

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima del recién

nacido prematuro” Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, 2016.

Por:

Aura Marlene Montes Paz

Jacqueline Elena Mendoza Valente

Ketty Mirian Silva Chavez

Asesor:

Dra. María Angela Paredes Aguirre

Lima, julio 2017

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF Montes Paz, Aura Marlene
2 Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima del recién nacido prematuro” Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2016. / Autores: Aura Marlene Montes Paz, Jacqueline Elena Mendoza Valente, Ketty Mirian Silva Chavez; Asesora: Dra. María Angela Paredes Aguirre. Lima, 2017.
M84
2017 98 páginas.

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017.
Incluye referencias, resumen y apéndice.
Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Manipulación mínima. 2. Recién nacido prematuro. 3. Unidad de Cuidados intensivo neonatal.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2016”*, constituye la memoria que presentan las licenciadas: AURA MARLENE MONTES PAZ, JACQUELINE ELENA MENDOZA VALENTE y KETTY MIRIAM SILVA CHAVEZ, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticinco días del mes de julio de 2017.


Dra. María Angela Paredes Aguirre

Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional
Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Intensivos Neonatales

JURADO CALIFICADOR


Dra. Mayela Cajachagua Castro

Presidente


Dr. Rousel Dulto Dávila Villavicencio

Secretario


Dra. María Angela Paredes Aguirre
Asesor

Lima, 25 de julio de 2017

Dedicatoria

A Dios quien nos da la fe, la fortaleza necesaria
para salir adelante pese a las dificultades y por
colocarnos en el mejor camino

A nuestros padres y familiares por su
comprensión y apoyo incondicional

Agradecimiento

A Dios por darnos la vida y por brindarnos la capacidad mental para poder realizar esta investigación.

A nuestras familias por darnos su apoyo constante y desmedido, por siempre estar prestos a ayudarnos de diferentes formas.

A nuestras asesoras, Dra. María Ángela Paredes y Mg. María Magdalena Díaz Orihuela, por su disponibilidad, tiempo y consejos brindados.

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud por permitirnos realizar este estudio en sus instalaciones, al Departamento de Enfermería por permitirnos aplicar las encuestas y al área de Docencia e Investigación por facilitarnos la información solicitada

Indice

Agradecimiento	vi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Capítulo I.....	14
El Problema	14
Planteamiento del Problema.....	14
Formulación del Problema	18
Objetivos de la investigación	18
Justificación.....	20
Capítulo II.....	21
Desarrollo de las perspectivas teóricas	21
Antecedentes de la investigación	21
Definición conceptual	29
Definición de términos	60
Capítulo III	62
Metodología.....	62
Diseño y tipo de investigación	62
Variables de la investigación	62
Operacionalización de la variable	63
Delimitación geográfica.....	65
Participantes	65
Técnica de instrumentos de recolección de datos	67
Proceso de recolección de datos:.....	68

Procesamiento y análisis de datos:	69
Consideraciones éticas:	69
Capítulo IV	70
Resultados y discusión	70
Resultados	70
Discusión.....	79
Capítulo V	87
Conclusiones y recomendaciones	87
Conclusiones	87
Recomendaciones.....	88
Referencias	89
Apéndice.....	97
Apéndice A:Lista de Cotejo	98
Apéndice B: Matriz de consistencia.....	101
Apéndice C: Estadístico	102
Apéndice D: Carta de Autorización	102

Índice de Tablas

Tabla 1	18
Número de pacientes recién nacidos prematuros y la estimación de los índices de peso al nacer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional	
Guillermo almenara Irigoyen- EsSalud. Años 2012 al 2016	18
Tabla 2	67
Caracterización de las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional	
Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.	67

Índice de graficos

<i>Gráfico 1.</i> Causas Agrupadas de Defunción Neonatal MINSA-EsSalud. 2016.....	16
Fuente: Reporte epidemiológico EsSalud	16
<i>Gráfico2.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima” de recién nacidos prematuros en la UCIN del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.	70
<i>Gráfico3.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016	71
<i>Gráfico 4.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “cuidados posturales” de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.....	72
<i>Gráfico 5.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “cuidados de la piel” de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.....	73
<i>Gráfico 6.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “vigilancia del dolor” del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.....	74
<i>Gráfico 7.</i> Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “vigilancia del estrés” del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.....	75

Gráfico 8. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “entorno físico” del recién nacido prematuro de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016..... 76

Gráfico 9. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico y renal” del recién nacido prematuro de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016. ... 77

Gráfico 10. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “Interacción padres” en unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016. 78

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima” del recién nacidos prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud 2016.

Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental. El muestreo fue de carácter no probabilístico con una muestra de 50 enfermeras que laboran en la UCIN. Se utilizó como instrumento una lista de cotejo con 85 ítems. **Resultados:** El 40% de las enfermeras presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero regular en la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro, el 32% un nivel bajo y solo el 28% un nivel alto. Por otro lado, en el análisis de las dimensiones, se encontró que el mayor número de enfermeras, evidenciaron un nivel procedimental de regular a bajo. **Conclusión:** El mayor porcentaje de las enfermeras que laboran en estas unidades, presentaron un nivel procedimental del cuidado del enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de regular a bajo por ende es de importancia la capacitación y actualización continua a fin de mejorar la calidad del cuidado

Palabras Clave: Manipulación mínima, recién nacido prematuro, Unidad de Cuidados intensivo neonatal.

Abstract

Objective: To determine the level of procedural application of the Nurse in the "minimum manipulation" of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit of Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016. Methodology: The study was descriptive, not experimental. Sampling was non-probabilistic with a sample of 50 nurses working in the NICU. The instrument used was the checklist with 85 items. Results: 40% of the nurses presented a level of regular procedural application around the "minimum manipulation" of preterm infants, 32% low and only 28% high. On the other hand, the analysis of the dimensions found that most of the nurses showed a level of application from regular to bad. Conclusion: Most nurses present minimal manipulation of the preterm newborn from regular to bad.

Key words: Minimal manipulation, premature newborn, neonatal intensive care unit.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del Problema

El nacimiento prematuro es un problema de salud pública serio. Los diferentes reportes muestran que, la población de recién nacidos prematuros es la que presenta el mayor riesgo de presentar complicaciones de salud al nacer. Las cuales se traducen en la línea del tiempo en incapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral, problemas pulmonares y gastrointestinales, pérdida de la visión y la audición e incluso la muerte. Mas, para incidir en este complejo panorama es necesario que los recién nacidos prematuros requieran atención especial en una unidad de cuidados intensivos neonatales con personal y equipos especializados, capaces de tratar diferentes problemas a los que están expuestos (Piñeros, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), en el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros refiere que, en África y Asia meridional se concentra más del 60% de los nacimientos prematuros y que dentro de los 10 países con mayor número se incluyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria. Estos datos muestran que el nacimiento prematuro es un problema mundial afectando en mayor proporción a los países pobres, donde los bebés que nacen demasiado pronto constituyen el 12%, en comparación con el 9% de los países de ingresos más altos. Se estima que el 90% de los bebés extremadamente prematuros (<28 semanas) nacidos en países de bajos ingresos mueren dentro de los primeros días de vida; sin embargo, que contrasta con cifras menos del 10% de los bebés en la misma edad gestacional (EG) mueren en sitios de altos ingresos.

En España, la tasa de prematuridad global de los últimos 10 años varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%, a los que debe añadirse el infra registro producido en la legislación.

De igual manera las tasas publicadas en Estados Unidos superan el 12,5%, aunque un porcentaje del 8,8%, corresponde a nacidos entre la 34 y las 36 semanas. Por tanto, se estima que el nacimiento de pre términos con EG inferior a 32s se ha mantenido relativamente estable y variando entre el 1 y 2 % del total de nacimientos. Sin embargo, el registro oficial de recién nacidos de peso inferior a 1.500 gr. se ha incrementado de 0,62% en 1996 al 0,75% en el 2003 (Rellán, García y Aragón, 2008).

En Chile, los investigadores Millanao, Zarate y Zarate (2000) señalaron la importancia del cuidado individualizado de los recién nacidos prematuros desde el nacimiento, mediante una atención especial en los aspectos que conllevan a una disminución de la agresividad de los cuidados intensivos, favorece el desarrollo psíquico psicomotor y de afecto hacia su familia. Por tanto, la disminución de las agresiones ambientales permite la estabilización del niño clínicamente grave y promueve la disminución de las complicaciones.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) por lo general son ambientes poco apacibles, a veces ruidosas y molestas, donde los recién nacidos prematuros están expuestos a luces brillantes, ruidos importantes, múltiples procedimientos dolorosos e incómodos, superficies relativamente duras y ausencia de un micro ambiente de apoyo y límites protectores. Características, que constituyen aspectos que pueden afectar al recién nacido prematuro en su desarrollo neurológico, en la percepción del dolor, alteraciones del carácter, trastorno en la alimentación y en las etapas del sueño, entre otras.

Más a este entorno nocivo, que por sus características pueden perjudicar principalmente el desarrollo neurológico del recién nacido prematuro, investigadores como Swanson, (1993) señala que se ha evidenciado que los cuidados de enfermería realizados en las unidades de cuidados intensivos neonatales son fundamentales, para contrarrestar y

favorecer el confort, la recuperación fisiológica y mantener el neurodesarrollo del recién nacido prematuro

En el Perú, la tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 8.24 x 100 nacidos vivos, con diferencias significativas entre regiones geográficas. De igual manera, el Ministerio de Salud (MINSA) considera que los factores de riesgo preponderantes son: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del tercer trimestre, enfermedad crónica, rotura prematura de membranas, madre con bajo peso al nacer, antecedente de bajo peso al nacer, ausencia o control prenatal inadecuado, analfabetismo o instrucción primaria en la región sierra y selva; talla materna menor de 1.50m e intervalo inter genésico menor de dos años. Estos factores tienen un 68% de valor predictivo para el nacimiento de recién nacidos con bajo peso (Ticona, 2012).

Mas, los resultados de los reportes al año 2016 muestran las causas agrupadas de defunción neonatal relacionadas al MINSA y EsSalud, donde la mayor causa de defunción neonatal está referido a la prematuridad - inmaduridad, mostrando registros en la Institución del Ministerio de Salud con el 27,5 % y mayor en los registros de EsSalud con el 47.8%.

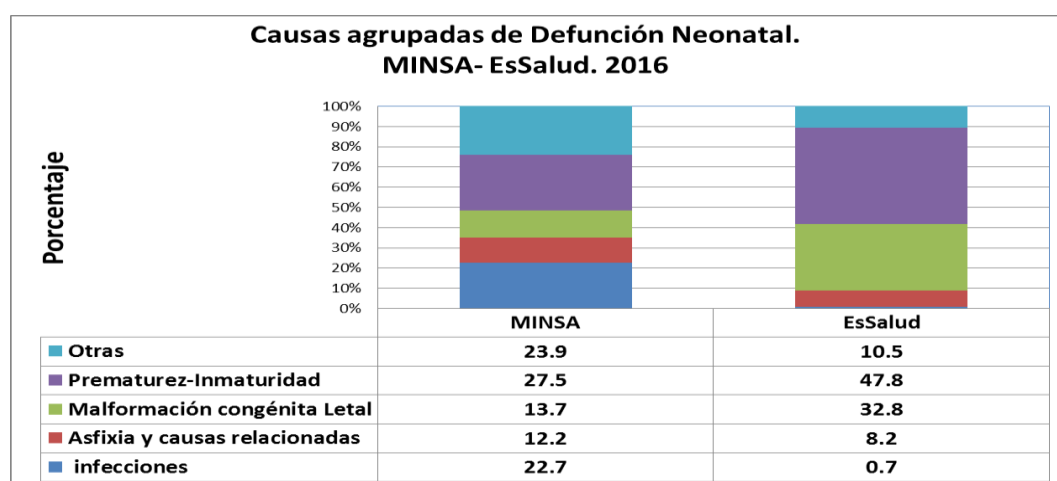


Grafico 1. Causas Agrupadas de Defunción Neonatal MINSA-EsSalud. 2016.

