

**UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCION DE POSGRADO
POSTGRADO EN SALUD**



TESIS DE POSTGRADO

**COMPETENCIAS Y DESTREZAS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE
NEONATOS CON ICTERICIA. SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL DR. PERCY BOLANP, ENERO-JUNIO 2016**

Por

Lucia Paina Jora

**Trabajo de investigación presentado a consideración de la Universidad
Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para obtención del
título de Maestría en Neonatología y pediatría.**

Santa Cruz - Estado Plurinacional de Bolivia

2018

APROBADO

TRIBUNAL:

POSGRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

DEDICATORIA

Después de una ardua tarea que el ser humano realiza con dedicación y perseverancia que puede observar el fruto de ese gran esfuerzo y es hoy un sueño se ha convertido en realidad estas razones me impulsan dedicar este trabajo.

A mis familiares que me impulsaron y apoyaron en todo momento inculcándome siempre valores y perseverancia en toda acción q emprendiera

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por haberme permitido culminar esta etapa de estudio y otorgarme sabiduría, conocimiento y capacidad para entender la gran responsabilidad.

A mi padres Teófilo y Herminia por brindarme ese gran apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo observacional cuantitativo de corte transversal, se realizó con el objetivo de determinar competencias y destrezas de enfermería en cuidados especiales a neonatos con ictericia. Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Dr. Percy Boland de Santa Cruz, enero-junio 2016, para ello se aplicó un cuestionario y guía de observación a una muestra de 42 enfermeras.

Los resultados alcanzados según datos obtenidos se evidenció que el 69% del personal de enfermería recibió capacitación en los cuidados especiales de recién nacidos con ictericia, a pesar que en dos años el 61,9% participo solo una vez. Según opinión del personal en el 85,7% no dispone de Manual de Funciones de Enfermería y un 83,3% no disponen de protocolo para la atención. En el caso del al manejo, cuidado y aplicación de los procesos y procedimientos en un 54,8 y 67,7% respectivamente presentaron regular destreza y habilidades en el cuidados a recién nacidos con ictericia.

En conclusión la comunicación, compromiso y destrezas del personal de enfermería en los cuidados a recién nacidos con ictericia y aplicación de los procesos y procedimientos se mostró un resultado intermedio observándose falencias en el manejo y aplicación de las normas establecidas. Por lo que se recomienda la planificación y fortalecimiento de los cursos y talleres de capacitaciones sobre aplicación de los procesos y procedimientos de cuidados especiales.

Palabra Clave: Competencias, destrezas, cuidados especiales, procesos, procedimientos, neonatos, Ictericia.

ÍNDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN CAPÍTULO I	1
1.1. ANTECEDENTES.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	15
1.3. HIPÓTESIS.....	15
1.4. OBJETIVOS	15
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II: MARCO TEORICO	18
2.1. ICTERICIA NEONATAL.....	18
2.1.1. FISIOPATOGENIA DE LA ICTERICIA NEONATAL.....	19
2.1.2. ICTERICIA POR LACTANCIA MATERNA.....	22
2.1.3. ICTERICIA PROLONGADA E ICTERICIA DE APARICIÓN TARDÍA.....	23
2.2. ETIOLOGÍA PATOLÓGICA	23
2.2.1. FACTORES QUE MODIFICAN LA ISOINMUNIZACIÓN MATERNA.....	24
2.3. OBSERVACIÓN,TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	27
2.4. PREVENCIÓN.....	28
2.5. FOTOTERAPIA.....	29
2.6. CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	31
2.7. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA.....	32
2.7.1 DEBERES DE LA ENFERMERA NEONATÓLOGA.....	33
2.8. HABILIDADES.....	35
2.9. DESTRESAS.....	35
2.10. PROTOCOLOS.....	36
2.11. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).....	37
2.11.1. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.....	37
2.12 EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA.....	38

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	40
3.2. LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO.....	40
3.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	40
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	41
3.5. MÉTODOS.....	41
3.5.1. MÉTODO LÓGICO.....	41
3.5.2. MÉTODO TEORICO	42
3.5.3. MÉTODO EMPIRICOS.....	42
3.5.4. MÉTODO ESTADÍSTICO.....	43
3.6. VARIABLES.....	44
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	44
3.7 METODO PROCESAMIENTO DE DATOS.....	47
3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	47
3.9 ASPECTOS ETICOS.....	47
CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	48
4.1. RESULTADOS.....	48
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1. CONCLUSIONES.....	84
5.2. RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
ANEXOS.....	

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Ictericia en el recién nacido es un fenómeno fisiológico, pero en ocasiones constituye la expresión de un estado patológico. Puede estar presente en el momento de nacer o puede aparecer en cualquier momento del periodo neonatal. En el recién nacido a término se presenta una frecuencia del 60-70% y en niños prematuros hasta un 80% lo que constituye un incidencia elevada¹.

Las concentraciones de bilirrubina en los neonatos son mucho más altas que en los adultos y se debe fundamentalmente a una disminución de la vida media de los glóbulos rojos en el recién nacido (aprox de 70 a 90 días) y a una degradación acelerada del grupo, por la enorme poza de tejido hematopoyético que deja de funcionar al nacimiento. Si a esto se le añade el incremento de la absorción entero hepática de bilirrubina, se explica de modo suficiente la enorme frecuencia de ictericia en el recién nacido en comparación con otras edades. Aproximadamente el 60 a 70% de los neonatos maduros y 80% y más de los neonatos inmaduros se muestran clínicamente ictericos, su temprano reconocimiento y la instauración de una terapéutica adecuada, son tareas habituales para el Reumatólogo y el Pediatra².

Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar las Ictericias Fisiológicas de las Ictericias No Fisiológicas. Este enfoque incluye recabar correctamente los antecedentes familiares, los del embarazo y parto, el estado y características del RN, las horas de aparición de la Ictericia, el ritmo de ascenso, la edad gestacional y la patología agregada. Todo esto nos dará una mayor definición del riesgo a fin de actuar correctamente

Durante la atención de pacientes prematuros se considera primordial la jerarquización de intervenciones de enfermería y la optimización del tiempo, para disminuir los periodos de estrés, posibles complicaciones y evitar la pérdida calórica innecesaria. El cuidado de enfermería basado en un marco

teórico o conceptual permite individualizar y jerarquizar las necesidades de cuidado del paciente, además asegura la calidad en su atención. El cuidado de enfermería considera las necesidades particulares de cada individuo, e incluye la de aquellos que por voluntad o capacidad no pueden mantener su salud por sí mismos².

En todo caso la de toma de decisiones en la conducción de un paciente neonatal con ictericia será más acertada si cada situación se considerase individualmente, valorando en profundidad toda la información disponible y canalizando la paraclínica adecuadamente.

El trabajo de investigación realizado aborda las capacidades y destrezas de las licenciadas de enfermería en la aplicación de los cuidados especiales a los neonatos con ictericia neonatal en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal Hospital Percy Bolan de la ciudad de Santa Cruz periodo Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal

El estudio se desarrolló en varios capítulos: Capítulo I: Introducción, antecedentes, Planteamiento del problema; Preguntas de investigación; Objetivos; Justificación. Capítulo II: Fundamentación conceptual; Marco conceptual; Capítulo III: diseño metodológico, tipo de estudio, periodo y lugar, universos, métodos, variables de estudios, proceso de recolección de la información, aspecto éticos; Capítulo IV: Presentación de análisis de resultados; Capítulo v: Conclusiones y Recomendaciones; Referencias bibliográficas; Anexos.

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Como antecedentes del contexto internacional mencionar que la ictericia neonatal es un problema frecuente en todo el mundo. Este trastorno es una de

las dos entidades clínicas más frecuentes en la edad neonatal (junto con la dificultad respiratoria) y una de las diez primeras causas de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intermedios; 60% a 70% de los neonatos maduros y 80% o más de los neonatos inmaduros llegan a padecer algún grado de ictericia³.

En el 2003, en Estados Unidos, mediante un extenso estudio se determinó que de 47 801 recién nacidos, 4.3% tuvo valores de bilirrubina en concentraciones en las que la Academia Americana de Pediatría recomienda iniciar un tratamiento intrahospitalario con fototerapia. Otras revisiones han encontrado esta misma situación en 5% a 10% de los recién nacidos.

En el Perú la tasa de incidencia en el 2004 fue de 39/1000 nacidos vivos, de Lima y Callao las que reportan el 48% de los casos, y a nivel regional Cusco, Arequipa, La Libertad e Ica, las que reportan mayor tasa de incidencia. Se observa con más frecuencia en neonatos prematuros que en neonatos a término⁴.

En México, en el año 2009, realizaron un estudio observacional, analítico, prospectivo, sobre Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal, que incluyó recién nacidos que ingresaron con diagnóstico de hiperbilirrubinemia indirecta, encontrando La prevalencia de hiperbilirrubinemia indirecta neonatal fue de 17%. Los factores de riesgo asociados fueron la edad gestacional menor de 35 semanas ($p < 0.05$, RR = 1.45, IC 95%: 1.03 - 2.05), la alimentación al seno materno exclusivo ($p < 0.05$, RR = 1.83, IC 95%: 1.08 - 3.08), y la sepsis ($p < 0.05$, RR = 1.88, IC 95%: 1.10 - 2.05). La edad de aparición de la ictericia en promedio fue 4.5 ± 2.2 días. Concluyendo que los factores de riesgo más observados son la edad 12 gestacional menor a 35 semanas, la alimentación al seno materno exclusivo y la sepsis⁵.

La Habana, Cuba. En el año 2010, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo sobre hiperbilirrubinemia neonatal agravada, el cual incluyó 173 recién nacidos que ingresaron al Departamento de Neonatología con diagnóstico de hiperbilirrubinemia agravada, durante los años 2007 a 2009. Al analizar los factores de riesgo se encontró predominio de la prematuridad, el bajo peso y la plétora sanguínea (n = 74; n = 62 y n= 43, respectivamente). En el tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal la luminoterapia prevaleció con poco más del 90 %, seguida de la inmunoterapia (8,68 %) y solo un 1,15 % de los pacientes necesitó exanguinotransfusión. Concluyendo que los factores más frecuentes son la prematuridad y el bajo peso al nacer⁶

Estudios desarrollados sobre la ictericias neonatal, según Johnson LH realiza un estudio titulado System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of Kernicterus (2002); refiere que la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina, con un cuadro benigno y auto limitado que desaparece generalmente antes del mes de edad⁷.

Ríos GM publica un trabajo titulado Síndrome icterico del primer trimestre (2002), refiere que hay datos que demuestran que el daño de la bilirrubina, depende no sólo de la cifra más alta en un momento determinado, sino que del tiempo que ésta, se mantiene en cifras sobre los niveles considerados no riesgosos. Para comprobar esto, no hay posibilidad de hacer estudios controlados en humanos.

Phibbs RH realiza un trabajo titulado: Klaus Fanaroff. Care of the high risk neonate (2003), refiere la recomendación de exanguineo transfusión para RN aparentemente normales con una ictericia no hemolítica, es realizarla en todo niño que a las 24 horas tiene 20mg/dL y que después de las 48 horas tiene

sobre 25mg/dL. En los casos en que las cifras se encuentran entre 25 y 30 mg/dL, algunos recomiendan hacer una prueba de fototerapia intensiva y buena alimentación e hidratación previa a decidir la exanguíneo transfusión⁸.

Galván realizó un estudio titulado Incompatibilidad ABO en neonatos sometidos a exanguíneo transfusión en el HONADOMANI San Bartolomé (2004), donde reportó 44 RN con \geq de 12 mg/100 mL en neonatos con menos de 24 horas de vida y sólo 12 casos con menos de 12 mg/100 mL, en neonatos con más de 24 horas de vida⁹.

Oski y Col en su estudio titulado Schaffer's diseases of the newborn han demostrado que en realidad, todos los recién nacidos tienen algún grado de hemólisis cuando hay incompatibilidad ABO, ya que el promedio de niveles de hematocrito y hemoglobina son menores en este grupo incompatible, comparado con la población general. A pesar de que la incidencia de estos tipos de sangre es alrededor de 15% de los embarazos, sólo el 3% requieren tratamiento y el 0.1% requieren exanguíneo¹⁰.

Martínez J realiza un trabajo titulado: "El real problema del recién nacido icterico" y refiere que su temprano reconocimiento y la instauración de una terapéutica adecuada, son tareas habituales para el reumatólogo y el pediatra. Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar las ictericias fisiológicas de las ictericias patológicas. Este enfoque, incluye recabar correctamente los antecedentes familiares, los del embarazo y parto, el estado y características del recién nacido, las horas de aparición de la ictericia, el ritmo de ascenso, la EG y la patología agregada; todo esto, nos dará una mayor definición del riesgo a fin de actuar correctamente.¹¹

Risemberg HM en su estudio Correlation of cord bilirubin levels with hyperbilirubinemia in ABO incompatibility (2007); refiere que la presencia de

anemia, de ictericia y la velocidad de ascenso de la bilirrubina son lo más importante para el diagnóstico y la decisión del tratamiento. El valor de Coombs indirecto positivo se considera de relativa utilidad para la toma de decisiones¹².

Para Harris MC en *Developmental follow-up breastfed term and near-term infants with marked hyperbilirubinemia* refiere que la ictericia es una condición clínica muy frecuente en la práctica pediátrica y constituye uno de los principales temas dentro del período neonatal; esto ocurre en ambos procesos fisiológicos y patológicos en neonatos¹³.

1.1.2 Contexto Nacional

Bolivia mantiene uno de los niveles más altos de mortalidad materna e infantil en la región. Las causas principales son hemorragias en postpartos y las infecciones. Pese a la vigilancia del Servicio Universal de Salud (SUMI), los índices de mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural, donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país.

Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que el índice de mortalidad materna en Bolivia llega al 64 por ciento en el área rural, pues este sector de la sociedad aún es vulnerable, ya que tiene cuatro veces más probabilidades de fallecer por complicaciones del embarazo, parto o postparto.

Los esfuerzos de las autoridades bolivianas, durante los últimos años, para tratar de reducir la mortalidad materna y neonatal, pese a los logros favorables, no han alcanzado los resultados esperados, razón por la que el país mantiene unos de los peores resultados en este campo en el continente.

Una información de la Encuesta de Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) indica que la mortalidad materna es de 230 mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragia 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, y parto prolongado 2%. Respecto a la mortalidad infantil, Bolivia registra 36 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, entre las principales causas de muerte están las infecciones en 32%, prematuridad 30% y asfixia en 22% y otros.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la mortalidad materna disminuyó en los últimos tres años. Hasta la gestión 2006 había un registro de 290 mujeres fallecidas de cada 100 mil durante el parto, embarazo o el postparto, cifra que disminuyó a 185 por cada 100 mil madres.

Según esta cartera de Estado antes del inicio de programa del Bono Juana Azurduy de Padilla, en la gestión 2006, las cifras eran aún más alarmantes, pero a partir de la vigencia de este beneficio los resultados en este rubro fueron más favorables, debido a la implementación de mejores servicios de salud para atender a las madres de familia¹⁵.

De acuerdo al informe de Salud en la gestión 2012, se logró que un 25% de la población asista a los centros de salud o centros hospitalarios, para que puedan ser atendidas por especialistas ginecólogos y se eviten más decesos. Ahora, de 10 madres que dan a luz, ocho ya acuden a los centros.

La información también revela que el 2005 se tenía aproximadamente el 55% de parto institucional y en el 2012 se alcanzó casi el 75%, lo que quiere decir que de cada 10 bolivianos que nacen siete son atendidos por personal de salud y tres aún lo hacen en su domicilio.

Los índices de mortalidad neonatal son alarmantes en Bolivia. De cada 1.000 nacidos vivos, mueren 54, y de cada 100 mil mujeres, fallecen 220 al momento de dar a luz. La información la hizo conocer ayer el Viceministro de Salud y Promoción, Martín Maturano, en ocasión del taller nacional de la “Sexta sesión de aprendizaje para el mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil”, realizado en la capital cruceña.

“Estas cifras a nivel Latinoamérica son altas y por ello estamos realizando talleres para diseñar estrategias sobre la problemática para alcanzar las metas de los objetivos del milenio, que establecen que por cada 1.000 nacidos vivos deben registrarse 21 muertes”, explicó Maturana, al señalar que los mayores índices de mortalidad se registran en las zonas rurales de Potosí, Oruro y Chuquisaca¹⁶.

El departamento de Santa Cruz, está en el cuarto lugar. En el caso del departamento de Santa Cruz, la Responsable de Salud Sexual y Reproductiva del Sedes, Ruth Gálvez, informó que la mortalidad materna está en 174 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. De acuerdo con Gálvez, la provincia Obispo Santisteban, la región de la Chiquitania y los valles son las más afectadas. “Estos datos nos sitúan en el cuarto lugar con relación a otros departamentos. Como También dijo que, de cada 10 partos, 7 se practican en un centro de salud y 3 son en domicilios particulares en rudimentarias condiciones. Otro de los aspectos son las bajas coberturas de atención en los hospitales y la accesibilidad de los medicamentos del Seguro Universal Materno Infantil (Sumi). Para la responsable de Salud Sexual y Reproductiva del Sedes, el principal factor es la falta de prevención, porque según ella, las mujeres embarazadas no acuden a sus controles prenatales periódicamente. Ante esta situación, Martín Maturano, explicó que el Ministerio de Salud con el nuevo Seguro Único de Salud (SUS) pretende ampliar las coberturas y la aplicación de la salud familiar comunitaria intercultural¹⁷.

Las cifras en los infantes. De acuerdo con el mismo informe proporcionado por el Ministerio de Salud, cada año en el mundo mueren aproximadamente 4 millones de niños en el primer mes de vida. El 99% de estas muertes se producen en países subdesarrollados. La mortalidad neonatal en países como el nuestro casi representa el 60% de las muertes infantiles, es decir 27 neonatales de 54/1000 muertes infantiles. Las principales causas de muerte son infecciones (sepsis), asfixia y prematuridad. A decir de Materno se reconoce que el parto y el período postparto, son un periodo especial de vulnerabilidad para la madre y el recién nacido.

La tasa de mortalidad infantil en Potosí está por encima de la mitad de la media nacional, situación que contrasta con la versión del gobierno nacional, que expresó hace dos días que el crecimiento económico del país en los últimos cuatro años es notable. Es decir, en Bolivia hay 50 niños que mueren de cada 1.000 que nacen vivos en Potosí: es grave la situación, porque estamos cerca de 92 niños que mueren por cada 1.000 nacidos¹⁸.

