo del 2.014.

LCDA. HERLINDA-ESPINOZÁ VILLAMAR
Jefa de Enfermera Área UCIN

GLOSARIO

Acidosis metabólica.- Es una afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos corporales.

Acrocianosis.- Coloración azul violácea crónica mayoritariamente de las manos y las piernas asociadas a unas temperaturas externas muy bajas y una humedad relativamente alta.

Actividad vasomotora.-Regula los movimientos de contracción y dilatación de los vasos sanguíneos.

Ambiente neutro.- Es aquel que permite al RN mantener su temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menor gasto metabólico

Anticuerpos.-Son proteínas que sintetizan nuestro sistema inmunitario para defendernos de bacterias, virus, hongos... y otros parásitos que infectan nuestro organismos.

Apnea.-Pausa respiratoria que supera a 3 desviaciones estándar de la duración media de la respiración en un lactante o un niño de cualquier edad.

ASHRAE.- (Sociedad Americana de Aire Acondicionado, Refrigeración y Calefacción), es una sociedad internacional técnica dedicada a mejorar la calidad de vida a través de los avances tecnológicos relacionados a la calefacción, refrigeración, aire acondicionado y ventilación.

Bilirrubina.- La bilirrubina es un pigmento amarillento que se encuentra en la bilis, un líquido producido por el hígado.

Citoquinas.- Las citoquinas son un conjunto de proteínas que regulan interacciones de las células del sistema inmune.

Displasia broncopulmonar.-Trastorno pulmonar crónico que afecta a bebés recién nacidos que han estado con un respirador al nacer o que nacieron muy prematuros.

Eficaz.- que tiene eficacia.

Eficiencia.- capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado.

Endocrino.-Conjunto de órganos y tejidos del organismo, que segregan un tipo de sustancias llamadas hormonas, que son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas de las funciones del cuerpo.

Enterocolitis necrotizante.-Enfermedad que aparece en recién nacidos, especialmente en prematuros, y que consiste en inflamación que causa destrucción (necrosis) de cantidades variables de intestino.

Estrés térmico.-Sensación de malestar que se experimenta cuando la permanencia en un ambiente determinado exige esfuerzos desmesurados a los mecanismos de que dispone el organismo para mantener la temperatura interna en 37° C.

Extrofia vesical.-Malformación congénita del aparato urogenital, en donde la mucosa de la vejiga se encuentra al descubierto y se aprecian con facilidad uréteres y uretra.

Fluctúa.- Oscilar, cambiar alternativamente

Gastroquisis.-Defecto de la pared abdominal en el cual los intestinos y otros órganos se desarrollan fuera del abdomen del feto a través de una apertura de la pared abdominal, casi siempre a la derecha del cordón umbilical.

Glándulas sudoríparas.- Son unas glándulas diminutas en forma de tubos enrollados que se encuentran en la capa profunda de la piel.

Glicógeno.- Es un polisacárido de reserva energética formado por cadenas ramificadas de glucosa; es insoluble en agua, en la que forma dispersiones coloidales.

Grasa parda.- Un tejido graso que consume energía para aumentar la temperatura corporal.

Hemorragias intracraneanas.- Derrame de sangre en el cerebro, entre las membranas que recubren el cerebro, o entre el cráneo y la cubierta del cerebro.

Hipoglucemia.-Se refiere a un nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre en los primeros días después del nacimiento.

Hipotensión.- La hipotensión arterial es la caída de la presión arterial por debajo de los límites de 80-60 mmHg.

Hipotermia.- Descenso de la temperatura corporal por debajo de los 35°C, momento en el cual los mecanismos compensadores del organismo para mantener la temperatura del cuerpo comienzan a fallar.

Hipotonía.- Disminución del tono muscular.

Hipoxia.- Falta de oxígeno en los tejidos del cuerpo.

Homeostasis.- Propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (metabolismo).

Iatrogénicas.- Acto médico debido, del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología terminal.

Irradiación.- Emisión y propagación de una radiación, como la luz, el calor u otro tipo de energía.

Letargia.- Sueño profundo y continuo, en el cual el paciente habla cuando se le despierta, pero no sabe lo que dice, olvida lo que ha dicho y cae nuevamente en su primer estado.

Madre canguro.- Técnica de atención del neonato en situación de bajo peso al nacer y/o prematuros que se fundamenta en el contacto piel a piel entre la madre y el bebé y los cuidados que en alimentación, estimulación y protección que aquella provee a este

Pre óptica.- La que corresponde a la parte anterior del hipotálamo, se encuentra delante del quiasma óptico y regula la temperatura y la ingesta de agua.

Metabolismo.- Conjunto de reacciones químicas que se producen en el interior de las células y que conducen a la transformación de unas biomoléculas en otras.

Mielo meningocele.- Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento.

Onfalocele.- Es un defecto congénito en el cual se presenta protrusión de los intestinos u otros órganos abdominales del bebé a través del ombligo.

