



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

**PUCE TEC
TÉCNICO SUPERIOR DE ENFERMERÍA**

Tema:

**PREVENCIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN NEONATOS
PREMATUROS DE ALTO RIESGO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Técnica Superior en Enfermería**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Ericka de los Angeles Flores Ramos

Directora:

Mg. Paola Catalina López López

Ambato – Ecuador

Abril 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **ERICKA DE LOS ANGELES FLORES RAMOS**, con cédula de ciudadanía **0954552790**, autora del trabajo de titulación intitulado: "PREVENCIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN NEONATOS PREMATUROS DE ALTO RIESGO", previo a la obtención del título de **TÉCNICA SUPERIOR EN ENFERMERÍA**, en **PUCE TEC**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, abril 2026



Ericka de los Angeles Flores Ramos

CC.0954552790

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**PREVENCIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN NEONATOS
PREMATUROS DE ALTO RIESGO**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Ericka de los Angeles Flores Ramos

Paola Catalina López López, Bioquím, Mg.
CC. 1802948255

CALIFICADOR

f. 

Ivon Daniela Abril Rivera, Lic. Esp.

CALIFICADOR

f. 

Joselyne Nathaly Valenzuela Cáceres, Lic. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Christian Andrés Barragán Ramírez, Ing. PhD.

COORDINADOR GENERAL PUCE TEC

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

f. 

Ambato – Ecuador
Abril 2026


PUCE | AMBATO
PROSECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por darme la vida, la salud y la fortaleza necesaria para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Por sostenerme cuando sentí que las fuerzas se agotaban y por recordarme, una y otra vez, que todo esfuerzo tiene su recompensa.

A mi madre Lupe, mi mayor ejemplo de amor, sacrificio y constancia. Gracias por ser mi pilar incondicional, por creer en mí aun cuando yo dudaba, y por acompañarme con paciencia, palabras de aliento y un amor que nunca falla. Este logro también es tuyo.

A mi padre Roberto, a quien dedico este trabajo con el corazón. Aunque ya no esté físicamente a mi lado, su presencia vive en cada paso que doy. Desde el cielo sigue siendo mi luz y mi guía. Hubo momentos en los que quise rendirme, pero recordar su ejemplo de fortaleza y perseverancia me dio la fuerza para continuar. Este logro es también un homenaje a su amor y a todo lo que me enseñó.

Mi novio llegó a mi vida hace poco tiempo, pero desde el principio me ha demostrado que está a mi lado incondicionalmente. Ha sabido ver mi fragilidad, conocer quién soy cuando no quiero que nadie más me mire así, y aun así ha permanecido conmigo, recordándome que no estoy sola. Gracias a él, hoy camino con más seguridad y confianza en lo que viene.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a Dios, por haber caminado conmigo durante cada etapa de este proceso. Por concederme la fortaleza para seguir adelante, la sabiduría para aprender de cada experiencia y la fe necesaria para no rendirme cuando las dificultades parecían superar mis fuerzas.

A mi madre, mi mayor apoyo y refugio. Gracias por su amor infinito por sostenerme con palabras y acciones en los momentos de cansancio y duda.

A mis hermanas, gracias por estar siempre presentes, su cariño y por cada palabra de aliento que me recordó que no estaba sola.

A mi padre, a quien llevo siempre en el corazón. Aunque su ausencia física deja un vacío profundo, su amor y su ejemplo han sido mi mayor guía. En los momentos en que sentí que ya no podía continuar, su recuerdo me dio la fuerza para levantarme. Él me enseñó a ser valiente, a perseverar y a no rendirme jamás. Este logro es también suyo, papá, y nace del amor y las enseñanzas que me dejaste.

A mi prima Johanna y a su esposo Don Gabriel, mi eterno agradecimiento por tenderme la mano cuando más lo necesitaba. Gracias por abrirme las puertas de su hogar, por brindarme no solo un espacio donde continuar mis estudios, sino también afecto, comprensión y apoyo sincero. Su solidaridad y calidez fueron un pilar fundamental en este proceso.

A mi tutora Paola López, agradezco profundamente su paciencia, dedicación y compromiso. Gracias por orientarme desde un principio con usted puede obtener de manera profesional mi elaboración de tema, por compartir generosamente sus conocimientos y por acompañarme de manera constante en la elaboración de este trabajo, contribuyendo de forma significativa a mi crecimiento académico y personal.

RESUMEN

La enterocolitis necrosante es una de las principales causas de morbimortalidad en neonatos prematuros hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. La inmadurez del sistema gastrointestinal, la inestabilidad hemodinámica y la detección tardía de signos tempranos incrementan el riesgo de complicaciones graves como sepsis, necrosis intestinal y prolongación de la estancia hospitalaria. En este contexto, el personal de enfermería cumple un rol esencial en la vigilancia clínica continua y en la aplicación oportuna de medidas preventivas orientadas a preservar la seguridad del neonato.

El objetivo general de la investigación fue diseñar una guía de prevención de enterocolitis necrosante dirigida al personal de enfermería, fundamentada en la identificación de factores de riesgo y signos clínicos tempranos en neonatos prematuros. La metodología empleada correspondió a un enfoque cualitativo con diseño descriptivo. La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a cinco profesionales de la salud del área de neonatología de distintos hospitales de la ciudad de Guayaquil, seleccionados por su experiencia directa en la atención de neonatos prematuros de alto riesgo.

Los resultados evidencian coincidencias en relación con los criterios clínicos para el inicio seguro de la alimentación enteral, la identificación temprana de intolerancia alimentaria, los principales factores de riesgo asociados a la ECN y la importancia de una vigilancia clínica sistemática. A partir de estos hallazgos, se espera elaborar una guía preventiva contextualizada que fortalezca la detección precoz, optimice la toma de decisiones de enfermería y contribuya a mejorar la calidad del cuidado neonatal en la UCIN.

Palabras clave: enterocolitis necrosante, neonato prematuro, prevención, enfermería neonatal, UCIN.

ABSTRACT

Necrotizing enterocolitis is one of the main causes of morbidity and mortality in the neonatal population, especially in premature newborns and those with very low birth weight, due to the immaturity of the gastrointestinal system and the presence of multiple associated risk factors. This pathology represents a significant challenge for neonatology services and for healthcare personnel, particularly for the nursing team, which plays a fundamental role in surveillance, prevention, and early detection of complications.

The objective of this research was to develop a necrotizing enterocolitis prevention guide aimed at the nursing staff of the Neonatal Intensive Care Unit, in order to strengthen safe care practices and standardize procedures related to the care of at-risk newborns. The methodology used was descriptive with a qualitative approach, supported by a literature review and the application of interviews to healthcare professionals with experience in the neonatal area, which made it possible to identify the main risk factors, the most effective preventive measures, and the real needs of the service.

As a result, a structured guide was designed that includes principles of safe neonatal care, biosecurity measures, proper feeding management, continuous clinical surveillance, and a basic algorithm of action in cases of suspected necrotizing enterocolitis. It is concluded that the implementation of this guide may contribute to reducing the incidence of the disease, improving the quality of care, and strengthening neonatal patient safety.

Keywords: *necrotizing enterocolitis, prevention, neonatal care, nursing, NICU.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Enterocolitis necrosante	7
1.2. Neonato prematuro de alto riesgo	11
1.3. Rol del personal de enfermería	18
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	22
2.1. Características metodológicas	22
2.2. Grupo de estudio.....	24
2.3. Procesamiento y análisis de la información.....	25
CAPÍTULO III. PROPUESTA	32
3.1. Validación y desarrollo de los resultados prácticos generales de la propuesta	32
3.2. Diseño de la propuesta	33
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Interpretación del instrumento aplicado por categoría.....	26
Tabla 2. Paso A Paso Para Un Correcto Lavado De Manos.....	36
Tabla 3. Paso a paso de la alimentación enteral.....	39
Tabla 4. Paso a paso de la vigilancia clínica integral	43
Tabla 5. Signos digestivos y sistémicos	44
Tabla 6. Escala de BELL.....	45
Tabla 7. Posiciones neonatales.....	46
Tabla 8. Importantes de medidas en el cuidado del neonato	47
Tabla 9. Pregunta 1. ¿Qué criterios clínicos y fisiológicos utiliza para determinar el momento adecuado de inicio de la alimentación enteral en neonatos prematuros de alto riesgo?.....	60
Tabla 10. Pregunta 2 Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los signos clínicos y digestivos tempranos que le alertan sobre una posible intolerancia alimentaria en el neonato prematuro?.....	61
Tabla 11. Pregunta 3 Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los signos clínicos y digestivos tempranos que le alertan sobre una posible intolerancia alimentaria en el neonato prematuro?.....	63
Tabla 12. Pregunta 4¿Qué acciones clínicas y asistenciales se implementan cuando se identifica residuo gástrico aumentado, cambios en la distensión abdominal o alteraciones en la coloración del abdomen?.....	65
Tabla 13. Pregunta 5 ¿Qué medidas de bioseguridad considera esenciales dentro de la UCIN para disminuir el riesgo de colonización bacteriana e infecciones gastrointestinales asociadas a la ECN?	66
Tabla 14. Pregunta 6 Desde su criterio profesional, ¿cuáles considera que son los factores de riesgo más determinantes para el desarrollo de enterocolitis necrosante en neonatos prematuros?.....	68
Tabla 15. Pregunta 7 ¿Qué condiciones maternas, perinatales o del parto influyen de manera significativa en el aumento del riesgo de ECN en estos pacientes? ..	69
Tabla 16. Pregunta 8 Ante la sospecha clínica temprana de enterocolitis necrosante, ¿qué intervenciones inmediatas realiza el equipo de salud para evitar la progresión de la enfermedad?.....	70

Tabla 17. Pregunta 9 ¿Cómo influye la vigilancia continua, el registro oportuno y la comunicación efectiva del personal de enfermería en la detección precoz y prevención de la ECN?	71
Tabla 18. Pregunta 10 Desde su experiencia, ¿qué consecuencias clínicas ha observado en los neonatos prematuros cuando las medidas preventivas frente a la ECN no se aplican de forma adecuada o se retrasan?	72
Tabla 19. Interpretación	73

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrosante (ECN) es reconocida como una de las emergencias gastrointestinales más graves del período neonatal y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en neonatos prematuros de alto riesgo a nivel mundial. Se trata de una enfermedad inflamatoria intestinal de evolución rápida y potencialmente fatal, caracterizada por necrosis de la pared intestinal, que puede progresar hacia perforación, peritonitis, sepsis sistémica y muerte. Su aparición es más frecuente en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), donde se concentran recién nacidos con inmadurez orgánica, bajo peso al nacer y múltiples factores de riesgo clínico.

En la actualidad, la ECN continúa siendo un problema prioritario de salud pública, pese a los avances tecnológicos y terapéuticos en neonatología. La literatura científica reciente reporta que la incidencia global de ECN oscila entre el 5 % y el 10 % de los recién nacidos prematuros, incrementándose de manera significativa en aquellos con muy bajo peso al nacer (<1500 g) y prematuros extremos (<28 semanas de gestación). La tasa de mortalidad asociada a esta patología se mantiene elevada, con cifras que varían entre el 20 % y el 50 %, alcanzando valores superiores en contextos con limitaciones de recursos y ausencia de protocolos preventivos estandarizados.

Además del impacto inmediato en la supervivencia neonatal, la ECN genera consecuencias a largo plazo que afectan de manera significativa la calidad de vida del niño y su familia. Entre las principales secuelas se incluyen el síndrome de intestino corto, malabsorción crónica, retraso del crecimiento, trastornos del neurodesarrollo y alteraciones cognitivas, lo que implica un seguimiento médico prolongado y un elevado costo económico y social para los sistemas de salud. Estas complicaciones evidencian que la ECN no solo representa un evento agudo, sino una condición con repercusiones permanentes en el desarrollo integral del neonato.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la enterocolitis necrosante se origina principalmente por la inmadurez estructural y funcional del intestino del neonato prematuro. La barrera intestinal presenta una permeabilidad aumentada, una respuesta inmunológica deficiente y una capacidad limitada para regular la inflamación. Esta condición favorece la translocación bacteriana y la activación exagerada de mediadores inflamatorios, lo que desencadena daño tisular progresivo. A ello se suma una perfusión mesentérica inestable, frecuente en prematuros, que contribuye a episodios de isquemia intestinal y agrava el proceso inflamatorio.

La etiología de la ECN es considerada multifactorial y compleja, resultado de la interacción entre factores biológicos, clínicos y ambientales. Entre los factores de riesgo más documentados se encuentran la prematuridad, el bajo peso al nacer, la hipoxia perinatal, el uso prolongado de antibióticos, la nutrición enteral inadecuada, la colonización bacteriana anormal y la disbiosis intestinal. En el contexto hospitalario, la manipulación frecuente del neonato, el uso de dispositivos invasivos y la falta de adherencia a las normas de bioseguridad influyen directamente en el aumento del riesgo de desarrollar ECN.

La alimentación enteral ocupa un papel central en la fisiopatología de la ECN. Diversos estudios recientes demuestran que la leche materna ejerce un efecto protector significativo, debido a su contenido de inmunoglobulinas, factores antiinflamatorios, probióticos naturales y componentes bioactivos que favorecen la maduración intestinal y el equilibrio del microbiota. En contraste, la alimentación artificial se ha asociado con un mayor riesgo de inflamación intestinal, disbiosis y daño epitelial, especialmente cuando se inicia de forma precoz o con progresión rápida de volúmenes.

A nivel mundial, la prevención de la enterocolitis necrosante se ha consolidado como la estrategia más efectiva para reducir su incidencia y gravedad. Organismos internacionales y sociedades científicas recomiendan la implementación de medidas preventivas basadas en la evidencia, tales como la promoción de la lactancia materna exclusiva, la progresión controlada de la alimentación enteral, el

manejo cuidadoso de antibióticos, el control térmico adecuado, la vigilancia hemodinámica continua y el estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad en las UCIN.

En América Latina, la ECN continúa representando un desafío significativo para los servicios de neonatología. Las desigualdades en el acceso a cuidados especializados, la sobrecarga de los servicios hospitalarios y la variabilidad en la formación del personal de salud contribuyen a una atención heterogénea. Estas condiciones limitan la aplicación uniforme de estrategias preventivas y favorecen la detección tardía de la enfermedad, incrementando el riesgo de complicaciones graves y mortalidad neonatal.

En el contexto ecuatoriano, la enterocolitis necrosante se mantiene como una de las principales causas de morbilidad gastrointestinal en neonatos prematuros, especialmente en hospitales de segundo y tercer nivel que atienden casos de alta complejidad. A pesar de los esfuerzos institucionales, persiste la ausencia de guías técnicas específicas orientadas a la prevención de la ECN, particularmente dirigidas al personal de enfermería, lo que genera variabilidad en la práctica clínica y limita la estandarización del cuidado neonatal.

El personal de enfermería desempeña un rol estratégico en la prevención de la enterocolitis necrosante, debido a su contacto directo y continuo con el neonato prematuro. Entre sus responsabilidades se incluyen la monitorización permanente de los signos vitales, la evaluación de la tolerancia alimentaria, la medición del perímetro abdominal, la identificación de residuos gástricos anormales y la detección temprana de signos de alarma gastrointestinal. La capacidad del personal de enfermería para reconocer cambios clínicos sutiles y comunicar oportunamente estos hallazgos al equipo multidisciplinario resulta determinante para prevenir la progresión de la enfermedad.