Fuente: Reporte epidemiológico EsSalud

Desde el año 2012 al 2016, el Servicio de Neonatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, por efectos del crecimiento poblacional, ha experimentado una sobredemanda de pacientes neonatos, aspecto que condicionó el hacinamiento sostenido y limitada su capacidad resolutive, en el cuidado de recién nacidos con factores de riesgo y en situación crítica, dentro de ellos la población de recién nacidos prematuros. Problemática que se incrementa en el curso de los años, debido a la insuficiente disponibilidad de recursos humanos, equipamiento e infraestructura especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales evidenciando brechas de oferta y demanda, circunstancia que llevó a la elaboración de proyecto del equipamiento de estas unidades.

Más los reportes muestran una demanda sostenida, evidenciando hacinamiento, sobrecarga con elevados riesgos de infecciones nosocomiales, y por ende elevados registros de mortalidad neonatal donde el daño más frecuente es relacionada al manejo de los recién nacidos prematuros. Durante los años 2014 y 2015 El servicio experimentó cierres por cuarentena debido infecciones nosocomiales por serratia, y listeria; estas circunstancias obligaron a que los recién nacidos pudieran ser atendidos en centros asistenciales de la Red. No obstante, el panorama más claro se aprecia el año 2016 que muestra el incremento de la estadística donde de un total de 3388 recién nacidos, 563 fueron recién nacidos prematuros.

Tabla 1

Número de pacientes recién nacidos prematuros y la estimación de los índices de peso al nacer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo almenara Irigoyen- EsSalud. Años 2012 al 2016

DESCRIPCION	HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN				
	2012	2013	2014	2015	2016
BPN	311	406	393	333	411
INDICE BAJO PESO	11,85	11,52	13,25	14,22	14,29
MBPN	66	99	104	74	90
INDICE MBPN	2,51	2,81	3,51	3,16	2,69
EMPBN	20	33	34	27	62
INDICE EMBPN	0,76	0,94	1,15	1,15	1,85
TOTAL:	397	538	531	434	563
Nacidos vivos					3388

Fuente: Reporte epidemiológico HNGAI EsSalud

Al realizar un análisis de la situación problemática y habiéndose comprobado el alto riesgo de complicaciones de salud, al que está expuesto el recién nacido prematuro se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel procedimental del cuidado del Enfermero en la “manipulación mínima del recién nacido prematuro” en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Determinar el nivel procedimental del cuidado del Enfermero en la “manipulación mínima del recién nacido prematuro” en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

Objetivos Específicos.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “cuidados posturales” del recién nacido prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “cuidados de la piel” del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “vigilancia del dolor” del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “vigilancia del estrés” del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “entorno físico” del recién nacido prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del enfermero en la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico, metabólico, renal y nutricional” del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Identificar el nivel procedimental del enfermero en la dimensión “Interacción recién nacido prematuro –padre” en unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Justificación

La relevancia teórica radica en el aporte de conocimientos actualizados sobre el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “Manipulación Mínima” del recién nacido prematuro, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Cuya notabilidad hace que, pueda ser utilizado como antecedente para próximas investigaciones.

Por su relevancia metodológica, brinda un instrumento de investigación adaptado y validado a la realidad nacional, que permita medir la variable de estudio. Donde, la base de datos estadística constituye un elemento de decisión, para la toma de acciones correspondientes.

Por su relevancia práctica, permite conocer el nivel procedimental del cuidado del enfermero en torno a la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro para la mejora de su actuar. Por otro lado, permitirá a los directivos de la Institución con el área administrativa del Servicio de Neonatología, planificar, organizar, ejecutar acciones dirigidas a la mejora del cuidado del recién nacido prematuro.

Por su relevancia social, la socialización de los resultados con otras instituciones beneficiará el quehacer de enfermería en el Seguro Social y contribuirá a la mejora de la relación enfermera-familia.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Del Castillo (2014) realizó un estudio en Colombia titulado “Morbilidad y Mortalidad en Prematuros Menores de 1.500 gramos en el Hospital Regional”, con el objetivo de describir la mortalidad y las principales causas de morbilidad neonatal ocurridas en los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menores de 1500 gramos). El estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Donde revisaron 158 historias clínicas de recién nacidos prematuros con pesos menores a 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos durante el periodo 2011 al 2013. Los resultados revelaron que de 5447 nacidos vivos el 2,9 % fueron menores de 1500 gramos, el 52,5 % fue de género masculino y 63,9% nacieron por cesárea. La tasa de mortalidad para el periodo de estudio de este grupo de pacientes fue de 7.3 por mil nacidos vivos, además el 100% de los recién nacidos de menos de 750 gr fallecieron. Por otro lado, no se registró ninguna sobrevida de menos de 24 semanas. La conclusión a la que llegaron fue que podría establecerse como límite de viabilidad el peso al nacer a los recién nacidos < 750 gr y menores a las 24 semanas de gestación.

Peña (2014), desarrolló un trabajo de investigación en México, cuyo objetivo fue evaluar las intervenciones que realiza el enfermero en la manipulación mínima al recién nacido prematuro. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 43 (12%) enfermeras adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, quienes brindaban cuidados a los recién nacidos prematuros en sus primeros siete días de vida. Los resultados manifestaron que el 65.1% del personal de enfermería tiene un cumplimiento bajo en las intervenciones de enfermería en la manipulación al recién nacido prematuro, y sólo 34.9% cumple de forma regular; llegando a la conclusión de que el

cumplimiento de los indicadores del Programa de manipulación mínima se ubica por debajo de la media, por consiguiente se hace necesario capacitaciones educativas dirigidas al personal de enfermería con la finalidad de mejorar la atención.

Lima (2013), efectuó un trabajo de investigación titulado “El manejo de los recién nacidos prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales”, donde el objetivo fue describir la manipulación de los prematuros con 24 horas en una Unidad Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El estudio fue observacional, descriptivo y exploratorio realizado con 20 prematuros, que fueron filmados de forma continua durante 24 horas, de septiembre del 2008 a marzo del 2009 en una UCIN. Los resultados revelaron que los prematuros fueron sometidos a un promedio de 768 manipulaciones y 1341 procedimientos. La duración promedio de la manipulación en 24 horas fue de 2 horas y 26 minutos. Cada manipulación tuvo un promedio de 2,2 procedimientos, la mayoría en el turno matutino. Las manipulaciones individuales representaron el 65,6% del total de manipulaciones y la mayoría de las manipulaciones duró menos de un minuto. Por tanto, se concluyó que, en las 24 horas evaluadas, los prematuros fueron sometidos a un exceso de manipulaciones en la UCIN.

Guerra y Muñoz (2013) realizaron un estudio en Barranquillas-Colombia titulado: “Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal”. El estudio fue descriptivo, etnográfico y cualitativo; la muestra estuvo fueron 10 madres y 9 enfermeras experimentadas en el cuidado neonatal las que decidieron participar de forma voluntaria en la investigación, previa firma del consentimiento informado. Considerando a las enfermeras como informantes generales y a las madres informantes claves. La técnica empleada fue la guía de Observación-Participación-Reflexión de Leininger, la fotografía y la entrevista en profundidad. “Los resultados revelaron cuatro temas culturales fueron identificados: la comunicación madre-recién nacido, la observación

madre-recién nacido, el toque materno, y el apoyo religioso y familiar como complemento para las expresiones y comportamientos de apego”.

Muñoz (2013) desarrolló un estudio titulado: “Efectividad de la guía orientada al mejoramiento del neurodesarrollo del prematuro, unidad de cuidados neonatales Hospital Emergencias Grau”. El estudio fue prospectivo y longitudinal cuya muestra fuer 64 recién nacidos prematuros con una edad gestacional al nacer calculada entre 32 a 36 semanas y cuyo peso se encontraba entre 1000- 2500gr. Los resultados evidenciaron que antes del programa de intervención los RN presentaban con mayor frecuencia de hipotonía (64.1%), movimientos no coordinados (57.8 %), hipoactividad (48.4%), respuesta vasomotora irregular (92.2%), frecuencia cardiaca inestable (67.2%), patrón respiratorio taquipneico (51.6 %), reactividad a estímulos (79.7%); no presencia de vigilia (39.1%). Después de la aplicación de la guía se encontraron los siguientes resultados una mayor frecuencia de tono muscular normal (81.3%), movimientos coordinados (68.8%), hipoactividad (12.5%), respuesta vasomotora adecuada (87.5%), frecuencia cardiaca normal (79.7%), patrón respiratorio normal (50%), reactividad a estímulos (100%), presencia de vigilia (71.9%). “Como conclusión se consideró que la guía orientada al mejoramiento del neuro desarrollo del prematuro en su conducta interactiva en la unidad de cuidados neonatales es considerablemente efectiva”.

López, Melgar, De la Cruz, Perapoch, Mosqueda y Pallás (2013), realizaron una investigación titulada “Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España”, cuyo objetivo fue describir el grado de implantación de los CCD en las unidades neonatales públicas, refiriendo que atendieron a más de 50 recién nacidos con peso menor a 1.500 g en el año 2012 en comparación con los datos previos publicados en 2006. El estudio fue transversal, observacional y descriptivo incluyendo las unidades neonatales españolas seleccionadas. Los resultados mostraron que: “la tasa de respuesta del

2012 fue del 81% vs. el 96% en el 2006, respecto a las medidas de control del ruido, en el 2012 encontraron que fue el 73% vs. el 11% en el 2006 ($p < 0,01$); el uso de sacarosa fue el 50% en 2012 frente al 46% en 2006 ($p = 0,6$). La entrada libre de padres en 2012 fue el 82% vs. el 11% en 2006 ($p < 0,01$). “El Método Canguro, en el 2012, se realizó sin limitaciones en un 82% frente al 31% en el 2006 ($p < 0,01$)”. “En relación con el uso de nidos o rollos alrededor del niño para ayudar en su postura, en 2012 fueron el 91% (20/22) vs. el 77% (20/26) en 2006 ($p = 0,3$)”. Por lo tanto, se concluyó que la implantación de los CCD en España ha mejorado, aún hay un margen de mejora en el uso de sacarosa o el control del ruido, pero cabe mencionar el cambio tan positivo que se ha producido respecto con el ingreso de los padres.