Propensión.-Tendencia o inclinación que una persona o cosa tiene hacia algo, especialmente a lo que es de su gusto o naturaleza:

Protrombina.-Proteína del plasma sanguíneo, forma parte del proceso de coagulación mediante la reacción de ésta con la enzima "tromboplastina", una enzima ubicada en el interior de los trombocitos, liberada al romperse la frágil membrana celular de los trombocitos.

Queratinización.- Proceso de transformación de la epidermis en un tejido córneo o queratinizado.

Recién nacido Prematuro.- Los recién nacidos son prematuros cuando el parto tiene lugar antes de que se hayan completado las 37 semanas de gestación

Regurgitación.- Es el derrame o devolución suave de los contenidos estomacales hacia arriba y fuera de la boca en los bebés, acompañados algunas veces de un eructo

Rubor.-Enrojecimiento de la piel de la cara la palabra suele utilizarse cuando el enrojecimiento se corresponde a una respuesta emocional.

Septicemia.- Es la presencia de bacterias en la sangre (bacteriemia) que a menudo ocurre con infecciones graves.

Taquicardia.-Incremento de la frecuencia cardiaca.

Taquipnea.-Consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales (>20 inspiraciones por minuto).

Termogénesis.- Es la capacidad de generar calor en el organismo debido a las reacciones metabólicas. La disipación de calor equilibra esta generación interna dando lugar a una homeostasis térmica (equilibrio térmico) en las células que en los mamíferos como el hombre alcanza un valor estático de aproximadamente 37 °C

Termorregulación.- La termorregulación o regulación de la temperatura es la capacidad que tiene un organismo biológico para modificar su temperatura dentro de ciertos límites, incluso cuando la temperatura circundante es muy diferente.

Vasoconstricción.-Constricción o estrechamiento de un vaso sanguíneo que se manifiesta como una disminución de su volumen así como de su estructura.

Vulnerabilidad.- Capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

- José Alberto Correa V., Juan Fernando Gómez R., Ricardo Posada S., reimpresión 2003, FUNDAMENTOS DE PEDIATRIA, GENERALIDADES Y NEONATOLOGÍA TOMO I SEGUNDA EDICION págs. 408-411capitulo programa madre canguro.
- Gomella Cunningham Reimpresión 1998-2005, MANUALES CLINICOS NEONATOLOGÍA Manejo Básico 3era edición. Págs.50-63 Regulación de la temperatura en el neonato.
- Dr. Avalos, PDF Recién Nacido Prematuro, creado el 13/03/2007, págs. 12 al 22, Cuidados generales y específicos.
- Dr. Roberto Rivero Quiroz, Pediatra Neonatólogo, Past- presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría: E mail: alape.sg@gmail.com.
- M. ^a J. Pérez Miguelsanz¹, W. Cabrera Parra¹, G. Varela Moreiras² y M. Garaulet³, Departamento de Anatomía y Embriología humana I. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid, Nutr. Hosp. v.25 n.2 Madrid mar.-abr.
- Administración de los servicios de enfermería, autor: MA. De la Luz Balderas Pedrero,5ta edición, págs.: 86 – 90,año (2009)
- Kenne C. Lott. J.W.Flandermeyer; Enfermería de cuidados Intensivos Neonatal asistencia del RN de Alto Riesgo; pág. 1-10; Edición 3era 2006 editorial Panamericana.
- Capítulo 13, Prematurez, Dr. Jaime Burgos Monroy, págs. 94-99. Servicio Neonatológico Hospital Clínico, Universidad de Chile
- Klever Arregui Saltos, Manual de Pediatría tomo II, págs. 797-801, termorregulación en el recién nacido prematuro, Guaranda-Ecuador.
- Guía práctica clínica de la termorregulación en el recién nacido año (2010)
- Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro, págs. 45-54, autores: Marina Mata-Méndez,¹ Martha Elba Salazar-Barajas,²Luis Raúl Herrera-Pérez³, ¹Maestra en Educación Superior.
- Ministerio de Salud Pública, componente normativo materno- neonatal, Agosto del 2008

NETGRAFIA:

- <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf>
- http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/doc/generales/padres/1_5_El_recien_nacido.pdf
- <http://sistemasdesalud.wikispaces.com/Estancia+hospitalaria>
- <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/458/1/TESIS%20CUIDADO%20DEL%20NEONATO%20PRETERMINO%20COMPLETA.pdf>
- 190.63.130.199:8080/.../TESIS%20RN%20PREMATURO.doc
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf
- http://200.72.129.100/hso/documentos/neo/guiascli/04_Termorregulacion_y_Humedad.pdf
- <http://www.cuautitlan.unam.mx/descargas/edudis/recursosacademicos/taxonomiadebloom.pdf>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Termorregulaci%C3%B3n>
- <http://sistemasdesalud.wikispaces.com/Estancia+hospitalaria>