Asimismo, la comunicación efectiva y el trabajo interdisciplinario constituyen componentes esenciales en la prevención de la ECN. La coordinación entre médicos, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales de la salud permite una

toma de decisiones oportuna y basada en la evidencia. En este proceso, la enfermería actúa como eje articulador del cuidado, favoreciendo una atención integral, segura y humanizada.

Desde una perspectiva ética y profesional, la prevención de la enterocolitis necrosante implica un compromiso con la seguridad del paciente neonatal. La implementación de prácticas estandarizadas basadas en la evidencia permite reducir la variabilidad clínica, optimizar los recursos disponibles y garantizar una atención de calidad centrada en las necesidades del neonato y su familia.

La realización del presente estudio se justifica por la elevada incidencia, gravedad y consecuencias a corto y largo plazo de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo. A pesar de los avances en el cuidado neonatal, la ECN continúa siendo una causa prevenible de mortalidad y discapacidad, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención desde un enfoque integral y basado en la evidencia científica actual.

Desde el punto de vista clínico, la prevención de la ECN permite disminuir la morbilidad neonatal, reducir la necesidad de intervenciones quirúrgicas, acortar la estancia hospitalaria y mejorar los resultados en salud. La implementación de medidas preventivas sistemáticas contribuye a la detección temprana de signos de alarma y a la intervención oportuna, evitando la progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad.

Desde el ámbito profesional, este estudio aporta al fortalecimiento del rol del personal de enfermería como agente clave en la prevención de la ECN. La sistematización del conocimiento y la elaboración de herramientas técnicas orientadas al cuidado preventivo favorecen una práctica clínica segura, estandarizada y sustentada en la evidencia, reduciendo la variabilidad en la atención y mejorando la calidad del cuidado neonatal.

En el contexto institucional y social, la prevención de la enterocolitis necrosante contribuye a la optimización de los recursos sanitarios y a la disminución de los

costos asociados a hospitalizaciones prolongadas y tratamientos complejos. Asimismo, mejora la experiencia de las familias, reduciendo el impacto emocional y social derivado de la enfermedad y fortaleciendo la confianza en los servicios de salud.

A pesar de la evidencia disponible sobre la prevención de la enterocolitis necrosante, en muchos servicios de neonatología persiste la ausencia de guías específicas que orienten de manera estandarizada las acciones preventivas del personal de enfermería. Esta situación genera variabilidad en la práctica clínica, retrasos en la identificación de factores de riesgo y una respuesta inadecuada ante los primeros signos de alarma, incrementando la probabilidad de complicaciones graves en neonatos prematuros de alto riesgo.

Por lo expuesto se plantea como objetivo general:

Diseñar una guía de prevención de enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo, que oriente la práctica profesional y fortalezca la seguridad del neonato.

Además, se expone los objetivos específicos:

- Analizar las mejores prácticas actuales en la prevención de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros mediante una revisión sistemática de la literatura.
- Definir los factores de riesgo y necesidades de prevención de enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo, a través de entrevistas aplicadas a personal de salud, que fundamenten el contenido de la guía.
- Identificar los principales componentes de una guía de prevención de enterocolitis necrosante entre neonatos de alto riesgo.

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de tipo descriptivo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de salud expertos en neonatología, con el objetivo de explorar sus conocimientos, experiencias y percepciones sobre

la prevención de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo. La información obtenida permitió identificar prácticas relevantes y necesidades específicas del contexto clínico.

La prevención de la enterocolitis necrosante representa un aporte significativo para la mejora de la calidad del cuidado neonatal, la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal y el fortalecimiento del rol del personal de enfermería. El impacto de este estudio se refleja en la promoción de una atención segura, humanizada y basada en la evidencia, orientada a proteger la vida y el desarrollo integral de los neonatos prematuros de alto riesgo.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Enterocolitis necrosante

La enterocolitis necrosante (ECN) fue descrita por primera vez a finales del siglo XIX; sin embargo, su reconocimiento como una entidad clínica relevante ocurrió de manera progresiva a lo largo del siglo XX. Su importancia epidemiológica y clínica se incrementó de forma significativa a partir de la segunda mitad del siglo XX, coincidiendo con el aumento de la supervivencia de neonatos prematuros extremos gracias a los avances en la medicina perinatal y al desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Este contexto permitió identificar con mayor frecuencia la ECN y establecer su estrecha relación con la inmadurez fisiológica del recién nacido prematuro (Guasch, 2015). La consolidación de la neonatología moderna evidenció que la ECN no era una enfermedad aislada, sino una patología multifactorial asociada directamente a la inmadurez gastrointestinal, inmunológica y hemodinámica. Desde entonces, múltiples investigaciones han profundizado en su fisiopatología, factores predisponentes y estrategias preventivas, posicionándola como una de las principales prioridades en la atención neonatal especializada (Hu, Zhang & Zhang, 2024).

Desde el punto de vista clínico, la enterocolitis necrosante se define como una enfermedad inflamatoria y necrosante del tracto gastrointestinal del neonato, que afecta con mayor frecuencia al íleon distal y al colon. Se caracteriza por un proceso inflamatorio intestinal agudo que puede evolucionar rápidamente hacia necrosis de la pared intestinal, perforación, sepsis y falla multiorgánica, constituyéndose en una verdadera emergencia médica neonatal (Zhou, Zhang & Li, 2024).

La ECN representa una de las principales causas de morbimortalidad neonatal en las UCIN, incluso en contextos con alta tecnología y personal especializado. Su curso clínico impredecible, la rapidez de progresión y la gravedad de sus complicaciones hacen que esta patología continúe siendo un desafío significativo

para los sistemas de salud y el equipo multidisciplinario que atiende al recién nacido prematuro.

Más allá de su gravedad clínica, la ECN tiene un profundo impacto humano. Desde una perspectiva humanizada, esta patología no solo compromete la vida del neonato, sino que constituye una experiencia altamente angustiante para las familias. La evolución clínica impredecible, la prolongación de la hospitalización en la UCIN, la exposición a procedimientos invasivos y la posibilidad de secuelas permanentes generan altos niveles de estrés emocional en padres y cuidadores.

En este sentido, el abordaje de la ECN exige no solo conocimientos científicos sólidos, sino también sensibilidad, acompañamiento emocional y un enfoque ético centrado en el cuidado integral del recién nacido y su entorno familiar. La atención humanizada resulta esencial para mitigar el impacto emocional y fortalecer el vínculo familia-equipo de salud durante el proceso de hospitalización.

A nivel mundial, la enterocolitis necrosante continúa siendo una causa relevante de morbilidad y mortalidad neonatal. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 7 % de los recién nacidos prematuros con muy bajo peso al nacer desarrollan esta enfermedad, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 20 % y el 50 %, dependiendo del estadio clínico, la oportunidad del diagnóstico y la rapidez en la instauración del tratamiento (OMS, 2024).

En regiones con sistemas de salud limitados, como varios países de América Latina, la incidencia y mortalidad por ECN son significativamente mayores. La Organización Panamericana de la Salud señala que la escasez de personal capacitado, la falta de protocolos estandarizados y las deficiencias en infraestructura hospitalaria influyen directamente en la gravedad de la enfermedad. En este contexto, la ECN se convierte en un indicador de desigualdad en el acceso a una atención neonatal segura y basada en evidencia científica (OPS, 2023).

En Ecuador, la ECN constituye una de las principales patologías gastrointestinales observadas en recién nacidos prematuros hospitalizados en centros de tercer nivel.

Datos del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadística y Censos indican que la mortalidad infantil se mantiene entre 6 y 8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la prematuridad y sus complicaciones determinantes fundamentales de estas cifras (INEC, 2023; MSP, 2024).

La fisiopatología de la enterocolitis necrosante es compleja y multifactorial. La evidencia científica actual coincide en que la enfermedad se origina a partir de la interacción simultánea de tres mecanismos fundamentales: la inmadurez de la barrera intestinal, la colonización bacteriana anómala y una respuesta inmunológica desregulada propia del neonato prematuro (Hu et al., 2024).

En los neonatos prematuros, la mucosa intestinal presenta una inmadurez estructural y funcional caracterizada por uniones intercelulares débiles, menor producción de moco protector y un sistema inmunitario local insuficientemente desarrollado. Estas condiciones incrementan la permeabilidad intestinal y facilitan la translocación bacteriana hacia el torrente sanguíneo, desencadenando una respuesta inflamatoria exagerada que daña progresivamente la pared intestinal.

Adicionalmente, los episodios de hipoxia perinatal, asfixia o inestabilidad hemodinámica reducen el flujo sanguíneo mesentérico, provocando isquemia de la mucosa intestinal. Posteriormente, el fenómeno de reperfusión genera liberación de radicales libres y citocinas proinflamatorias. En este contexto, la colonización por bacterias patógenas, como *Clostridium butyricum*, contribuye a la producción de toxinas que aceleran el daño intestinal y favorecen la progresión hacia necrosis y perforación intestinal (Zhou et al., 2024).

La evolución clínica de la ECN puede ser rápida e impredecible, especialmente en neonatos prematuros de muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer. En las fases iniciales, los signos clínicos suelen ser inespecíficos e incluyen distensión abdominal leve, aumento del residuo gástrico y vómitos intermitentes. A nivel sistémico, pueden presentarse episodios de apnea, bradicardia y letargo, lo que requiere una vigilancia clínica constante por parte del personal de salud.

A medida que la enfermedad progresa, los signos clínicos se intensifican y reflejan un compromiso intestinal más severo. La distensión abdominal se vuelve marcada, las heces pueden presentar sangre visible y los estudios radiológicos permiten identificar neumatosis intestinal y gas portal, hallazgos característicos que confirman el diagnóstico de ECN y evidencian la gravedad del proceso inflamatorio y necrótico en curso.

En estadios avanzados, la ECN puede evolucionar hacia perforación intestinal, peritonitis, shock séptico y falla multiorgánica. Clínicamente, el neonato presenta abdomen rígido, palidez, hipotensión y alteraciones graves de la coagulación. En estos casos, la intervención quirúrgica se convierte en una medida indispensable, aunque el pronóstico continúa siendo reservado incluso con un manejo oportuno y adecuado.

El diagnóstico de la ECN se basa en la integración de los hallazgos clínicos y radiológicos. La radiografía abdominal continúa siendo la herramienta diagnóstica principal, permite identificar signos característicos como neumatosis intestinal, gas portal o neumoperitoneo. La ecografía abdominal con Doppler se utiliza como complemento diagnóstico, permitiendo evaluar la perfusión intestinal y la extensión del compromiso tisular, especialmente en fases tempranas de la enfermedad.

El tratamiento de la ECN depende del estadio clínico de la enfermedad y de la evolución del neonato. En fases tempranas, el manejo es conservador e incluye la suspensión inmediata de la alimentación enteral, descompresión gástrica, administración de antibióticos de amplio espectro, nutrición parenteral y monitorización estricta de los parámetros clínicos y hemodinámicos.

En casos avanzados, caracterizados por perforación intestinal o necrosis extensa, se requiere tratamiento quirúrgico, que consiste en la resección de los segmentos intestinales comprometidos. A pesar del manejo quirúrgico oportuno, la mortalidad continúa siendo elevada, lo que resalta la importancia de la prevención y detección temprana.

Las consecuencias de la enterocolitis necrosante pueden extenderse más allá del período neonatal. A corto plazo, los sobrevivientes pueden presentar sepsis recurrente, alteraciones metabólicas y estancias hospitalarias prolongadas. A largo plazo, entre el 20 % y 30 % desarrollan secuelas significativas como síndrome de intestino corto, malabsorción crónica y retraso en el desarrollo neurológico, afectando de manera directa su calidad de vida y la de sus familias (Alshaikh, 2023).

En conclusión, la enterocolitis necrosante es una patología grave, compleja y multifactorial que afecta principalmente a neonatos prematuros, con alta morbimortalidad y riesgo de secuelas permanentes. Su abordaje exige un enfoque integral basado en evidencia científica, vigilancia clínica continua y cuidado humanizado. En este contexto, la prevención y la detección temprana se consolidan como las estrategias más efectivas para reducir su impacto, mejorar el pronóstico y proteger la vida de los recién nacidos más vulnerables.

1.2. Neonato prematuro de alto riesgo

Los neonatos prematuros se definen con aquellos que nacen vivos antes de las 37 semanas de gestación y se clasifican según su edad gestacional en extremadamente prematuros (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas) y prematuros moderados o tardíos (32 a <37 semanas). El nacimiento prematuro constituye la principal causa de mortalidad neonatal a nivel mundial y se asocia a un incremento significativo del riesgo de morbilidad.

A partir de esta clasificación, se identifica un grupo de especial vulnerabilidad conformado por los neonatos prematuros de alto riesgo, que corresponden principalmente a los extremadamente prematuros, es decir, aquellos nacidos antes de las 28 semanas de gestación y muy prematuro que nacen entre las 28 y 32 semanas de gestación y así como a los recién nacidos con un peso al nacer inferior a 1.000–1.500 gramos. Estos neonatos presentan una elevada probabilidad de desarrollar complicaciones respiratorias, neurológicas y cardiovasculares, debido a la inmadurez estructural y funcional de sus órganos y sistemas.

Entre los principales factores asociados a este alto riesgo se incluyen la inmadurez extrema, la presencia de infecciones, los trastornos maternos especialmente la preeclampsia y el peso extremadamente bajo al nacer, lo que hace indispensable la vigilancia continua y la provisión de cuidados especializados, generalmente en unidades de cuidados intensivos neonatales, con un enfoque integral y humanizado.

Criterios que lo clasifica como neonatos prematuros de alto riesgo:

Prematuro extremo: Recién nacidos cuya edad gestacional es inferior a las 28 semanas, caracterizados por un alto grado de inmadurez orgánica y funcional.

Muy prematuros: Neonatos que nacen entre las 28 y menos de 32 semanas de gestación, con sistemas aún en desarrollo y mayor susceptibilidad a complicaciones.

Muy bajo peso al nacer: Recién nacidos con un peso inferior a 1.500 gramos al momento del nacimiento, especialmente aquellos con peso menor a 1.000 gramos, quienes presentan una mayor fragilidad fisiológica y requieren cuidados especializados.

La prematuridad constituye un factor determinante en la condición de alto riesgo del neonato, el nacimiento antes de completar la maduración intrauterina se asocia directamente con un peso al nacer reducido y una mayor vulnerabilidad fisiológica.

En este contexto,

Los recién nacidos con muy bajo peso al nacer, definidos como aquellos con un peso inferior a 1.500 gramos, presentan un riesgo elevado de complicaciones neonatales debido a la inmadurez de sus sistemas respiratorio, cardiovascular, metabólico e inmunológico. De manera más crítica,

Los neonatos con peso extremadamente bajo, menor a 1.000 gramos, evidencian una fragilidad biológica marcada, limitada capacidad de adaptación y alta

dependencia de cuidados altamente especializados, lo que los convierte en un grupo prioritario dentro de la atención neonatal intensiva.

En el neonato prematuro de alto riesgo, los factores de riesgo que condicionan su estado de vulnerabilidad se interrelacionan a nivel biológico, clínico y asistencial, configurando un escenario de fragilidad extrema desde el nacimiento.

Desde el punto de vista biológico, la inmadurez estructural y funcional de los órganos y sistemas representa el principal determinante de riesgo, destacándose la limitada capacidad del sistema inmunológico, la inmadurez de la barrera intestinal, la deficiente regulación hemodinámica y la escasa reserva metabólica, condiciones que disminuyen la capacidad de adaptación del neonato al medio extrauterino (Stoll et al., 2015).