Santos (2014) ejecutó un estudio en Uruguay titulado: “Análisis de las intervenciones enfermeras en una uci neonatal”. El estudio fue descriptivo y transversal, su población de estudio incluyó al total de niños ingresados desde el 8 de febrero del 2011 hasta el 10 de marzo de 2013, lo que ascendió a 186 neonatos. Se creó una base de datos con el programa informático Epiinfo donde se recogieron las intervenciones NIC previamente seleccionadas por un panel de expertos y en un estudio previo. Los resultados revelaron que se recogieron de un total de 2235 registros de 186 neonatos ingresados con un peso medio 1690,6 g y 14,2 días de edad. Se realizaron un total de 57.289 intervenciones NIC. El mayor porcentaje de intervenciones identificadas se refieren a la necesidad de seguridad (35,7%), seguido de nutrición, higiene-piel y respiración. El 33,7% de intervenciones realizadas por turno en la mañana, 34,9% en el turno de tarde y 31,4% en el turno de noche. Conclusiones: “el mayor porcentaje de intervenciones NIC realizadas pertenecieron a las necesidades de seguridad, nutrición e higiene-piel. Donde concluyen señalando que las intervenciones y actividades

relacionadas con la necesidad de seguridad han demostrado ser vitales en el cuidado del neonato crítico”.

Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro y Maldonado (2011), desarrollaron un estudio de investigación titulado, ”Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”, con el objetivo de evaluar la aplicación de cuidados centrados en el desarrollo de RN < 1,500 g como indicador de calidad en la UCIN. El estudio fue pre-experimental donde se evaluó la aplicación de los cuidados utilizando la cédula F1-CEN 1.5-2 indicador de cuidados de enfermería al neonato menor. Los resultados mostraron que en la medición de la preintervención el personal de enfermería realizaba un 33% de cuidados centrados en el desarrollo de los RN <1,500 g. Luego de la capacitación, se mejoró hasta lograr un 89%; llegando a la conclusión que las intervenciones de enfermería fueron ejecutadas a RN de < 1,500 g como recomienda la literatura; pero, existen algunas condiciones administrativas que hicieron que no se cumpliera al 100%.

Cintra (2011), realizó un trabajo de investigación titulado, “Estudio del Desarrollo Motor de Niños Prematuros Nacidos con menos de 1.500 gr según la Alberta Infant Motor Scale (AIMS)”, con el objetivo de verificar el desarrollo motor de niños prematuros nacidos con menos de 1.500 g durante su primer año de vida. El estudio fue prospectivo, analítico y observacional. Los resultados arrojan que los niños que obtuvieron mayor grado de prematuridad y menor peso son los tuvieron menores valores de apgar y que estuvieron más tiempo ingresado en el hospital. Respecto a la presencia de lesiones cerebrales la edad gestacional y los bajos valores de apgar fueron considerados características importantes para tal condición. En el estudio las variables clínicas predictivas del retraso en el desarrollo motor fueron el menor peso al nacimiento, la presencia de lesiones cerebrales y el mayor tiempo de ingreso hospitalario. “Se concluyó que los niños presentan un retraso en la adquisición de

hitos motores principalmente cuando es necesario que se tenga patrones que desencadene la marcha independiente”.

Sanhueza (2009), encontró evidencia en los resultados de la investigación “Variaciones del ambiente térmico de prematuros hospitalizados en la unidad de neonatología del hospital Clínico Regional de Valdivia”. Para establecer la relación entre las variaciones del ambiente térmico y las actividades de cuidado del RN que implicaron abrir la incubadora, este estudio fue prospectivo en el que se analizaron los factores que inciden en la variabilidad del micro y macroambiente neonatal referido a temperatura y humedad. Los resultados mostraron que se observó estabilidad de temperatura ambiental, pero bajo los valores prefijados, la humedad de las salas fue más inestable y se modificó más significativamente respecto de las programadas. La actividad “atención de rutina” fue la más frecuente causa de apertura de la incubadora (53,9%). El mayor tiempo de apertura se observó con la actividad “rutina matinal” (17,2 min \pm 6,2). Tanto la temperatura como la humedad de la incubadora variaron mayormente con el mayor tiempo de apertura. “La conclusión fue que las incubadoras actualmente en uso son eficientes en mantener la estabilidad térmica del entorno neonatal, incluso en momentos de apertura de sus accesos. No obstante, importantes modificaciones ocurren cuando persisten por mayor tiempo abiertas”.

Alegre (2009), en un estudio realizado en Paraguay con el objetivo de determinar los conocimientos, prácticas y actitud del personal de enfermería acerca de los cuidados del neurodesarrollo del recién nacido prematuro. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y de corte trasversal. Encontró que los resultados indicaron un nivel de conocimiento en general bueno, pero resalta el bajo nivel de conocimiento en relación al tiempo de manipulación del RN.

Parraquini (2008) realizó un estudio titulado: “Desempeño del Rol Materno en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”, cuyo objetivo fue determinar si existe coincidencia entre el rol materno imaginado durante el embarazo, con el desempeñado en la UCIN; así mismo determinar los factores que afectan el rol en situación de hospitalización. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, cuali-cuantitativo, prospectivo y transversal. La muestra fue integrada por 11 madres de bebés internados en dicha unidad. Los resultados evidencian que el 72 % de las madres tuvo sentimientos de pérdida al no poder llevar a cabo su rol materno ideal. El tamaño del bebé, el entorno físico, la misma enfermedad y social de la sala y las actividades de cuidado propias de la UCIN constituyeron los obstaculizadores del desempeño del rol..

Fajardo, Gallego y Argote (2007) encontraron aspectos reveladores, en los resultados de un estudio desarrollado con el objetivo de determinar los niveles de ruido en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales «CIRENA» del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia”. El estudio fue descriptivo y prospectivo donde se cuantificó la intensidad sonora en diferentes áreas de la unidad, con un sonómetro digital. Los resultados revelaron que los niveles de ruido en Cirena están por encima de lo permitido; el valor máximo registrado fue 73.6 dB y el mínimo 46.5 dB; y la principal fuente generadora de ruido fue el personal de la sala. Por ende, se concluye que se requiere sensibilizar a todo el equipo de salud sobre la necesidad de aplicar estrategias para disminuir los niveles de ruido existentes y de esta manera favorecer la reducción del nivel de estrés de los niños hospitalizados.

Hernández (2006), realizó una investigación titulada “evaluación del protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor de 2.500 gramos”, cuyo objetivo fue implementar el protocolo de intervención en enfermería que minimice los factores causantes de estrés en el recién nacido con peso menos de 2.500 gramos. Estudio descriptivo y de corte

transversal, los resultados reportan que el 87.5 % cumplió con la manipulación mínima indicada en la atención individualizada respecto a descanso y sueño, posición de cubito ventral y lateral. Se concluye que las enfermeras satisfacían las necesidades totales del recién nacido, y se mejoró el cuidado de atención individual, humanizada e integral del recién nacido prematuro.

Arias (2004), encontró en un estudio realizado en Perú titulado “Evaluación de la técnica de manipuleo mínimo en recién nacidos de prematuros con peso inferior a 1500 gramos en el Hospital Nacional de Niño”, tuvo como objetivo determinar si el personal de enfermería y otro relacionado con el cuidado de los prematuros con peso menor a 1500 gramos utiliza la técnica de manipulación mínima. El estudio fue prospectivo, descriptivo, no intervencional, de observación imparcial y guiada por una lista de cotejo. Los resultados mostraron que todos (100%) los enfermeros tenían indicado en el kardex la técnica de manipuleo mínimo que se incumplió en un 100%, porque se observó manipuleo excesivo. El 20% del cuidado no fue de rutina (lo deseable). Se dio seguridad y confort entre un 40% y 60%, llegando a la conclusión de que la calidad de vida de los neonatos tratados en la UCIN del HNN es deficiente y debe implementarse protocolos de manipuleo mínimo.

Hernández y Flores (2002) desarrollaron un estudio titulado “Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN”, con el objetivo de evaluar una estrategia educativa dirigida a enfermeras con enfoque en la relación de ayuda para disminuir la ansiedad en los padres de recién nacidos hospitalizados. El estudio se basó en el ensayo de campo y la estrategia educativa consistió en un taller durante cinco días con una hora de duración. La técnica fue la discusión grupal aplicados a 15 enfermeras. Los resultados mostraron que al evaluar la relación de ayuda se encontraron diferencias significativas en la etapa postintervención ($p < 0.001$) en aspectos de comunicación, empatía y

simpatía. El nivel alto de ansiedad pre y postintervención fue de (30% vs 8%) respectivamente. Por tanto, se concluye que cuando la enfermera de UCIN tiene una actitud cálida, de respeto, empatía y comprensión (enfoque de relación de ayuda) realiza una atención integral logrando disminuir la ansiedad situacional de los niños hospitalizados y sus padres.

Lamonje (1999), encontró un revelador beneficio de la aplicación del protocolo de manipulación mínima en un trabajo desarrollado en Brasil con el objetivo de evaluar el protocolo de mínima manipulación en prematuros extremos de la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales. El estudio fue de diseño observacional, analítico y retrospectivo. Los sujetos de estudio se dividieron en dos grupos: primero prematuros extremos que no están beneficiados de los cuidados de PMM que representa un 52,7% de la población. El segundo está formado con prematuros extremos que han recibido los cuidados de PMM y representan un 47,3%. Los resultados revelaron que la aplicación del PMM en prematuros extremos es efectiva respecto a los cuidados que enfermería ofrece, ya que demuestra que, si estos son dados de un modo oportuno y minimizado, la evolución de estos niños mejora en cuanto a que disminuye las infecciones y el HIV.

Definición conceptual

Nivel

La complejidad del conocimiento del objeto establece formas diferentes de apropiación por parte del sujeto cognoscente, estas formas dan lugar a diferentes niveles de conocimiento según el grado de comprensión de este y la consiguiente posesión de la realidad en el área (Pereyra, 2012).

Procedimental

“El saber hacer o saber procedimental es aquel conocimiento que se refiere a la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos, etcétera. Podríamos decir que a diferencia del saber qué, que es de tipo declarativo y teórico, el saber procedimental es de tipo práctico, porque está basado en la realización de varias acciones u operaciones” (Díaz y Rojas, 2002).

Colls, Pozo, Saravia y Valls (1992), señalan que los procedimientos constituyen un conjunto de acciones ordenadas, las mismas que pueden ser programadas y dirigidas para el logro de una meta determinada. Constituye un aspecto importante el conocimiento claro de la meta a lograr, secuencia sistemática de acciones a realizar que se debe clarificar al profesional la meta a lograr, la secuencia de acciones a realizar y el progreso de las mismas.

Es de importancia conocer, que para lograr las habilidades procedimentales en este tipo de aprendizaje Colls, Pozo, Saravia y Valls (1992), refieren que ocurre en etapas, que comprenden:

La apropiación de datos relevantes respecto al procedimiento. Relacionado al conocimiento actual o también a la transferencia de la información al personal inexperto relacionado con los procedimientos generales, las tareas puntuales a desarrollar, propiedades y condiciones, así como las normas, reglas generales de aplicación.

La actuación o ejecución del procedimiento, donde al inicio el sujeto procede por tanteo de acuerdo a su percepción, mientras el instructor lo va orientando y dirigiendo la realización mediante la práctica con retroalimentación. Donde el propósito se dirige a la fijación correcta del procedimiento.

La automatización del procedimiento, referido a mayor realización de procedimiento como resultado de su ejecución continua en situaciones pertinentes. Una persona puede mostrar mayor facilidad, ajuste, unidad y ritmo continuo cuando ejecuta un procedimiento.

El perfeccionamiento indefinido del procedimiento, Referido a la diferencia entre un experto (el que domina el procedimiento) y el novato (el que se inicia en su aprendizaje).