En el departamento de Tarija en la gestión 2014, Datos de la Unidad de Estadística del Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud, revelan que una de las patologías más frecuentes está relacionada con la ictericia neonatal, ya que para el 2014 atendieron 104 casos de recién nacidos con esa enfermedad. Según ese nosocomio, ese mal es uno de los principales causas de morbilidad general en neonatología, porque ocupó el primer lugar con el “mayor” número de casos, después está el distres respiratorio, Sepsis neonatal, y como último los recién nacidos prematuros.

En cuanto a la ictericia, el 50 por ciento de los casos se presentó en bebés de sexo femenino, y el restante en los varones. El jefe de Pediatría del Hospital Obrero, Fernando Galarza Anze, explicó esa enfermedad es cuando los niños nacen con un color amarillento, porque el bebé tiene un alto nivel de bilirrubina

en la sangre. Ésta, es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos.

El pediatra mencionó que esa patología está asociada con problemas fisiológicos, y otros patológicos. En el primer caso, sólo se requiere de un control médico ambulatorio, pero en el segundo caso, requiere internación porque existen riesgos.

Asimismo, el médico señaló que si esos niños no reciben una atención oportuna, el bebé puede sufrir daños neurológicos, y por ende puede quedar con retraso mental, y si eso sucede, el daño es irreversible, por lo que recalcó en la importancia de detectar la enfermedad a tiempo¹⁹.

1.1.3 CONTEXTO INSTITUCIONAL.

La Maternidad Dr. Percy Boland desde su fundación en el año 1954 contaba con 60 camas para la atención de la población de Santa Cruz, en ese entonces no existía un Servicio de Neonatología y los recién nacidos recibían una atención básica.

A partir del año 1977, debido al incremento de la afluencia de pacientes a la Maternidad y el número de nacimientos, es que se ve la necesidad de implementar el Servicio de Neonatología, que en su inicio eran dos habitaciones amplias con 8 cunas y una incubadora, y se contratan los servicios del Dr. Aroldo Cuéllar y dos médicos de planta. En ese tiempo las guardias eran realizadas por los médicos adscritos y supervisadas por los médicos de planta. Con el transcurso del tiempo se va incrementando el equipamiento médico, por la necesidad del servicio. Es así que en mayo de 1983 se inaugura el Servicio de Neonatología.

En el año 1991 la Dra. Irene de Escobari es nombrada Jefe del servicio, quien realizó muchas gestiones con diferentes instituciones benéficas, es así que en agosto de 1993, gracias a la colaboración de Tierra de Hombres de Holanda a través del Centro de Parálisis Cerebral y El voluntariado La Cigüeña (precedida por la Sra. Adela de Paniagua) fuimos dotados de equipos médicos para dos unidades de Terapia Intensiva. Se llegó a obtener 17 incubadoras en Cuidados Intermedios y 10 cunas en Pre Alta, producto de las donaciones recibidas de las distintas organizaciones, sin embargo para la atención de recién nacidos críticos, aún se necesitaban otros implementos de soporte.

La infraestructura con la que se contaba consistía con un área para Terapia Intensiva, Cuidados Intermedios, Pre Alta, Lactario, Esterilización y Jefatura médica.

En junio del 2006 se amplía el servicio, como Departamento de Neonatología, contando actualmente con 49 unidades (UTIN: 11, UCIN: 28, UCMN: 10), además se cuenta con Sala de RX, Lactario, Esterilización, Central de oxígeno, aire y aspiración.

A lo largo de todos estos años, cabe destacar, que hemos venido recibiendo la continua colaboración del Voluntariado DAVONET, dirigida por la Sra. Adelita de Paniagua para con nuestros recién nacidos, es así que siempre tendrán un merecido reconocimiento de parte de todo el personal del Servicio de Neonatología por su ardua labor y su constante apoyo en todas las situaciones en las que este servicio atravesó.

El 9 de marzo del 2015, el Departamento de Neonatología amplió sus unidades en el servicio de terapia intensiva de 11 a 21. Actualmente contamos con 59 unidades disponibles en los diferentes servicios, con equipamiento de última tecnología.

En cuanto al recursos humano el servicio de neonatología del hospital de la Maternidad Doctor Percy Boland, son jefatura 1, pediatra 12, pediatra – neonatología 16, cirujano pediatra 2, oftalmólogo 1, imagen logó 1cardiologo pediatra1, jefatura 1 licenciadas, Unidad de terapia intensiva I 30 licenciadas y 8 auxiliares, Unidad de terapia intensiva II (nueva) 30 licenciada, auxiliares enfermería 6 , Unidad de cuidados intermedios (pre alta)1 licenciada, 6 auxiliares, sala de recién nacidos 1 licenciadas y 11 auxiliares, lactarios 3 auxiliares, lavado de equipos esterilización son 3 auxiliares, orientación es 1 auxiliares, fisioterapeuta 1 licenciada.

En el servicio de neonatología en el Hospital Percy Boland en área de neonatología terapia intensiva cuenta con 21 unidades (incubadoras) el cual está dividida en terapia No 1 y Terapia No 2, se cuenta con 3 servos cuna. La dotación del Recursos Humano del servicio de terapia intensiva neonatal, se cuenta con 5 médicos especialistas en terapia intensiva, 50 Licencias en Enfermería que cubren diferentes turnos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como principal problema que estaría motivando desarrollar esta investigación porque desde la percepción empírica del investigador y por su experiencia profesional en los servicios de terapia intensiva neonatal, aun cuando la cuando la formación del profesional de enfermería haya sido el mejor como expectativas idealistas de profesional el rápido desarrollo tecnológico de la medicina de los últimos años en el área de la terapia intensivo neonatología hace que las profesionales enfermeras se capaciten permanentemente e normas, procesos y procedimientos de atención de enfermería a neonatos o paciente que se hospitalizan en los establecimientos de 3er nivel de complejidad de un sistema de salud sea este público, de la seguridad social o privado.

En este sentido las profesionales de enfermería, además de desarrollar sus capacidades profesionales también deberá asumir riesgos profesionales considerando el lugar donde desempeña sus funciones, para nuestro caso un servicio de cuidados especiales intensivos neonatales, en muchas ocasiones cometemos errores porque no consideramos los riesgos (situación latente que puede dar lugar a un error), porque no contamos con la información completa o porque esta no es de una fuente confiable, en ocasiones se toma más en cuenta los prejuicios, juicios de valor, creencias y valores personales que la propia información porque cada vez se producen más efectos adversos o incidentes externos que producen a los recién nacidos daños o que estos nazcan a tiempo, es un hecho imprevisto que no está relacionado con la capacidad profesional de la enfermedad sino por factores externos como la atención del parto en los domicilios por personal empírico, o porque el personal del sistema primario no está capacitado en atención al recién nacido con bajo peso al nacer y sobre todo por las derivaciones desde los establecimientos de salud de recién nacidos en situación crítica.

La ictericia Neonatal es la coloración amarillenta de la piel y mucosas está relacionada a un exceso de bilirrubina en la sangre del niño, en términos generales, la ictericia no es peligrosa en los recién nacidos a término, pero en los recién nacidos pre termino y con bajo peso al nacer la a ictericia junto con la dificultad respiratoria, son las entidades clínicas más frecuentes en la etapa neonatal que requieren su hospitalización porque esta enfermedad podría ocasionar daño cerebral severo, insuficiencia respiratorias agudas graves o estar asociados a enfermedad hemolítica, incompatibilidad de factor RH, ictericia por incompatibilidad ABO que requieren la intervención de la profesional enfermera para desarrollar cuidados especiales de enfermería según normas, procesos y procedimientos estandarizados para un servicio de terapia intensiva neonatal.

Como magnitud del problema que estaría motivando al investigador desarrollar este estudio, es porque existirían múltiples factores internos como la falta de desarrollo de capacidades o educación continua dirigida al personal de enfermería en la aplicación de procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería al recién nacido con ictericia neonatal que no estaría permitiendo desarrollar procesos de atención con oportunidad y calidad por estos determinantes organizacionales internos.

Otros factores como problemas prácticos identificados desde la experiencia laboral del investigador, estarían relacionado por las dotaciones insuficientes de recursos humanos de enfermería, personal nuevo que no estaría debidamente capacitado para desarrollar procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería a recién nacidos críticos por las características propias como unidad de terapia intensiva. Situación observada que es muy frecuente por parte de las autoridades del hospital que improvisan siempre al realizar las dotaciones de profesionales enfermería en su gran mayoría sin experiencia laboral sobre cuidados especiales de enfermería a neonatos críticos, improvisación que estaría acompañado de débiles procesos de inducción y capacitación adecuada por parte de la jefatura de enfermería de la UTI Neonatal antes que estos puedan asumir los cargos, de tal manera que no se afecte la atención oportuna y de calidad a los recién nacidos críticos hospitalizados en este servicio.

Por los antecedentes, problemas prácticos expuestos el investigador pretendería desarrollar la siguiente interrogante de investigación como hipótesis o problema cognoscitivo de investigación científica.

1.2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

¿Cuáles son las competencias y destrezas de enfermería en cuidados especiales a neonatos con ictericia. Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Dr. Percy Boland de Santa Cruz, enero-junio 2016?

1.3. HIPOTESIS

Sí el personal de enfermería cuenta con buena destrezas en cuidados especiales a neonatos con ictericia en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Percy Boland, incidirá en calidad de atención de los pacientes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las competencias y destrezas de enfermería en cuidados especiales a neonatos con ictericia en el Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Dr. Percy Boland de Santa Cruz, enero-junio 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Identificar en el personal de enfermería si en los últimos dos años participaron en capacitación sobre cuidados especiales, procesos y procedimientos de atención a neonatos con ictericia.

2.- Demostrar si el personal de enfermería dispone y aplican los siguientes documentos normativos; protocolos, procesos y procedimientos de atención de enfermería al neonato con ictericia.

3.- Verificar si el personal de enfermería en sus actividades cotidianas tienen actitudes de comunicación, compromiso con las tareas delegadas, destrezas-habilidades para aplicación de los procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería a los RN con Ictericia Neonatal.

1.5. JUSTIFICACIÓN.

Como novedad y aporte científico que justificaría su desarrollo de esta investigación porque permitiría al investigador determinar si el desarrollo de capacidades que tendrían las enfermeras para el cuidado especial a neonatos con ictericia neonatal estaría beneficiando la menor o mayor estancia promedio de los recién nacidos con esta patología en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal Hospital Percy Bolan. Considerándose según marco teórico expuesto que la ictericia en el recién nacido la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto y secundaria a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina (Bb), por lo tanto a ser un cuadro benigno y auto limitado que desaparece generalmente antes del mes de edad según estándares promedio no se requeriría estancias promedio altas, excepto que pudiera presentarse otras complicaciones generales para registrar mayores estancias promedios de hospitalización.

Como relevancia institucional y práctica profesional que justificaría su desarrollarla porque servirá de base para otras investigaciones operativas que se pudieran desarrollarse en el corto o mediano plazo en este tema. Pero también serviría al investigador concluir y recomendar a las máximas autoridades del Hospital Percy Boland como 3er nivel de atención y sobre todo a la jefatura de enfermería Servicio UTI Neonatal el disponer de información evidente para mejorar la toma de decisiones respecto al desarrollo de capacidades y competencias que deberían tener las profesionales enfermeras

para con la aplicación de cuidados especiales a recién nacidos con ictericia en el servicio de terapia intensiva.

Como beneficio práctico permitirá también al investigador poder identificar aspectos cualitativos en el terreno operativo para observar a través de herramientas empíricas que actitudes, compromiso, destrezas, habilidades y trabajo de equipo tienen las enfermeras para aplicar con oportunidad procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería a recién nacidos hospitalizados Servicio de UTI Neonatal, información base de mucha utilidad desde la perspectiva del investigador para incorporarlos en los procesos de educación continua ya que tradicionalmente los cursos, talleres o seminarios dejan de lado estos aspectos cualitativos necesarios como desarrollo de capacidades y competencias para la atención integral, eficiente-efectivo y eficaz al recién nacido crítico hospitalizado.

Como valor teórico que justificaría su desarrollo porque el investigador estaría considerando conceptos y definiciones teóricas de las variables de estudio contenidas en los objetivos. Como diseño metodológico se pretendería aplicar un estudio de tipo descriptivo transversal cuanti-cualitativo que permitiría al investigador aplicar diferentes métodos; lógico, teóricos de análisis / síntesis, empíricos y estadísticos para transformar las variables teóricas en datos cuantitativos o cualitativos, elaborar resultados, análisis, concluir y recomendar sobre si el desarrollo de capacidades que tendrían las enfermeras estaría favoreciendo una atención oportuna y de calidad a los recién nacidos hospitalizados con ictericia neonatal Servicio UTI-N Hospital Percy Boland como hospital de 3er nivel referencia del sistema público departamento Santa Cruz.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ICTERICIA NEONATAL

Como concepto la Ictericia Neonatal es la coloración amarillenta de la piel Y mucosas relacionadas a un exceso de bilirrubina en la sangre del niño. La ictericia junto con la dificultad respiratoria, son las entidades clínicas más frecuentes en la etapa neonatal; 60 a 70 % de los neonatos a término y 80 % de los neonatos pre término desarrollan algún grado de ictericia²⁰.

Ictericia neonatal es la coloración amarillenta de la piel y/o escleras en los recién nacidos causada por el depósito de bilirrubina en los tejidos. Ictericia fisiológica es aquella relacionada a Hiperbilirrubinemia no conjugada leve y afecta casi a todos los RN. El pico de bilirrubina sérica total en la ictericia fisiológica es típicamente 5 a 6 mg/dl (86 a 103 umol/L) ocurre entre las 72 y 96 horas de vida, y no debe exceder de 17 a 18 mg/dl (291 a 308 µmol/L). Niveles mayores de bilirrubinemia no conjugada son patológicos y pueden ocurrir en varias condiciones anormales²¹.

En recién nacidos sanos a término, una ictericia debe estudiarse para descartar que se debe a una causa patológica cuando: se inicie en las primeras 24 horas de vida; las cifras de bilirrubina superen los valores fisiológicos (mayor de 13 mg/dl en RN a término o superior a 15-16 mg/dl cuando es lactancia materna); si la bilirrubina aumenta más de 5 mg/dl diarios; si la bilirrubina directa es superior a 2 mg/dl; si dura más de una semana (salvo lactancia materna). La ausencia de estos 5 criterios (de Maisels) no garantiza que la ictericia sea fisiológica, ni que el RN no presente un proceso patológico

de base, Se estima que el 6.8% de los casos clínicos de ictericia estudiados corresponden a ictericia neonatal patológica.

En el recién nacido, la hiperbilirrubinemia se hace clínicamente detectable cuando los valores de bilirrubina en plasma alcanzan 5-7 mg/dL (multiplicado por 17,1 si los valores se presentan en mmol/L). La bilirrubina es producto del catabolismo del grupo heme. Aproximadamente el 80 a 90 por ciento de la bilirrubina es producida durante la destrucción de la hemoglobina procedente de células de la serie roja viejas o de la eritropoyesis ineficaz. El otro 10 a 20 por ciento proviene de otras proteínas que contienen al grupo heme como los citocromos, las catalasas, entre otras²⁴.

2.1.1. FISIOPATOGENIA DE LA ICTERICIA NEONATAL

Una vez que el niño nace, él debe encargarse del metabolismo completo de la bilirrubina que produce. Su metabolismo se lleva a cabo en cuatro etapas importantes: Producción de la bilirrubina, transporte, captación y conjugación de la bilirrubina en el hepatocito, excreción y recirculación de la bilirrubina.

En la producción de la bilirrubina el 75% se deriva de la hemoglobina liberada en la destrucción del eritrocito (1 gramo de hemoglobina catabolizada produce 35 mg de bilirrubina), el 25% se deriva de la hematopoyesis fallida y de otras moléculas heme como la mioglobina, los citocromos, la triptofanopirrolasa, las peroxidasas y de un componente eritropoyetico originado en forma primaria en la eritropoyesis inefectiva y en la destrucción de precursores eritrocitarios inmaduros en la medula ósea o poco tiempo después de su liberación a la circulación. La producción es mayor en el neonato que en otras edades, porque tiene un número mayor de eritrocitos y estos son más lábiles que los del adulto²⁸.

En la fase del catabolismo de la bilirrubina interviene la enzima hemo-oxigenasa microsomal del retículo endotelial principalmente del hígado y el bazo, la médula ósea y los ganglios linfáticos. La conversión de hemoglobina a bilirrubina IX alfa (isomero natural del ser humano), puede ocurrir por dos vías distintas: la primera de la rotura Enzimática del puente del carbono alfa del anillo hem de la protoporfirina IX por acción de la hemo-oxigenasa y la oxidación del NADPH va a dar lugar a un ion ferrico, una molécula de monóxido de carbono y otra de biliverdina IX. Esta es reducida a bilirrubina por la biliverdinreductasa. La segunda vía es a partir de la hemoglobina-haptoglobina en que, por acción de la hemo-alfa metenil oxigenasa va a dar así mismo, biliverdina, la cual sigue ya la vía común indicada anteriormente²⁸.

Los principales sitios de producción de bilirrubina son el bazo y el hígado, sin embargo, todos los tejidos corporales tienen macrófagos que pueden producir bilirrubina a partir de la hemoglobina. Los macrófagos contienen hemo oxigenasa microsomal y biliverdina reductasa, las dos enzimas necesarias para la degradación del heme a bilirrubina. La degradación de la hemoglobina que resulta de la destrucción normal o patológica de los eritocitos origina tres componentes cada uno de los cuales surge un destino diferente y el hierro se utiliza nuevamente, la globina se cataboliza y los aminoácidos que la constituyen pasan al fondo común metabólico para ser reutilizados y el heme requiere ser excretado del organismo para lo cual necesita degradarse a bilirrubina.

Transporte: En estas circunstancias la bilirrubina se comporta como otras sustancias lipofílicas difíciles de excretar pero con capacidad de atravesar las membranas biológicas como placenta, barrera hematoencefálica y membrana plasmática del hepatocito con relativa facilidad. Una vez formada la bilirrubina indirecta es captada por la albúmina para poder circular en el plasma. Cada molécula de albúmina puede captar dos moléculas de bilirrubina, la primera

molécula se une fuertemente a la albúmina pero la segunda unión es muy lábil y puede afectarse en presencia de deshidratación, acidosis, hipoxia, etc. La afinidad de los tejidos influye también en la facilidad con que la bilirrubina se desprenda de la molécula de albúmina. El aumento de iones hidrogeno y la presencia de otros aniones orgánicos competitivos como salicilatos, sulfamidas, heparina, cafeína desacoplan la unión bilirrubina-albumina o como se ha demostrado con la acidosis, impiden o interfieren esta unión favoreciendo la difusión del pigmento hacia el espacio intracelular.