Inmadurez del sistema inmunológico: Capacidad limitada para producir inmunoglobulinas y responder de forma eficaz a agentes infecciosos, lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones sistémicas y sepsis neonatal.

Inmadurez gastrointestinal: Barrera intestinal estructural y funcionalmente incompleta, con mayor permeabilidad y menor producción de moco protector, facilitando la translocación bacteriana.

Inmadurez respiratoria: Déficit de surfactante pulmonar y desarrollo alveolar incompleto, lo que condiciona dificultad respiratoria y episodios de hipoxia tisular.

Inmadurez neurológica: Fragilidad de la vasculatura cerebral y deficiente autorregulación del flujo sanguíneo, predisponiendo a hemorragia intraventricular y alteraciones neurológicas.

Inmadurez cardiovascular: Regulación ineficaz del gasto cardíaco y tendencia a inestabilidad hemodinámica, con riesgo de hipoperfusión sistémica y mesentérica.

Inmadurez metabólica: Reservas energéticas limitadas y control glucémico inestable, lo que favorece la aparición de hipoglucemia recurrente.

Alteración de la termorregulación: Incapacidad para mantener la temperatura corporal debido a escasa grasa subcutánea y mecanismos térmicos inmaduros, aumentando el estrés metabólico.

Bajo peso al nacer: Muy bajo o extremadamente bajo peso, asociado a menor masa corporal, mayor fragilidad fisiológica y menor capacidad de adaptación al medio extrauterino.

A nivel clínico, el riesgo se incrementa cuando el prematuro presenta compromiso respiratorio con necesidad de soporte ventilatorio, episodios de asfixia perinatal, inestabilidad hemodinámica, sepsis neonatal, hipoglucemia recurrente o alteraciones térmicas persistentes, estas condiciones generan hipoxia tisular, inflamación sistémica y deterioro progresivo de la perfusión orgánica (Papile et al., 2018).

Condiciones clínicas al nacimiento:

Compromiso respiratorio: Presencia de dificultad respiratoria, incluyendo síndrome de dificultad respiratoria (SDR), con requerimiento de soporte ventilatorio no invasivo (CPAP) o ventilación mecánica (VM).

Depresión neonatal persistente: Puntaje de Apgar bajo de forma sostenida, indicativo de adaptación inadecuada a la vida extrauterina.

Inestabilidad hemodinámica: Alteraciones en la perfusión y en los signos vitales que requieren monitoreo y manejo continuo.

Sepsis neonatal: Sospecha clínica o confirmación microbiológica de infección sistémica durante el período neonatal.

Asfixia perinatal: Compromiso del intercambio gaseoso perinatal con repercusión neurológica y sistémica.

Alteraciones térmicas: Hipotermia persistente secundaria a inmadurez en los mecanismos de termorregulación.

Trastornos metabólicos: Episodios recurrentes de hipoglucemia que requieren control y corrección inmediata.

Por su parte, los factores asistenciales desempeñan un rol determinante en la evolución del neonato prematuro de alto riesgo, incluyendo la exposición a procedimientos invasivos, el uso prolongado de catéteres, la administración de antibióticos de amplio espectro, la ventilación mecánica prolongada y la falta de protocolos estandarizados de cuidado neonatal, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones graves y comprometer la estabilidad clínica del recién nacido (WHO, 2022).

Uso de procedimientos invasivos: La presencia de catéteres umbilicales, venosos centrales y sondas orogástricas incrementa el riesgo de infecciones y altera la estabilidad del neonato prematuro.

Ventilación mecánica prolongada: El soporte respiratorio invasivo se asocia a cambios en la perfusión intestinal, favoreciendo la hipoxia tisular y aumentando el riesgo de ECN.

Alimentación enteral inadecuada: El inicio temprano sin criterios clínicos claros, la progresión rápida del volumen o el uso de fórmulas lácteas aumentan la vulnerabilidad intestinal.

Uso prolongado de antibióticos: La antibioterapia extensa modifica el microbiota intestinal normal, favoreciendo el sobrecrecimiento bacteriano patógeno.

Deficiencias en la bioseguridad: El incumplimiento de la higiene de manos y técnicas asépticas incrementa la transmisión de infecciones en la UCIN.

Falta de protocolos estandarizados: La ausencia de guías claras para alimentación, manejo hemodinámico y control de infecciones aumenta la variabilidad asistencial y el riesgo de complicaciones.

Monitoreo clínico insuficiente: La vigilancia inadecuada de signos digestivos y hemodinámicos retrasa la identificación temprana de ECN.

Prolongada estancia hospitalaria: A mayor tiempo de hospitalización, mayor exposición a factores de riesgo infecciosos y asistenciales.

La convergencia de estos factores explica por qué el neonato prematuro de alto riesgo requiere vigilancia continua, cuidados especializados y una atención integral centrada tanto en la seguridad clínica como en el cuidado humanizado.

Condiciones hemodinámicas

Inestabilidad hemodinámica: El neonato prematuro de alto riesgo presenta inmadurez cardiovascular, con episodios frecuentes de hipotensión y bajo gasto cardíaco que reducen la perfusión intestinal, favoreciendo la isquemia y el daño de la mucosa intestinal.

Hipoxia y redistribución del flujo sanguíneo: En situaciones de estrés, el flujo se dirige a órganos vitales como cerebro y corazón, disminuyendo la irrigación intestinal, lo que incrementa la susceptibilidad a ECN.

Conducto arterioso persistente: Esta condición altera el equilibrio hemodinámico y puede comprometer la oxigenación intestinal, especialmente cuando requiere tratamiento farmacológico o quirúrgico.

Condiciones nutricionales

Nutrición enteral inmadura: El intestino del prematuro no está completamente desarrollado, lo que dificulta la digestión y absorción de nutrientes, aumentando el riesgo de intolerancia alimentaria.

Uso de nutrición parenteral prolongada: Aunque necesaria, su uso extendido retrasa la maduración intestinal y modifica el microbiota, lo que predispone al desarrollo de ECN.

Alimentación con fórmula: La ausencia de leche materna elimina factores protectores inmunológicos y antiinflamatorios, incrementando el riesgo de inflamación intestinal.

En el contexto hospitalario, el neonato prematuro de alto riesgo es atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, un entorno altamente especializado destinado a sostener funciones vitales inmaduras mediante tecnología avanzada y vigilancia continua.

Sin embargo, la permanencia en la UCIN implica una exposición constante a procedimientos invasivos como catéteres, ventilación mecánica y monitoreo hemodinámico continuo, así como a factores ambientales propios del área crítica. Estas condiciones, sumadas al riesgo de infecciones nosocomiales y a la manipulación frecuente, pueden alterar la estabilidad fisiológica del neonato y favorecer procesos inflamatorios intestinales que incrementan la probabilidad de desarrollar enterocolitis necrosante.

La vulnerabilidad del neonato prematuro frente a la enterocolitis necrosante se explica por la marcada inmadurez de sus sistemas biológico, inmunológico y gastrointestinal, característica de los recién nacidos de muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer. El intestino inmaduro presenta una barrera mucosa deficiente, perfusión mesentérica inestable y una respuesta inflamatoria exagerada, lo que facilita la colonización bacteriana patológica y el daño tisular progresivo. Esta

combinación de factores convierte al neonato prematuro de alto riesgo en una población altamente susceptible a la ECN, especialmente durante las primeras semanas de vida y en el contexto de cuidados intensivos.

1.3. Rol del personal de enfermería

El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la prevención de la enterocolitis necrosante, debido a su contacto continuo, directo y permanente con el neonato prematuro de alto riesgo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Esta proximidad asistencial posiciona a la enfermería como el primer eslabón en la identificación de alteraciones clínicas tempranas y en la ejecución de intervenciones preventivas basadas en evidencia científica.

Desde un enfoque humanista y seguro, la práctica enfermera integra competencias técnicas, pensamiento crítico y acompañamiento emocional a la familia, en concordancia con los principios del cuidado propuestos por Jean Watson, quien enfatiza que el cuidado profesional trasciende la técnica e incorpora dimensiones éticas, humanas y relacionales que influyen directamente en los resultados clínicos (Watson, 2018).

La vigilancia clínica sistemática constituye uno de los pilares del rol de enfermería en la prevención de la ECN. El monitoreo riguroso y continuo de los signos vitales, así como la observación detallada de los signos digestivos, permite identificar cambios sutiles que suelen preceder a la manifestación clínica evidente de la enfermedad. En el neonato prematuro de alto riesgo, alteraciones mínimas como residuo gástrico aumentado, distensión abdominal progresiva, cambios en la coloración de la piel, letargo o inestabilidad térmica pueden representar manifestaciones iniciales de compromiso intestinal.

La capacidad del personal de enfermería para reconocer estos signos y registrar de forma precisa su evolución clínica resulta determinante para activar de manera oportuna los protocolos de alarma y facilitar una intervención médica temprana.

El manejo de la alimentación enteral representa una de las responsabilidades más críticas del personal de enfermería en la prevención de la ECN, debido a la extrema vulnerabilidad del intestino inmaduro. La introducción progresiva de la alimentación, el respeto estricto de los volúmenes indicados y la evaluación constante de la tolerancia alimentaria en cada toma permiten reducir el riesgo de sobrecarga intestinal, hipoxia local e inflamación. La enfermería, como responsable directa de la administración de la alimentación enteral, cumple un rol clave en la vigilancia de residuos gástricos, la detección de distensión abdominal y la suspensión oportuna de la alimentación ante signos de intolerancia, evitando así la progresión hacia daño intestinal irreversible.

La promoción, protección y apoyo a la lactancia materna constituye la intervención preventiva más eficaz frente a la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo. La leche materna contiene inmunoglobulinas, factores antiinflamatorios, citocinas inmunomoduladoras y componentes prebióticos que favorecen la maduración del intestino inmaduro y la formación de un microbioma intestinal protector.

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol esencial al fomentar activamente la lactancia desde la UCIN, garantizar la correcta administración de leche humana propia o donada y educar a la madre sobre el efecto protector de la leche materna frente a la ECN, incluso en situaciones clínicas complejas que dificultan el amamantamiento directo.

La aplicación estricta de normas de bioseguridad y control de infecciones es otra dimensión crítica del rol de enfermería en la prevención de la ECN. La inmadurez inmunológica del neonato prematuro de alto riesgo lo expone a infecciones nosocomiales que pueden desencadenar respuestas inflamatorias sistémicas asociadas al daño intestinal. El cumplimiento riguroso de la higiene de manos, la asepsia en procedimientos invasivos y la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud disminuyen significativamente la colonización bacteriana patógena y la translocación microbiana, reduciendo así uno de los principales factores desencadenantes de la enterocolitis necrosante.

La detección temprana de signos de alarma es una competencia clave del personal de enfermería, derivada de su observación constante y su juicio clínico especializado. La identificación precoz de manifestaciones abdominales y sistémicas iniciales permite interrumpir la progresión de la ECN en sus fases tempranas, antes de que se desarrollen necrosis intestinal extensa, sepsis o compromiso multisistémico. En este sentido, la comunicación inmediata y efectiva con el equipo médico frente a cualquier alteración clínica es un componente esencial del rol enfermero, garantiza la toma de decisiones oportunas y coordinadas.

La educación a los padres y cuidadores forma parte integral del rol del personal de enfermería en la prevención de la ECN. A través de la enseñanza sobre higiene, lactancia, signos de alarma y cuidados del prematuro, la enfermería fortalece el rol protector de la familia y promueve la continuidad del cuidado seguro. Esta educación contribuye no solo a la prevención de complicaciones durante la hospitalización, sino también a la reducción de riesgos tras el alta neonatal.

Diversos estudios respaldan la importancia de la capacitación continua del personal de enfermería en la reducción de la incidencia de ECN. La Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (2023) evidenció que las UCIN que han reforzado la formación específica del personal de enfermería en prevención de ECN han logrado disminuir su incidencia hospitalaria hasta en un 20 %, lo que confirma el impacto directo del conocimiento actualizado y de la práctica basada en evidencia en los resultados neonatales.

No obstante, la ausencia de guías específicas de enfermería neonatal en el contexto ecuatoriano genera variabilidad en la práctica clínica y puede limitar la efectividad de las intervenciones preventivas. La estandarización de cuidados mediante protocolos basados en evidencia permitiría fortalecer la seguridad del paciente neonatal, optimizar la calidad asistencial y mejorar los resultados clínicos en prematuros de alto riesgo. En este marco, el personal de enfermería no solo actúa como ejecutor del cuidado, sino también como agente activo en los procesos

de mejora continua y en la promoción de políticas institucionales orientadas a la seguridad neonatal.

En síntesis, el rol del personal de enfermería en la UCIN integra conocimientos científicos, habilidades técnicas, juicio clínico y cuidado humanizado para proteger al neonato prematuro de alto riesgo frente a la enterocolitis necrosante. Su actuación sistemática, anticipatoria y ética constituye la primera línea de defensa frente a una de las patologías más graves de la neonatología, garantizando cuidados seguros, reducción de eventos adversos evitables y protección del desarrollo y la vida del neonato.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Características metodológicas

Enfoque

El estudio llega a estar con un enfoque cualitativo porque busca comprender, desde la práctica profesional real, cómo ocurre la enterocolitis necrosante (ECN) en neonatos prematuros de alto riesgo y cuál sería el rol del personal de enfermería de UCIN en su prevención. Este tipo de enfoque resulta pertinente debido a que la ECN es una enfermedad compleja que involucra aspectos biológicos, asistenciales y contextuales que no pueden ser explicados únicamente mediante cifras o estadísticas. La comprensión del riesgo, la interpretación de los signos iniciales, la toma de decisiones, la identificación de cambios sutiles en el estado del neonato y la aplicación de protocolos preventivos requieren explorar la experiencia, el juicio clínico y el conocimiento especializado del personal que trabaja en unidades neonatales. A través de este enfoque es posible analizar cómo las enfermeras perciben los signos de alarma, cómo interpretan la respuesta digestiva del neonato, qué estrategias aplican ante situaciones críticas y cuáles son las barreras institucionales que enfrentan durante el cuidado. Asimismo, permite reconstruir las dinámicas de vigilancia, valorar la pertinencia de las prácticas actuales y comprender cómo se materializa el cuidado preventivo dentro de la UCIN. Al basarse en testimonios, experiencias y criterios clínicos reales, este enfoque aporta información profunda para sustentar la elaboración de una guía preventiva contextualizada y ajustada a la realidad hospitalaria ecuatoriana.

Nivel / Tipo

El estudio se ubica en un nivel descriptivo porque su objetivo es caracterizar de manera detallada las prácticas preventivas aplicadas por el personal de salud en el cuidado del neonato prematuro de alto riesgo con posibilidad de desarrollar ECN. Este nivel permite registrar el fenómeno tal como ocurre en el entorno asistencial, sin intervenir en la dinámica clínica, lo cual es fundamental en unidades neonatales

donde la estabilidad del paciente es extremadamente delicada. La investigación descriptiva permite documentar variables clínicas como edad gestacional, peso al nacer, tolerancia alimentaria, estabilidad cardiorrespiratoria, tipo de alimentación administrada y presencia de signos abdominales iniciales.

También posibilita detallar cómo se ejecutan prácticas esenciales de enfermería, tales como vigilancia del abdomen, control térmico, manejo del residuo gástrico, adherencia a normas de bioseguridad y monitoreo continuo de signos vitales. Describir estas prácticas permite identificar patrones de actuación, variaciones entre turnos, brechas en la aplicación de protocolos y fortalezas del servicio. Este nivel proporciona una visión objetiva de la situación actual y constituye la base para diseñar una guía preventiva fundamentada en las necesidades reales de la unidad neonatal.