Competencias

Echeverría, (2005) señala que para desempeñar eficientemente una profesión “es necesario tener un buen (componente técnico) referido a saber los conocimientos requeridos por la misma, “el saber hacer” (componente metodológico), el “saber *ser*” (componente personal) y “saber estar” (componente participativo).

Así mismo, afirma que la competencia de acción profesional involucra, más que las capacidades y conocimientos, ya que tiene la posibilidad de conjugar los saberes que se aprenden como resultado de la experiencia laboral y de la conceptualización y reconceptualización diaria que la persona lleva a cabo en su trabajo, sumando y mezclando permanentemente nuevas experiencias y aprendizajes”, aumentando su capacidad para solucionar situaciones contingentes y problemas que surjan durante el ejercicio de la actividad docente la cual puede replicarse con efectividad en el ámbito laboral (Echeverría, 2005)

Competencia cognitiva

Referido a la cualidad del potencial humano, a fin de contar con los conocimientos que deben saber en un área determinada y tener la capacidad de realizar procedimientos que permitan adquirir responsabilidades y actuar en consecuencia.

Competencia procedimental

Posada (2004), afirma que el concepto más generalizado de competencia procedimental es el que refiere al "saber hacer en un contexto", definiendo el saber hacer, no solo en el sentido de su instrumentalidad, sino como aquel desempeño integrado por conocimientos (teórico, práctico o ambos), afectividad, compromiso, cooperación y cumplimiento e integra conocimientos, potencialidades, habilidades, destrezas, prácticas y acciones de diversa índole personales, colectivas, afectivas, sociales, culturales, en los diferentes escenarios de aprendizaje y desempeño llevadas al ámbito laboral. Todos estos aspectos nos conducen a percibir nuevas formas de interacción social, educativa, informática y comunicacional, donde se suman nuevos desempeños docentes en el contexto de aprendizaje.

Competencia actitudinal

La competencia actitudinal es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, estos elementos son denominados creencias, conocimientos, expectativas o hipótesis. La competencia actitudinal: es la disponibilidad para realizar las actividades, es la apertura e interés para participar en los diferentes espacios del aula virtual y las actividades presenciales.

El Cuidado

Es el acto que comprende una variedad de actividades y actitudes direccionadas a preservar la vida que contribuye al fortalecimiento de la autonomía del sujeto. Que Según Gonzales, Bracho, Zambrano y Guerra el cuidado involucra valores, voluntad, compromiso para cuidar, conocimiento y acciones de cuidar, el cual se inicia cuando la enfermera entra en el campo subjetivo del paciente. Donde Waldo (2004) señala que en enfermería el cuidado se basa en la praxis, en el "saber hacer" brindando: seguridad personal que se respalda en el

conocimiento de la enfermera, satisfacción, aprendizaje y mejoramiento personal; con la finalidad de dignificar a la persona.

Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Urra, Jana y García (2011) hace mención a la teoría de Watson, menciona que el cuidar es parte esencial del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud

Así mismo, Caro (2009) hace mención que la característica fundamental de la teoría de Jean Watson es el interés en el cuidado centrado en los valores, la cultura y las creencias de las personas, por lo que se encuentra ubicada en la Escuela del Caring, ubicándolo como la base de la existencia humana, la preocupación por los demás, la ayuda a la persona a actualizarse y realizarse..

Las intervenciones relacionadas con el cuidado humano, constituyen lo que Watson denomina “Factores del Cuidado” en 1979, y posteriormente denominados proceso caritas de cuidado (2000), que proporcionan a la enfermera un marco de referencia para su práctica.

Estos son:

Formación humanista-altruista en un sistema de valores. Se convierte luego en la “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”.

Incorporación de la fe y esperanza, se convierte luego en “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado

El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, será redactado más tarde como “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.

El desarrollo de una relación de ayuda y confianza, el cuidar la relación humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.

La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos, esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.

El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, se convierte en “el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”.

La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. Luego deriva a: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.

La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.

La asistencia con la gratificación de necesidades humanas. Las que posteriormente llama: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.

Aceptación de las fuerzas fenomenológicas y existenciales, posteriormente llamada: “Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma)”.

Los diez factores a los que se refiere Watson, ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que el enfermero puede brindar su ayuda a otro para resolver sus problemas y promover restaurar su salud. Es así que la enfermera se constituye en la responsable de ofrecer las condiciones para que el paciente resuelva sus propios problemas. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida y esto es válido para las enfermeras/os pues confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento, en este caso la enfermedad. (Urra, Jana y García 2011).

Margaret Jean Watson refiere que: “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad. Además, entiende que la influencia de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte” (Guillaumet, Fargues, Subirana y Bros 2005, p.73).

La teoría de Watson fomenta el cambio al actuar frente al paciente para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión; a

vivir el momento del cuidado transpersonal. A crear una experiencia de aprendizaje desde el arte, nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible de enfermería, hacer las pausas. Integrar cuidado y amor. (Caro, 2009).

Teoría del cuidado Humanizado Regina Vera Waldow

Hace mención al cuidado humanizado resaltando los valores propios de la persona, los cuales permiten observar la dignidad y su entorno. Categoriza el cuidado en cinco aspectos: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso; explicando que la compasión es llegar al grado de sentir y vivir con la persona tanto sus alegrías como sus angustias en contraposición a un actuar desinteresado en base solo a los aportes de la tecnología. Enfatiza que competencia es tener conocimientos, habilidades y experiencias para responder a las demandas y las responsabilidades laborales; confianza la cualidad que favorece y promueve la interrelación, permitiendo a la persona sentirse protegida, especialmente en situaciones difíciles y el compromiso caracterizado por la capacidad de la respuesta afectiva y completa donde le sentir, pensar y actuar deja de ser humano.

Waldow (2004), promueve a brindar el cuidado en dos componentes: Lo sensible mediante la empatía, el trato, inmersos dentro de la categorización de las cinco “C” y los aspectos procedimentales que favorece la tecnología dirigidas al cuidado inducen a brindar el cuidado al recién nacido prematuro.

Recién nacido prematuro

Definición

“Un recién nacido prematuro es quien nace antes de completar la semana 37 de gestación, sabiendo que la gestación es una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El termino pre término no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente” (Rellan, Garcias, Aragon, 2008).

Según la OMS (2015), Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación, expresado en edad gestacional como con el peso del recién nacido prematuro.

Por otro lado, Perkin Elmer Life and Analytical Sciences (2009), considera nacimiento prematuro o pre término todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer.

Así mismo, es posible que un niño nazca a las 40 semanas de gestación con un peso igual al de un niño prematuro; en este caso se trata de un bebé pequeño para su edad gestacional. Los niños prematuros no presentan los mismos problemas de salud; la gravedad de estos problemas está asociada a la edad gestacional, al peso y a la maduración. Las repercusiones en el neonato prematuro que nace con inmadurez de sus órganos, principalmente son en tres funciones corporales: la alimentación, la respiración y el control de la temperatura. El bebé prematuro necesita apoyo para poder sobrevivir fuera del útero materno, siendo necesario su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (Balza y Fernández, 2011).

Clasificación

Según Perkin Elmer Life and Analytical Sciences (2009), aunque todos los nacimientos que se producen antes de completar 37 semanas de gestación son nacimientos prematuros, la mayoría de las muertes y los daños neonatales corresponden a los partos que se producen antes de la semana 34 de gestación. Motivo por el cual es conveniente considerar que los nacimientos prematuros pueden clasificarse a su vez en diversas categorías de prematuridad:

Prematuro: nacimiento que se produce entre las 23 y las 37 semanas de gestación.

Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.

Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación.

Prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas de gestación.

Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación.

Así mismo, la OMS (2015), dividen a los recién nacidos prematuros en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuros extremos (<28 semanas)

Muy prematuros (28 a <32 semanas)

Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).

Características físicas del recién nacido prematuro

Pereyra, Méndez y Saavedra, (2013), señalan que dentro de las características físicas en el recién nacido prematuro se aprecian:

Cabeza (cabello, ojos, nariz, boca, pabellones, auriculares, fontanelas: el cabello es delgado y puede estar presente el lanugo en la espalda y cara, los ojos son prominentes y se encuentran cerrados, el perímetro cefálico menor de 33, fontanelas grandes, la cabeza proporcionalmente más grande respecto al cuerpo, los cartílagos auriculares pocos desarrollados, las orejas pueden doblar con mucha facilidad.

Tórax: Los tejidos pulmonares son inmaduros, el tórax es flexible mostrando generalmente el perímetro torácico menor a 30 cm.

Abdomen: Cuando menos es el desarrollo del recién nacido prematuro la ubicación de la cicatriz umbilical es más cercana al pubis.

Genitales: en los niños los testículos no descendidos, en los cuales los testículos pueden estar en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. En las niñas el clítoris prominente y sus labios mayores separados e insuficientemente desarrollados.

Miembros superiores e inferiores: longitud del pie menor de 7 cm, las plantas de los pies presentan mayor turgencia con arrugas muy finas, al igual que las palmas de las manos con pliegues mínimos; mostrando actitud más relajada con miembros más extendidos,

Piel: muestra color rosado intenso, lisa y brillante (puede haber edema), con vasos sanguíneos pueden ser claramente visibles bajo la epidermis siendo de poco calibre, el panículo adiposo es escaso, las uñas pequeñas, y la superficie cutánea es mayor (pérdida calórica mayor).

Aparato respiratorio: fragilidad respiratoria con presencia de cianosis, el llanto es débil, los músculos respiratorios presentan escasa capacidad de contracción, por lo que las posibilidades de expulsar flemas y moco bronquial son débiles, la flexibilidad del tórax, la inmadurez de los tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración producirán estados con respiración periódica e hipoventilación, dando lugar a periodos frecuentes de apnea.

Sistema cardiovascular: la frecuencia cardíaca alta (en el recién nacido a término oscila entre las 110-170latidos/min.) hipotensión (TA aumenta con la edad gestacional y peso).

Aparato gastrointestinal: Hay presencia de deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, los movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que regurgitaciones son frecuentes, la digestión de la grasa limitada por deficiencia de absorción, por lo que el riesgo de caer en hipoglucemia es incrementada.

Sistema neurológico: Es inmaduro, débil, ineficaz y muchas veces ausente para el reflejo de succión, hay debilidad en la deglución, inactivo y mayor tendencia a la hipotermia por labilidad térmica.

Sistema hematopoyético: Pueden presentar anemia por disminución de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina que va generalmente acompañado de un desequilibrio hidroelectrolítico. Por la fragilidad capilar existen tendencias de sangrado y hemorragias puesto que el tejido elástico es insuficiente y la reserva de la vitamina C.

Sistema inmunológico: La inmadurez fisiológica es la particularidad que los hace más susceptibles a las infecciones, incrementada con la capacidad limitada para excretar los solutos en la orina y la debilidad para mantener la temperatura corporal,

Sistema musculo esquelético: los músculos carecen de tonicidad, siendo escasa contracción muscular en recién nacidos prematuros con peso entre 2000 a 1000 gr.