Captación y conjugación de la bilirrubina en el hepatocito: Al llegar la bilirrubina al semisoide del hígado se desprende de la albúmina por la gran afinidad que tiene el hepatocito por la bilirrubina. En el hepatocito es captada en sitios específicos por las proteínas "Y" y "Z"

Estas proteínas están en cantidades muy deficientes en el neonato durante los 3 a 5 días primeros días de vida, éstas proteínas especialmente la "Y" transportan la bilirrubina indirecta dentro del hepatocito hacia el retículo endoplasmático liso llevándose a cabo la conjugación. En los microsomas de la célula hepática la bilirrubina no conjugada (indirecta), que es poco soluble en soluciones acuosas, se solubiliza pasando a conjugada (directa, hidrosoluble), gracias al sistema enzimático UDP- glucuroniltransferasa (UDPG-T). Este incorpora a la molécula de bilirrubina una molécula de ácido glucurónico y como producto final se obtiene la bilirrubina directa o glucoronato de bilirrubina. La cantidad de glucosa en el organismo es importante para la formación del ácido glucurónico por lo que es necesaria una reserva adecuada de glucosa para que el sistema funcione normalmente²⁸.

Excreción y recirculación de la bilirrubina: La bilirrubina directa tomada por los lisosomas y el aparato de Golgi es sacada activamente hacia los canículos biliares, de los canículos, la bilirrubina a la vesícula biliar y luego al intestino

delgado en donde se transforma en urobilinógeno y estercobilina por la acción de las bacterias intestinales. En el neonato debido a la ausencia de una flora bacteriana normal en los primeros días de vida parte de la bilirrubina es desconjugada por medio de la enzima β -glucuronidasa de la pared intestinal. El producto final de ésta desconjugación es bilirrubina indirecta la cual es absorbida por el intestino y unida a la albúmina, es llevada a través de la circulación entero-hepática hacia el hígado, por su nueva captación y conjugación²⁸.

2.1.2. ICTERICIA POR LACTANCIA MATERNA

Aparece hacia el cuarto y séptimo día, en una de cada 200 Recién Nacido con lactancia materna, y desaparece al cambiar la leche de mujer por fórmula. No se ha encontrado correlación entre la pérdida de peso y el aumento de bilirrubina. Se ha atribuido a varios mecanismos: se da la mayor importancia a la presencia aumentada de betaglucuronidasa, también se ha defendido la presencia pregnandiol o exceso de lipasa, que produce aumento de los ácidos grasos libres. El pregnandiol, eliminado en 1 mg diario por la leche de algunas madres lactantes, actúa inhibiendo el sistema glucuroniltransferasa y la proteína Z citoplasmática del hepatocito, Los ácidos grasos libres compiten con la bilirrubina, en su unión con la albumina, originando una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto. Y un aumento en la frecuencia de las tomas reduce, a veces, la bilirrubinemia, posiblemente a causa de aumentar el número de deposiciones y disminuir con ello la circulación enterohepática ya que ICTERICIA NEONATAL 2009 18 en la leche de mujer existe mayor actividad beta-glucuronidásica y por tanto de esta circulación. Este aumento fisiológico de la bilirrubina recuerda que también tiene acciones favorables, como la antioxidante²⁹.

2.1.3. ICTERICIA PROLONGADA E ICTERICIA DE APARICIÓN TARDÍA.

Se trata de dos situaciones que plantean la posibilidad de una ictericia patológica. De especial importancia es descartar una ictericia colestásica, ésta es siempre patológica. Se diagnostica por el ascenso de la bilirrubina directa sobre 2mg/dl. Se requiere de una acuciosa investigación etiológica y tratamiento específico. En el caso de la atresia de vías biliares, el resultado del tratamiento quirúrgico depende de que este se efectúe antes de las 8 semanas de vida²⁹.

Alrededor de un 20 a 30% de los niños alimentados al pecho presentan ictericia al 10º día de vida, por lo que este hecho no puede ser considerado anormal. Si en este momento o antes el RN presenta coluria o acolia, se debe medir la bilirrubina directa. Igual conducta se debe tener si la ictericia dura más de 15 días.

La aparición de una ictericia después de la primera semana de vida también debe llevar a pensar en una causa distinta a la que produce la ictericia de los primeros días. En este caso y debe siempre tomarse una Bilirrubinemia total y directa y evaluar las condiciones generales del niño, signos de infección, presencia de coluria y acolia. Los niños con ictericia colestásica no deben recibir fototerapia. En casos en que esto se ha hecho se ha descrito el llamado Síndrome del Niño bronceado, cuya fisiopatología es desconocida. Se presentaba con hemólisis, shock y eventual fallecimiento

2.2. ETIOLOGÍA PATOLÓGICA:

Las causas más frecuentes son³⁰:

Enfermedad Hemolítica: la gran mayoría causadas por incompatibilidad sanguínea materno-fetal (ABO o Rh).

Ictericia Por Incompatibilidad De Factor Rh. La administración profiláctica de inmunoglobulina Anti D, aprobada por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América (FDA) en 1968 ha disminuido sustancialmente los casos de mujeres isosensibilizadas. Es así como cada vez menos los pediatras y neonatólogos atienden menos casos de isoimmunización por factor Rh y también menos graves: unos 11 casos por cada 10.000 nacidos vivos. Es por eso que la identificación de la gestantes Rh (-) y la determinación de si está o no sensibilizada, juegan un papel fundamental en la percepción de la eritroblastosis fetal y de la hiperbilirrubinemia neonatal³⁰.

Su etiología se basa en la producción de anticuerpos contra el antígeno Rh D, de los glóbulos rojos, por una madre Rh (-) que no lo posee, contra los eritrocitos Rh (+) de su feto, que si lo posee. El sistema sanguíneo de grupo y Rh, consiste en una familia de antígenos localizados en la membrana del eritrocito. El antígeno Rh D es una molécula con peso de 28.000 a 60.000; aún no se determinado claramente si es un polipéptido o un proteo lípido; que se encuentra firmemente unido a la membrana de los eritrocitos. Existen seis genes Rh (tres dominantes y tres recesivos) que codifican un par de determinantes antigénicos a saber: Cc, Dd y Ee. El Rh fetal se hereda bien sea en forma homocigoto o heterocigoto, dependiendo del Rh materno y paterno

2.2.1 FACTORES QUE MODIFICAN LA ISOINMUNIZACIÓN MATERNA.

La cantidad de sangre fetal que pasa a la madre: Si la cantidad de sangre es menor o igual 0.1 ml, durante el embarazo o el parto, el riesgo de isoimmunización en ABO compatible, es del 3%. Si la cantidad es 5 ml o más el riesgo aumenta a 50 - 60%³¹.

Incompatibilidad ABO: Si además de la existencia de incompatibilidad Rh existe concomitantemente la de ABO, se presenta un efecto protector, porque la destrucción materna de eritrocitos fetales por acción de anticuerpos naturales anti A y anti B, reduce la carga antigénica del Rh D. En un estudio se observó que cuando existe esta situación, el 3% de las madres que no reciben profilaxis con inmunoglobulina anti D, quedan sensibilizadas, en comparación con el 8% de las compatibles ABO³¹.

Su diagnóstico se efectúa en base a la identificación de las embarazadas Rh (-). Si la madre es Rh (-) y el padre Rh (+) homocigoto, el 100% de la descendencia será Rh (+); si el padre es Rh (+) heterocigoto, el 50% de la descendencia será Rh (+) y el 50% Rh (-). Se identifican a las madres Rh (-) sensibilizadas, con las pruebas de determinación de anticuerpos anti Rh (cuantitativa) o con la prueba de Coombs indirecta. Dichas pruebas deben practicarse al inicio del embarazo, a las 18 semanas y cada dos a cuatro semanas, dependiendo del título precedente de anticuerpos. Se ha comprobado que solamente en el primer embarazo sensibilizado los títulos de anticuerpos se relacionan con la gravedad de la enfermedad fetal, con la necesidad posterior de exanguíneo transfusión, con la frecuencia de la ocurrencia de kernícterus y últimamente con la necesidad de realizar pruebas invasivas fetales. Títulos de 1:4 o 1:8 pueden permitir la observación del embarazo y controles más espaciados. Valores de 1:16 o más exigen controles más cercanos y/o la práctica de amniocentesis y cordocentesis³¹

Ictericia por incompatibilidad ABO Es ocasionada por la interacción entre los anticuerpos maternos anti-A o anti-B de una madre con grupo O, con los eritrocitos A o B del recién nacido. Se estima que el 20% de todos los embarazos se asocian con incompatibilidad ABO, pero la frecuencia de enfermedad hemolítica grave es muy baja. Los anticuerpos anti-A y anti-B se encuentran normalmente en el suero de las madres del grupo O, A y B, pero

la enfermedad hemolítica está virtualmente limitada a los niños A o B de madres de grupo O.

Estos anticuerpos pueden ser de tipo IgA, IgM o IgG, pero sólo los anticuerpos IgG atraviesan la placenta y son los responsables de la producción de la enfermedad. La enfermedad hemolítica tiende a ocurrir en hijos de mujeres con niveles elevados de IgG anti-A y anti-B. Los eritrocitos del recién nacido tienen menos sitios antigénicos A y B este hecho sería el responsable de la prueba de Coombs débilmente positiva o negativa en niños con enfermedad hemolítica ABO³¹.

El diagnóstico de la enfermedad hemolítica ABO es sugerido por la aparición de ictericia en las primeras 24 horas, hijo A o B de una madre O, hiperbilirrubinemia indirecta y un elevado número de esferocitos en la sangre, Hematomas y Hemorragias: un ejemplo de estos son los Cefalohematomas, cuya reabsorción aumenta la oferta de bilirrubina³².

- Incremento en la Reabsorción Intestinal: en condiciones patológicas, la mayor actividad del circuito entero hepática produce un aumento de la oferta de bilirrubina al hígado, como sucede en el retraso en la alimentación gástrica en RN enfermos o la presencia de obstrucción intestinal total y parcial.
- Policitemia: por mayor volumen globular, esto ocasiona una destrucción y producción aumentada de bilirrubina que llevaría a una hiperbilirrubinemia, generalmente entre el 3er. y 4to. día.
- Otras causas son: Anomalías en la morfología del eritrocito: esferocitosis familiar, Déficit enzima glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G-6-PD), los cuales disminuyen la vida media de los eritrocitos.

2.3 OBSERVACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON ICTERICIA.

La gran mayoría de las veces la ictericia del RNT aparentemente normal es un hecho fisiológico que no requiere tratamiento. Incluso se investigan los posibles efectos positivos que puede tener la bilirrubina como potente antioxidante en el período neonatal. Sin embargo, cuándo es necesario tratar una ictericia, es todavía motivo de controversias. Las pautas que a continuación damos se basan en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y en un estudio prospecto realizado en nuestra Unidad de Neonatología³².

Con la evidencia existente, no es posible precisar sobre que cifras de bilirrubina una ictericia debe considerarse patológica; se considera de ayuda transpolar valores de bilirrubina según características del recién nacido a las curvas de Bhutani. Las recomendaciones que presentamos tienen como objeto evitar que una hiperbilirrubinemia en un Recién Nacido aparentemente normal llegue a cifras que puedan significar riesgo para su cerebro. Se debe de educar a los padres en relación al seguimiento precoz del recién nacido, como evaluar la progresión de la ictericia y de acudir a control si esta llega a las piernas y planta de los pies³².

En algunos de los pocos casos comunicados de Kernicterus en RNT sin hemólisis alimentados al pecho exclusivo se trató de RN que fueron dados de alta sin ictericia clínica importante y que llegaron a cifras muy altas: sobre 30 y 40 mg/dl. Varios días posteriores al nacimiento. De ahí que el seguimiento precoz del recién nacido es indispensable en todos los niños. Todo recién nacido debe ser evaluado entre los 7 y 10 días de vida por personal de salud. Este control debe ser más precoz si la madre se va de alta antes de la 48 hrs. Aquellos niños que se van de alta con niveles de bilirrubina cercanos a la

indicación de fototerapia deben ser controlados a las 24 o 48 horas después del alta³².

2.4 PREVENCIÓN.

Todos los bebés deben ser examinados por un médico en los primeros 5 días de vida para verificar la presencia de ictericia³².

- Aquellos que permanecen menos de 24 horas en un hospital deben ser examinados a la edad de 72 horas.
- Los bebés dados de alta entre las 24 y 48 horas deben ser examinados de nuevo a las 96 horas de vida.
- Los bebés dados de alta entre 48 y 72 horas deben ser examinados de nuevo a las 120 horas de vida. La ictericia es una emergencia médica si el bebé presenta fiebre, se torna apático o no se está alimentando bien y puede ser peligrosa en los recién nacidos de alto riesgo.
- En términos generales, la ictericia NO es peligrosa en los recién nacidos a término y que por lo demás estén sanos. Se debe consultar con el pediatra si la ictericia es, si continúa aumentando después de la consulta de control del recién nacido, si se prolonga por más de dos semanas o si aparecen otros síntomas. También se debe consultar con el médico si los pies, particularmente las plantas, se tornan de color amarillo. En los recién nacidos, cierto grado de ictericia es normal y probablemente no se pueda prevenir. La prevención de la ictericia asociada a una enfermedad está relacionada con la enfermedad específica.

La ictericia es una emergencia médica si el bebé presenta fiebre, se torna apático o no se está alimentando bien y puede ser peligrosa en los recién nacidos de alto riesgo³².

En términos generales, la ictericia NO es peligrosa en los recién nacidos a término y que por lo demás estén sanos. Se debe consultar con el pediatra si la ictericia es, si continúa aumentando después de la consulta de control del recién nacido, si se prolonga por más de dos semanas o si aparecen otros síntomas.

También se debe consultar con el médico si los pies, particularmente las plantas, se tornan de color amarillo. En los recién nacidos, cierto grado de ictericia es normal y probablemente no se pueda prevenir. La prevención de la ictericia asociada a una enfermedad está relacionada con la enfermedad específica³².

Debido a que los bebés son dados de alta muy rápido en los hospitales o nacen en escenarios tales como clínicas de maternidad, es importante que los padres estén pendientes de la presencia de ictericia durante sus primeras semanas de vida.

Tratamiento: El tratamiento consiste al igual que en la ictericia neonatal; de una serie de medidas para disminuir la cifra de bilirrubinemia; es decir: fototerapia, activadores enzimáticos, exanguíneo transfusión, etc. Medidas encaminadas a tratar algunas manifestaciones clínicas que aparecen en el transcurso de la ictericia nuclear genuina, como convulsiones, apneas, vómitos, etc. En el período de secuelas el niño necesitará de un equipo multidisciplinario: pediatra, neuropediatra, psicólogo, pedagogo, logopeda, rehabilitador, y lo necesario para afrontar sus problemas³³.

2.5. FOTOTERAPIAS.

Las recomendaciones para el uso de fototerapia en el RNT que aparece normal y que no presenta hemólisis. En ella están representadas 2 curvas. La

superior es indicación perentoria de fototerapia y corresponde a la utilizada en nuestro estudio y validada como segura en nuestra población de niños. La inferior considera cifras menores de bilirrubina en las cuales de acuerdo al juicio clínico del médico se decidirá iniciar fototerapia o hacer un seguimiento clínico del niño³³.

Esta decisión debe considerarse además de las condiciones clínicas del recién nacido, su situación social, geográfica y posibilidades de seguimiento. En el caso de existir factores de riesgo bien definidos como: antecedente de niños anteriores con hiperbilirrubinemia que requirieron tratamiento, incompatibilidad de grupo clásico con Coombs directo positivo (sin incompatibilidad Rh), presencia de equimosis importante, poliglobulia, estamos en situaciones que no se enmarcan en el objetivo de estas curvas. La indicación de fototerapia o de seguimiento al alta con bilirrubinas la hará el médico de acuerdo a la prudente consideración de estos factores.

La fototerapia consiste en el uso de luz con un espectro semejante al de la bilirrubina que descompone a esta en productos no tóxicos. La mejor luz es la azul en cuanto a efectividad, pero tiene el inconveniente de que altera el color de la piel del niño. La mayoría de los aparatos de fototerapia usan luz blanca. La eficacia de la fototerapia depende de la intensidad de la luz y de la cercanía de esta al niño. Se recomienda que la distancia sea de 15 a 20 cm. Para esto se requiere equipos seguros que protejan al niño de un sobrecalentamiento. Se deben cubrir los ojos para proteger la retina y estar atento a que no se produzca conjuntivitis. El niño deben girarse cada 4 a 6 hrs. de manera de ir actuando sobre toda la superficie corporal³⁴.

La fototerapia provoca con frecuencia alteración de las deposiciones que se hacen más líquidas y verdosas y erupción cutánea, las que no requieren

tratamiento. Cuando se está en cifras cercanas a indicación de exanguíneo transfusión se debe usar fototerapia intensiva.

Para dar de alta a un niño en fototerapia se requiere que tenga al menos un valor en descenso de más de 1 mg/dl que este bajo la curva superior o inferior del gráfico según el caso. La decisión debe ser individual para cada niño, considerando los días de vida y las cifras máximas de bilirrubina y la tendencia de los niveles de esta. Siempre se debe informar a la madre de la posibilidad de un rebote moderado y considerar un control clínico o con bilirrubinemia, días después del alta³⁵.

2.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Ayudar al establecimiento temprano del diagnóstico: observación cuidadosa de los signos y síntomas de infección
- Saturación de oxígeno
- Administración de oxígeno
- Control del puntaje de Andersen silverman
- Control de la piel palidez y cianosis
- Apoyar la realización de exámenes y pruebas diagnósticas } Obtener muestras para el laboratorio
- Monitorizar los signos vitales con énfasis en temprana y la frecuencia respiratoria Proceso de atención de enfermería
- Administrar antibióticos poniendo énfasis en la hora de administración, estabilidad del medicamento luego de su dilución interacciones medicamentosas, especificidad del tiempo de administración, solvente a usar, efectos colaterales.
- Controlar de forma estricta la ingesta y excreta de líquidos.
- Realizar el procedimiento de aislamiento según el germen.

- Aplicar todas las medidas de asepsia médica y quirúrgica, desinfección y esterilización.
- Evitar diseminación de la infección.
- Reconocer los signos de complicación.
- Dar apoyo emocional e información oportuna a los padres³⁵.

2.7. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad³⁶.

Para lograr los objetivos de enfermería en un servicio de neonatología, se debe disponer de un personal calificado y con excelente formación. La evolución óptima del paciente depende más de la observación constante del personal que del equipamiento y los monitores.