Método

El estudio utiliza un método transversal, el cual consiste en recolectar información en un único periodo u ocasión, permitiendo obtener una información precisa del estado actual del cuidado neonatal y de las estrategias preventivas empleadas por el personal de enfermería frente al riesgo de ECN. Este método es adecuado en unidades neonatales, donde la condición clínica del prematuro puede cambiar rápidamente y se requiere recolectar datos sin prolongar la observación ni interferir con la estabilidad del paciente.

El enfoque transversal permite analizar simultáneamente las características clínicas del neonato y las acciones preventivas aplicadas en el mismo periodo de estudio. Así, es posible identificar cómo se ejecutan los procedimientos, qué protocolos se aplican, cómo se registra la tolerancia digestiva, qué signos de alarma son evaluados y cuáles son las prácticas de bioseguridad implementadas.

Además, este método facilita reconocer brechas en la uniformidad de los cuidados, variaciones entre profesionales y factores que influyen en la detección temprana de la ECN. Su pertinencia radica en que permite recopilar información representativa

del funcionamiento habitual del servicio, fundamentando de manera sólida la propuesta final de una guía preventiva contextualizada y sustentada en la realidad clínica.

Técnicas de investigación

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas a profesionales de la salud del área de neonatología con más de cinco años de experiencia laboral. Este método permitió obtener información cualitativa basada en la experiencia clínica, orientada a comprender cómo el personal de salud identifica los signos tempranos de riesgo, aplica medidas preventivas y toma decisiones durante la atención del neonato prematuro.

Para ello, se utilizó un banco de 10 preguntas, previamente elaborado en concordancia con los objetivos del estudio, el cual se aplicó previa explicación del propósito de la entrevista y la obtención del consentimiento ético informado de los participantes. Las preguntas utilizadas para la entrevista se presentan en el Anexo 2 y constituyen la base para el diseño de una guía de prevención ajustada a la realidad del entorno hospitalario.

2.2. Grupo de estudio

El grupo de estudio estuvo conformado por cinco profesionales de la salud pertenecientes a diferentes áreas del servicio de neonatología y a distintos hospitales de la ciudad de Guayaquil. Participaron un médico pediatra, una enfermera neonatóloga, una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y dos médicos neonatólogos, todos con experiencia directa en la atención de neonatos prematuros de alto riesgo y en la aplicación de estrategias de prevención de la enterocolitis necrosante.

La inclusión de profesionales de distintas disciplinas permitió obtener una visión integral e interdisciplinaria del cuidado neonatal, enriqueciendo el análisis del fenómeno estudiado desde múltiples perspectivas clínicas y asistenciales. La

selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, estrategia metodológica adecuada para estudios con enfoque cualitativo de tipo descriptivo, cuyo propósito es explorar en profundidad las experiencias y percepciones de informantes clave más que alcanzar una generalización estadística.

Este tipo de muestreo se justificó por la accesibilidad de los profesionales, su disposición para participar y su conocimiento especializado sobre el tema, así como por las limitaciones propias del contexto hospitalario y la alta carga asistencial en los servicios de neonatología. Asimismo, el número de participantes se consideró suficiente para alcanzar la saturación teórica, garantizando la pertinencia y profundidad de la información obtenida.

2.3. Procesamiento y análisis de la información

La interpretación cualitativa de la información obtenida a través de las entrevistas permite comprender la prevención de la enterocolitis necrosante (ECN) como un proceso clínico integral, dinámico y anticipatorio, sustentado en la vigilancia continua, la toma de decisiones oportunas y la estandarización del cuidado neonatal. Las respuestas completas correspondientes a cada una de las preguntas de la entrevista se presentan de manera detallada en el Anexo 3, donde se expone el discurso íntegro de los profesionales participantes.

Las categorías emergentes reflejan una construcción colectiva del conocimiento profesional, en la que la experiencia clínica se articula con principios fisiopatológicos y de seguridad del paciente, evidenciando la necesidad de una guía preventiva estructurada y contextualizada. Lo que se desarrolla a continuación corresponde a la interpretación integradora de esta información organizada por categorías de análisis, con el propósito de comprender el fenómeno estudiado desde un enfoque cualitativo aplicado.

Tabla 1. Interpretación del instrumento aplicado por categoría

Categoría central	Subcategoría	Códigos emergentes
1 Inicio seguro de alimentación enteral	Estabilidad clínica	Estabilidad hemodinámica, estabilidad respiratoria, parámetros metabólicos
	Estrategia nutricional	Alimentación trófica, inicio precoz controlado, edad gestacional
2. Detección temprana de intolerancia alimentaria	Signos digestivos	Residuo gástrico aumentado, vómitos biliosos, distensión abdominal
	Signos sistémicos	Apnea, letargo, inestabilidad térmica
1. Vigilancia clínica integral	Hemodinámica	FC, PA, perfusión periférica
	Respiratoria	FR, SpO ₂ , soporte ventilatorio
	Gastrointestinal	Perímetro abdominal, deposiciones, residuo gástrico
2. Actuación ante signos de alarma	Medidas inmediatas	Suspensión de alimentación, reposo digestivo
3. Bioseguridad en UCIN	Asepsia	Lavado de manos, barreras de protección
	Manipulación segura	Leche materna, dispositivos invasivos
4. Factores de riesgo de ECN	Neonatales	Prematuridad extrema, bajo peso, inmadurez intestinal
	Clínicos	Hipoxia, inestabilidad hemodinámica, antibióticos
5. Intervención temprana ante sospecha de ECN	Manejo inicial	Antibióticos, soporte hemodinámico
6. Rol de enfermería	Vigilancia	Observación continua, sistema de alerta
	Gestión del cuidado	Registro clínico, comunicación efectiva

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Categoría 1. Inicio seguro de la alimentación enteral

Interpretación

El discurso de los profesionales evidencia un **consenso sólido** respecto a que el inicio de la alimentación enteral debe basarse en la estabilidad clínica integral del neonato prematuro. La coincidencia entre médicos y enfermeras refuerza que no se trata de una decisión aislada, sino de una valoración multidimensional que incluye estabilidad hemodinámica, respiratoria y gastrointestinal.

Este hallazgo se alinea con lo planteado por Neu y Walker (2011) y Bell et al. (1978), quienes señalan que la alimentación enteral precoz sin criterios clínicos claros incrementa el riesgo de ECN. Desde una posición crítica, el investigador asume que la alimentación precoz solo es segura cuando está sustentada en parámetros

clínicos estandarizados y vigilancia constante, lo que justifica su inclusión estructurada en la guía.

Categoría 2. Detección temprana de intolerancia alimentaria

Interpretación

Los participantes identifican de forma reiterada signos digestivos tempranos como residuo gástrico aumentado, distensión abdominal y vómitos biliosos acompañados de manifestaciones sistémicas como apnea e inestabilidad térmica. Esta coincidencia discursiva posiciona a la observación clínica de enfermería como eje preventivo fundamental.

Autores como Gordon et al. (2019) y Patel & Underwood (2018) destacan que la detección temprana de intolerancia alimentaria reduce la progresión hacia ECN severa. El investigador asume una postura crítica frente a prácticas que minimizan signos “sutiles”, afirmando que la ECN no es un evento súbito, sino un proceso progresivo detectable mediante vigilancia sistemática.

Categoría 3 Vigilancia integral

Interpretación

La interpretación por categorías evidencia que la vigilancia clínica en neonatos prematuros de alto riesgo debe concebirse como un proceso integral, continuo y sistemático, más allá de la observación fragmentada de signos aislados. Los discursos analizados muestran que la valoración hemodinámica, respiratoria y gastrointestinal se encuentra profundamente interrelacionada, y que la alteración de uno de estos sistemas puede constituir un indicador temprano de compromiso intestinal. Esta comprensión clínica coincide con el enfoque de seguridad del paciente neonatal, que promueve la identificación precoz de riesgos mediante una evaluación holística y por turnos, tal como lo plantean la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) y Blakely et al. (2020).

Desde una perspectiva tecnológica, esta categoría no solo describe una práctica clínica, sino que justifica la necesidad de instrumentos estandarizados de monitoreo, capaces de transformar la observación clínica en información útil para la toma de decisiones. El investigador asume que la ausencia de formatos estructurados favorece la omisión de signos sutiles y limita la detección de tendencias evolutivas, por lo que la incorporación de esquemas de vigilancia clínica en la guía constituye una estrategia clave para fortalecer la prevención anticipada de la ECN.

Categoría 4. Actuación ante signos de alarma digestiva

Interpretación

La interpretación cualitativa revela un consenso absoluto respecto a la suspensión inmediata de la alimentación enteral como primera medida ante la presencia de signos de alarma digestiva. Esta coincidencia refleja una comprensión compartida de la fisiopatología de la ECN, donde la continuidad de la alimentación frente a un intestino inmaduro y comprometido incrementa el riesgo de necrosis intestinal. No obstante, el análisis también sugiere que, en ausencia de protocolos claros, la respuesta clínica puede verse condicionada por la subjetividad o la experiencia individual.

En concordancia con Samuels et al. (2017), quienes señalan que los retrasos en la suspensión alimentaria se asocian a mayor daño intestinal y peor pronóstico, el investigador adopta una postura crítica frente a la toma de decisiones tardía o no protocolizada. Desde esta posición, se sostiene que la estandarización de la actuación clínica mediante algoritmos claros no limita el juicio profesional, sino que lo respalda, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad neonatal como la UCIN.

Categoría 5. Bioseguridad como estrategia preventiva indirecta

Interpretación:

La interpretación de los discursos posiciona a la bioseguridad como un componente transversal y estructural de la prevención de la enterocolitis necrosante, y no únicamente como una exigencia normativa. Los participantes asocian de manera directa la correcta higiene de manos, la asepsia en procedimientos y la manipulación segura de la leche materna con la disminución de la colonización bacteriana y la disbiosis intestinal, factores ampliamente relacionados con el desarrollo de la ECN.

Este hallazgo se alinea con lo establecido por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2022) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2023), que reconocen a las infecciones nosocomiales como un factor modificable en el riesgo de ECN. Desde la interpretación del investigador, la bioseguridad debe integrarse en la guía como una intervención preventiva activa, capaz de incidir de forma indirecta pero decisiva en la integridad del intestino inmaduro, reforzando el enfoque de seguridad del paciente neonatal.

Categoría 6 Factores de riesgo neonatales, maternos y perinatales

Interpretación:

La interpretación por categorías evidencia que la enterocolitis necrosante responde a una confluencia de factores biológicos y contextuales, donde la prematuridad extrema, el bajo peso al nacer y la inmadurez intestinal interactúan con condiciones maternas y perinatales adversas. Esta visión integral coincide con los planteamientos de Lin et al. (2020) y Henry y Moss (2019), quienes describen la ECN como una patología multifactorial y de origen temprano.

El investigador adopta una postura crítica frente a la omisión sistemática de antecedentes maternos y perinatales en la valoración inicial del neonato,

argumentando que dicha omisión limita la capacidad de anticipación del riesgo. En este sentido, se propone la inclusión obligatoria de estos antecedentes dentro de la guía preventiva, como un mecanismo para priorizar cuidados y vigilancia en neonatos con mayor vulnerabilidad

Categoría 7. Intervención temprana ante sospecha de ECN

Interpretación:

La interpretación cualitativa de esta categoría evidencia que la intervención temprana ante la sospecha clínica de enterocolitis necrosante es un elemento determinante para limitar la progresión del daño intestinal y mejorar el pronóstico del neonato prematuro de alto riesgo. Los profesionales coinciden en que el manejo inicial debe orientarse de forma inmediata a la suspensión de la alimentación enteral, el inicio oportuno de antibioticoterapia empírica de amplio espectro y el soporte hemodinámico y respiratorio, con el objetivo de estabilizar al paciente y prevenir la evolución hacia estadios graves de la enfermedad.

Desde una perspectiva interpretativa, estos hallazgos refuerzan la comprensión de la ECN como una patología tiempo-dependiente, en la cual los retrasos en la intervención incrementan significativamente el riesgo de sepsis, necrosis intestinal y mortalidad neonatal. En este sentido, el investigador asume una postura crítica frente a la demora en la activación de protocolos de sospecha, argumentando que la estandarización del manejo inicial mediante la guía preventiva constituye una estrategia clave para reducir la variabilidad clínica, fortalecer la toma de decisiones oportunas y garantizar la seguridad del neonato en el contexto de la UCIN.

Categoría 8. Rol del personal de enfermería

Interpretación:

De manera transversal, la interpretación cualitativa posiciona al personal de enfermería como el principal sistema de alerta temprana en la prevención de la

ECN. La vigilancia continua, el registro oportuno y la comunicación efectiva emergen como prácticas determinantes para la detección precoz de cambios clínicos sutiles, incluso antes de la aparición de signos diagnósticos evidentes.

Este rol se fundamenta teóricamente en los aportes de Benner (2001), quien destaca la experticia clínica basada en la experiencia, y de Carper (1978), desde el conocimiento ético y empírico del cuidado. El investigador asume que la prevención de la ECN no depende exclusivamente de intervenciones médicas, sino que se sustenta en un cuidado enfermero estructurado, sistemático y reflexivo, lo que legitima plenamente el enfoque de la guía hacia el fortalecimiento del rol profesional de enfermería.

La interpretación permite concluir que la prevención de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo requiere una actuación anticipada, estructurada y centrada en la vigilancia clínica enfermera, apoyada por criterios claros, protocolos de actuación y medidas de bioseguridad estrictas. La información obtenida sustenta de manera sólida el diseño de una guía preventiva como herramienta tecnológica aplicada, orientada a estandarizar la práctica clínica, reducir la variabilidad asistencial y fortalecer la seguridad del neonato en la UCIN.

CAPÍTULO III. PROPUESTA

3.1. Validación y desarrollo de los resultados prácticos generales de la propuesta

La propuesta de guía orientada a la prevención de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo surge como respuesta a las necesidades identificadas durante el análisis teórico y el diagnóstico de la práctica clínica del personal de enfermería en los servicios de neonatología. Esta propuesta se fundamenta en la revisión de literatura científica actualizada y en los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud expertos en el tema, las cuales evidenciaron la necesidad de contar con herramientas técnicas estandarizadas que fortalezcan la seguridad del neonato, la vigilancia clínica continua y la toma de decisiones oportunas en el cuidado neonatal.

3.2. Diseño de la propuesta



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

PUCE – TEC

TÉCNICO EN ENFERMERÍA

**GUÍA DE PREVENCIÓN DE ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN
NEONATOS PREMATUROS DE ALTO RIESGO.**

Por : Ericka Flores Ramos

Contenido

1. Introducción 34
2. Objetivo 35
1. BIOSEGURIDAD EN UCIN 35
- 1.2. Bioseguridad 37
2. Inicio seguro de la alimentación enteral 39
3. Detección temprana de Intolerancia Alimentaria 40
4. Vigilancia Clínica integral 42
5. Actuación ante signos de alarma 43
6. Escala de BELL **¡Error! Marcador no definido.**
7. Posiciones 46
8. Rol del personal de enfermería en la prevención 46
9. Conclusiones 47
10. Recomendaciones 48

1. Introducción

La presente guía ha sido elaborada como una herramienta práctica y científica dirigida al personal de enfermería que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con el propósito de fortalecer las acciones de prevención de la enterocolitis necrosante (ECN) en neonatos prematuros de alto riesgo.