Además, Balza y Fernández (2011), resaltan en el recién nacido prematuro el aspecto frágil, la piel es delgada y fina, que al tacto parece ser pegajosa y a través de ella se pueden apreciar los vasos sanguíneos. Las uñas son muy pequeñas y blandas. También han comentado respecto a la desproporcionalidad de su cuerpo respecto a su cabeza. Los pliegues de las plantas de los pies todavía no se han desarrollado. Las orejas poco desarrolladas, muy pegadas

a la cabeza y con poco o nada de cartílago, por eso pueden tender a estar dobladas continuamente. Tiene muy poca cantidad de grasa y su tono muscular es muy pobre por lo que sus movimientos son escasos. En los niños, los testículos aún no han descendido al escroto y el pene suele ser muy pequeño. En las niñas, los labios mayores no cubren a los menores, por lo que se observa un clítoris prominente.

Características clínicas del recién nacido prematuro

Según Niño (2013), describe aspectos clínicos que constituyen puntos de interés, que la enfermera debe conocer para que su intervención sea precoz y oportuna las cuales a continuación se detallan:

Termorregulación: Existe elevada relación entre superficie corporal y peso, los depósitos mínimos de grasa parda y escaso glucógeno hacen que el recién nacido prematuro sea particularmente vulnerable a sufrir de hipotermia. Así mismo como resultado de la hipotermia a la vez, se puede traducir en hipoglicemia, apnea, acidosis metabólica, mayor consumo de oxígeno y energía, aumento de los requerimientos hídricos. La termorregulación es esencial para la sobre vivencia del recién nacido prematuro la cual se puede alcanzar con el uso de lámparas de calor radiante, incubadoras de doble pared y plástico de polietileno al nacer.

Hipoglicemia: El cese brusco del aporte de glucosa de la madre, el estrés y los depósitos de glucógeno insuficientes ocasionan la dificultad del recién nacido prematuro para mantener los niveles normales de glucosa. Donde las convulsiones, temblor, letargia, apnea y la pobre alimentación son manifestaciones clínicas evitables mediante la realización de controles secuenciales de glicemia cada 8 a 12 horas que puedan instaurar el tratamiento mediante un diagnóstico oportuno.

Líquidos y electrolitos: Existe una mayor proporción de líquidos en el compartimiento extracelular que en el intracelular en el recién nacido prematuro donde mayor proporción de peso corporal total está constituido por agua

En los primeros días de vida, la diuresis puede presentar una pérdida del 10-20% del peso, la cual puede llevar al compromiso de la función renal si se presenta paralelamente disminución de la tasa de filtración glomerular, reabsorción de bicarbonato, secreción de potasio, otros iones e incapacidad de concentrar la orina. Por ello, es necesario el control riguroso de los líquidos y electrolitos, ya que un manejo inadecuado puede incrementar las complicaciones como el ductus arterial persistente, hemorragia intraventricular y displasia broncopulmonar. La toma del peso diario, el control de líquidos administrados y eliminados (BHE) son intervenciones de enfermería que permiten controlar el estado hídrico del recién nacido prematuro. Así mismo la particularidad a desarrollar estados de hiper kalemia no oligúrica (k sérico > 6.5 mmol/l), del recién nacido prematuro se asocia con arritmias cardíacas y muerte.

Nutrición: : La mayor tasa de crecimiento, genera el alto requerimiento energético del RNPT, la cual se incrementa por la pérdida de calor. Niño (2013) refiere que El RNPT gasta entre 60-75 kcal/kg/día y requiere al menos 120kcal/hg/día para lograr el crecimiento mínimo deseado de 15gr/kg/día. La tendencia actual es iniciar la alimentación enteral en forma más temprana con leche materna fortificada, donde la leche materna es considerada como la mejor elección para la alimentación enteral y el efecto protector en contra de la enterocolitis necrotizante. En el prematuro extremo el desafío es mayor, donde la recomendación es iniciar el soporte parenteral en las primeras 24 horas de vida. Por la gran dificultad de alcanzar los aportes calóricos requeridos. Dentro de la complicación secundaria por el uso prolongado de la

nutrición parenteral, los reportes están referidas a las alteraciones metabólicas, las hepatopatías colestáticas y el incremento al riesgo de infecciones asociadas a uso prolongado de dispositivos intravasculares.

Hiperbilirrubinemia:

Producida por aumento del recambio y destrucción de glóbulos rojos cuyo tiempo de vida es menor, la mayor parte de la bilirrubina es producto de la destrucción de los eritrocitos; así mismo hay inmadurez hepática con pobre captación y conjugación adecuada, la motilidad intestinal esta disminuída que retarda la eliminación del meconio. La inmadurez extrema, asociada a otras causas de ictericia (incompatibilidad de grupo o Rh, sepsis y enfermedades hereditarias), ponen a estos niños incrementa el riesgo de encefalopatía bilirrubínica.

Enfermedad de membrana hialina (EMH): Enfermedad respiratoria secundaria a deficiencia de surfactante, constituye la mayor causa de morbimortalidad en RNPT. Producida por la deficiencia de surfactante, que va a dar lugar al colapso alveolar con cada respiración. Paulatinamente los alveolos se colapsan, las células se van almacenando en las vías respiratorias, incrementando el esfuerzo del recién nacido prematuro, porque la capacidad pulmonar es más afectada, dando lugar a las atelectasias y mayor edema.

El uso de surfactante disminuye la morbimortalidad en estos niños, porque evita el colapso de los alveolos, reduce y acorta los requerimiento de necesidad del oxígeno y soporte ventilatorio.

Displasia broncopulmonar (DBP): Definida como la dependencia de oxígeno suplementario a las 36 semanas de EG corregida o después de los 28 días de vida en RN mayores de 32 semanas de edad gestacional (enfermedad pulmonar crónica del RN).

El Instituto Nacional de Salud de los EEUU, el año 2001 publicó el consenso de la nueva definición de DPB, donde clasifica a los recién nacidos prematuros en menores de 32 semanas y mayores o iguales a 32 semanas de edad gestacional, clasificándola en leve, moderada o severa de acuerdo a los requerimientos de oxígeno y soporte ventilatorio

Sepsis temprana y tardía: Según Coronell, W et al. (2009) El riesgo de infecciones en los RNPT y extremadamente prematuros es alto por lo que las medidas de prevención y tratamiento deben estar dirigidas a diagnosticar y tratar las infecciones intrauterina, y una vez el que el RN ha nacido evitar las infecciones nosocomiales mediante la observación rigurosa de las normas de asepsia, sin limitar el contacto con los padres.

Es necesario enfatizar, que las alteraciones inmunitarias están estrechamente relacionadas con la edad gestacional del recién nacido prematuro; ya que a mayor grado de prematuridad, mayor será el compromiso que el recién nacido prematuro afronte por su inmadurez inmunológica, dando lugar a mayor riesgo de infección; por el cual es necesario hacer un monitoreo continuo que permita valorar los signos y síntomas los cuales muchas veces pueden ser variados o tornarse inespecíficos incluyendo muchas veces, dentro de ellos el rechazo a la vía enteral, distensión abdominal, mayor soporte ventilatorio y otros. Por ello es necesario diferenciar que en la sepsis neonatal temprana las manifestaciones clínicas son bruscas encontrando cianosis, apneas, distrés respiratorio severo llegando a la falla multisistémica la cual generalmente se instala dentro de las primeras 72 horas de vida . Mientras que la sepsis tardía, llamada también nosocomial ocurre después de los 3 días de

vida, donde la característica es el deterioro progresivo el estado hemodinámico, ventilatorio, metabólico y renal.

Conducto arterioso persistente: El cierre fisiológico del ductus en el recién nacido prematuro se origina en las primeras 18 horas de nacido, por la producción de prostaglandinas incitada por oxígeno. Su persistencia condiciona el cortocircuito significativo entre la circulación sistémica y la pulmonar produciéndose la mezcla de la sangre oxigenada proveniente de la circulación sistémica y la sangre con poco oxígeno que circula por la arteria pulmonar, dando lugar a que todo el organismo reciba sangre menos oxigenada. Dentro de los recién nacidos que presentan mayor posibilidad de presentar un ductus arterioso persistente se encuentran los recién nacidos prematuros, donde el grado de compromiso incrementará el riesgo a las complicaciones como la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante y la muerte.

Enterocolitis necrotizante (ECN).

Asociada a la menor edad gestacional del recién nacido prematuro, donde como producto de la inmadurez y la presencia de gérmenes enteropatógenos junto con sus sustratos metabólicos la mucosa intestinal se lesiona, dando lugar a la isquemia intestinal, constituyéndose como factores de riesgo de importancia: la prematuridad, la alimentación con leche de fórmula, aunada a la colonización bacteriana darán lugar a la isquemia intestinal que dará lugar

Así mismo, Roqués, Moya y Murguía (2005) Señalan que es una enfermedad muy grave que se manifiesta con signos de malestar, el vómito verde después de las tomas, el abdomen se encuentra distendido, abdomen enrojecido o de color anormal y sangre en heces.

Más recomiendan que, en caso de sospecha que el recién nacido prematuro sufra este trastorno la alimentación debe ser interrumpida con inicio de alimentación intravenosa y vaciamiento de aire y líquidos del estómago e intestino, mediante una sonda

El control radiográfico del abdomen es importante, porque permitirá hacer el seguimiento, valorar la extensión de la lesión y los análisis frecuentes de sangre, el tratamiento con antibióticos y se controlará su evolución.

Hemorragia intraventricular (HIV): La hemorragia intracraneal complicación frecuente en el recién nacido prematuro, diferenciada por grados de severidad originada en la matriz germinal peri ventricular subependimaria (grado I) que puede progresar dentro del sistema ventricular sin hidrocefalia (grado II) o con hidrocefalia (grado III), hasta extenderse dentro del parénquima (grado IV). Su incidencia se incrementa a menor edad gestacional del RNPT. Así mismo los factores de riesgo que se asocian, pueden ser de origen materno como (preeclampsia, ruptura de membranas y corioamniotitis), intraparto) vía de nacimiento vaginal o abdominal, asfixia fetal) condiciones del recién nacido prematuro como peso, menor edad gestacional, hipocapnia, síndrome de distrés hipotensión arterial, entre otras.

Retinopatía del prematuro: Producida por el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la retina. Es más frecuente en niños muy prematuros, sobre todo si nacen con una prematuridad superior a 12 semanas. Donde el monitoreo de la administración del oxígeno es el factor más importante en su desarrollo. Por ello se debe realizar el control cuidadoso del oxígeno que el niño recibe mediante los monitores. Así mismo todos los niños con riesgo de ROP deben ser revisados por el oftalmólogo a partir de las 4-6 semanas de vida y tener seguimiento con regularidad hasta que los vasos sanguíneos se han desarrollado normalmente.

Respecto al tratamiento es el oftalmólogo quien decidirá si se realizará una cirugía o de cederá espontáneamente, para que en el futuro se evite trastornos de la visión o en el peor de los casos la ceguera.

Secuelas y seguimiento del recién nacido prematuro

Dada la las múltiples alteraciones en el desarrollo de la población de prematuros, se hace necesario establecer programas de seguimiento protocolizados en especial para los prematuros de menor peso.

Rellan, García y Aragon (2008) describen a continuación los cuidados que deben seguirse:

Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento donde el objetivo nutricional debe estar dirigido a obtener crecimiento semejante al intrauterino, pocas veces conseguido. Prestando atención a las alteraciones nutricionales específicas que incluyen al raquitismo, osteopenia y anemia.