Los detalles en el cuidado son los que muchas veces marcan la diferencia en los resultados obtenidos. Se debe contar con una buena cobertura de personal asistencial de enfermería para optimizar el cuidado del recién nacido, por lo que se sugiere las siguientes recomendaciones respecto a la relación enfermera/ paciente³⁷:

- Recién nacido crítico - relación 1:1
- Recién nacido grave - relación 1:2.
- Recién nacido de cuidado - relación 1:4

2.7.1 DEBERES DE LA ENFERMERA NEONATÓLOGA.

- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos.
- Ejecutar la reanimación cardiopulmonar en caso de ser un recién nacido con asfixia o bronco aspiración de meconio.
- Efectuar el examen físico del recién nacido y registrar los resultados en la historia clínica.
- Observar y evaluar al paciente asignado dentro del horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- Participar de forma activa en los pases de visitas junto al personal médico.
- Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica³⁸.

La Realización de canalización de venas periférica y abordaje venoso profundo, mediante el catéter epicutáneo o umbilical. Cumplir los cuidados de enfermería en paciente con cateterización venosa.

- Preparar correctamente la nutrición parenteral.
- Regular y utilizar correctamente las bombas de infusión. Controlar el goteo de los fluidos intravenosos.
- Administrar correctamente sangre y derivados.
- Iniciar balance de ingresos y egresos.
- Recoger muestra de sangre y orina para análisis en laboratorio.
- Usar correctamente las lámparas para la fototerapia. Valorar coloración amarilla del recién nacido.
- Brindar alimentación adecuada. Alimentación por sonda nasogástrica por gavage y gástriclis. Priorizar la lactancia materna.

- Preparar al recién nacidos para maniobras invasivas y asistir al médico para su realización. Preparar material a utilizar.
- Cumplir el programa de intervención mínima para los recién nacidos bajo peso.
- Evaluar el adecuado funcionamiento del sistema gastrointestinal, auscultación de ruidos intestinales, reconocer distensión abdominal y regurgitación anormal³⁹.

La evaluación la respiración, auscultación e interpretación de los sonidos pulmonares, frecuencia, ritmo, retracción, ubicación del tubo endotraqueal, atelectasia y neumotórax. Valorar la respiración del paciente según el test de Silverman-Anderson.

- Evaluar el estado cardiovascular, auscultación y evaluación de los ruidos cardíacos, frecuencia, ritmo y pulsos periféricos.
- Evaluar la función neurológica: estado de alerta, movimientos coordinados y los reflejos.
- Realizar fisioterapia respiratoria para prevenir la atelectasia.
- Reconocer los cambios en el estado circulatorio, hipotensión e hipertensión, presencia o ausencia de pulsos.
- Evaluar la adecuada función urinaria, edema y distensión abdominal.
- Reconocer cambios en la perfusión y el color.
- Reconocer síntomas de infección. Cumplir las normas de aislamiento.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas, así como administrar correctamente la dosis y vía de los medicamentos.
- Interpretar los exámenes complementarios y registrar los resultados en la historia clínica.
- Evaluar cambios importantes en el recién nacido e informarlo al médico.
- Actuar correctamente en el transporte del recién nacido críticamente enfermo³⁹.

2.8. HABILIDADES

La fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, la recopilación de datos de la historia clínica y la realización detallada del examen físico. Se valora la perspectiva integral del recién nacido que incluye: tiempo de gestación, su grado de madurez, crecimiento y desarrollo, factores de riesgo antes, durante y después del parto, adaptación a la vida extrauterina según la afección que presente y sus complicaciones⁴⁰.

Según lo explorado en el examen físico y la recopilación de datos, se identifican las necesidades afectadas en el recién nacido, se establece prioridades, y se procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería, que se organizan en torno a las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que interactúan en el recién nacido según las necesidades afectadas.

La enfermera neonatología debe trazarse expectativas para contrarrestar los factores que afectan la supervivencia del recién nacido en un tiempo prudencial, acorde con su afección, mientras más pronto se elimine el factor de riesgo será más beneficioso para el niño a su adaptación a la vida extrauterina.

2.9. DESTRESAS

Consiste en planear y brindar los cuidados de enfermería. Una vez conocida las necesidades del recién nacido, se formulan los diagnósticos de enfermería con sus expectativas, siempre teniendo en cuenta las prioridades del neonato. De hecho, se convierte el diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidado⁴¹.

Es necesario confeccionar un plan de acciones de enfermería con el objetivo de alcanzar las expectativas trazadas a corto, mediano o largo plazo. Los

principales objetivos es conservar la vida del recién nacido, disminuir los factores de riesgo ambientales e internos que afectan al neonato, disminuir los procedimientos agresivos, aplicar diariamente los cuidados integrales, cumplir estrictamente el tratamiento médico e interactuar entre los padres y el neonato, para ayudar a balancear el desequilibrio resultante de la separación⁴¹.

Es la etapa final del proceso mediante el cual el personal de enfermería usa un criterio medible para evaluar la respuesta del paciente como resultados de los cuidados prescritos, la efectividad del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos. Para realizar la evaluación se debe basar en el plan de cuidados, los cuales se fundamentan en los diagnósticos de enfermería y resultado de las acciones de enfermería. En esta etapa se evalúa la evolución del recién nacido para determinar si se han alcanzado las expectativas propuestas o si estos se deben revisar⁴².

2.10. PROTOCOLOS

Es un documento que describe en resumen en conjunto de procedimientos técnico – medico necesarios para la atención de una situación específica de salud. Los protocolos pueden formar parte de las GPC y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias (reanimación) o bien cuando hay regulación legal, como en medicina forense⁴³.

Se entiende por protocolo de atención los documentos dirigidos a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla la secuencia de pasos a seguir (conjunto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos) ante un problema asistencial específico.

2.11. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud⁴³.

2.11.1. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

- Realizar examen físico y registrar los resultados de historia clínica
- Observar y evaluar al paciente asignado dentro de horario de su turno de trabajo y registrar los resultados.
- Entregar y recibir en cada turno de trabajo, los pacientes y recursos materiales de la sala.
- Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.
- Realizar los cuidados generales al recién nacido. Ejecutar diariamente el baño, la cura de cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.
- Reconocer las necesidades afectadas del paciente y trazar las expectativas para resolverlas.
- Ejecutar aspiración oral, nasofaríngea y traqueal.
- Realizar las medidas de higiene, insistir en el lavado de mano y mantener la unidad individual del paciente.
- Desinfectar la unidad individual del paciente, como la desinfección terminal de cunas y incubadoras del ingreso.
- Regular y controlar el equipo de administración de Oxígeno.
- Usar correctamente los cardiomonitores.

- Realizar canalizaciones de venas periféricas.
- Preparar correctamente la nutrición parenteral.
- Regular utilizar correctamente las bombas de infusión. Controlar el goteo de los fluidos intravenosos.
- Administrar correctamente sangre y derivados.
- Realizar balances de ingreso egreso.
- Recoger muestra de sangre y orina para análisis en el laboratorio.
- Utilizar correctamente las lámparas para la fototerapia. Valorar coloración amarilla de recién nacido.
- Brindar alimentación adecuada. Alimentación por sonda naso gástrica por gavaje y Gastroclisis. Priorizar la lactancia materna.
- Evaluar el funcionamiento del sistema de gastrointestinal, Auscultación de ruidos intestinales, valorar distensión abdominal regurgitación anormal.
- Realizar fisioterapia respiratoria.
- Evaluar a la adecuada función urinaria, edema y distensión abdominal.
- Reconocer síntomas de infección. Cumplir las normas de aislamiento.
- Revisar estrictamente las indicaciones médicas, así como administrar correctamente la dosis y vía de los medicamentos.
- Evaluará cambios importantes recién nacidos e informar al médico.
- Actuar correctamente en el recién nacido críticamente enfermo
- Evaluar las necesidades Psicológicas de la familia⁴³.

2.12. EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA.

La evolución y pronóstico del neonato dependen del tipo de complicación que presente y está en relación con el tiempo que demora la recuperación inicial del paciente en el salón de partos. La puntualidad y la calidad de la reanimación, las medidas profilácticas y el estado del feto son factores determinantes en la evolución del paciente. Esta afección representa un alto

índice de mortalidad, además de dejar secuelas graves en la vida del paciente. Si el paciente se estabiliza, se procede al traslado inmediato a la sala de cuidados especiales neonatales, para su observación estricta, pues en las horas posteriores al nacimiento puede presentar varias alteraciones que reflejan la lesión a diversos órganos y sistemas de órganos, que complican notablemente su evolución. Traumatismos al nacer Todo parto entraña un trauma para el feto. En el parto eutócico el trauma es bien tolerado y no deja ninguna huella. En otros tipos de partos el trauma deja lesiones que pueden requerir desde simple observación hasta un tratamiento urgente. Se entiende por traumatismo obstétrico lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y principalmente durante el nacimiento. Dichas lesiones del feto o RN son provocadas por fuerzas mecánicas que producen hemorragia, edema o rotura de tejidos y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico⁴³.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Como estudio se pretendería desarrollar investigación de tipo descriptiva de corte transversal con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo por las variables contenidas en los objetivos.

Según análisis y alcance de los resultados será descriptiva porque serviría para determinar si el desarrollo de capacidades en cuidados especiales de enfermería a los neonatos con ictericia neonatal, está beneficiando la menor estancia promedio de los recién nacidos en la Unidad Terapia Intensiva Neonatal Hospital Percy Boland de la ciudad de Santa Cruz.

Según Secuencia del estudio será de corte transversal porque que se tomaría un determinado tiempo para captar la información, sistematizarla y elaborar resultados, conclusiones.

3.2. LUGAR Y PERIODO.

Como lugar de investigación se estaría tomándose Unidad Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Percy Boland de la ciudad de la Santa Cruz y como periodo se estaría considerándose los meses enero a junio año 2016.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1. UNIVERSO

Por el tipo de estudio el investigador estaría considerando un universo de estudio que correspondería a 42 Licenciadas Enfermeras que se desempeñaron en el Servicio UTI Neonatal durante el periodo de estudio.

3.3.2. MUESTRA

La muestra de estudio corresponde al 100% del universo, siendo 42 licenciadas de enfermería que trabaja en el servicio de UTI neonatal en los diferentes turnos de trabajo durante el periodo de estudio.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se tuvo en cuenta a todas las licencias de enfermería que trabaja en los diferentes turnos del servicio de UTI neonatal del Hospital Percy Boland
- Licenciadas de enfermería que aceptaran participar del estudio y que estuvieran al momento de la aplicación de los instrumentos

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Fueron excluidos del estudio aquellos que no cumplieron con los anteriores criterios de inclusión

3.5. MÉTODOS

Los métodos seleccionados por el investigador según tipo de estudio a ser desarrollado como diseño metodológico se aplicarían los siguientes métodos; método lógico, método teórico (análisis-síntesis), métodos empíricos y métodos estadísticos.

3.5.1. MÉTODO LÓGICO

Se aplicaría este método porque permitiría al investigador llevar un orden secuencial como investigación científica en su elaboración desde el

planteamiento del problema, objetivos, justificación, marco teórico hasta la elaboración de resultados y conclusiones.

3.5.2. MÉTODO TEÓRICO (ANÁLISIS-SÍNTESIS)

Se utilizará el método teórico porque son procesos que permiten al investigador conocer la realidad a través de la construcción y desarrollo de la teoría científica, para abordar los problemas expuestos como estudio.

El análisis al ser un proceso de conocimiento que se inicia por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad, se podrá establecer la relación causa-efecto entre los elementos que componen el objeto de investigación. La síntesis considera los objetos como un todo, la interrelación de los elementos que identifican el objeto.

El método que emplea el análisis y la síntesis consiste en separar el objeto de estudio en dos partes y, una vez comprendida su esencia, construir un todo, el método teórico análisis y síntesis son dos procesos que se complementan en uno.

3.5.3. MÉTODOS EMPÍRICOS

Los métodos empíricos a ser aplicados permitirían al investigador la obtención y elaboración de los datos cuantitativos y cualitativos de las variables número capacitaciones recibidas, actitudes, compromiso, destrezas, habilidades y trabajo de equipo, disponibilidad y aplican documentos técnicos, protocolos, procesos y procedimientos de atención de enfermería al neonato con ictericia. Las técnicas a ser utilizadas: la entrevista y observación semi - estructurada para la recolección de datos cuantitativo-cualitativos.

- **Encuesta:** A través de esta técnica se lograría obtener información de los sujetos de estudio (Jefatura y Lic. Enfermeras) a través de la aplicación de un cuestionario semi estructurado para obtener información de las variables de; número de capacitaciones que recibieron en cuidados especiales de enfermería al recién nacido crítico, disponibilidad de normas, procesos, procedimientos, manuales y otros documentos operativos en sus lugares de trabajo.
- **Observación:** Para la recopilación de datos el investigador aplicaría una guía semi estructurada de observación para medir las variables nominales (cualitativas) sobre; actitudes, prácticas, compromiso, trabajo de equipo que tendría el personal profesional de enfermería en sus lugares de trabajo para con el cumplimiento con las normas, procesos y procedimientos de cuidados especiales al recién nacido con ictericia.

3.5.4. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Se utilizarían para cuantificar y analizar los datos cuantitativos obtenidos en la investigación cual se describe a continuación:

$$\% = F * \frac{100}{N}$$

Donde:

% = Porcentaje

F = Frecuencia

100 = Constante

N = Número total observaciones

3.6. VARIABLES

3.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Ictericia Neonatal

3.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Desarrollo de Capacidades
- Cuidados Especiales de Enfermería al RN Critico
- Procesos y Procedimientos Enfermería Critica
- Actitudes en la comunicación
- Compromiso en el llenado del expediente clínico
- Destreza y habilidades

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Objetivo Especifico Nro. 1: Identificar en el personal de enfermería si en los últimos dos años participaron en capacitación sobre cuidados especiales, procesos y procedimientos de atención a neonatos con ictericia.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Participación en capacitación en Cuidados Especiales de Enfermería al RN con ictericia.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se refiere a la capacitación recibida por el personal de enfermería sobre Cuidados Especiales de Enfermería al RN con ictericia en los dos últimos años.	Si No	Número y porcentaje
Participación en capacitación en procesos y procedimientos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se refiere a la capacitación recibida por el personal de enfermería sobre procesos y procedimientos en los dos últimos años.	Si No	Número y porcentaje

Objetivo Especifico Nro. 2: Demostrar si el personal de enfermería dispone y aplican los siguientes documentos normativos; protocolos, procesos y procedimientos de atención de enfermería al neonato con ictericia.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Disponen de Manual de Funciones Enfermería	Cualitativa Nominal Dicotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Manual de Funciones de Enfermería Especifico como Servicio UTI Neonatología	Si No	Número y porcentaje
Aplican Manual de Funciones Enfermería	Cualitativa Nominal Policotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Manual de Funciones de Enfermería Especifico como Servicio UTI Neonatología	1.Lo utiliza frecuentemente () 2.Lo utiliza algunas veces () 3.No lo utiliza ()	Número y porcentaje
Disponen de protocolo	Cualitativa Nominal Dicotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Protocolos de atención de enfermería al neonato con ictericia	Si No	Número y porcentaje
Aplican protocolo	Cualitativa Nominal Policotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Protocolos de atención de enfermería al neonato con ictericia	1.Lo utiliza frecuentemente () 2.Lo utiliza algunas veces () 3.No lo utiliza ()	Número y porcentaje
Disponen proceso y procedimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Procesos y Procedimientos atención especial de enfermería al neonato con ictericia	Si No	Número y porcentaje
Aplican proceso y procedimiento	Cualitativa Nominal Policotómica	en sus lugares de trabajo disponen y utilizan Procesos y Procedimientos atención especial de enfermería al neonato con ictericia	1.Lo utiliza frecuentemente () 2.Lo utiliza algunas veces () 3.No lo utiliza ()	Número y porcentaje

Objetivo Especifico Nro. 3: Verificar si el personal de enfermería en sus actividades cotidianas tienen actitudes de comunicación, compromiso con las tareas delegadas, destrezas-habilidades para aplicación de los procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería a los RN con Ictericia Neonatal.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Actitudes de Comunicación	Cualitativa Nominal Dicotómica	Actitudes de comunicación interna del personal de enfermería con sus compañeras de trabajo para dar cumplimiento a los procesos y procedimientos de atención al RN con Ictericia Neonatal.	Si No	Número y porcentaje
Compromiso con las tareas delegadas	Cualitativa Policotómica Nominal	Se refiere al compromiso de trabajo oportuno del personal de enfermería para con los registros de enfermería en el expediente Clínico	1-Cumple oportunamente con el registro () 2-Cumple +/- oportunamente con el registro () 3-Delega a la Auxiliar Enfermera el registro () 4-Delega a Estudiantes el registro () 5-No registra ()	Número y porcentaje
Destrezas-habilidades	Cualitativa Nominal Policotómica	Se refiere a la aplicación de procesos y procedimientos cuidados especiales de enfermería al RN con ictericia	1. Bueno () 2. Regular () 3. Deficiente ()	Número y porcentaje

3.7. MÉTODOS PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez finalizado la recolección de información de los sujetos de estudio, la investigadora utilizaría el programa Microsoft Excel para sistematizar la información recolectada como primera opción y como segunda opción los programa estadísticos por ser de fácil acceso y confiabilidad para la confección de medidas estadísticas (porcentajes, promedios).

3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Los datos obtenidos fueron trasladados a tablas de vaciamiento previamente elaboradas que facilitaron la posterior creación de una base de datos en Excel, a partir de la cual se procedió al análisis estadístico que permitió ejecutar los procedimientos estadísticos vinculados a los objetivos planteados y facilitó su posterior representación a través de tablas y gráficos.