La ECN constituye una de las patologías gastrointestinales más graves en el período neonatal, con una elevada tasa de complicaciones, necesidad de cirugía y

mortalidad, especialmente en prematuros extremos y recién nacidos con bajo peso al nacer. Su evolución suele ser rápida y agresiva, por lo que la prevención, la vigilancia constante y la intervención temprana representan las estrategias más efectivas para disminuir su impacto.

El personal de enfermería, por su presencia continua junto al neonato, cumple un rol determinante en la observación clínica, el control de la alimentación, el cumplimiento de las normas de bioseguridad y la detección precoz de signos de alarma. En este contexto, esta guía busca unificar criterios de cuidado, fortalecer la seguridad del paciente y estandarizar prácticas basadas en evidencia científica.

2. Objetivo

Establecer lineamientos claros, prácticos y basados en evidencia científica para la prevención de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo, fortaleciendo el rol del personal de enfermería en la vigilancia, el manejo seguro de la alimentación, el cumplimiento de las normas de bioseguridad y la detección temprana de signos clínicos de alarma.

1. BIOSEGURIDAD EN UCIN.

Es importante la bioseguridad en UCIN, permite la prevención de infecciones que se asocian a la atención en salud, en este con neonatos prematuros de alto riesgo, los cuales presentan una inmadurez inmunológica con vulnerabilidad. **Anexo 1**

Tabla 2. Paso A Paso Para Un Correcto Lavado De Manos

<p>PASO 1. Retiro de accesorios Retirar anillos, pulseras, relojes y mantener uñas cortas y sin esmalte, estos elementos favorecen la colonización microbiana.</p>	<p>PASO 2. Mojado de manos Mojar completamente las manos con agua corriente, asegurando que cubra palmas, dorso, dedos y muñecas.</p>	<p>PASO 3. Aplicación de jabón Aplicar una cantidad suficiente de jabón líquido para cubrir toda la superficie de las manos.</p>
<p>PASO 4. Fricción de palmas Frotar las palmas entre sí para distribuir el jabón y comenzar la remoción de microorganismos.</p>	<p>PASO.5 Palma con dorso Frotar la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.</p>	<p>PASO 6. Dedos entrelazados Frotar las palmas con los dedos entrelazados para limpiar los espacios interdigitales.</p>
<p>PASO 7. Dorso de los dedos Frotar el dorso de los dedos contra la palma opuesta, manteniendo los dedos flexionados.</p>	<p>PASO 8. Pulgares Rodear y frotar cada pulgar con la palma contraria mediante movimientos rotatorios.</p>	<p>PASO 9. Puntas de los dedos y uñas Frotar las puntas de los dedos contra la palma opuesta para limpiar uñas y lechos ungueales.</p>
<p>PASO 10. Muñecas Frotar ambas muñecas con movimientos circulares.</p>	<p>PASO 11. Enjuague Enjuagar con abundante agua, permitiendo que el agua fluya desde las muñecas hacia las puntas de los dedos.</p>	<p>PASO 12. Secado Secar completamente las manos con toalla desechable, evitando la recontaminación.</p>

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Es importante la bioseguridad en UCIN, permite la prevención de infecciones que se asocian a la atención en salud, en este con neonatos prematuros de alto riesgo, los cuales presentan una inmadurez inmunológica con vulnerabilidad. **Anexo 1**

1.2. Bioseguridad

2. Uso de barreras de protección personal

El personal de enfermería debe emplear barreras de protección según el procedimiento a realizar, incluyendo guantes, zapatones, bata, mascarilla y gorro. Los guantes no sustituyen la higiene de manos y deben cambiarse entre pacientes y procedimientos. El uso adecuado de estas barreras reduce la transmisión cruzada y protege tanto al neonato como al personal de salud.

Gráfico N.º 1. Secuencia de colocación de los elementos de barrera de protección personal.



Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

3. Técnica aséptica en procedimientos

Todo procedimiento invasivo o de manipulación de dispositivos (catéteres, sondas, ventilación) debe realizarse bajo técnica aséptica estricta, utilizando material estéril, campos limpios y evitando la contaminación del área crítica. La desinfección de la piel del neonato debe efectuarse con antisépticos seguros y en concentraciones adecuadas para la edad gestacional.

4. Limpieza y desinfección del entorno

Las incubadoras, cunas térmicas, equipos biomédicos y superficies de contacto frecuente deben limpiarse y desinfectarse de manera regular según protocolos institucionales. El entorno inmediato del neonato forma parte de la cadena de transmisión y requiere vigilancia constante.

5. Manejo seguro de residuos y material

El material contaminado debe eliminarse de acuerdo con las normas de manejo de residuos biosanitarios. Los objetos punzocortantes deben desecharse inmediatamente en contenedores rígidos, evitando el reencapsulado y reduciendo el riesgo de accidentes laborales.

Gráfico N.º 2. Clasificación y manejo de residuos sólidos según código de colores.

Reciclables Reutilizables	Orgánicos	Ordinarios Inertes	Peligrosos	Peligrosos
BLANCO	CREMA	NEGRO	ROJO	GRIS
Vidrio, plástico, chatarra liviana, chatarra pesada, papel, cartón.	Residuos de alimentos (vegetales, frutas, carnes, bolsas de té y aromática)	Empaques de carnes, pulpas, lácteos, envases con residuos grasos y lácteos, bandejas de icopor, papeles de baño, ropa usada, trapos, madera	Residuos de enfermería (biosanitarios y cortopunzantes)	Residuos impregnados con hidrocarburos (tierra, tela oleofílica, geomembrana, trapos) filtros de aceite, químicos y sus envases, pilas, baterías, cartuchos, luminarias

SIEMPRE QUE TRANSPORTE LOS RESIDUOS, USE LOS EPP ADECUADOS!

MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS GTC 45

El código de colores para la clasificación de los residuos será reemplazado por las normas que tenga el cliente.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

6. Vigilancia y cumplimiento de normas

La adherencia del personal de enfermería a las normas de bioseguridad debe ser continua y supervisada, promoviendo la educación permanente y la cultura de seguridad del paciente. El cumplimiento riguroso de estas medidas contribuye significativamente a la reducción de infecciones nosocomiales y mejora los resultados clínicos en la población neonatal.

2. Inicio seguro de la alimentación enteral

Se debe realizar una administración progresiva y vigilada cuidadosamente, esta debe llevar nutrientes por el tracto gastrointestinal, estimulando la maduración del mismo, evitando la sobrecarga funcional de manera que se evite desencadenar procesos inflamatorios que favorezcan la ECN. Por ende, la leche materna favorece en la prevención de ECN, estudios han demostrado que los prematuros alimentados con leche materna presentan una reducción significativa en la incidencia de ECN, esta contiene factores bioactivos como inmunoglobulina A, factores de crecimiento, etc. Desarrollando una barrera intestinal que modulan una respuesta inmunitaria protectora (Quigley et al., 2024).

Tabla 3. Paso a paso de la alimentación enteral

Paso a paso de la alimentación enteral	
Paso 1. Verificación de criterios clínicos antes de iniciar la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabilidad hemodinámica (FC, PA, perfusión adecuada) de acuerdo a la edad gestacional. ▪ Estabilidad respiratoria (SPO2, debe ser estable sin apnea frecuente) ▪ Metabolismo estable sin acidosis significativa y glucemia estable. ▪ Abdomen blando, no distendido. ▪ (Si no cumple criterios, no iniciar alimentación y notificar)
Paso 2. Elegir tipo de alimentación	<p>Se debe llevar un orden de prioridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche materna. ▪ Leche materna donada. ▪ Fórmula (En casos exclusivos de escasez de LME)
Paso 3. Preparación segura antes de la administración	<p>El profesional debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el correcto lavado de manos ▪ Verificar: Neonato, tipo de leche, fecha y hora de la extracción o preparación. ▪ Verificar posición correcta de la sonda orogástrica.
Paso 4. Inicio de alimentación trófica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al neonato en semifowler 30°. ▪ Alimentación trófica inicial: ▪ 10–20 ml/kg/día, fraccionados cada 2–3 horas ▪ (≈ 0,5–1 ml/kg por toma) ▪ En prematuros extremos (<28 semanas): ▪ Iniciar en el rango inferior. ▪ Avanzar con mayor precaución. ▪ (El profesional administra el volumen indicado y observa cuidadosamente la respuesta clínica.)
Paso 5. Técnica de administración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar la alimentación lenta, por gravedad o bomba según protocolo.

Paso 6. Evaluación de la tolerancia alimentaria antes de cada toma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar presión excesiva con jeringa. ▪ Observar durante y después de la administración: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en coloración. ▪ Apnea o bradicardia. ▪ Incomodidad evidente. ▪ Debe evaluar y registrar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Residuo gástrico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cantidad. ▪ Color (claro, bilioso, sanguinolento). ▪ Distensión abdominal. ▪ Perímetro abdominal (medición seriada). ▪ Presencia de vómitos. ▪ Deposiciones (color, consistencia, sangre).
Paso 7. Progresión gradual de la alimentación	<p>Progresión recomendada (si hay buena tolerancia):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementos de 10–20 ml/kg/día, según: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad gestacional. ▪ Peso. • Estabilidad clínica. <p>(La enfermera no debe aumentar volúmenes sin orden médica, pero sí debe informar oportunamente si el neonato tolera adecuadamente.)</p>
Paso 8. Registro clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hora, volumen y tipo de alimentación. ▪ Respuesta clínica. ▪ Signos de alarma.
Paso 9. Actuación Inmediata ante intolerancia alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspender inmediatamente la alimentación. ▪ Mantener reposo digestivo. ▪ Notificar de forma inmediata al equipo médico. ▪ Registrar detalladamente los hallazgos.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026)

3. Detección temprana de Intolerancia Alimentaria

Nos permite identificar de manera oportuna los signos que indiquen la baja tolerancia del neonato de la alimentación enteral y el posible desarrollo de enterocolitis necrosante.

Paso 1. Evaluación sistemática antes de cada toma

Se debe Evaluar:

- Residuo gástrico: Aumento progresivo; color claro, bilioso o sanguinolento.
- Condición abdominal: Distensión progresiva o si el abdomen esta tenso y duele.

Paso 2. Medición seriada del perímetro abdominal

- Medir el perímetro abdominal al menos una vez por turno.
- Utilizar siempre el mismo punto anatómico.
- Registrar valores y comparar tendencias.

Paso 3. Observación durante y después de la alimentación

- Durante y después de cada toma, observar:
- Vómitos (especialmente biliosos).
- Cambios en la coloración de la piel.
- Apnea o bradicardia asociadas a la alimentación.
- Inquietud o letargo inusual.

Paso 4. Vigilancia de las deposiciones

- Evaluar:
- Frecuencia.
- Color.
- Presencia de sangre o moco.
- Registrar cualquier cambio súbito.
- Si existe sangre en las heces es un signo de ECN confirmado.

Paso 5. Identificación de signos sistémicos tempranos

- La intolerancia alimentaria puede acompañarse de:
- Apnea.
- Bradicardia.
- Inestabilidad térmica.
- Letargo.

Paso 6. Actuación inmediata ante signos de intolerancia

- Ante la detección de uno o más signos:
- Suspender la alimentación enteral.
- Mantener reposo digestivo.
- Informar inmediatamente al equipo médico.
- Preparar al neonato para evaluación diagnóstica.

Paso 7. Registro clínico detallado

- La enfermera debe documentar:
- Tipo de signo detectado.
- Momento de aparición.
- Relación con la alimentación.
- Acciones realizadas.

4. Vigilancia Clínica integral

Observación clínica, de manera continua, dirigida y sistemática por parte del profesional de enfermería que permite la identificación de riesgos y cambios en el neonato prematuro de alto riesgo.

Tabla 4. Paso a paso de la vigilancia clínica integral**Paso a paso de la vigilancia clínica integral****1. Vigilancia hemodinámica**

- Evaluar y registrar:
- Frecuencia cardíaca (monitor).
- Presión arterial (según indicación).
- Llenado capilar (≤ 3 segundos).
- Coloración de piel (palidez, moteado).

Alarma temprana

- Hipotensión.
- Taquicardia persistente.
- Perfusión periférica lenta.

2. Vigilancia respiratoria**Evaluar:**

- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de O₂.
- Episodios de apnea o bradicardia.
- Aumento de requerimientos de oxígeno.

3. Vigilancia gastrointestinal**Evaluar:**

- Abdomen.
- Ruidos intestinales.
- Residuo gástrico.

4. Medición del perímetro abdominal**Cómo hacerlo:**

- Usar cinta métrica flexible.
- Medir siempre a nivel del ombligo.
- Registrar y comparar mediciones previas.

Gráfico N.º 3 Medición del perímetro abdominal en el recién nacido**5. Vigilancia de deposiciones****Observar:**

- Frecuencia de deposiciones.
- Color.
- Presencia de sangre o moco.
- Si existe presencia de sangre en heces se confirma ECN.

6. Vigilancia térmica y metabólica**Evaluar:**

- Temperatura axilar: 35,5 – 37,5 °C
- Glucemia: ≥ 45 mg/dl
- Hipotermia: $< 36,5$ °C
- Hipertermia: $> 37,5$ °C

7. Evaluación neurológica y conductual

- Nivel de alerta.
- Letargo inusual.
- Irritabilidad marcada.

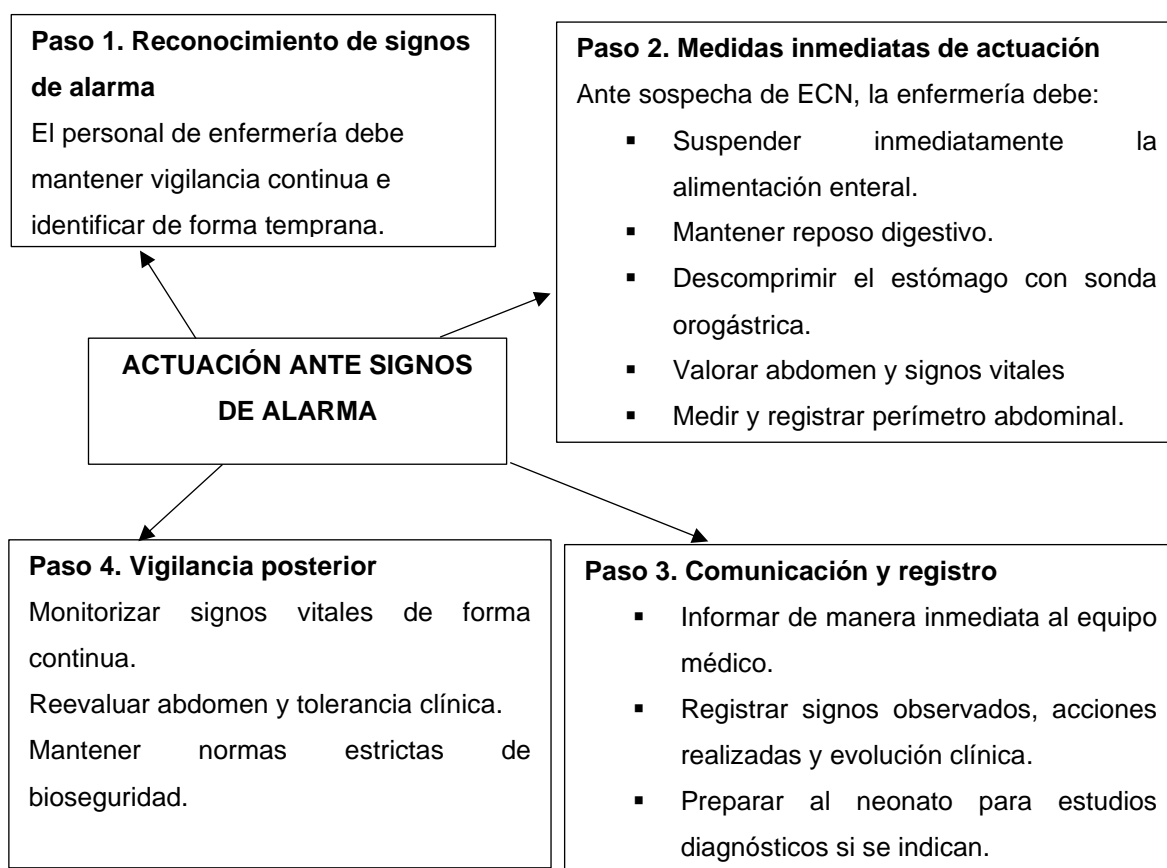
Fuente: elaborado por Flores E. (2026)

5. Actuación ante signos de alarma

El personal de enfermería ante la presencia de signos de alarma de enterocolitis necrosante en un neonato prematuro de alto riesgo debe actuar de manera inmediata, sistemática y protocolizada, por lo cual el profesional debe reconocer manifestaciones digestivas que permitan realizar una intervención temprana, de manera que se interrumpa la progresión del daño intestinal y fortalezca la seguridad de neonato en UCIN (Gregory et al., 2018).