Atención al riesgo de discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje. el riesgo de parálisis cerebral en los prematuros de muy bajo peso es del 10%, distribuida en entre las formas leve, moderada y grave;

Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parenterales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección. En el otro extremo aparecen actitudes negligentes que infringen en maltrato, así como una alta prevalencia de accidentes afectando a un 10% de los prematuros.

Las infecciones respiratorias de vías altas repetidas condicionan frecuentes reingresos, en especial en los pacientes afectos de bronca displasia. Se indicarán medidas higiénicas y sanitarias, aislamiento de individuos infectados, evitar el hacinamiento y demorar la escolarización hasta los 2 años.

Mayor incidencia de angiomas cutáneos, tuberosos o en fresa, en crecimiento durante los primeros meses de vida, desaparecen espontáneamente a los 4 o 5 años de vida, dejando una cicatriz blanquecina.

La aparición de hernias inguinoescrotales, frecuentemente son a menor edad de gestación. Por debajo de 32 semanas la frecuencia es similar en ambos sexos, con posterioridad más prevalente en varones. La cirugía está indicada y debe ser programada.

Deformidad craneal escafocefalica como resultado del apoyo lateral mantenido, secundario a la hipotonía cervical del pre término; hipoplaxia maxilar y paladar ojival que condicionara mal posición dental y mal oclusión con necesidad de ortodoncia a los 5 o 6 años de vida. Las deformidades craneales acentuadas de origen prenatal, como ocurre en los pre términos gemelares, deben ser referidas para valoración ortopédica.

Manipulación mínima

Definición

Conjunto de medidas que se establecen en un servicio a efecto de atender a un neonato en condiciones adecuadas sin agredirlo y evitando complicaciones esperadas o que pudieran ser sobre agregadas. Se trata de darle al recién nacido la técnica de aislamiento revertido, (se aísla al niño del medio y no al medio del niño). El periodo de intervención mínima comprende

inicialmente las primeras semanas de vida porque durante este periodo es más probable que se produzca una hemorragia intraventricular (INMP, 2010).

Según Niño (2013) Es el manejo integral planeado por el grupo interdisciplinario encargado de la atención del recién nacido, neonatólogos, pediatras, terapeuta respiratoria y personal de enfermería, para realizar toda la atención al recién nacido en una sola manipulación, en el menor tiempo posible por turno.

Dimensiones de la manipulación mínima

Prevención de infecciones nosocomiales del recién nacido prematuro

La enfermera en la unidad de neonatología es un agente multiplicador en el sentido de prevención y control de infección, por tal motivo, debe cumplir ampliamente y con exactitud las normas de asepsia y antisepsia para prevenir infecciones. Debido a que las infecciones bacterianas y virales pueden ser devastadoras para los neonatos, la prevención y la detección precoz son los elementos principales del cuidado general.

Los microorganismos pueden transmitirse a los recién nacidos a través del contacto directo con personas colonizadas o infectadas (madres y personal), por contacto indirecto con objetos contaminados (equipos de reanimación, incubadoras), por gotas de saliva de sus cuidadores, y por productos contaminados (leche, sangre).

Las infecciones en los neonatos tienen efectos impredecibles y se acompañan de un alto índice de mortalidad, situación que se exagera en los recién nacidos prematuros, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico. De igual manera el hacinamiento y alto índice niño: enfermera deben ser evitados, pues aumenta el riesgo de

infección nosocomial. Es por ello, que la unidad de cuidados Neonatales es un servicio donde las medidas de asepsia y antisepsia deben ser muy rigurosas, con el objeto de mantener los niveles mínimos de contaminación y prevenir los diferentes focos de infección hospitalaria, manteniendo la limpieza y desinfección del ambiente y a través del lavado de manos (Pereyra, Méndez y Saavedra, 2013).

En relación al entorno físico del recién nacido prematuro

Luz:

Es el conjunto de actividades dirigidas a disminuir la exposición constante del neonato a la luz con la finalidad que concilie el sueño, gaste menor energía y tenga mayor ganancia de peso, favoreciendo la conducta organizada y reduciendo el riesgo a contraer enfermedades asociadas a la atención como:

Disminución de la intensidad de la luz, evitando luces intensas y brillantes.

Proteger al niño de la luz cubriendo parte de su incubadora con cobertor.

Utilizar antifaz en procedimientos como fototerapia

Ruido:

Son todas las actividades dirigidas a disminuir el nivel del ruido, con la finalidad de evitar el stress acústico, alteraciones fisiológicas que afectan el crecimiento y neurodesarrollo, como:

Cerrar las puertas y ventanas de las incubadoras con suavidad.

Colocar señales de advertencia para recordar al personal ser cuidadoso (por ejemplo, señales de silencio).

No golpear con los dedos o los nudillos sobre la incubadora.

Limitar las conversaciones cerca del neonato

Acariciar suavemente en forma cíclica de acuerdo a su edad y su estado de salud.

No despertarlo rudamente, facilitando la transición paulatina de sueño a vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención (García, 2011).

Cuidados posturales del recién nacido prematuro

Conjunto de intervenciones que promueven el alineamiento estructural favoreciendo el desarrollo funcional de la postura y movimiento. La postura adecuada adecuadas dan lugar a estado de calma y estabilidad psicológica para el RN de alto riesgo para ello serán utilizadas posturas en flexión, nidos acolchados que les proporcionarán límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables. Los tipos de posturas son los siguientes:

Prono: es la posición más cómoda para el RN, en la que se debe considerar de suma importancia el alineamiento cabeza-cuello-tronco; así mismo facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación. Técnica: caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas, éstas más altas que los hombros, brazos flexionados con las manos cerca de la boca para facilitar la succión (almohadilla escapular debajo de los hombros si se requiere).

Lateral: facilita la flexión, promueve las actividades de contacto de mano-mano, mano-boca y mano-cara. Técnica: caderas y rodillas flexionadas, brazos suavemente flexionados hacia los hombros y la cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada.

Supino: necesaria para intervenciones médicas y de enfermería, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión, más en esta posición se debe promover la cabeza del prematuro en línea media. Técnica: caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el

abdomen, hombros doblados con manos sobre el pecho o el abdomen, brazos y piernas simétricas, cabeza en línea media o cómodamente vuelta a un lado.

Entre las consideraciones a tener en cuenta son:

Nidos y barreras: deben ser preparadas y ajustadas proporcionalmente al tamaño del prematuro.

Almohadilla escapular: aumenta la capacidad torácica, favorece la ventilación, evita la retracción de los hombros y ayuda a estar más cómodo en prono. Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro, sin producir híper extensión.

Posición de la cabeza: Mantener la cabeza del niño en la línea media o lo más cerca posible de la línea media, en cualquiera de las posiciones colocadas al recién nacido prematuro. Esto disminuirá la presión intracraneal del niño al disminuir la estasis cerebral venosa. Nunca debe flexionarse la cabeza del niño, ni siquiera para una punción lumbar (García, 2011)

Cuidados de la piel del recién nacido prematuro

La piel de RNPT es ineficiente como barrera protectora debido a lo delgado del estrato córneo y la baja producción de sustancias lipídicas, que incrementan el riesgo de infección, causan problemas para mantener la temperatura corporal e incrementan la pérdida de agua. La piel del RNPT se lesiona fácilmente y su reparación requiere de un gran consumo de energía. En el RN < 25 SEG la pérdida transepidérmica de agua es 10-15 veces mayor que en el RN a término, lo cual conduce a reseca la piel y favorecer la lesión y la infección.

Los cuidados de la piel en el recién nacido prematuro son el conjunto de actividades de enfermería destinadas a mantener la integridad de la piel y prevenir las lesiones ocasionadas

por los distintos procedimientos, terapéuticas requeridas y por la gran inmadurez que presenta este órgano en los recién nacidos prematuros. Dentro de las medidas están consideradas:

El uso de humedad o ambiente húmedo tibio mediante la incubadora cerrada para controlar la inestabilidad térmica, reducir la pérdida de líquidos, evitar la desepitelización y disminuir el riesgo de infecciones.

Se requiere el cambio de posición frecuente al neonato para evitar la necrosis de pabellón auricular y laceraciones en prominencias óseas y puntos de apoyo.

Las fijaciones de los electrodos deben ser realizados en forma correcta para evitar que se despeguen y solamente cambiarlos cuando sea estrictamente necesario.

Los sensores de saturación y brazaletes para toma de presión arterial se cambiarán cada 4 horas para evitar lesiones dérmicas y quemaduras.

Debe evitarse al máximo el uso de cintas adhesivas; así como adhesivos hipoalérgicos que disminuyen el riesgo de lesión a la piel. No es recomendable el uso de lubricantes sobre la piel en las 2 primeras semanas de vida. En caso de lesión por adhesivos se deberá evaluar la presencia de datos de infección y la aplicación tópica de cremas antisépticas y polvos cicatrizantes.

Manejo hemodinámico, respiratorio y renal del recién nacido prematuro

Es el conjunto de intervenciones de enfermería en forma ordenada y sistemática que están dirigidas a disminuir las complicaciones como (baro trauma) y/o secuelas pulmonares (displasia bronco pulmonar), debido a la inmadurez neurológica, la debilidad de los músculos respiratorios, déficit de surfactante y la incapacidad de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma; así mismo mantener la estabilidad hemodinámica y el balance de líquidos y

electrolitos en el recién nacido prematuro mediante el monitoreo ordenado de las variables fisiológicas para el reconocimiento y detección temprana de alteraciones fisiológicas que eventualmente puedan producir complicaciones

La función pulmonar del prematuro está comprometida por diversos factores como la inmadurez neurológica central y debilidad de las musculaturas respiratorias, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactantes y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar (Rellan, 2008)

Según Mata (2009) señala que la baja producción de surfactante conduce a al colapso alveolar y atelectasias. Características particulares de la inmadurez del centro respiratorio, responsable de crisis de apnea, dando lugar a requerir en la mayoría de casos a apoyo ventilatorio.

La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad de los recién nacidos prematuros y es representada por distres respiratorio debido a déficit de surfactante o enfermedad de la membrana hialina, seguidas de apnea del prematuro y displasia broncopulmonar (Moraes, 2009).

Cuidado en el manejo nutricional

Arandia (2010) refiere que la función gastrointestinal es inmaduro en el recién nacido prematuro, por lo que se pueden presentar dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia succión, la deglución y la dismotilidad del sistema digestivo.

Según Castro y Gonzales (2006) el soporte nutricional es el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el recién nacido (RN) cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total, la nutrición enteral

o ambas. Este tipo de soporte tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición.

Las intervenciones de enfermería dada la inmadurez de la función gastrointestinal para mantener el estado nutricional del recién nacido prematuro, se basa en la administración de nutrientes que sean fácilmente utilizados para asegurar la ganancia de peso asegurando el crecimiento rápido semejante al que ocurre en el último periodo de la vida intrauterina.

Mediante la alimentación enteral por sonda, nutrición parenteral y la ayuda y el fomento de la lactancia materna. El aporte de nutrientes a través de una sonda requiere:

La instalación de una sonda orogastrica

Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas.

Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° al alimentar al recién nacido.

Comprobar la existencia de residuo previo a cada alimentación (Bulechek, 2009)

El inicio de la alimentación enteral precoz con Leche Materna Exclusiva

El recién nacido prematuro extremadamente bajo peso al nacer tiene probabilidades de alimentarse inadecuadamente, así como de presentar deficiencias nutricionales y pobre ganancia de peso, requiriendo nutrición parenteral total durante las primeras semanas de vida (Oliveros, 2008).