Para el tratamiento de las variables cualitativas se emplearon medidas de frecuencia relativas (razones y proporciones). Los resultados se organizaron en tablas de frecuencias y las variables se expresaron en números y porcentajes.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

Por el tipo de estudio y diseño metodológico propuesto la investigadora emitiría notas dirigidas al jefe de la unidad de terapia neonatal del hospital Percy Boland y la jefa de enfermería para informar y tener la autorización de los mismo lo existe in consentimientos e involucramiento para la fase de trabajo de campo explicando los objetivos del mismo . Lo cual como se encuestara al personal de enfermería, se explicaría los propósitos y la confidencialidad del uso de esta información solicitándole su previo consentimiento y aceptación antes de iniciar la recolección de datos.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N°1

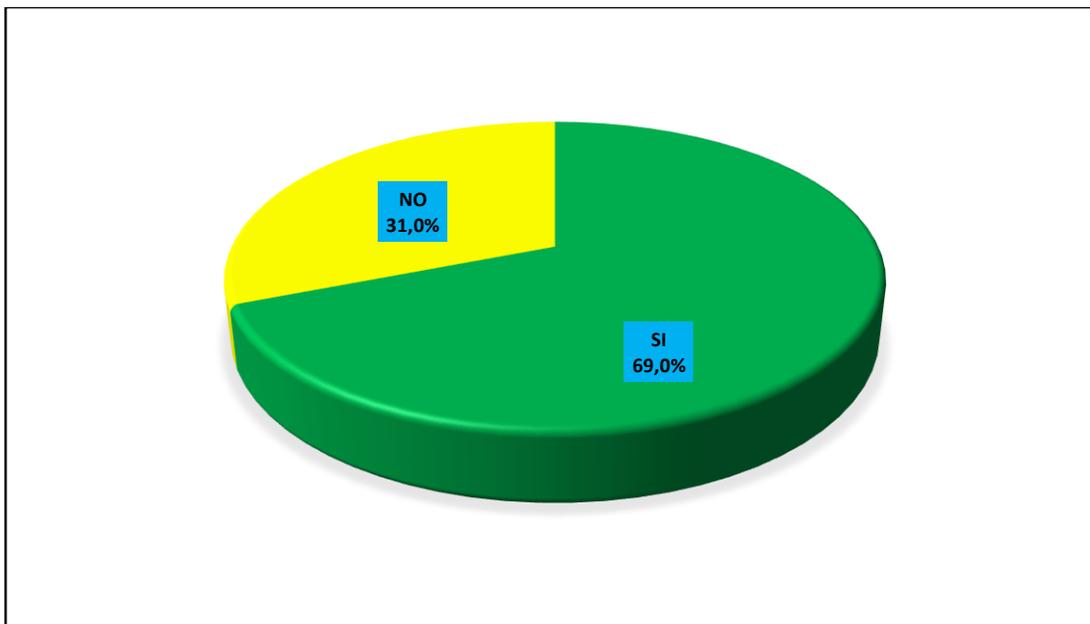
Porcentaje de enfermeras que en los dos últimos años participaron en capacitaciones sobre cuidados especiales de RN con Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

<i>Participación en las capacitaciones</i>	Enfermeras	Porcentaje
SI	29	69,0%
NO	13	31,0%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°1

Porcentaje de enfermeras que en los dos últimos años participaron en capacitaciones sobre cuidados especiales de RN con Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia

Análisis:

Según los resultados de la gráfica, el 69,0% del personal de enfermería sí asistió a talleres, cursos, seminarios sobre cuidados a recién nacidos críticos hospitalizados y el 31,0% respondieron que no participaron.

Discusión:

La misión del Departamento OMS de Recursos Humanos para la Salud (HRH) es «proporcionar a todo el mundo acceso equitativo a un personal sanitario, formado, competente y que cuente con apoyo, con el fin de contribuir a alcanzar el grado más alto posible de salud²³

Tabla N° 2

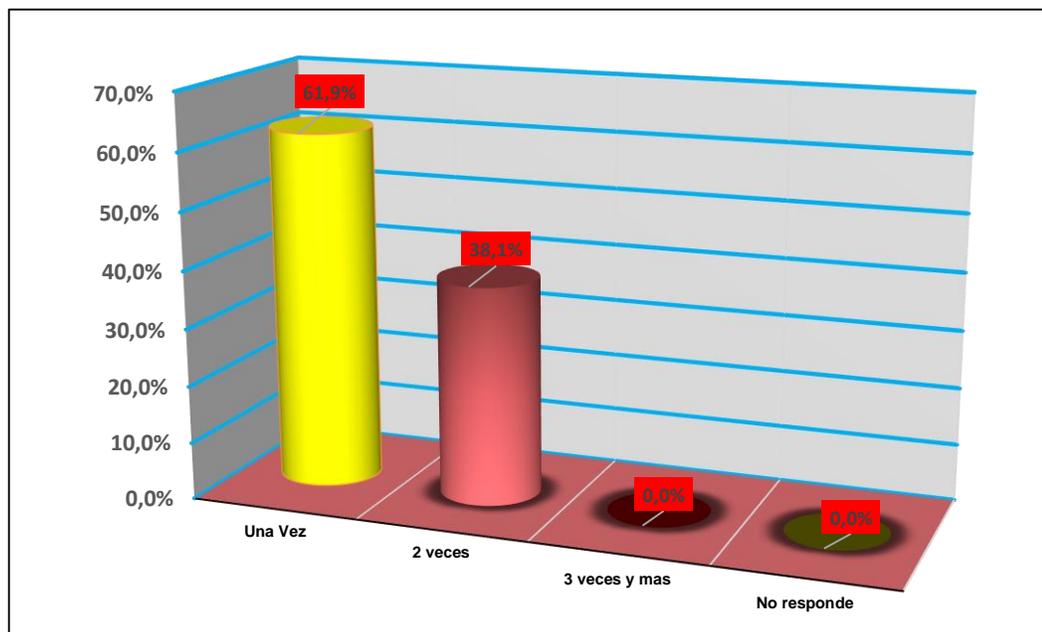
Número de veces que el personal de enfermería recibió capacitación sobre cuidados especiales de RN con Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016

<i>Número de veces que recibió capacitación</i>	Enfermeras	Porcentaje
Una Vez	26	61,9%
2 veces	16	38,1%
3 veces y mas	0	0,0%
No responde	0	0,0%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N° 2

Número de veces que el personal de enfermería recibió capacitación sobre cuidados especiales de RN con Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016



Fuente: Elaboración propia

Análisis:

Según los resultados de la gráfica, el 61,9% del personal de enfermería recibió solo una vez capacitación sobre cuidados especiales a recién nacidos críticos hospitalizados y el 38,1% respondió que recibió capacitaciones dos veces.

Discusión:

En 2005, un grupo de expertos reconoció la carencia de actividades que impulsaran la educación continua en las instituciones asistenciales "a causa de que el sector salud no ofrece los elementos condicionantes y facilitadores del proceso". (Por supuesto, hoy en día se reconoce la existencia de otros factores que en ese entonces eran limitantes para el desarrollo de acciones educativas; para el caso, las directrices políticas que definen las prioridades, son causa importante de tal limitación). Aún hoy, a pesar de la política internacional trazada hace 10 años por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud —tendiente a alcanzar la meta Salud para Todos en el Año 2000— es evidente la ausencia de procesos permanentes de Educación que coadyuven al logro de dicha decisión política."³⁴

Tabla N°3

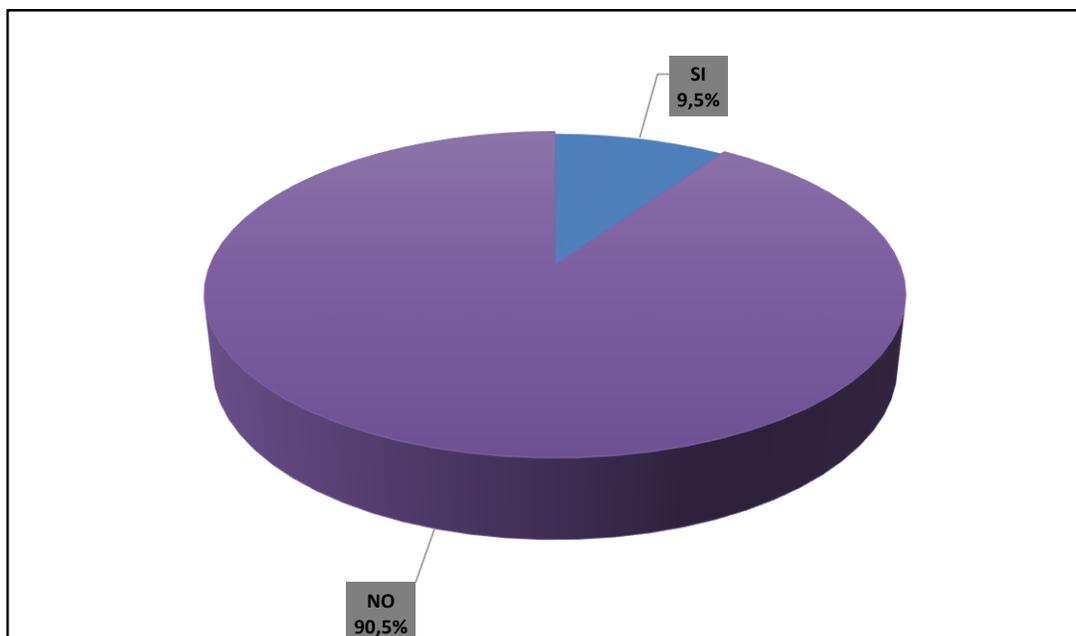
Porcentaje de enfermeras que en los dos últimos años participaron en capacitaciones sobre el manejo de proceso y procedimientos a RN Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016

<i>Participaron en capacitaciones</i>	Enfermeras	Porcentaje
SI	4	9,5%
NO	38	90,5%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°3

Porcentaje de enfermeras que en los dos últimos años participaron en capacitaciones sobre el manejo de proceso y procedimientos a RN Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los resultados de la gráfica, el 90,5% del personal de enfermería no participaron a talleres, cursos, seminarios sobre el manejo de procesos y procedimientos de cuidados especiales a recién nacidos con ictericia y críticos en relación al 9,5 % respondió que sí participaron.

Discusión:

Según la opinión de la investigadora, la atención se contextualiza en el Equipo de Atención Primaria donde la enfermera está obligada a liderar los procesos asistenciales y de gestión tanto de recursos como del conocimiento relacionado con el cuidado y la dependencia de cuidados, garantizando la coordinación con otros miembros del mismo, lo que reportará a los recién nacidos una atención integral y continuada por lo que capacitación a través de cursos y talleres contribuirá a impulsar una mejor atención relacionada al manejo con la inclusión de procesos y procedimientos establecidos.

Tabla N°4

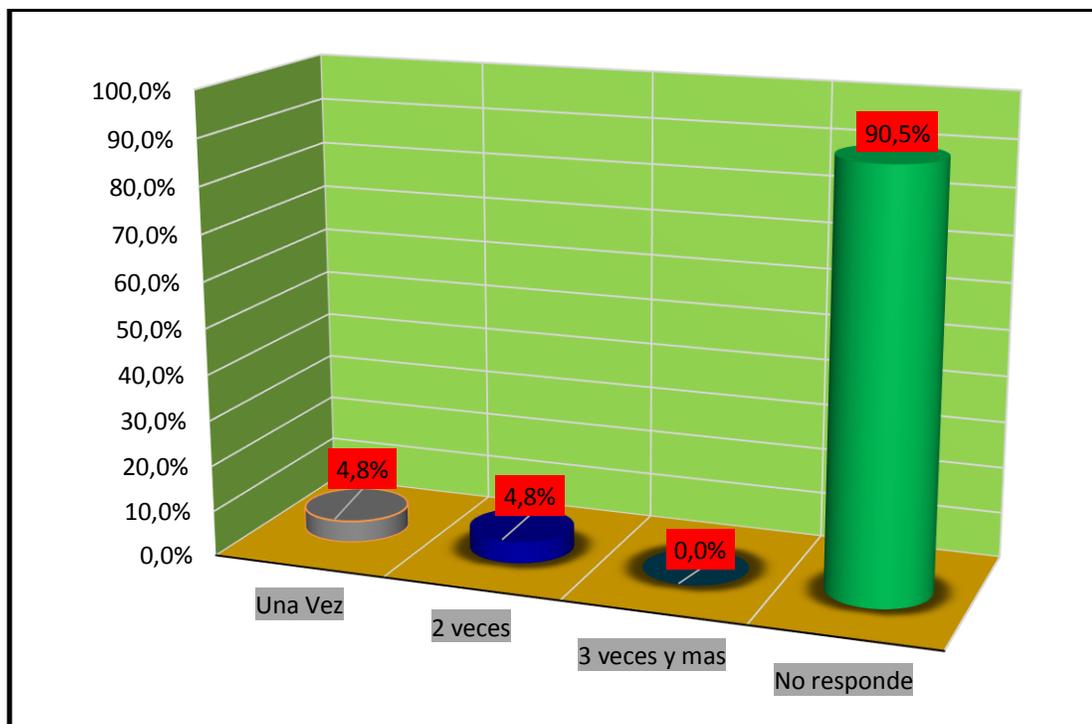
Número de veces que el personal de enfermería recibió capacitación sobre el manejo de proceso y procedimientos a RN Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016

<i>Número de veces que recibió capacitación</i>	Enfermeras	Porcentaje
Una Vez	2	4,8%
2 veces	2	4,8%
3 veces y mas	0	0,0%
No responde	38	90,5%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°4

Número de veces que el personal de enfermería recibió capacitación sobre el manejo de proceso y procedimientos a RN Ictericia - Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los resultados de la gráfica, el 90,5% del personal de enfermería No responde dando a entender que no recibió capacitación sobre manejo procesos y procedimientos de los cuidados especiales a recién nacidos críticos y con ictericia, en relación a un 4.8% que si recibió capacitación dos veces y un 4,8% que solo recibió una vez.

Discusión:

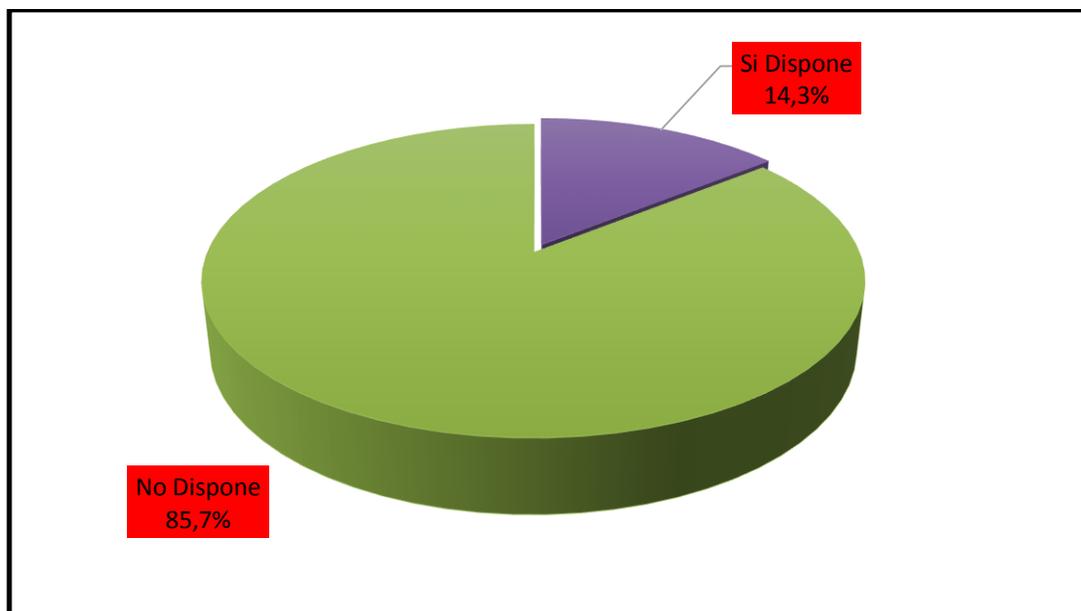
Según estudio realizado investigadores de la Sociedad española en el 2011, llegaron al conclusión que la capacitación del profesional de la salud en los cuidados de recién nacidos con Ictericia , es una tarea permanente, de mucha competencia, seriedad y responsabilidad, pues los neonatos críticos exige calidad en los Servicios de Salud y este nivel de profesionalidad solo se logra con un estudio continuo, sistemático e investigativo, en busca de nuevos métodos y procedimientos, que desarrollen el quehacer diario de los profesionales de la salud y en especial al personal de enfermería.

Tabla N°5
Disponibilidad de Manual de Funciones de Enfermería para la
atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de
Enero – Junio 2016.

<i>Disponibilidad de Manual de Funciones de Enfermería</i>	Enfermeras	Porcentaje
Si Dispone	6	14,3%
No Dispone	36	85,7%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°5
Disponibilidad de Manual de Funciones de Enfermería para la
atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de
Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

La disponibilidad de manual de funciones de enfermería en la unidad de terapia intensiva neonatal, según el personal de enfermería encuestado, el 85,7% respondió que no se dispone en el área de trabajo y el 14,3 que si se dispone del mismo.

Tabla N°6

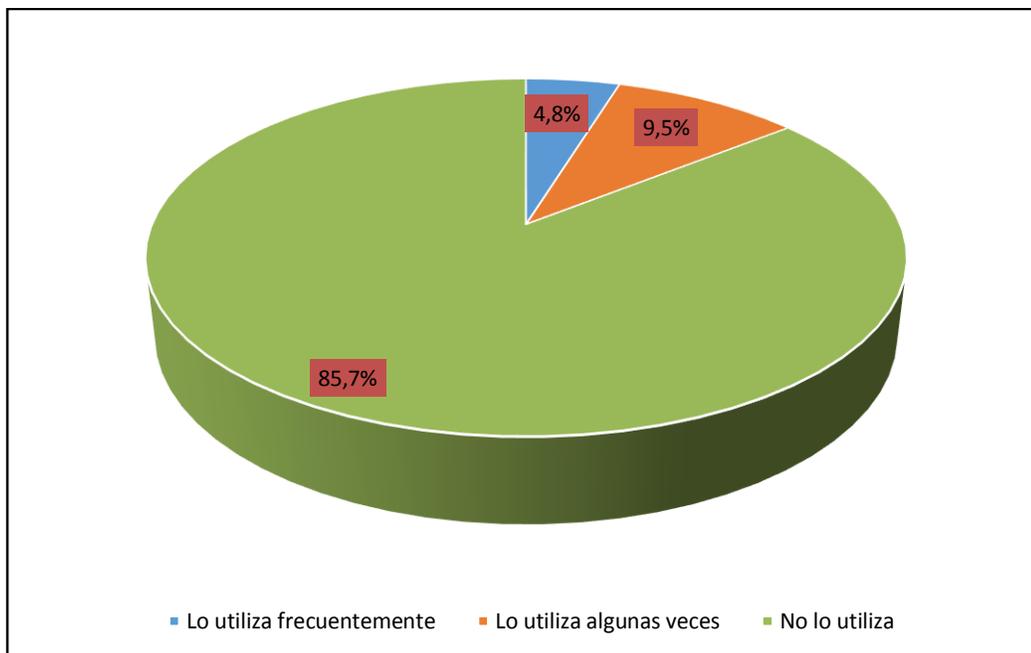
Utilización de Manual de Funciones de Enfermería para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

Utilización de Manual de Funciones de Enfermería	Enfermeras	Porcentaje
1. Lo utiliza frecuentemente	2	4,8%
2. Lo utiliza algunas veces	4	9,5%
3. No lo utiliza	36	85,7%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°6

Utilización de Manual de Funciones de Enfermería para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

El porcentaje del personal de enfermería que utiliza los Manual de Funciones para la atención a recién nacidos con ictericia, el 85.7% no utiliza por que no está en el área de trabajo, el 4,8% lo utiliza frecuentemente según los encuestados y el 9,5% lo utiliza alguna vez.