Tabla 5. Signos digestivos y sistémicos

Signos digestivos	Signos sistémicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Residuo gástrico aumentado, bilioso o hemorrágico. ▪ Distensión abdominal progresiva. ▪ Incremento del perímetro abdominal. ▪ Sangre en heces. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apnea o bradicardia. ▪ Letargo. ▪ Inestabilidad térmica. ▪ Palidez o mala perfusión



Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

6. Escala de Bell

La escala de Bell fue desarrollada como una herramienta clínica para identificar de manera temprana el compromiso intestinal en neonatos, especialmente en prematuros, en quienes la enterocolitis necrosante puede evolucionar de forma rápida y poco evidente. Su aplicación permite clasificar la gravedad del cuadro, reconocer signos iniciales de alarma y orientar la toma de decisiones oportunas para prevenir la progresión de la enfermedad.

Tabla 6. Escala de BELL

Escala de BELL modificada

Cuando un neonato se encuentra en estadio I, la enfermería se convierte en su voz:

- Observa con atención cada cambio en el abdomen.
- Revisa los residuos gástricos con criterio, no solo como un dato, sino como una señal de alerta.
- Controla la respiración, el ritmo cardíaco y la temperatura.

Comunica de inmediato cualquier cambio, porque actuar a tiempo puede evitar el sufrimiento del bebé.

En estadio II, enfermería cuida con mayor intensidad:

- Asegura el ayuno y la descompresión gástrica.
- Administra el tratamiento indicado con precisión.
- Vigila signos de infección y acompaña al neonato en un momento delicado.

En estadio III, el cuidado se vuelve profundo y constante:

- Monitoreo continuo, apoyo en la estabilización y preparación para procedimientos.
 - Control estricto de líquidos y accesos.
 - Muy importante: presencia humana, tanto para el bebé como para su familia.
-

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

El papel de enfermería: cuidar, observar y proteger.

Esta escala funciona como un sistema de alerta clínica, facilitando la vigilancia, la intervención temprana y el fortalecimiento de los cuidados neonatales. La descripción detallada de la escala de Bell se presenta en el **Anexo N.º 2**

7. Posiciones

Tabla 7. Posiciones neonatales

Posiciones neonatales

Decúbito supino: Permite una observación directa del abdomen, facilitando la detección temprana de distensión abdominal, cambios en la coloración de la piel y alteraciones respiratorias.

Gráfico N.º4: Posición en decúbito supino en el recién nacido.



Decúbito lateral: Favorece el drenaje gástrico, disminuye el riesgo de aspiración y permite identificar cambios en la tolerancia digestiva y asimetrías abdominales.

Gráfico N.º5: Posición en decúbito lateral en el recién nacido.



Decúbito prono: Bajo supervisión estricta, mejora la oxigenación y permite identificar precozmente signos de dificultad respiratoria, relacionados con riesgo de hipoxia intestinal.

Gráfico N.º6: Posición en decúbito prono en el recién nacido.



Fuente: elaborado por Flores E. (2026)

8. Rol del personal de enfermería en la prevención

El personal de enfermería cumple un rol fundamental en la prevención de eventos adversos mediante la vigilancia continua, la correcta fijación de dispositivos y la administración segura de medicamentos.

Tabla 8. Importantes de medidas en el cuidado del neonato

Importancia de	medidas en el cuidado del neonato
Asegurar sondas, catéteres y tubos.	Es fundamental para evitar que se salgan accidentalmente, lo que podría causar complicaciones como sangrados, infecciones o interrupción del tratamiento.
Evitar enredos de líneas y desplazamientos.	Previene obstrucciones, desconexiones o tracción de los dispositivos, lo cual reduce el riesgo de accidentes y garantiza la continuidad del soporte vital y la medicación.
Verificar dosis, horarios y vías de administración.	Asegura que el neonato reciba el tratamiento correcto, en el momento adecuado y por la vía indicada, evitando errores de medicación que pueden ser graves en pacientes tan vulnerables.
Posicionar correctamente al neonato.	Favorece una mejor respiración, digestión y circulación, además de prevenir lesiones, aspiraciones y complicaciones posturales.
Comunicar cambios clínicos de forma inmediata.	Permite una intervención temprana ante cualquier deterioro del estado del neonato, lo que puede ser decisivo para prevenir complicaciones graves o incluso salvar la vida.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

9. Conclusiones

La presente guía no solo orienta las acciones del personal de enfermería y del equipo multidisciplinario, sino que también refuerza la práctica clínica basada en evidencia, promoviendo una atención organizada, segura y oportuna. La estandarización de procedimientos como la higiene de manos, el manejo de la alimentación enteral, la vigilancia continua y la detección precoz de signos de alarma permite disminuir errores asistenciales, mejorar la respuesta institucional y prevenir la progresión de la ECN hacia un estado crítico.

La implementación de esta guía fortalece el rol del personal de salud como primera línea de defensa en la protección del neonato, incrementa la capacidad de intervención temprana y contribuye a disminuir la morbilidad, la mortalidad y las secuelas a largo plazo en esta población altamente vulnerable. Por tanto, esta guía

representa un aporte clínico, científico y operativo de gran impacto para los servicios de neonatología. Se consolida como una herramienta técnica fundamental para el personal de salud que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, permite unificar criterios de actuación, fortalecer la vigilancia clínica y optimizar la toma de decisiones frente al neonato prematuro de alto riesgo.

10. Recomendaciones

- Aplicar de manera obligatoria y sistemática la guía en todos los neonatos prematuros de alto riesgo.
- Fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería y del equipo de salud en prevención y detección temprana de la ECN.
- Supervisar el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, vigilancia clínica y manejo de la alimentación.
- Promover el trabajo interdisciplinario y la comunicación efectiva ante cualquier signo de alarma.

Anexos

Anexo 1. lavado de manos clínico

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávase las manos solo cuando estés visiblemente sucio! Si no, utiliza la solución alcohólica.

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Anexo 2. Escala de BELL

ESCALA DE BELL MODIFICADA					
ESTADIO	CLASIFICACIÓN	SIGNOS			
		CLÍNICOS	ABDOMINALES	RADIOGRÁFICOS	
I	A	SOSPECHA	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad térmica • Apnea • Bradicardia • Letargo 	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Retención gástrica • Vómitos • Sangre oculta en heces 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado normal o leve dilatación de las asas intestinales • Íleo leve
	B	SOSPECHA	↗ Mismos signos que IA ↗	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoquecia 	↗ Mismos signos que IA ↗
II	A	CONFIRMADA (LEVE)	↗ Mismos signos que I ↗	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Mismos signos que I ↗ • Ausencia de ruidos intestinales • Con/sin dolor en la palpación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de las asas • Íleo • Neumatosis intestinal
	B	CONFIRMADA (MODERADA)	↗ Mismos signos que IIA ↗	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Mismos signos que IIA ↗ • Acidosis metabólica • Trombocitopenia 	↗ Mismos signos que IIA ↗
III	A	AVANZADA (SEVERA), CON PRESERVACIÓN DE INTESTINO	↗ Mismos signos que IIB ↗	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Mismos signos que IIB ↗ • Signos de peritonitis • Distensión abdominal • Dolor a la palpación marcada 	↗ Mismos signos que IIB ↗
	B	AVANZADA (SEVERA) CON INTESTINO PERFORADO	↗ Mismos signos que IIIA ↗	↗ Mismos signos que IIIA ↗	↗ Mismos signos que IIIA ↗

CONCLUSIONES

- La revisión sistemática de la literatura confirmó que la prevención es la estrategia más eficaz para reducir la incidencia, gravedad y mortalidad de la enterocolitis necrosante en neonatos prematuros de alto riesgo. La evidencia destaca prácticas clave como la lactancia materna, el manejo seguro de la alimentación enteral, la vigilancia clínica continua y el cumplimiento de medidas de bioseguridad como pilares fundamentales del cuidado neonatal.
- El análisis de los factores de riesgo y necesidades de prevención, a partir de las entrevistas al personal de salud, evidenció que la enterocolitis necrosante se asocia a la inmadurez fisiológica del neonato prematuro y a factores clínicos y asistenciales presentes en la UCIN. Los resultados resaltan el rol determinante del personal de enfermería en la detección temprana, la vigilancia constante y la toma de decisiones oportunas para prevenir la progresión de la enfermedad.
- La identificación de los principales componentes de una guía de prevención permitió establecer que la ausencia de protocolos estandarizados orientados específicamente al personal de enfermería genera variabilidad en la práctica clínica y aumenta el riesgo de complicaciones prevenibles. En este contexto, la elaboración de una guía técnica basada en evidencia científica responde a una necesidad real del entorno hospitalario, al unificar criterios de actuación, fortalecer la seguridad del paciente neonatal y optimizar el cuidado integral del neonato prematuro de alto riesgo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la implementación y aplicación sistemática de la Guía de Prevención de Enterocolitis Necrosante en Neonatos Prematuros de Alto Riesgo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, como herramienta técnica que permita estandarizar los cuidados de enfermería, fortalecer la práctica basada en evidencia y reducir la variabilidad asistencial, contribuyendo a la disminución de la incidencia y severidad de la ECN.
- Se recomienda fortalecer los procesos de capacitación continua del personal de enfermería y del equipo de salud en la identificación temprana de factores de riesgo, signos de alarma y manejo seguro de la alimentación enteral, con énfasis en la vigilancia clínica permanente del neonato prematuro de alto riesgo.
- Se recomienda promover de manera prioritaria la lactancia materna y el uso de leche humana, propia o donada, como estrategia preventiva fundamental frente a la enterocolitis necrosante, garantizando protocolos claros para su administración segura y el acompañamiento educativo a las madres y familias desde la UCIN.
- Se recomienda reforzar el cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad y control de infecciones, así como el monitoreo continuo de la práctica clínica, con el fin de reducir infecciones asociadas a la atención en salud y minimizar factores asistenciales que incrementan el riesgo de ECN en neonatos prematuros de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. (2021). *Necrotizing enterocolitis in preterm infants*. *Pediatrics*, 147(2), e2021051486. <https://publications.aap.org>
- American Academy of Pediatrics. (2022). *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*, 150(6), e2022057988. <https://publications.aap.org>
- Bell, M. J., Ternberg, J. L., Feigin, R. D., Keating, J. P., Marshall, R., Barton, L., & Brotherton, T. (1978). Neonatal necrotizing enterocolitis: Therapeutic decisions based upon clinical staging. *Annals of Surgery*, 187(1), 1–7. <https://journals.lww.com>
- Berseth, C. L. (2005). Feeding strategies and necrotizing enterocolitis. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(2), 170–173. <https://journals.lww.com>
- Claud, E. C., & Walker, W. A. (2001). Hypothesis: Inappropriate colonization of the premature intestine can cause necrotizing enterocolitis. *The FASEB Journal*, 15(8), 1398–1403. <https://faseb.onlinelibrary.wiley.com>
- Comité de Lactancia Materna de la AEP. (2019). *Lactancia materna en el recién nacido prematuro*. Asociación Española de Pediatría. <https://www.aeped.es>
- Domínguez, K. M., & Rojas, M. J. (2020). Rol del personal de enfermería en la prevención de enterocolitis necrosante. *Revista Enfermería Neonatal*, 13(2), 45–52. <https://revistasalud.org>
- Fernández, R., & Gómez, M. (2021). Cuidados de enfermería en la UCIN y seguridad del paciente neonatal. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 29, e3456. <https://www.scielo.br>

- Gordon, P., Christensen, R., Weitkamp, J., & Maheshwari, A. (2012). Mapping the new world of necrotizing enterocolitis. *Pediatric Research*, 72(1), 1–8. <https://www.nature.com>
- Guzmán Cabañas, J. M., & Ruiz González, M. D. (2012). Prevención de la enterocolitis necrosante en el recién nacido. *Anales de Pediatría Continuada*, 10(5), 295–297. <https://www.elsevier.es>
- Hackam, D. J., & Caplan, M. S. (2018). Necrotizing enterocolitis: Pathophysiology and prevention. *Clinics in Perinatology*, 45(1), 69–84. <https://www.clinperinatology.com>
- Härtel, C., et al. (2016). Less invasive treatment strategies reduce mortality in NEC. *Journal of Pediatrics*, 175, 54–60. <https://www.jpeds.com>
- Hunter, C. J., Upperman, J. S., Ford, H. R., & Camerini, V. (2008). Understanding the susceptibility of the premature intestine to NEC. *Pediatric Research*, 63(2), 117–123. <https://www.nature.com>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Prematuridad y bajo peso al nacer en Ecuador*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Lemyre, B., & Chau, V. (2018). Feeding practices and NEC prevention. *Paediatrics & Child Health*, 23(5), 316–320. <https://academic.oup.com>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Estrategia nacional de atención integral neonatal*. <https://www.salud.gob.ec>
- Muso Guagchinga, G. E. (2024). *Enterocolitis necrosante neonatal: factores de riesgo y medidas de prevención* (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec>

- Neu, J., & Walker, W. A. (2011). Necrotizing enterocolitis. *New England Journal of Medicine*, 364(3), 255–264. <https://www.nejm.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO recommendations on newborn health*. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Care of the preterm and low-birth-weight newborn*. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Atención neonatal segura*. <https://www.paho.org>
- Patel, R. M., & Denning, P. W. (2015). Therapeutic use of human milk for preterm infants. *Clinics in Perinatology*, 42(1), 17–35. <https://www.clinperinatology.com>
- Pedrero Mizunuma, M. A. (2016). *Enterocolitis necrosante: síntesis de conocimientos*. Universidad de Chile. <https://sintesis.med.uchile.cl>
- Puopolo, K. M., et al. (2019). Management of neonatal sepsis risk. *Pediatrics*, 144(2), e20182896. <https://publications.aap.org>
- Rojas, M. A., et al. (2012). Early enteral feeding and NEC. *Journal of Pediatrics*, 161(3), 538–543. <https://www.jpeds.com>
- Sánchez-Reyna, V., & Cisneros-Infantas, L. (2020). Factores de riesgo de ECN en neonatos prematuros. *Revista Peruana de Pediatría*. <https://pediatria.pe>
- Sharma, R., Hudak, M. L., & Tepas, J. J. (2013). Neonatal necrotizing enterocolitis. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 18(2), 99–105. <https://www.journals.elsevier.com>

- Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. (2023). *Actualización en cuidados neonatales*. <https://www.sep.ec>
- Stoll, B. J., et al. (2015). Trends in care practices and NEC. *Pediatrics*, 136(1), 34–41. <https://publications.aap.org>
- Thompson, A. M., & Bizzarro, M. J. (2008). Necrotizing enterocolitis in newborns. *NeoReviews*, 9(8), e364–e371. <https://publications.aap.org>
- Uceda, J. (s. f.). *Enterocolitis necrosante neonatal*. <https://www.jorgeuceda.org>
- UNICEF. (2023). *Every newborn: an action plan*. <https://www.unicef.org>
- Walker, W. A. (2017). Initial intestinal colonization in the newborn. *Pediatric Research*, 82(1), 9–15. <https://www.nature.com>
- Watson, J. (2018). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- World Health Organization. (2022). *Infection prevention and control in neonatal units*. <https://www.who.int>
- Yeung, C. Y., et al. (2016). Human milk reduces NEC incidence. *Pediatrics & Neonatology*, 57(6), 474–481. <https://www.sciencedirect.com>
- Zani, A., & Pierro, A. (2015). Necrotizing enterocolitis: controversies. *F1000Research*, 4, 1373. <https://f1000research.com>
- Zhao, J., et al. (2019). Risk factors of NEC in very low birth weight infants. *BMC Pediatrics*, 19, 321. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com>
- Ziegler, E. E. (2011). Nutrition of the premature infant. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 69, 33–45. <https://www.karger.com>

Zhou, Y., et al. (2020). Clinical nursing interventions reduce NEC. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(4), 192–198. <https://www.journals.elsevier.com>

ANEXOS

Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTAS APLICADAS AL PERSONAL DE SALUD ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA



AMBATO

Escuela PUCE TEC

Consentimiento ético

Declaro que he sido debidamente informado/a sobre los objetivos del estudio, el propósito de la entrevista y el uso estrictamente académico de la información proporcionada. Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento sin repercusiones y que mis respuestas serán tratadas de manera anónima y confidencial, siendo utilizadas únicamente con fines investigativos y para la elaboración de una guía de prevención de enterocolitis necrosante.

¿Acepta participar en esta entrevista?

Sí () No ()

Instrucciones para los participantes

- Responda cada pregunta con base en su experiencia profesional, considerando los cuidados, protocolos y prácticas que se aplican en la unidad neonatal donde labora.
- No existen respuestas correctas o incorrectas; el objetivo es conocer su criterio clínico, observaciones y estrategias que usted considera efectivas para la prevención de la enterocolitis necrosante.
- Puede responder de manera amplia y detallada, incorporando experiencias o situaciones reales que haya presenciado, siempre respetando la confidencialidad y privacidad del paciente.
- En caso de que alguna pregunta no sea aplicable a su área de desempeño, puede indicarlo y continuar con las siguientes.
- La información proporcionada será utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

PREGUNTAS

1. ¿Qué criterios clínicos y fisiológicos utiliza para determinar el momento adecuado de inicio de la alimentación enteral en neonatos prematuros de alto riesgo?
2. Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los signos clínicos y digestivos tempranos que le alertan sobre una posible intolerancia alimentaria en el neonato prematuro?
3. ¿Qué parámetros hemodinámicos, respiratorios y gastrointestinales valora de manera prioritaria para vigilar la estabilidad clínica del neonato prematuro con riesgo de enterocolitis necrosante?
4. ¿Qué acciones clínicas y asistenciales se implementan cuando se identifica residuo gástrico aumentado, cambios en la distensión abdominal o alteraciones en la coloración del abdomen?
5. ¿Qué medidas de bioseguridad considera esenciales dentro de la UCIN para disminuir el riesgo de colonización bacteriana e infecciones gastrointestinales asociadas a la ECN?
6. Desde su criterio profesional, ¿cuáles considera que son los factores de riesgo más determinantes para el desarrollo de enterocolitis necrosante en neonatos prematuros?
7. ¿Qué condiciones maternas, perinatales o del parto influyen de manera significativa en el aumento del riesgo de ECN en estos pacientes?
8. Ante la sospecha clínica temprana de enterocolitis necrosante, ¿qué intervenciones inmediatas realiza el equipo de salud para evitar la progresión de la enfermedad?

9. ¿Cómo influye la vigilancia continua, el registro oportuno y la comunicación efectiva del personal de enfermería en la detección precoz y prevención de la ECN?

10. Desde su experiencia, ¿qué consecuencias clínicas ha observado en los neonatos prematuros cuando las medidas preventivas frente a la ECN no se aplican de forma adecuada o se retrasan?

Firma:

Anexo 3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS

Tabla 9. Pregunta 1. ¿Qué criterios clínicos y fisiológicos utiliza para determinar el momento adecuado de inicio de la alimentación enteral en neonatos prematuros de alto riesgo?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	El momento adecuado para iniciar la alimentación enteral en neonatos prematuros de alto riesgo se determina por su estabilidad clínica y hemodinámica, buscando un inicio precoz (primeras 48 horas de vida) con volúmenes tróficos, verificar ausencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, ausencia de signos de enterocolitis, se considera también la edad gestacional y peso al nacer.
Enfermera Neonatóloga	Señala que primero se evalúa la estabilidad hemodinámica, la perfusión periférica adecuada, la ausencia de distensión abdominal y una buena oxigenación.
Enfermera UCIN	Indica que se revisan los signos vitales, la estabilidad respiratoria, el tono abdominal y la ausencia de acidosis metabólica.
Médico Neonatólogo	Refiere que el inicio se basa en la estabilidad cardiovascular, adecuada perfusión mesentérica y ausencia de signos de isquemia intestinal.
Médico Neonatólogo	Manifiesta que se valora integralmente el estado clínico, los parámetros metabólicos y la evolución del neonato.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Las respuestas de los profesionales coinciden en que el inicio de la alimentación enteral debe basarse en una evaluación integral de la estabilidad clínica del neonato, destacando criterios hemodinámicos, respiratorios y gastrointestinales. La estabilidad cardiovascular, la adecuada perfusión mesentérica, la ausencia de distensión abdominal y de signos de enterocolitis necrosante se identifican como condiciones indispensables antes de iniciar la alimentación. Este consenso evidencia la necesidad de que la guía establezca criterios clínicos claros y estandarizados para el inicio seguro de la alimentación enteral, priorizando volúmenes tróficos y considerando factores como edad gestacional y peso al nacer. De esta forma, la guía se fundamenta en la práctica clínica real y orienta a los profesionales a tomar decisiones seguras que disminuyan el riesgo de ECN.

Tabla 10. Pregunta 2 Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los signos clínicos y digestivos tempranos que le alertan sobre una posible intolerancia alimentaria en el neonato prematuro?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Los signos de alarma más frecuentes incluyen residuo gástrico persistente, distensión abdominal progresiva, vómitos biliosos y cambios en la consistencia de las deposiciones. Clínicamente, también se observa inestabilidad térmica, letargo y aumento de episodios de apnea, lo cual puede indicar un compromiso sistémico temprano.
Enfermera Neonatóloga	Los primeros signos observados suelen ser incremento del residuo gástrico, distensión abdominal visible, cambios en la coloración del abdomen y disminución de la actividad del neonato.
Enfermera UCIN	Los signos de intolerancia alimentaria que se identifican de forma temprana incluyen el aumento progresivo del residuo gástrico, especialmente si es verdoso o hemático, así como la distensión abdominal visible o el aumento del perímetro abdominal en corto tiempo. Desde la observación clínica, también se presentan cambios en el comportamiento del neonato, como irritabilidad, letargo, disminución de la succión y alteraciones en la termorregulación. En muchos casos, estos signos digestivos se acompañan de manifestaciones sistémicas, como mayor frecuencia de apneas o inestabilidad hemodinámica, lo que refuerza la necesidad de una vigilancia continua por parte del personal de enfermería.
Médico Neonatólogo	Los signos digestivos tempranos incluyen distensión abdominal progresiva, cambios en el residuo gástrico y disminución de la motilidad intestinal. En muchos casos, estos signos se acompañan de manifestaciones sistémicas como apnea recurrente y deterioro del estado general.
Médico Neonatólogo	Los signos que generan mayor alerta son el residuo gástrico hemático, la distensión abdominal con cambios en la coloración de la piel y la presencia de vómitos biliosos, los cuales requieren suspensión inmediata de la alimentación

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Los profesionales identifican de forma consistente signos digestivos tempranos como el residuo gástrico aumentado, la distensión abdominal progresiva, los vómitos biliosos y los cambios en la coloración del abdomen, los cuales suelen acompañarse de manifestaciones sistémicas como apnea, letargo e inestabilidad térmica. Este hallazgo refuerza la importancia de que la guía incluya un listado de signos de alarma tempranos, permitiendo al personal de salud reconocer de manera oportuna una posible intolerancia alimentaria. La detección

precoz de estos signos constituye una medida preventiva clave para evitar la progresión hacia enterocolitis necrosante.

Tabla 11. Pregunta 3 Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los signos clínicos y digestivos tempranos que le alertan sobre una posible intolerancia alimentaria en el neonato prematuro?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	<p>Gastrointestinales: Distensión y dolor abdominal Baja tolerancia a la alimentación enteral, presencia de residuos gástricos elevados antes de las tomas, o rechazo del alimento Cambios en la coloración del abdomen Estreñimiento, heces oscuras, negras o sanguinolentas (sangre oculta o visible) Ausencia de ruidos intestinales Hemodinámicos: Hipotensión Frecuencia cardíaca: taquicardia o bradicardia Llenado capilar lento, piel marmórea o fría Respiratorios: Apnea y bradicardia Taquipnea (respiración rápida) o dificultad respiratoria Saturación de oxígeno (SpO₂) inestables.</p>
Enfermera Neonatóloga	<p>Se vigila de forma estricta la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y cambios en el perímetro abdominal por turno, así como la tolerancia a la alimentación.</p>
Enfermera UCIN	<p>De forma prioritaria, la enfermera de UCIN realiza una vigilancia constante de los parámetros hemodinámicos, como frecuencia cardíaca, presión arterial y perfusión periférica, la hipoperfusión intestinal es un factor desencadenante de ECN. A nivel respiratorio, se controla la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la necesidad de soporte ventilatorio, considerando que la hipoxia sostenida puede afectar la integridad intestinal. En cuanto al sistema gastrointestinal, se mide el perímetro abdominal por turno, se evalúan las características del residuo gástrico, la presencia de vómitos, la coloración del abdomen y las características de las deposiciones, estos parámetros permiten detectar alteraciones de forma precoz.</p>
Médico Neonatólogo	<p>Se vigila estrechamente la presión arterial media, la saturación de oxígeno y los gases arteriales. A nivel gastrointestinal, se evalúa el perímetro abdominal y la presencia de sangre en heces, estos hallazgos orientan a un compromiso intestinal temprano.</p>
Médico Neonatólogo	<p>Desde la práctica en la UCIN, se prioriza una vigilancia integral del neonato prematuro. A nivel hemodinámico, se controlan la frecuencia cardíaca, la presión arterial media y la perfusión periférica, alteraciones en estos parámetros pueden indicar compromiso de la perfusión intestinal. En el ámbito respiratorio, se monitoriza la saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y</p>

la necesidad de soporte ventilatorio, considerando que los episodios de hipoxia sostenida aumentan el riesgo de daño intestinal. A nivel gastrointestinal, se evalúa de forma continua el perímetro abdominal, las características del residuo gástrico y la presencia de vómitos o cambios en las deposiciones, como signos tempranos de posible enterocolitis necrosante.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Las respuestas evidencian que la vigilancia debe ser multisistémica, integrando parámetros hemodinámicos (frecuencia cardiaca, presión arterial, perfusión periférica), respiratorios (saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, necesidad de soporte ventilatorio) y gastrointestinales (perímetro abdominal, residuo gástrico, características de las deposiciones). Este análisis justifica que la guía incorpore un esquema de monitoreo clínico estructurado y por turnos, lo que permitirá una evaluación sistemática y continua del neonato. La inclusión de estos parámetros fortalece la prevención de la ECN al facilitar la identificación temprana de alteraciones clínicas sutiles.

Tabla 12. Pregunta 4 ¿Qué acciones clínicas y asistenciales se implementan cuando se identifica residuo gástrico aumentado, cambios en la distensión abdominal o alteraciones en la coloración del abdomen?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Suspender la alimentación enteral, monitorizar signos vitales, evaluación clínica del abdomen, revisar emuntorios. Tomar acciones diagnósticas: pruebas en heces y radiografía de abdomen, analítica en sangre.
Enfermera Neonatóloga	Ante signos de intolerancia, se notifica inmediatamente al médico, se suspende la alimentación, se controla el residuo y se refuerza el monitoreo clínico continuo.
Enfermera UCIN	Cuando se identifica residuo gástrico aumentado, distensión abdominal o cambios en la coloración del abdomen, la primera acción es suspender inmediatamente la alimentación enteral y mantener al neonato en reposo digestivo. Posteriormente, se notifica de manera oportuna al médico tratante, se realiza control estricto de signos vitales y se refuerza la vigilancia clínica. Desde enfermería, se asegura la correcta aspiración de la sonda, el control del perímetro abdominal y el registro detallado de los hallazgos, contribuyendo a una toma de decisiones rápida y segura para evitar la progresión hacia enterocolitis necrosante.
Médico Neonatólogo	Se suspende la alimentación, se inicia reposo digestivo y se solicita valoración inmediata para descartar ECN incipiente.
Médico Neonatólogo	Ante la identificación de residuo gástrico aumentado, distensión abdominal o cambios en la coloración del abdomen, se procede de forma inmediata a suspender la alimentación enteral y mantener al neonato en reposo digestivo. Posteriormente, se realiza una evaluación clínica exhaustiva, reforzando la monitorización de signos vitales y el control del estado hemodinámico. Además, se solicita valoración médica inmediata y se activan los protocolos institucionales para sospecha de enterocolitis necrosante. Estas acciones tempranas son fundamentales para evitar la progresión de la enfermedad hacia estadios más graves.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Existe consenso entre los profesionales en que la suspensión inmediata de la alimentación enteral y el reposo digestivo son las primeras medidas ante signos de alarma. A esto se suma la notificación oportuna al médico, el monitoreo estricto de signos vitales y la activación de protocolos diagnósticos para descartar ECN. Este análisis sustenta la necesidad de que la guía incluya un algoritmo de

actuación clara y secuencial, que oriente al personal sobre qué hacer ante la presencia de signos digestivos alterados, reduciendo la variabilidad en la práctica clínica y mejorando la seguridad del neonato.

Tabla 13. Pregunta 5 ¿Qué medidas de bioseguridad considera esenciales dentro de la UCIN para disminuir el riesgo de colonización bacteriana e infecciones gastrointestinales asociadas a la ECN?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Lavado de manos, uso de mascarilla, limitación en la entrada de personal no esencial, medidas de asepsia en procedimientos, esterilización de equipos.
Enfermera Neonatóloga	El cumplimiento riguroso de las normas de asepsia, el manejo adecuado de la leche materna y la correcta higiene de manos son pilares para prevenir infecciones gastrointestinales.
Enfermera UCIN	Las medidas de bioseguridad en la UCIN son fundamentales para disminuir el riesgo de colonización bacteriana e infecciones gastrointestinales. Entre las más importantes se encuentran el lavado de manos estricto antes y después del contacto con el neonato, el uso adecuado de guantes y barreras de protección, y la correcta desinfección del área de atención. Asimismo, la manipulación segura de la leche materna, la limpieza adecuada de sondas y dispositivos invasivos, y el cumplimiento de protocolos de asepsia reducen significativamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud y de ECN.
Médico Neonatólogo	En la UCIN, la bioseguridad no solo previene infecciones, sino que protege la integridad del intestino inmaduro. El control estricto de infecciones nosocomiales, la correcta desinfección de equipos y el manejo aséptico de accesos vasculares y sondas enterales son fundamentales para evitar la colonización bacteriana asociada a ECN.
Médico Neonatólogo	Desde el enfoque de seguridad del paciente, las medidas de bioseguridad son determinantes en la prevención de la ECN. Se considera esencial el cumplimiento riguroso del lavado de manos antes y después del contacto con el neonato, así como el uso adecuado de barreras de protección durante procedimientos invasivos. Asimismo, la correcta manipulación de la leche materna y de las fórmulas, respetando las normas de preparación y conservación, reduce significativamente el riesgo de contaminación bacteriana. El manejo aséptico de sondas enterales, catéteres y otros dispositivos invasivos contribuye a disminuir la colonización bacteriana intestinal, uno de los factores asociados al desarrollo de la ECN.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Las respuestas destacan de manera uniforme que el lavado de manos, la asepsia en procedimientos, la manipulación segura de la leche materna y la desinfección de equipos y áreas son esenciales para disminuir el riesgo de colonización bacteriana e infecciones gastrointestinales. Este consenso refuerza que la guía debe contemplar un componente específico de bioseguridad, enfocado en la prevención de infecciones nosocomiales como estrategia indirecta pero fundamental en la prevención de la ECN, fortaleciendo la calidad del cuidado en la UCIN.

Tabla 14. Pregunta 6 Desde su criterio profesional, ¿cuáles considera que son los factores de riesgo más determinantes para el desarrollo de enterocolitis necrosante en neonatos prematuros?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Prematuridad, bajo peso al nacer, factores de riesgo infeccioso maternos, cesárea/disbiosis, alimentación con leche de fórmula, hipoxia al nacer.
Enfermera Neonatóloga	Se identifican como principales la inmadurez intestinal, bajo peso extremo y uso prolongado de dispositivos invasivos.
Enfermera UCIN	Desde la experiencia en UCIN, los factores de riesgo más determinantes incluyen la prematuridad extrema, el bajo peso al nacer, la inmadurez del sistema gastrointestinal y la exposición prolongada a procedimientos invasivos. También se considera relevante la alimentación artificial precoz y la inestabilidad hemodinámica, estas condiciones predisponen a una mayor vulnerabilidad intestinal y aumentan la probabilidad de desarrollar enterocolitis necrosante.
Médico Neonatólogo	Desde un enfoque fisiopatológico, los factores más determinantes son la inmadurez de la barrera intestinal, la alteración del microbiota y la hipoperfusión mesentérica. Estas condiciones, combinadas con la alimentación enteral precoz sin progresión controlada, aumentan significativamente la probabilidad de ECN.
Médico Neonatólogo	Desde la experiencia clínica, los factores de riesgo más determinantes incluyen la prematuros extrema, especialmente en neonatos menores de 28 semanas, el bajo peso al nacer y la inmadurez del sistema inmunológico. También se reconoce como factores relevantes el uso prolongado de ventilación mecánica, la exposición temprana y prolongada a antibióticos de amplio espectro y la ausencia de lactancia materna, estas condiciones alteran la microbiota intestinal y aumentan la susceptibilidad a procesos inflamatorios severos.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Los profesionales identifican como factores de riesgo principales la prematuros extrema, el bajo peso al nacer, la inmadurez intestinal, la alteración de la microbiota, la alimentación artificial precoz y la inestabilidad hemodinámica. Este análisis permite fundamentar que la guía incluya un sistema de identificación y clasificación del riesgo, orientado a priorizar cuidados y vigilancia en neonatos más vulnerables, cumpliendo con el objetivo específico de definir factores de riesgo que sustenten el contenido de la guía.

Tabla 15. Pregunta 7 ¿Qué condiciones maternas, perinatales o del parto influyen de manera significativa en el aumento del riesgo de ECN en estos pacientes?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Prematuridad, bajo peso al nacer, factores de riesgo infeccioso maternos como ruptura prematura de membranas y diabetes gestacional, cesárea/disbiosis, asfixia perinatal, sepsis temprana, restricción de crecimiento intrauterino.
Enfermera Neonatóloga	La falta de control prenatal y el estrés fetal durante el parto aumentan el riesgo de ECN.
Enfermera UCIN	Las condiciones maternas y perinatales influyen significativamente en el riesgo de ECN. Entre las más frecuentes se encuentran la infección materna, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y la asfixia perinatal. Estas situaciones pueden afectar la oxigenación y perfusión intestinal del neonato, aumentando la susceptibilidad a procesos inflamatorios e infecciosos del tracto gastrointestinal.
Médico Neonatólogo	Las complicaciones placentarias, la restricción del crecimiento intrauterino y el sufrimiento fetal crónico influyen negativamente en la perfusión intestinal del neonato, predisponiéndolo a procesos inflamatorios intestinales severos.
Médico Neonatólogo	Entre las condiciones maternas más relevantes se encuentran la sepsis materna, infecciones urinarias no tratadas, preeclampsia y falta de control prenatal adecuado. Estas situaciones influyen directamente en la estabilidad hemodinámica y metabólica del neonato. Desde el punto de vista perinatal, la asfixia al nacer, el trabajo de parto prolongado y la necesidad de reanimación neonatal avanzada incrementan el riesgo de ECN, al comprometer la oxigenación y perfusión intestinal.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Las respuestas evidencian que condiciones como infección materna, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, asfixia perinatal y restricción del crecimiento intrauterino influyen significativamente en el riesgo de ECN. Este hallazgo justifica que la guía incorpore antecedentes maternos y perinatales como parte de la valoración inicial del neonato, permitiendo una prevención anticipada basada en el historial clínico.

Tabla 16. Pregunta 8 Ante la sospecha clínica temprana de enterocolitis necrosante, ¿qué intervenciones inmediatas realiza el equipo de salud para evitar la progresión de la enfermedad?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Suspender alimentación enteral, valoración clínica del paciente, monitorización continua de signos vitales e inicio de pruebas diagnósticas
Enfermera Neonatóloga	Se refuerza el monitoreo, se mantiene al neonato en reposo digestivo y se colabora activamente con el equipo médico en el manejo integral.
Enfermera UCIN	Ante la sospecha clínica temprana de ECN, el equipo de salud actúa de manera inmediata suspendiendo la alimentación enteral, iniciando reposo digestivo y reforzando la vigilancia clínica intensiva. Desde enfermería, se realiza control continuo de signos vitales, se mantiene una comunicación constante con el equipo médico y se apoya en la administración de tratamientos indicados, con el objetivo de evitar la progresión de la enfermedad y preservar la seguridad del neonato
Médico Neonatólogo	Se implementa suspensión total de la alimentación, inicio de antibióticos de amplio espectro, soporte ventilatorio y monitoreo intensivo, con el objetivo de estabilizar al paciente y evitar el daño intestinal progresivo.
Médico Neonatólogo	Ante la sospecha clínica temprana de enterocolitis necrosante, el equipo de salud actúa de manera inmediata suspendiendo la alimentación enteral y manteniendo al neonato en reposo digestivo. Se inicia antibioticoterapia empírica de amplio espectro, se refuerza el soporte hemodinámico y respiratorio, y se mantiene una vigilancia clínica estricta. La intervención precoz permite limitar el daño intestinal y mejorar el pronóstico del neonato, reduciendo la progresión hacia formas graves de la enfermedad.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Los profesionales coinciden en la necesidad de una actuación inmediata y coordinada, que incluya suspensión de la alimentación, inicio de antibióticos, soporte hemodinámico y vigilancia intensiva. Este análisis respalda que la guía contemple protocolos de intervención temprana, orientados a limitar el daño intestinal y mejorar el pronóstico, reforzando el objetivo general de fortalecer la seguridad del neonato.

Tabla 17. Pregunta 9 ¿Cómo influye la vigilancia continua, el registro oportuno y la comunicación efectiva del personal de enfermería en la detección precoz y prevención de la ECN?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Previene las complicaciones graves de la enfermedad lo que cambia significativamente el pronóstico y la estancia hospitalaria del paciente.
Enfermera Neonatóloga	Indica que la vigilancia continua permite identificar variaciones mínimas en el perímetro abdominal, cambios en la tolerancia digestiva o alteraciones en los signos vitales, lo que posibilita activar de manera temprana los protocolos institucionales y evitar la progresión del proceso inflamatorio intestinal
Enfermera UCIN	Señala que el registro oportuno y sistemático de los parámetros clínicos garantiza la trazabilidad de la evolución del neonato, facilita la toma de decisiones médicas y reduce el riesgo de omitir signos de alarma que podrían pasar desapercibidos durante el turno.
Médico Neonatólogo	Refiere que el rol de enfermería es determinante porque actúa como sistema de alerta temprana, su observación continua permite detectar de forma precoz signos subclínicos de deterioro gastrointestinal antes de que se evidencien alteraciones radiológicas o metabólicas.
Médico Neonatólogo	Explica que una vigilancia estructurada y un registro clínico preciso permiten evaluar tendencias evolutivas del paciente, lo que facilita la identificación de patrones de riesgo y la implementación de medidas preventivas oportunas basadas en la evolución real del neonato.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Las respuestas resaltan que el personal de enfermería actúa como un sistema de alerta temprana, siendo clave en la detección precoz de cambios clínicos. El registro oportuno y la comunicación efectiva facilitan la toma de decisiones y previenen omisiones clínicas. Este análisis refuerza la inclusión, dentro de la guía, de formatos de registro estandarizados y pautas de comunicación efectiva, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario.

Tabla 18. Pregunta 10 Desde su experiencia, ¿qué consecuencias clínicas ha observado en los neonatos prematuros cuando las medidas preventivas frente a la ECN no se aplican de forma adecuada o se retrasan?

Profesional	Respuesta
Médico Pediatra	Los pacientes desarrollan complicaciones graves, lo que en muchos casos puede llevar al deceso del paciente, y en otros casos conllevan largas estancias hospitalarias con secuelas a largo plazo. Progresión rápida a ECN grave y necesidad de cirugía
Enfermera Neonatóloga	Cuando las medidas preventivas no se aplican de forma adecuada o se retrasan, se han observado consecuencias graves como la progresión rápida de la enterocolitis necrosante, sepsis neonatal, perforación intestinal y aumento de la mortalidad. Asimismo, estos neonatos suelen presentar estancias hospitalarias prolongadas y secuelas a largo plazo, lo que refuerza la importancia de aplicar medidas preventivas oportunas y basadas en protocolos claros.
Enfermera UCIN	La falta de prevención conduce a formas graves de ECN, con alta probabilidad de necrosis intestinal extensa, cirugías complejas y mayor riesgo de mortalidad neonatal.
Médico Neonatólogo	Cuando las medidas preventivas frente a la ECN no se aplican de forma adecuada o se retrasan, se ha observado una progresión rápida del cuadro clínico, con mayor riesgo de necrosis intestinal, sepsis grave y necesidad de intervención quirúrgica.
Médico Neonatólogo	Estas complicaciones se asocian a un aumento significativo de la mortalidad neonatal, prolongación de la estancia hospitalaria y mayor riesgo de secuelas a largo plazo, lo que resalta la importancia de una prevención oportuna y basada en protocolos claros.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).

Análisis: Los profesionales coinciden en que la ausencia o retraso de medidas preventivas conduce a formas graves de ECN, con sepsis, necrosis intestinal, cirugías complejas, aumento de la mortalidad y secuelas a largo plazo. Este análisis evidencia que la prevención no es opcional, sino un componente crítico de la seguridad del paciente, justificando plenamente la necesidad de diseñar e implementar una guía de prevención estructurada y basada en la evidencia.

Tabla 19. Interpretación

Categoría de análisis	Interpretación de la información
Criterios para inicio de alimentación enteral	Los profesionales coinciden en que el inicio de la alimentación enteral en neonatos prematuros de alto riesgo debe basarse en la estabilidad clínica general, especialmente hemodinámica y respiratoria, así como en la evaluación de la tolerancia digestiva. Esta coincidencia refuerza la necesidad de incluir en la guía criterios clínicos claros y estandarizados para una toma de decisiones segura.
Signos tempranos de intolerancia alimentaria	Se identificó una percepción compartida sobre la importancia de la detección precoz de signos digestivos como residuo gástrico aumentado, distensión abdominal y cambios en la coloración del abdomen. La interpretación evidencia que la observación continua del personal de enfermería es clave para prevenir la progresión hacia enterocolitis necrosante.
Vigilancia clínica prioritaria	La información analizada muestra que la vigilancia integral del neonato prematuro incluye parámetros hemodinámicos, respiratorios y gastrointestinales, los cuales deben evaluarse de forma sistemática y continua. Esto sustenta la inclusión de esquemas de monitoreo clínico dentro de la guía preventiva.
Acciones ante signos de alarma digestiva	Los profesionales interpretan que la actuación temprana frente a alteraciones digestivas permite reducir complicaciones graves. Las acciones clínicas se orientan a la suspensión o ajuste de la alimentación, vigilancia estrecha y comunicación inmediata con el equipo médico, lo que resalta la necesidad de protocolos claros de actuación.
Medidas de bioseguridad en UCIN	A partir del análisis, se evidencia que las medidas de bioseguridad son consideradas un pilar fundamental en la prevención de la ECN. La correcta higiene de manos, el manejo adecuado de dispositivos y la asepsia en la preparación de la alimentación son interpretadas como prácticas esenciales que deben reforzarse mediante la guía.
Factores de riesgo para ECN	Los entrevistados identifican múltiples factores de riesgo relacionados con la prematuridad, la inmadurez intestinal y las condiciones clínicas del neonato. Esta interpretación permite priorizar a los pacientes más vulnerables y justifica la necesidad de una guía enfocada en neonatos prematuros de alto riesgo.
Condiciones maternas y perinatales	El análisis revela que las condiciones maternas y del parto influyen significativamente en el desarrollo de ECN, lo que evidencia la importancia de considerar antecedentes perinatales en la valoración inicial del neonato.
Intervenciones ante sospecha temprana de ECN	Se interpreta que la respuesta inmediata y coordinada del equipo de salud es determinante para evitar la progresión de la enfermedad. Esta información respalda la inclusión de

Rol del personal de enfermería	intervenciones tempranas claramente definidas dentro de la guía preventiva. La información analizada destaca que la vigilancia continua, el registro oportuno y la comunicación efectiva del personal de enfermería son elementos clave para la detección precoz de la ECN. Esto refuerza el enfoque de la guía hacia el fortalecimiento del rol enfermero.
Consecuencias de la falta de medidas preventivas	Los profesionales coinciden en que la ausencia o retraso de medidas preventivas se asocia a complicaciones clínicas graves en el neonato prematuro. Esta interpretación confirma la relevancia y necesidad de implementar una guía estructurada de prevención.

Fuente: elaborado por Flores E. (2026).