Tabla N°7

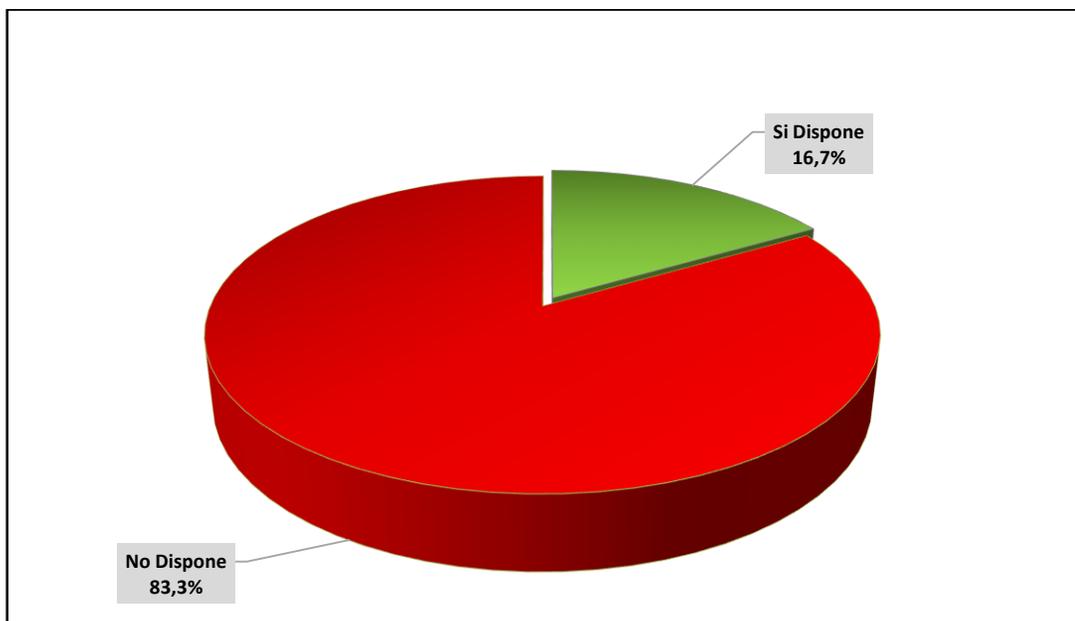
Disponibilidad de protocolos impresos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

Disponibilidad de protocolos impresos	Enfermeras	Porcentaje
Si Dispone	7	16,7%
No Dispone	35	83,3%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°7

Disponibilidad de protocolos impresos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración: Propia.

Análisis:

La disponibilidad de protocolos de atención a recién nacidos con ictericia según el personal de enfermería encuestado, el 83,3% respondió que no se dispone en el área de trabajo y el 16,7 que si se dispone del mismo.

Discusión:

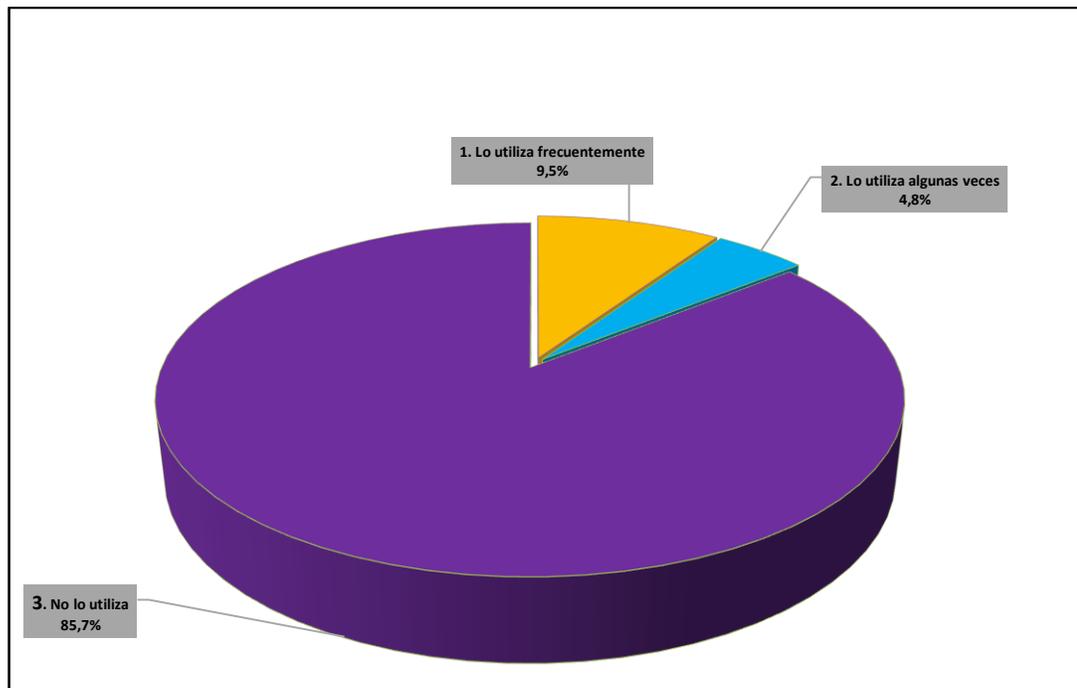
La estandarización de los cuidados del recién nacido (RN) desde el nacimiento y en las primeras horas de la vida posnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia medica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del RN.

Tabla N°8
Utilización de protocolo para la atención de RN con Ictericia en el
Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

<i>Utilización de protocolos</i>	Enfermeras	Porcentaje
1. Lo utiliza frecuentemente	4	9,5%
2. Lo utiliza algunas veces	2	4,8%
3. No lo utiliza	36	85,7%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°8
Utilización de protocolo para la atención de RN con Ictericia en el
Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

El porcentaje del personal de enfermería que utiliza los protocolos de atención a recién nacidos con ictericia, el 85.7% no utiliza por que no está en el área de trabajo, el 9,5% lo utiliza frecuentemente según los encuestados y el 4,8% lo utiliza alguna vez.

Discusión:

La estandarización de los cuidados del recién nacido (RN) desde el nacimiento y en las primeras horas de la vida posnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia medica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del RN.

Tabla N°9

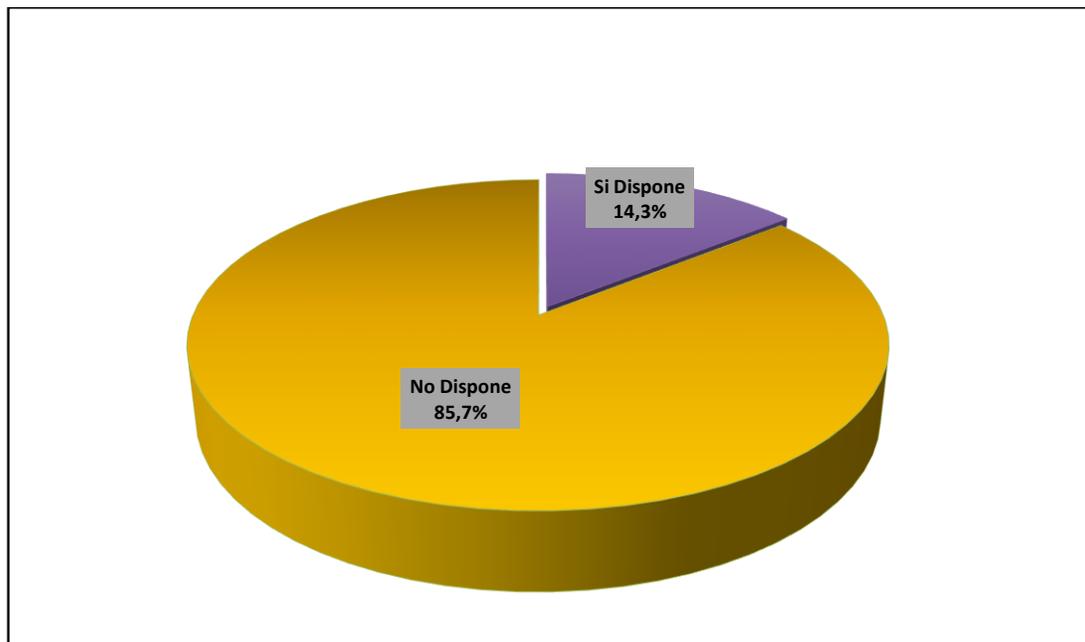
Disponibilidad de los manuales de procesos y procedimientos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

<i>Disponibilidad de los manuales de procesos y procedimientos</i>	Enfermeras	Porcentaje
Si Dispone	6	14,3%
No Dispone	36	85,7%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°9

Disponibilidad de los manuales de procesos y procedimientos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

La disponibilidad de los manuales de procesos y procedimientos para la atención recién nacidos con ictericia según el personal de enfermería encuestado, el 85,5% respondió que no se dispone en el área de trabajo y el 14,3 que si se dispone del mismo.

Tabla N°10

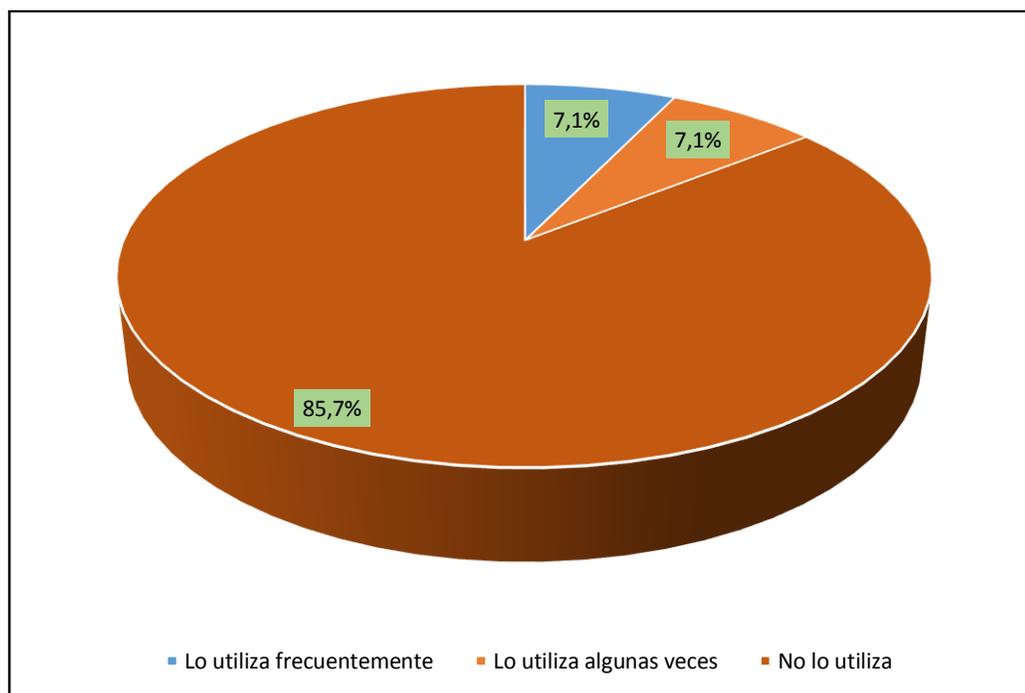
Utilización de los manuales de procesos y procedimientos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.

Utilización de los manuales de procesos y procedimientos	Enfermeras	Porcentaje
1. Lo utiliza frecuentemente	3	7,1%
2. Lo utiliza algunas veces	3	7,1%
3. No lo utiliza	36	85,7%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°10

Utilización de los manuales de procesos y procedimientos para la atención de RN con Ictericia en el Hospital Materno Percy Boland de Enero – Junio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

El porcentaje del personal de enfermería que utiliza los manuales de procesos y procedimientos de atención a recién nacidos con ictericia, el 85.7% no utiliza por que no está en el área de trabajo, el 7,1% lo utiliza frecuentemente según los encuestados y el 7,1% lo utiliza alguna vez.

Tabla No 11

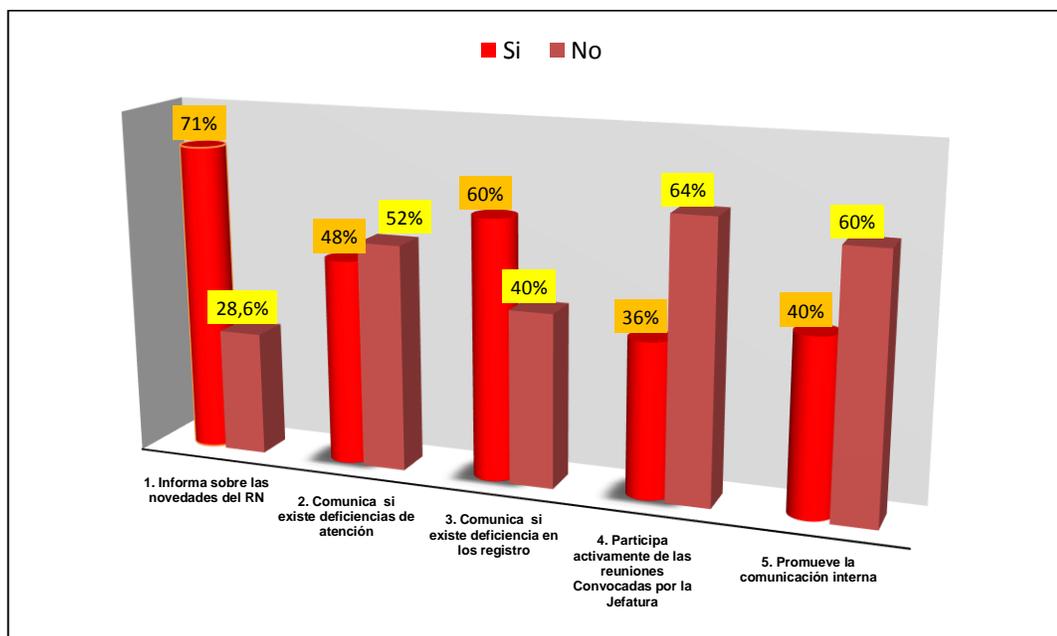
Actitudes de comunicación interna por el personal de enfermería para el cumplimiento de los procesos y procedimientos en la atención al RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland, Enero-Julio 2016.

<i>Comunicación Interna</i>	Si	No
1. Informa sobre las novedades del RN	71%	28,6%
2. Comunica deficiencias de atención	48%	52%
3. Comunica deficiencia en los registro	60%	40%
4. Participa activamente de las reuniones Consensuadas por la Jefatura	36%	64%
5. Promueve la comunicación interna	40%	60%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico Nro. 11

Actitudes de comunicación interna por el personal de enfermería para el cumplimiento de los procesos y procedimientos en la atención al RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland, Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos de la gráfica, muestran que la actitud de comunicación entre el personal para el cumplimiento de procesos y procedimientos de atención, el 71% responde que si se informa sobre las novedades del recién nacido que puede presentar, el 28,6% responde que no. En cuanto si se comunican deficiencias en la atención, el 52,3% responde que el personal no comunica y el 48% responde que sí.

De la misma manera en cuanto si el personal de enfermería comunica las deficiencias en los registros, el 60% que si se comunica y el 40% que no lo dejan pasar por alto. El 64% del personal respondió que mayoría no participa activamente de las reuniones convocadas por la jefatura y el 36% responde que sí. En cuanto a la promoción de la comunicación interna el 60% responde que no se promueve y el 40% que si lo promueven.

Discusión:

Según estudio realizado sobre Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil 2009. Llegaron a la conclusión que la comunicación es considerada clave para la continuidad de los cuidados, para los registros de las actividades realizadas, para la planificación y rehabilitación. Algunos autores afirman la importancia de la buena comunicación entre los profesionales para promover una asistencia de calidad. Además, añaden que uno de los problemas más frecuentes en las instituciones sanitarias es la cuestión de la comunicación escrita²⁹.

Tabla N°12

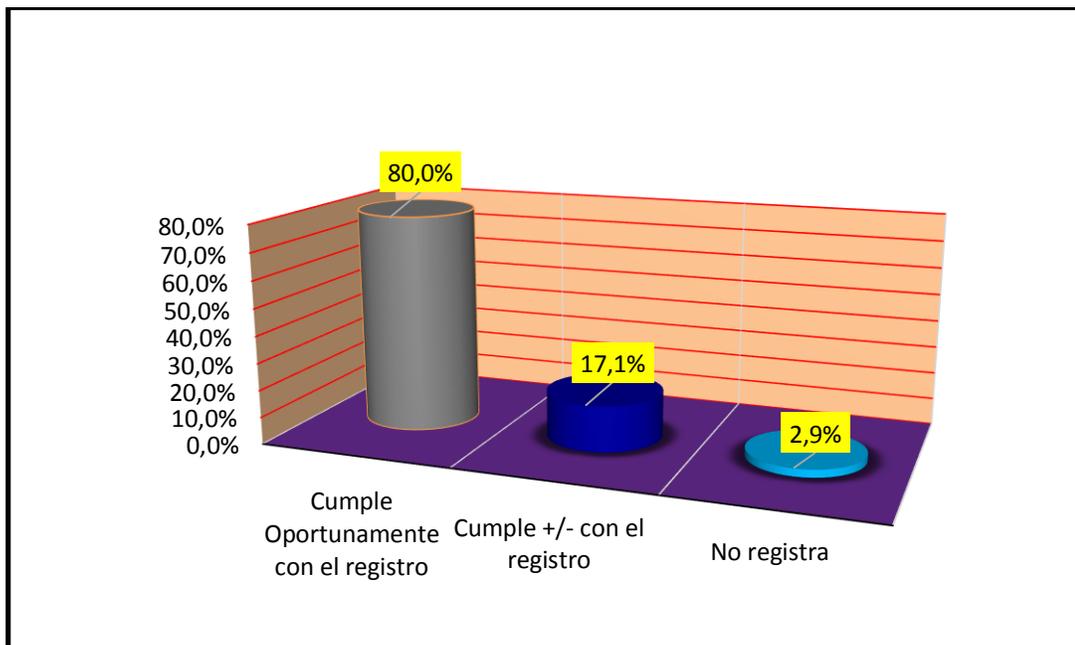
Cumplimiento del registro en las Hojas de Evolución de Enfermería en los expedientes clínicos de los RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland, Enero-Julio 2016.

Cumplimiento del registro de las Hojas de Evolución de Enfermería	Enfermeras	Porcentaje
Cumple Oportunamente con el registro	28	80,0%
Cumple +/- con el registro	9	17,1%
No registra	5	2,9%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°12

Cumplimiento del registro en las Hojas de Evolución de Enfermería en los expedientes clínicos de los RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland, Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestran las gráficas, el 80,0% del personal si cumple oportunamente con el registro de las Hojas de Evolución de Enfermería en los expedientes clínicos de los recién nacidos, el 17,1% respondió que cumple más o menos con el registro y el 2,9% no registra la información de los pacientes.

Discusión:

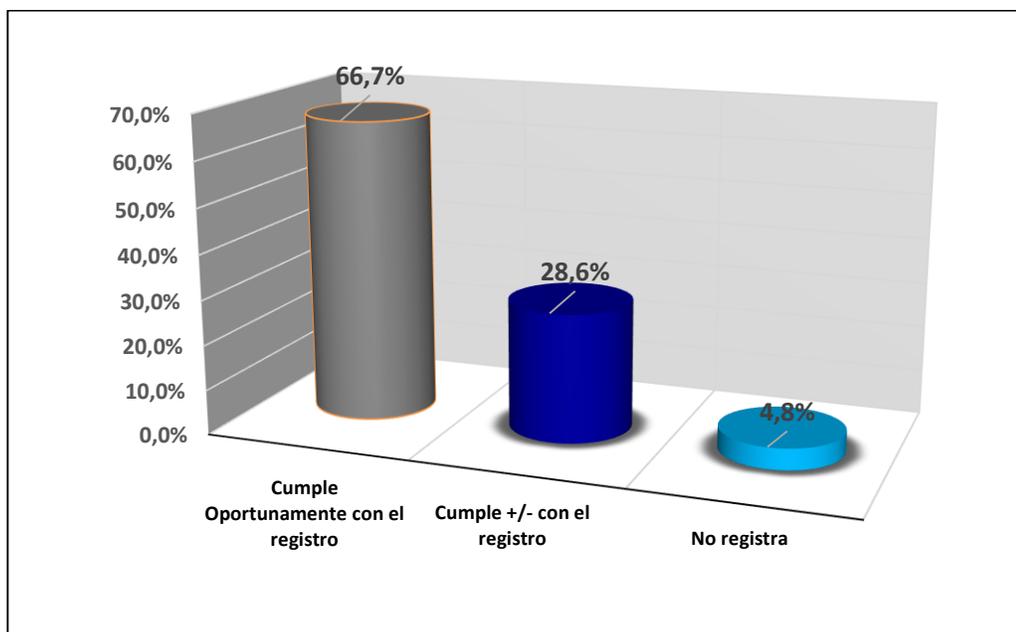
Según opinión de la investigadora, la valoración de enfermería es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados, favoreciendo la detección precoz de las complicaciones potenciales y posibilitando la comparación de resultados. Siendo que el Proceso Enfermería es la principal metodología de trabajo para valorar, planificar y ejecutar sus actividades de forma directa o indirecta al paciente que responde a la calidad de atención en el servicio de neonatal.

Tabla N°13
Cumplimiento del registro en las Hojas de Control de Líquidos
Administrados y Eliminados en los RN con Ictericia en el Hospital Percy
Boland de Enero-Julio 2016.

<i>Cumplimiento del registro en las Hojas de Control de Líquidos Administrados y Eliminados</i>	Enfermeras	Porcentaje
Cumple Oportunamente con el registro	28	66,7%
Cumple +/- con el registro	12	28,6%
No registra	2	4,8%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°13
Cumplimiento del registro en las Hojas de Control de Líquidos
Administrados y Eliminados en los RN con Ictericia en el Hospital Percy
Boland de Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

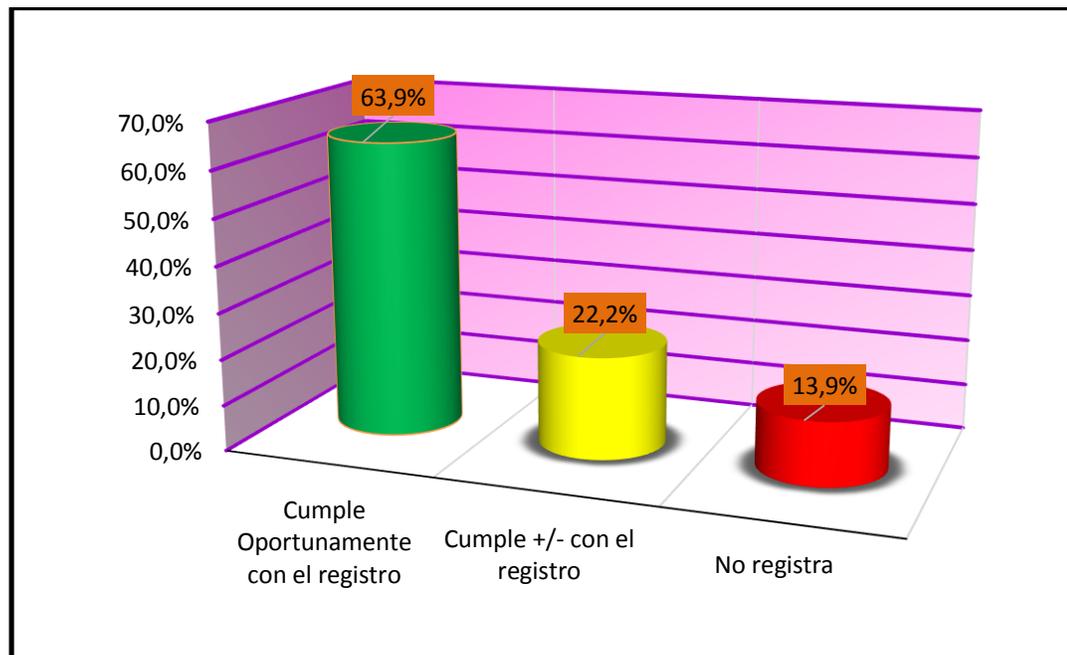
Según los datos que muestran las gráfica, el 66,7% del personal si cumple oportunamente con el registro de hoja de control de líquidos administrados, el 28,6% respondió que cumple con el registro, mientras el 4,8% no realizan buen registro.

Tabla N°14
Cumplimiento del registro en las Hojas de Monitoreo de la
Luminoterapia en los RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de
Enero-Julio 2016.

Cumplimiento del registro en las Hojas de Monitoreo de la Luminoterapia en los RN	Enfermeras	Porcentaje
Cumple Oportunamente con el registro	25	63,9%
Cumple +/- con el registro	10	22,2%
No registra	7	13,9%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°14
Cumplimiento del registro en las Hojas de Monitoreo de la
Luminoterapia en los RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de
Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestran las gráfica, el 63,9% del personal si cumple oportunamente con la hoja de monitoreo, el 22,2% respondió que cumple con el registro, y el 13,9% no realizan buen registro.

Discusión:

La investigadora plantea que como parte integrante de dicha historia, están los registros de la valoración de enfermería. En ésta valoración, enfermería registra el estado general de paciente, valora todos los aspectos involucrados en el proceso salud enfermedad y evidencia sus actividades. Es una comunicación escrita en que se plasman la planificación de los cuidados con su diagnóstico, la ejecución de las actividades y la evaluación de los cuidados.

Tabla N°15

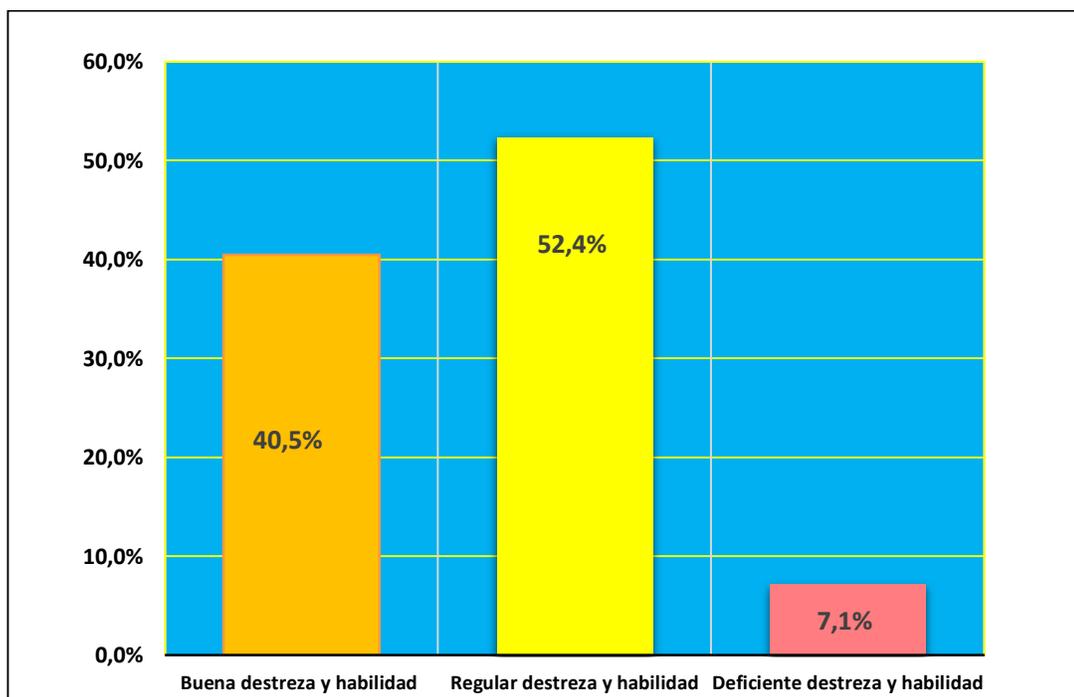
Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de procedimientos de sueroterapia en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.

<i>aplicación de procedimientos de sueroterapia en RN</i>	Enfermeras	Porcentaje
Buena destreza y habilidad	17	40,5%
Regular destreza y habilidad	22	52,4%
Deficiente destreza y habilidad	3	7,1%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°15

Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de procedimientos de sueroterapia en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestra el gráfico, el 52,4% del personal tiene regular destrezas y habilidades en la aplicación de la sueroterapia, el 40,5% presentan buenas destrezas y habilidades en la aplicación de sueroterapia y el 7,1% presenta deficiencia.

Discusión:

El estudio es similar a la investigación realizado por Duran et al. En Barquisimeto, Venezuela “Factores que influyen en la atención del recién nacido por parte del personal de enfermería en las unidades de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Antonio María Pineda 2005” los datos destacan que en relación a los conocimientos de teorías de enfermería el 83.3% desconoce y el 16.7% conoce, un 82.4% posee conocimientos sobre proceso científico de enfermería y 17.6% no posee conocimiento, 47.2% conoce sobre técnicas y procedimientos en los cuidados del recién nacido, 45.5% presentan buenas destrezas y habilidades en la aplicación de sueroterapia y en la orientación de lactancia materna respectivamente⁴⁰.

Tabla N°16

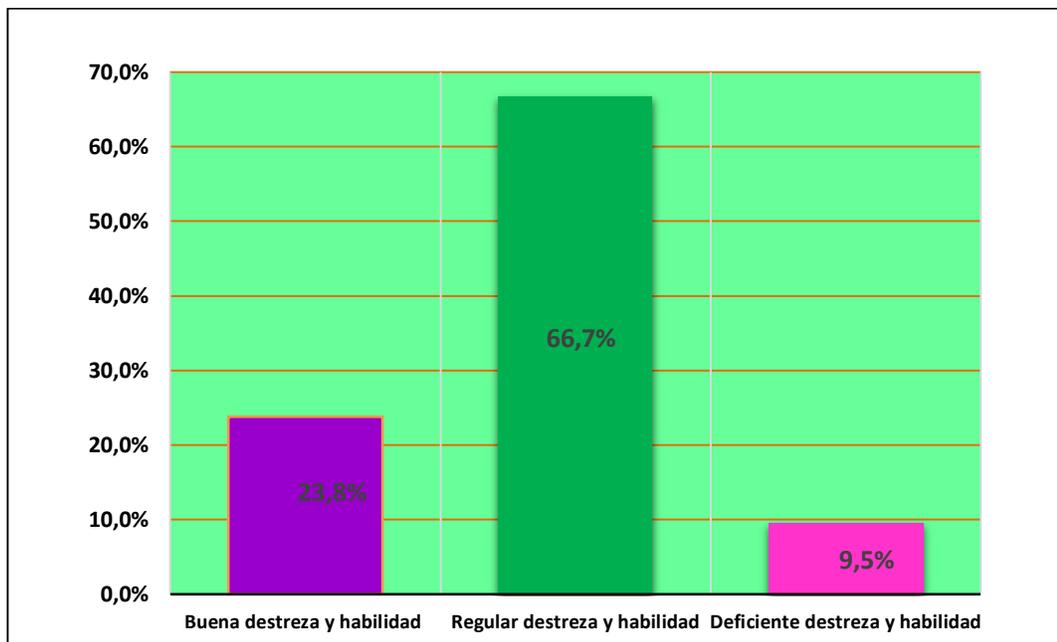
Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de procedimientos de lactancia materna exclusiva en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.

aplicación de procedimientos de lactancia materna exclusiva en RN	Enfermeras	Porcentaje
Buena destreza y habilidad	10	23,8%
Regular destreza y habilidad	28	66,7%
Deficiente destreza y habilidad	4	9,5%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°16

Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de procedimientos de lactancia materna exclusiva en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestran las gráfica, el 66,7% del personal tiene regular destrezas y habilidades en la aplicación de los procedimientos de la lactancia materna exclusiva recién nacidos, el 23,8% presentan buenas destrezas y habilidades en la aplicación de los procedimientos de la lactancia materna exclusiva recién nacidos y el 9,5% presenta deficiencia.

Discusión:

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente.

Tabla N°17

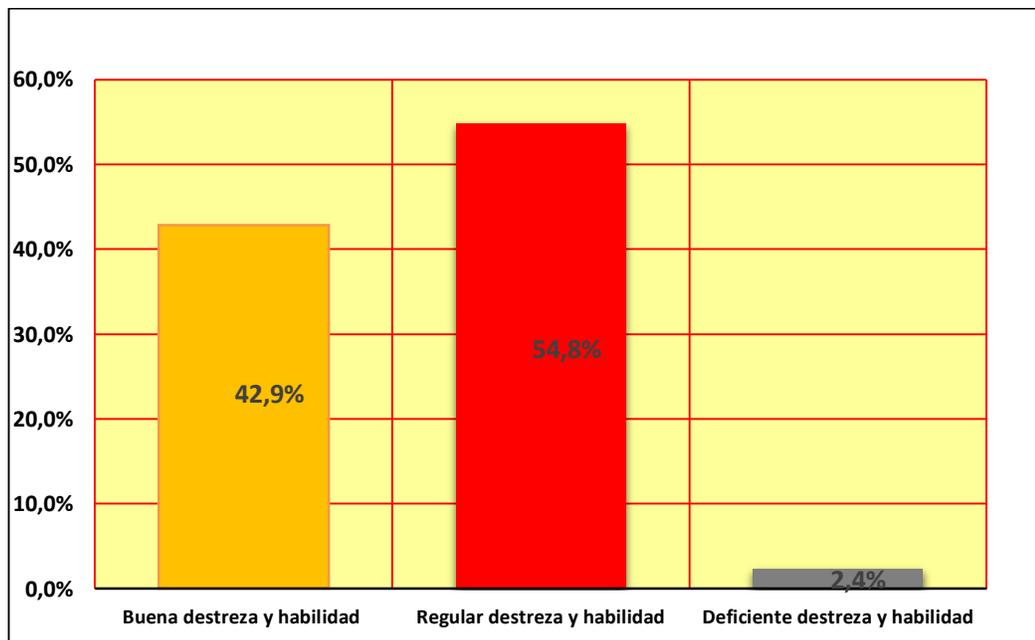
Destrezas y habilidades por el personal de enfermería para identificar riesgos y reacciones alérgicas y otros problemas en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.

Identificación de riesgos y reacciones alérgicas y otros problemas en RN	Enfermeras	Porcentaje
Buena destreza y habilidad	18	42,9%
Regular destreza y habilidad	23	54,8%
Deficiente destreza y habilidad	1	2,4%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°17

Destrezas y habilidades por el personal de enfermería para identificar riesgos y reacciones alérgicas y otros problemas en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestra el gráfico, el 54,8% del personal tiene regular destrezas y habilidades en la identificación de resiego y reacciones alérgicas que puede presentar el recién nacido, el 42,9% presentan buenas destrezas y habilidades y el 7,1% presenta deficiencia.

Discusión:

El estudio coincide con investigación realizado por los bachilleres: Bazán F. y Coronado V. En el año 2006 en Perú. Titulado: "Nivel de Conocimientos del profesional de enfermería sobre el cuidado del recién nacido prematuro hospital de Sullana - Piura" demostraron que el profesional de enfermería tiene un nivel de conocimientos alto en el 63%, del total de la muestra de enfermeras encuestadas. Además se obtuvo que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en 5 sus cuatros áreas: área cognitiva es alto con un 57.4%, área habilidad y destreza es de un nivel medio con un 61.1%, área actitudinal es de un nivel alto con un 96.3% y el área de cuidar-cuidado el nivel de conocimientos es alto con un 87% ³⁹.

Tabla N°18

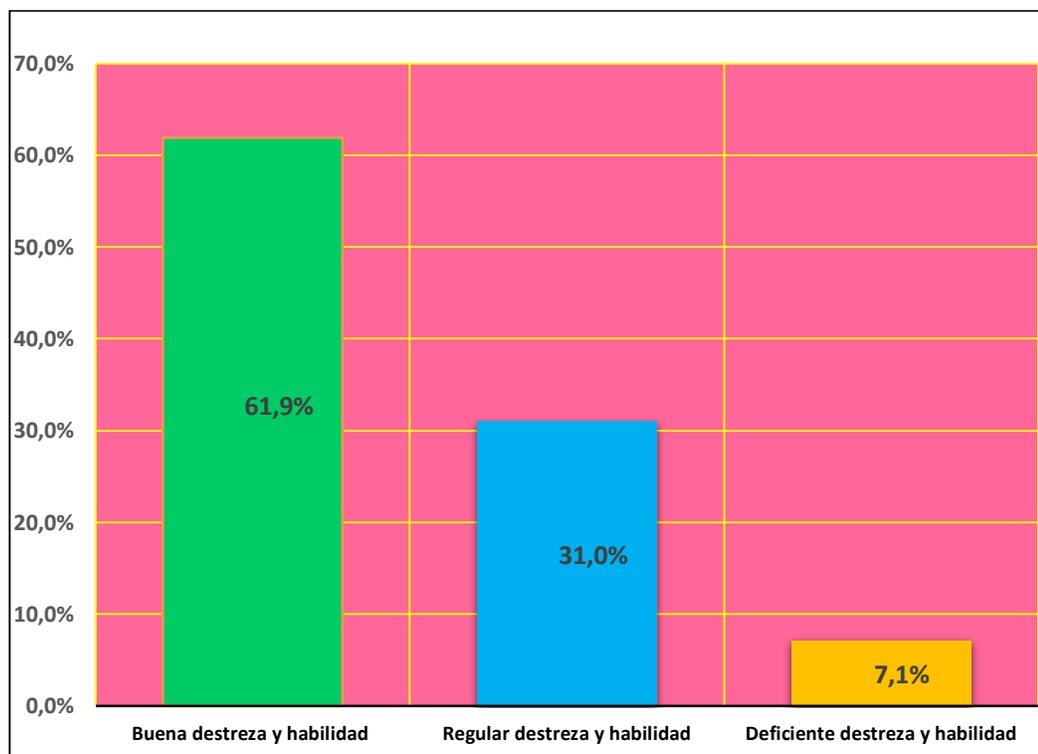
Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de los procedimientos de movilización en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.

<i>Aplica procedimientos de movilización al RN</i>	Enfermeras	Porcentaje
Buena destreza y habilidad	26	61,9%
Regular destreza y habilidad	13	31,0%
Deficiente destreza y habilidad	3	7,1%
Total	42	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería

Gráfico N°18

Destrezas y habilidades por el personal de enfermería en la aplicación de los procedimientos de movilización en RN con Ictericia en el Hospital Percy Boland de Enero-Julio 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Según los datos que muestran las gráfica, el 61,9% del personal tiene buenas destrezas y habilidades en la aplicación de procedimientos de movilización al recién nacido, el 31,0% presentan regular destrezas y habilidades y el 7,1% presenta deficiencia.

Discusión:

El estudio coincide con investigación realizado por los bachilleres: Bazán F. y Coronado V. En el año 2006 en Perú. Titulado: “Nivel de Conocimientos del profesional de enfermería sobre el cuidado del recién nacido prematuro hospital de Sullana - Piura” demostraron que el profesional de enfermería tiene un nivel de conocimientos alto en el 63%, del total de la muestra de enfermeras encuestadas. Además se obtuvo que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en 5 sus cuatros áreas: área cognitiva es alto con un 57.4%, área habilidad y destreza es de un nivel medio con un 61.1%, área actitudinal es de un nivel alto con un 96.3% y el área de cuidar-cuidado el nivel de conocimientos es alto con un 87% ³⁹.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Como investigación descriptiva transversal cuantitativa se logró determinar las competencias y destrezas de enfermería en cuidados especiales a neonatos con ictericia. Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Dr. Percy Boland de Santa Cruz, enero-junio 2016.

1. Se evidenció que el personal de enfermería en cuanto a la participación en capacitación en los dos últimos años en cuidados especiales recién nacidos con ictericia las tres cuartas partes participaron solo una vez. En relación al manejo de procesos y procedimientos la mayoría no participó de las capacitaciones. Lo cual reflejan los resultados que el personal de enfermería debe intensificar la participación en cursos y talleres que contribuyan a elevar el nivel de conocimiento en el manejo de Recién Nacidos con Ictericia.
2. En cuanto disponibilidad y aplicación de manuales de funciones protocolos, procesos y procedimientos de atención de enfermería al neonato con ictericia, un alto porcentaje respondió que no disponen de los documentos normativos que le permita revisar y consultar para brindar un mejor desarrollo de su trabajo en el cuidado a pacientes con ictericia neonatal.
3. De la misma manera como resultados obtenidos según objetivos plantados se logró evidencias que un alto porcentaje del personal de enfermería, desarrolla un buen registro de las hoja evolución, administración de líquidos y eliminación, identificación de riesgos que le neonato puede presentar, lo cual existe un actitud regular de

comunicación y muchas veces no se promueve la comunicación interna entre el personal, como tampoco existe el compromiso de participar activamente a las reuniones que convoca la jefatura.

4. Se concluye que Las destrezas y habilidades del personal de enfermería para aplicación los procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería a los Recién Nacidos con Ictericia Neonatal, un alto porcentaje de licenciadas tiene regular el manejo de la sueroterapia, lactancias materna exclusiva, identificación de reacciones alérgicas, pero si un buen manejo en su movilidad del recién nacido.

5.2. RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos se recomienda y sugiere:

- Se le sugiere al comité de educación continua la planificación y fortalecimiento de los cursos y talleres de capacitaciones sobre aplicación de los procesos y procedimientos de cuidados especiales de enfermería en Recién Nacidos con Ictericia Neonatal para contribuir a la práctica del personal de enfermería en la mejora de la atención para evitar complicaciones.
- Se recomienda a la dirección del Hospital y el servicio la elaboración y diseño de una guía práctica sobre el manejo y cuidado de los recién nacidos con ictericia neonatal según las características de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.
- Se le sugiere al personal de enfermería mayor compromiso y actitud en la comunicación y llenado de las historias clínicas de los pacientes que contribuya a un mejor manejo de los materiales, técnicas, procesos y procedimientos en los recién nacidos con ictericias.

- Se recomienda a la jefa de servicio la implementación de protocolos estandarizados, para el seguimiento del recién nacido con ictericia neonatal patológica (en nuestro hospital utilizamos las curvas de Bhutani).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Fernández Rodríguez M, Martín Muñoz P. La valoración clínica de la ictericia no es buen método para el cribado de hiperbilirrubinemia neonatal. *EvidPediatr*. 2008; 4: 77.
2. Failache O. Ictericia Neonatal. *Arch Pediatr Urug* 2002, 73(3): 143-145.
3. Ortiz Tardío J. Ictericia por Hiperbilirrubinemia Indirecta. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* 2001, 40: 147-150.
4. Caballero B, Rodriguez E, Sangre reconstituida, no fresca, en la exanguinotransfusión de un neonato con enfermedad hemolítica por Rh Vol. 77, Núm. 5 • Septiembre-Octubre 2010 pp 209-213.
5. Gallegos Dávila JA, Rodríguez Balderrama I, Rogelio Rodríguez B, Abrego Moya V, Rodríguez Camelo G; Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario; *Medicina Universitaria* 2009; 11(45): 226-230
6. Spinelli S, García H, Aspnes N, Boccaccio C, De Luca J, Tovo A et al. Prevalencia de ictericia en el período neonatal en un hospital Público de la ciudad de Buenos Aires; *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2011; 30(1): 10-14.
7. Campo Gonzalez A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Ballesté López I, Díaz Aguilar R, Remy Pérez M. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. *Rev Cubana Pediatr* 2010; 82(3): 13-19.
8. Johnson LH, Bhután VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr* 2002; 140(4): 396-403.
9. Ríos GM. Síndrome icterico del primer trimestre. *Revista Chilena de Pediatría* 2002, 73(4): 399-401.
10. Phibbs RH, Shannon KM. Hematologic problems. En: Klaus Fanaroff. *Careo f the high risk neonate*. Filadelfia. Saunders Co. 2003: 397-408.

11. Galván G. Incompatibilidad ABO en neonatos sometidos a exanguineotransfusión en el HOSPITAL San Bartolomé (Enero a Diciembre 2004) T.E. Pediatría Facultad de Med. UNFV. 44 pp., tablas, gráficas.
12. Osky FA. Jaundice. En: Avery MA, Taeusch HW (eds): Schaffer's diseases of the newborn. Fifth Ed, Philadelphia, WB Saunders Co, 2004:621-650.
13. Martínez J. El real problema del recién nacido icterico. Nuevas guías de la academia estadounidense de Pediatría. Arch. Argent Pediatr; 2005; 103(3).
14. Risemberg HM, Maíz E, Mac Donalds MG, Peralta M, Heldrich E. Correlation of cord bilirubin levels with hyperbilirubinemia in ABO incompatibility: Arch Div. Child; 1977, 52(3): 219-22.
15. Harris MC, Bernbaum JC, Polin JR, Zimmerman R, Polin RA. Developmental follow-up breastfed term and near-term infants with marked hyperbilirubinemia, Pediatrics. 2004, May; 107(5): 1075-80.
16. <http://www.elpaonline.com/index.php/2013/local/item/158978-ictericia-neonatal-una-enfermedad-frecuente-en-tarija> (Revisado 21 marzo 2016).
17. Correa Vélez J.A. (libro) Generalidades de neonatología, Medellín Colombia, 2002
18. Cariani L, Romano EL, Martinez N. ABO haemolytic disease in the fetus and newborn (ABO-HDN): Factors influencing its severity and incidence in Venezuela. Journal Trop. Pediatr, 2005; 41: 14-21.
19. Correa Vélez J.A. (libro) Generalidades de neonatología, Medellín Colombia, 2002
20. C Martínez. El real problema del recién nacido icterico Arch Arg.pediatr 2009.
21. AAP. Guía Manejo de la Hiperbilirubinemia en el recién nacido 35 semanas de gestación. Subcomité en Hiperbilirubinemia Julio 2009.

22. Meredith I. Porter, cpt, mc, Maj Dennis, Hyperbilirubinemia in the term newborn Dewitt Army Community Hospital, fort belvoir, Virginiafebruary 15, 2002 / volume 65, number 4.
23. Correa Vélez J.A. (libro) Generalidades de neonatología, Medellín Colombia, 2002
24. Dr. Vásquez Rodrigo. Ictericia neonatal; “guías de práctica clínica basadas en la evidencia” Colombia.
25. Cárdenas, A, 2004, Ictericia Neonatal,(En Línea), Ibarra-Ecuador, consultado el 24- mar-2008. Disponible en: <http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema02.htm>
26. Arce O, 2005, Ictericia Neonatal, Chile, revista posgrado. 2008, Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.pdf
27. Dr. Muñoz Cáceres Hugo. 2007 “Manual Neonatología Hospital Clínico Universidad De Chile”. Santiago, Capitulo 16: Ictericia Del Recién Nacido.
28. Correa Vélez J.A. (libro) Generalidades de neonatología, Medellín Colombia, 2002
29. Anaya U F. Tesis Esp Ped. Incidencia de incompatibilidad ABO y exanguinotransfusion en neonatos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud Enero a Diciembre 2007.
30. P.Q.F.B Lorena Carina García Baeza, “Hiperbilirrubinemia neonatal”[para obtener el título de licenciatura en químico farmacobiología] Morelia, Michoacán 2010
31. Paulina Paz Crisóstomo Barría, “Perfil Epidemiológico en recién nacidos con Ictericia fisiológica, nacidos entre julio de 2011 y julio de 2012 en el Hospital la Union,[Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al título de MATRON/MATRONA] Valdivia – Chile 2012
32. Miriam Sánchez Maciá MJCP. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. Revista científica de enfermería. mayo de 2011; 2: 1989-6409.

33. Chávez MA. Hiperbilirrubinemia en recién nacidos, causas, diagnóstico y tratamiento: estudio retrospectivo en 155 casos atendidos en el Hospital General base Cayetano Heredia (2002). Tesis Br. Med. TB-UPCH; 2004, 105420, CH31.
34. Martienez J, Ictericia Neonatal: ¿existe un nivel “seguro” de bilirrubina. Arch.argent.pediatr 2002; 100(4)/321 Aride Ch, Barron J, Ford K, Manning D, Remie J. Clinical guideline
35. Dr. Vásquez Rodrigo. Ictericia neonatal; “guías de práctica clínica basadas en la evidencia” Colombia.
36. Dr. Rondón Guerra Samuel. Hiperbilirrubinemia - Ictericia; Hospital San Felipe; Yaracuy Venezuela
37. Frederic T, 2006, Importancia de una correcta valoración de la ictericia en el recién nacido sano (En línea), Barcelona, España, Consultado el 26- marzo-2008.
38. Gutierrez Alfonso; ictericia colestásica en el recién nacido, Pag 1-5
39. Garcia M F. , Gonzales M, Rodriguez M. Cambio de peso en recién nacidos a término con diagnóstico de ictericia entre las 24 y las 168 horas de vida y su relación con los niveles de bilirrubina. pag 8-9.
40. Gallagher L, Steiner M, Bizarro R, et al. La exanguineotransfusión y su efecto en la morbilidad neonatal. Pediatrics, 2007; 120: 27-32.
41. guía salud: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud
42. Ostiguín Meléndez, Rosa María; Velázquez Hernández; Silvia María de la Luz. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. El manual moderno. OCLC 47250013. ISBN 968-426-895-5, 9789684268951(2001).
43. Manual de enfermería en neonatología lic.Krank W .Castro López y Lic. Omayda Urbina Laza.

ANEXOS

Anexo 1

Carta de solicitud

Anexo 2.

BOLETA DE ENCUESTAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL PERCY BOLAND DE ENERO-JUNIO 2016

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan luego marque con una (X) según su respuesta.

DATOS GENERALES

Edad:..... Años de servicio.....

1. Pregunta: *¿Me podría decir si en los 2 últimos años Ud. asistió a cursos, talleres, seminarios sobre "Cuidados Especiales de Enfermería a los RN Críticos Hospitalizados en la UTI-N?"*

SI NO

2. Pregunta: *¿Me podría decir si en los 2 últimos años Ud. asistió a cursos, talleres, seminarios sobre "Cuidados Especiales de Enfermería a los RN Críticos Hospitalizados en la UTI-N?"*

- Una sola vez ()
- 2 veces ()
- 3 veces y más ()
- No responde ()

3. Pregunta: *¿Me podría decir si en los 2 últimos años Ud. asistió a cursos, talleres, seminarios sobre "Cuidados Especiales de Enfermería a los RN con Ictericia Neonatal?"*

SI NO

4. Pregunta: *¿Me podría decir cuántas veces en los dos últimos años Ud. recibió esta capacitación sobre los cuidados especiales de enfermería a RN con Ictericia Neonatal?*

- Una sola vez ()
- 2 veces ()
- 3 veces y más ()
- No responde ()

5. Pregunta: *¿Me podría decir si en los 2 últimos años Ud. asistió a cursos, talleres, seminarios sobre el Manejo de Procesos y Procedimientos de Cuidados Especiales de Enfermería a los RN críticos y con Ictericia Neonatal?*

SI NO

6. Pregunta: *¿Me podría decir cuántas veces en los dos últimos años Ud. recibió esta capacitación sobre el Manejo de Procesos y Procedimientos de Cuidados Especiales de Enfermería*

- Una sola vez ()
- 2 veces ()
- 3 veces y más ()
- No responde ()

7. Pregunta/Observación: *¿Me podría decir si como Lic. Enfermera si en su lugar de trabajo Ud. Dispone de Manual de Funciones de Enfermería como Servicio UTI Neonatología?*

SI NO

8. Pregunta/Observación: *¿Me podría decir si como Lic. Enfermera si en su lugar de trabajo Ud. Dispone de Protocolo (s) impresos para la atención de enfermería a pacientes RN con Ictericia Neonatal?*

SI NO

9. Pregunta/Observación: *¿Me podría decir si como Lic. Enfermera si en su lugar de trabajo Ud. de Procesos y Procedimientos impresos para la atención especial de enfermería a pacientes RN con Ictericia Neonatal?*

SI NO

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 3.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

INSTRUCCIÓN. Registrar según observaciones que puede identificar y ver el investigador según indicadores

INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	OBSERVACIONES
<i>El investigador deberá Observar si la Lic. Enfermera utiliza para la atención a los RN con Ictericia Neonatal el Protocolo de Atención impreso?</i>	1. Lo utiliza frecuentemente () 2. Lo utiliza algunas veces () 3. No lo utiliza ()	
<i>El investigador deberá Observar si la Lic. Enfermera utiliza para la atención a los RN con Ictericia Neonatal Procesos y Procedimientos que dispone en su lugar de trabajo?</i>	1. Lo utiliza frecuentemente () 2. Lo utiliza algunas veces () 3. No lo utiliza ()	
<i>El investigador deberá Observar si la Lic. Enfermera durante su jornada de trabajo muestra actitudes positivas de Comunicación Interna con sus compañeras de trabajo para dar cumplimiento a los procesos y procedimientos de atención al RN con Ictericia Neonatal.</i>	<p style="text-align: center;">Sí No</p> 1. Informa sobre las novedades del RN () () 2. Comunica deficiencias de atención () () 3. Comunica deficiencia en los registros () () 4. Participa activamente de las reuniones () () 5. Convocadas por la Jefatura () () 6. Promueve la comunicación interna () ()	
<i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera cumple oportunamente con el registro de las Hojas de Evolución de Enfermería en los expedientes clínicos una vez finalizada la Visita Médica.</i>	1. Cumple oportunamente con el registro () 2. Cumple +/- oportunamente con el registro () 3. No registra ()	
<i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera cumple oportunamente con el registro Kardex de Enfermería una vez finalizada la Visita Médica.</i>	1. Cumple oportunamente con el registro () 2. Cumple +/- oportunamente con el registro () 3. No registra ()	
<i>El investigador en la UTI deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera cumple oportunamente con el registro Hoja Control de Líquidos Administrados y Eliminados durante el turno de enfermería.</i>	1. Cumple oportunamente con el registro () 2. Cumple +/- oportunamente con el registro () 3. No registra ()	
<i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera cumple oportunamente con el registro Hoja Monitoreo RN con Luminoterapia durante el turno de enfermería.</i>	1. Cumple oportunamente con el registro () 2. Cumple +/- oportunamente con el registro () 3. No registra ()	
<i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera aplica procedimientos de sueroterapia según ordenes medicas?</i>	1. Bueno () 2. Regular () 3. Deficiente ()	

<p><i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera aplica procedimientos de lactancia exclusiva a RN con ictericia neonatal según ordenes medicas?</i></p>	<p>1. Bueno () 2. Regular () 3. Deficiente ()</p>	
<p><i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera para identificar riesgos y reacciones alérgicas y otros problemas al Rn su unidad según normas de enfermería?</i></p>	<p>1. Bueno () 2. Regular () 3. Deficiente ()</p>	
<p><i>El investigador en la UTI-N deberá observar y verificar si la Lic. Enfermera aplica procedimientos de movilización al RN en su unidad según normas de enfermería?</i></p>	<p>1. Bueno () 2. Regular () 3. Deficiente ()</p>	