Según Bulechek (2009) la administración de nutrición parenteral total se recomienda:

Mantener la vía central permeable.

Preparar las soluciones mediante una técnica esteril

Utilizar bomba de infusión para el aporte de soluciones.

Mantener un índice de flujo constante de la solución.

Evitar pasar rápidamente las soluciones.

Controlar ingresos y egresos.

Vigilar los niveles de albumina, proteínas totales, electrolitos y glucosa.

Valorar la zona de inserción del catéter PICC

Así mismo es de suma importancia la alimentación con leche humana, como alimentación principal en todos los recién nacidos prematuros, la cual debe ser fortificada apropiadamente; los beneficios de la lactancia materna largo plazo son: menor incidencia de enterocolitis y sepsis, mejora la tolerancia a la alimentación, reduce el riesgo de retinopatía de la prematuridad, mortalidad general, disminuye la falta en el crecimiento y deficiencia en el neurodesarrollo (A.A.P, 2012).

Vigilancia del estrés del recién nacido prematuro

El continuo estímulo a que son sometidos los recién nacidos prematuros, tanto por el entorno ambiental, como las continuas manipulaciones dadas para su cuidado, dan lugar frecuentemente a manifestaciones conductuales de estrés, Estos signos de sobrecarga de estímulo pueden dar lugar a señales físicas o cambios fisiológicos que pueden incluir:

Desviar la vista o girar la cabeza del estímulo

Cambios de color

Fruncir el ceño

Extensión exagerada y mantenida de brazos y/o piernas

Apretar con fuerza los labios

Movimientos de torsión de brazos, piernas o tronco

Salivación exagerada.

Hiperextensión o arqueamiento de tronco

Desaturación periférica de oxígeno

Frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca variables

Mas estas señales pueden presentarse en forma aislada, o en algunos casos presentar la totalidad de estas señales de estrés. Su aparición va a depender de las características individuales del niño y del tipo de estímulo (Fernández, 2004).

Vigilancia del dolor de los recién nacidos prematuros

El recién nacido no puede verbalizar el dolor, pero en el momento actual existe evidencia suficiente para afirmar que antes de las 28 semanas de vida intrauterina, el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológico y hormonales necesarios para percibir el dolor y responder ante el mismo, pero con el inconveniente de que la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está funcionalmente madura. Los recién nacidos a término y pre termino presentan una respuesta exagerada fisiológica y hormonal al dolor. El umbral doloroso esta disminuido en la misma medida en que disminuye la edad gestacional. Instituto nacional materno perinatal (2010).

Actualmente se utiliza una gran variedad de métodos no farmacológicos de alivio para el dolor tales como:

Posicionamiento: Dentro de ellos la posición prona reduce el dolor y el estrés después de procedimientos invasivos y da estabilidad.

Estimulación olfatoria y sensorial: El método canguro ha demostrado su eficacia para disminuir el estrés asociado estímulos dolorosos y reduce la respuesta al dolor, facilitando los procedimientos.

Masaje: La repetición de los movimientos en forma rítmica en forma suave y delicada son eficaces para disminuir el dolor, calmando y atenuando el llanto.

Succión nutritiva y no nutritiva: Son más utilizadas las soluciones que incluyen el uso de glucosa/sacarosa oral y mucho mejor con la lactancia materna.

Disminución estímulos ambientales: Constituye de importancia la sensibilización del equipo de salud que realiza el cuidado de los recién nacidos prematuros su control puede disminuir la sensación dolorosa con acciones dirigidas a modular la luz brillante y ruidos que causan estimulación excesiva al niño,.

Música: Disminuye la respuesta al dolor, especialmente combinada con la succión no nutritiva (Sánchez, Guedes y Martos, 2014).

Interacción recién nacido prematuro-padres.

Constituida por el conjunto de actividades dirigidas a conseguir una plena participación de los padres en el cuidado del recién nacido prematuro para favorecer la interacción y adquisición de confianza y seguridad de ambos, el desarrollo de los lazos emocionales saludables son importantes para el proceso del apego, que va a favorecer un mejor desarrollo psicomotriz, y evitar el desaliento y estrés que provoca la separación y el proceso de hospitalización del bebe. Esta temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño.

Investigaciones sobre la interacción padre-recién nacido en las Unidades de Cuidados Intensivos han mostrado que frecuentemente los padres experimentan diversos tipos de sentimientos, entre ellos sentimientos de culpabilidad o depresión, que pueden dar lugar a la dificultad inicial para establecer apego con sus hijos. En los últimos años, los investigadores y clínicos han resaltan que se hace necesario fortalecer un medio ambiente emocional positivo para los padres y sus hijos internados en la UCI Neonatal. Resaltando la importancia de la

promoción del bienestar de sus hijos, mediante el conocimiento de las necesidades de la familia.

Por ello, Ruíz (2003) señala que en la maternidad y la paternidad prematura que, es necesaria la creación de un programa de intervención psicológico porque encierra un cierto número de duelos como: La interrupción de la gestación, la pérdida del cuerpo del embarazo, y la soledad, la tristeza y el silencio que siguen al nacimiento, los cuales generan en los progenitores una respuesta de duelo del embarazo y duelo del nacimiento normal, principalmente ante la posibilidad de que su hijo/a no sobreviva. Así mismo, también desarrollan un duelo anticipado, que se puede superar a medida que el estado clínico del bebé se estabiliza evolucionando favorablemente. Por otra parte, explica que la imagen del recién nacido prematuro, por su inmadurez, fragilidad, la vulnerabilidad a las infecciones, puede alejarse mucho de lo que los padres/madres esperaban y se imaginaban a lo largo del embarazo que pudo ser normal, pudiendo provocar un duelo por el bebé perfecto, que [puede afectar el establecimiento del vínculo paterno

Las intervenciones de enfermería están dirigidas para asistir a las familias en tanto el recién nacido se encuentra hospitalizado en Unidades de Cuidados Intensivos y durante su transición al hogar.

Las intervenciones que proveen las interacciones positivas entre el prematuro y sus padres en las Unidades de Cuidados Intensivos se mencionan a:

Entrenar a los padres para reconocer los diferentes estados de su hijo.

Motivar a los padres a interactuar con su bebe prematuro cuando el estado del bebe y las condiciones médicas lo permiten.

Realizar enseñanza permanente: valorar el nivel actual de comprensión, ajustar el contenido de acuerdo a las capacidades cognoscitivas y afectivas, corregir las malas interpretaciones, dar tiempo a los padres para que haga preguntas.

Capacitar a los padres para reconocer las señales de estrés en los recién nacidos prematuros, con el propósito de modificar la estimulación e interacción.

Asistir a los padres en relación con las expectativas del desarrollo futuro de su hijo.

Enseñar maniobras de consuelo para los recién nacidos prematuros.

Enseñar a los padres técnicas de posicionamiento.

Mantener informados a los padres respecto al estado de su recién nacido prematuro (Fernández, 2004)

Definición de términos

Competencia procedimental:

Según Díaz y Hernández (2002), “El saber hacer o saber procedimental es conocimiento que se refiere a la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos, etcétera. Podríamos decir que a diferencia del saber qué, que es de tipo declarativo y teórico, el saber procedimental es de tipo práctico, porque está basado en la realización de varias acciones u operaciones”.

Recién nacido prematuro

“Es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El termino pre término no

implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente” (Rellan, García, Aragón, 2008).

Manipulación mínima

“Conjunto de medidas que se establecen en un servicio de recién nacidos, a efecto de atender a un neonato en condiciones adecuadas sin agredirlo y evitando complicaciones esperadas o que pudieran ser sobre agregadas INMP”. (2010)

Capítulo III

Metodología

Diseño y tipo de investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, porque observó los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural. De tipo descriptivo ya que no se interviene o manipula la variable de estudio y de corte transversal por la recolección de datos en un único momento. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010)

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel procedimental del cuidado enfermero en la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro.

Definición operacional de la variable

Es el nivel procedimental de competencia que poseen los Enfermeros en la aplicación del conjunto de medidas que se establecen para el cuidado del recién nacido prematuro del Servicio de la UCIN del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud. A efectos de brindar el cuidado humanizado a un neonato prematuro en condiciones adecuadas sin agredirlo y evitando complicaciones esperadas que pudieran ser sobreagregadas.

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro	Es el grado de aplicación del saber hacer o saber procedimental referido a la ejecución del conjunto de acciones y/o actividades que se establecen en un servicio de recién nacidos, a efecto de atender a un neonato en condiciones adecuadas sin agredirlo y evitando complicaciones esperadas o que pudieran ser sobre agregadas (INMP, 2010).	Es el nivel procedimental de competencia que poseen los Enfermeros en la aplicación del conjunto de medidas que se establecen para el cuidado del recién nacido prematuro del Servicio de la UCIN del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud. A efectos de brindar el cuidado humanizado a un neonato prematuro en condiciones adecuadas sin agredirlo y evitando complicaciones esperadas que pudieran ser sobre agregadas. Para la evaluación de la variable se utilizó una lista de cotejo modificada y adaptada a nuestra realidad, validada por expertos y con un índice de consistencia interna para escalas dicotómicas, con un nivel de confiabilidad de KR20 en 0,9. Para establecer el nivel procedimental del cuidado del enfermero se utilizó el estadístico SPSS versión 24, con escalas de medición que abarcó los	Prevención de infecciones nosocomiales. Entorno físico Cuidados posturales Cuidados de la piel Cuidados en el Manejo Hemodinámico respiratorio-renal y nutricional Vigilancia del estrés. Vigilancia del dolor. Interacción recién nacido prematuro-padres.	(1,78,79,80,81,82,83,84,85) (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,) (27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42, 43) (44,45,46,47,48,49,) (50,51,52,53,54,55 ,56,57,58) (60,61,62,63,64,65,66,67,68,) (69,70,71,72,73) (74,75,76,77,)	Dicotómica - Sí cumple - No cumple

		<p>ochenta y cinco ítems y por ser la población de enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales. Se estableció el siguiente rango:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nivel bajo de 39 a 47 ítems- Nivel regular de 48 a 63 ítems- Nivel alto de 64 a 79 ítems			
--	--	---	--	--	--

Delimitación geográfica

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, se encuentra ubicado en la avenida Grau N° 800 en el Distrito de La Victoria; es un Hospital de cuarto nivel que pertenece a la empresa de Seguridad Social (EsSalud) y brinda primordialmente atención a asegurados.

Cuenta con 27 servicios de enfermería, y 96 servicios médicos, con novecientas camas, presupuestadas y las no censables de emergencia y neonatología.

El servicio de neonatología está comprendido por 5 áreas dentro de las cuales se encuentra la unidad de cuidados intensivos neonatales, cuidados intermedios neonatales, patología, recepción y alojamiento conjunto. Se cuenta con la capacidad instalada para 52 bebés, sin embargo, por la sobredemanda del servicio se llega a atender un promedio de 70 a 80 recién nacidos diarios. En relación con los recién nacidos pre términos el panorama que muestra es similar, esto hace que en la UCI neonatal se realice la atención de neonatos en estado crítico mayor a su capacidad.

Participantes

Población

La población de estudio está compuesta por las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y que estén atendiendo a los recién nacidos prematuros, en total 50.

Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico; siendo que la población es pequeña, por las características del estudio, la muestra estará comprendida por el 100% de la población.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión.

Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales bajo los regímenes laborales 276, 728 (personal nombrado) y CAS (personal contratado), quienes en el momento de la aplicación del instrumento proporcionen cuidados a los recién nacidos prematuros que se encuentren en el rango de sus primeros siete días de vida, menor de 1500 grs independientemente de alguna patología sumada a su prematurez.

Criterios de Exclusión.

Enfermeras de otros Centros Asistenciales que realizan pasantías en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Enfermeras que rotan al Servicio en reemplazo de vacaciones.

Enfermeras que se encuentran de vacaciones y descansos médicos prolongados.

Enfermeras que laboran en turnos diurnos.

Enfermeras encargadas del estudio.

Enfermeras que no aceptan participar en el estudio.

Características de la muestra

La muestra estudiada se caracteriza porque la mayoría de las enfermeras tienen un régimen laboral de contrato indefinido, son especialistas en UCI neonatal, presentan una edad de 44-49 años, un tiempo de servicio de 1-6 años y llevan laborando en la UCIN de 13-18 años.

Tabla 2

Caracterización de las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, 2016.

Variable	Escala	N	%
Régimen laboral	Nombrado	7	14
	Contrato Indefinido	28	56
	Contrato CAS	15	30
Nivel de especialización de las Enfermeras	Enfermera general	0	0
	Especialista en UCI neonatal	38	76
	Especialista en UCI adulto	9	18
	Especialista en Emergencias y desastres	2	4
	Otras	1	2
Edad	20-25 años	1	2
	26-31 años	9	18
	32-37 años	8	16
	39-43 años	11	22
	44-49 años	13	26
	50-55 años	5	10
	56-61 años	3	6
Tiempo de servicios en la Institución	1-6 años	20	40
	7-13 años	8	16
	13-18 años	15	30
	19-24 años	0	0
	25-30 años	5	10
	30-36 años	2	4
Tiempo de Servicios en el servicio Neonatología	1-6 años	19	38
	7-13 años	6	12
	13-18 años	15	30
	19-24 años	3	6
	25-30 años	4	8
	31-36 años	1	2
	37-42 años	2	4
Total		50	100

Técnica de instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una lista de cotejo, esta lista fue elaborada por Peña (2010), en su trabajo de investigación “Evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima del recién nacido prematuro a partir de protocolos de manipulación mínima al recién nacido prematuro de dos instituciones de salud: el Instituto Nacional de Perinatología y el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica”.

Para validar el instrumento de recolección de datos, se solicitó la participación de tres expertos del área de enfermería quienes validaron la lista de cotejo.

El instrumento consta de 85 ítems, divididas en las siguientes dimensiones: prevención de infecciones nosocomiales, mediante el lavado de manos y cuidados en los procedimientos invasivos (ítem 1,78,79,80,81,82,83,84,85); entorno físico (ítems 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25 y 26); cuidado postural (ítems 27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42, 43); cuidados de la piel (ítems (44,45,46,47,48,49,); Cuidados en el Manejo Hemodinámico respiratorio, metabólico, renal y nutricional 50,51,52,53,54,5,56,58,59,) vigilancia del dolor (ítems 69,70,71,72,73); vigilancia del estrés (ítems 60,61,62,63,64,65,66,67,68, 42, 43 e interacción recién nacido prematuro-papás (ítems 74,75,76,77,).

La variable se calificó de la siguiente manera:

Nivel bajo: De 39 a 47 ítems.

Nivel regular: De 48 a 63 aciertos.

Nivel alto: De 64 a 79 aciertos.

Proceso de recolección de datos:

Primero se solicitó la autorización respectiva al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen presentando el proyecto de investigación a la Unidad de Capacitación e investigación de acuerdo al protocolo, por medio de una solicitud facilitada por la Escuela de Posgrado. Una vez aprobada la petición se empezó con la recolección de datos en el cual se observaron 50 enfermeras brindando cuidado al Neonato Prematuro, previo consentimiento informado. Finalmente se logró aplicar 50 listas de cotejo en diferentes turnos rotarios.

Procesamiento y análisis de datos:

Para el análisis de la información se codificaron e ingresaron los datos de la lista de cotejo de los profesionales de enfermería. El procesamiento de datos se realizó con el estadístico SPSS v. 24, el mismo que permitió tabular y organizar los datos en tablas y gráficos para luego ser analizados.

Consideraciones éticas:

La lista de cotejo se aplicó previa información y consentimiento de la población de enfermeras estudiada.

Según la “Ley General de Salud” en el capítulo I, artículo 4 indica que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo”, debe contar con el consentimiento informado del sujeto de investigación quien deberá recibir explicación clara y completa (artículo 1, incisos 20 y 21).

Y para proteger la responsabilidad institucional, se gestionaron las autorizaciones respectivas del departamento de Enfermería y de las otras áreas administrativas correspondientes del hospital.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados

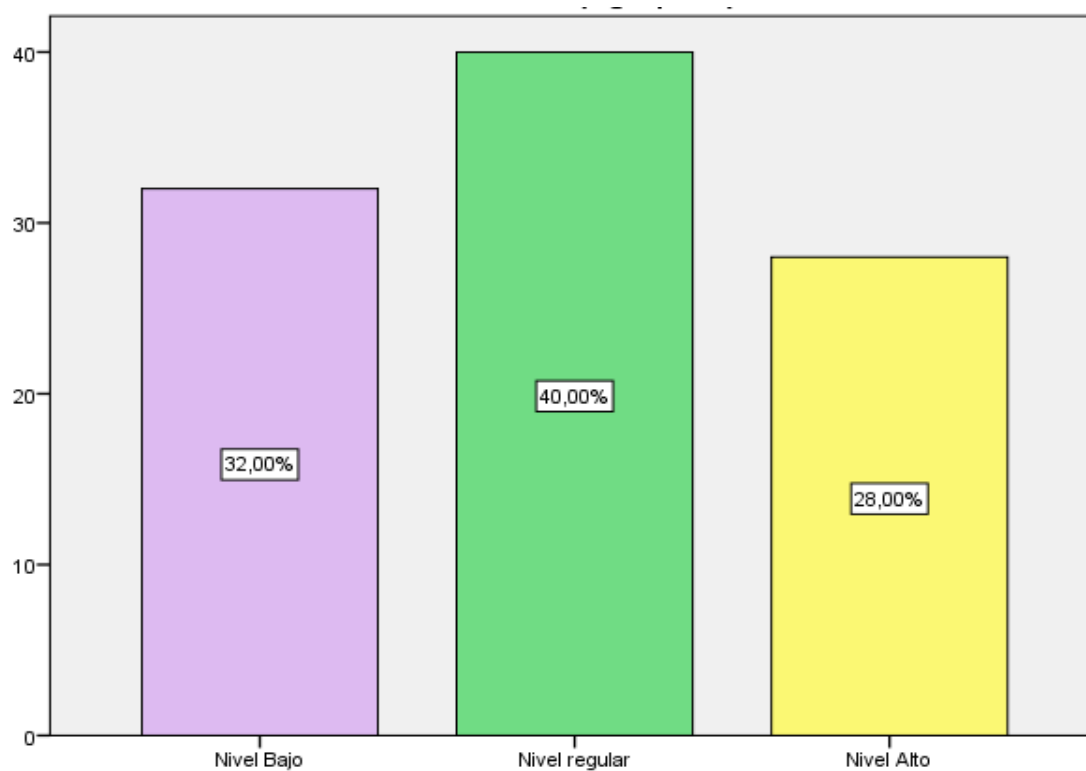


Gráfico2. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la “manipulación mínima” de recién nacidos prematuros en la UCIN del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 2 se observa que del 100% de las enfermeras, el 40% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero regular en torno a la “manipulación mínima” de recién nacidos prematuros, el 32% un nivel bajo y solo el 28% alto.

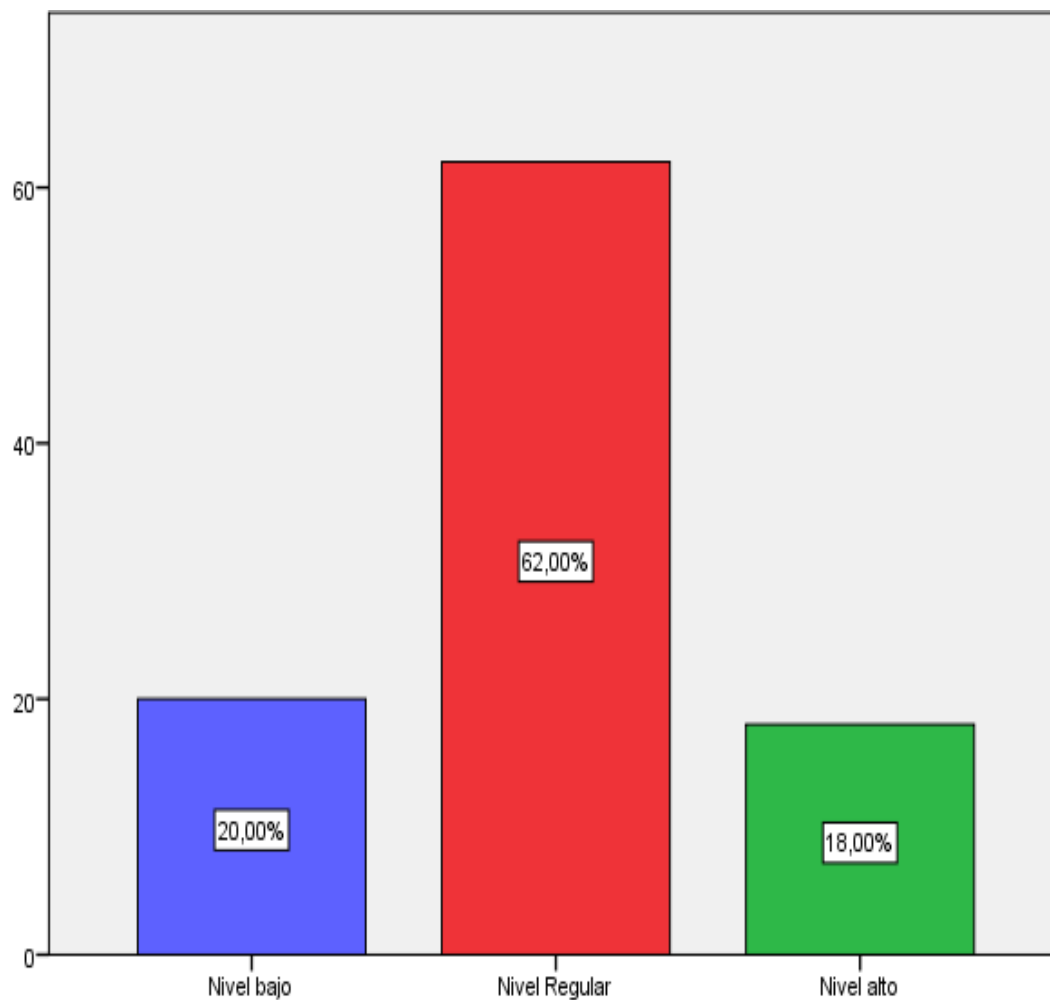


Gráfico3. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016

En el gráfico 3 se observa que del 100% de las enfermeras, el 62% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” regular, el 20% bajo y solo el 18% alto.

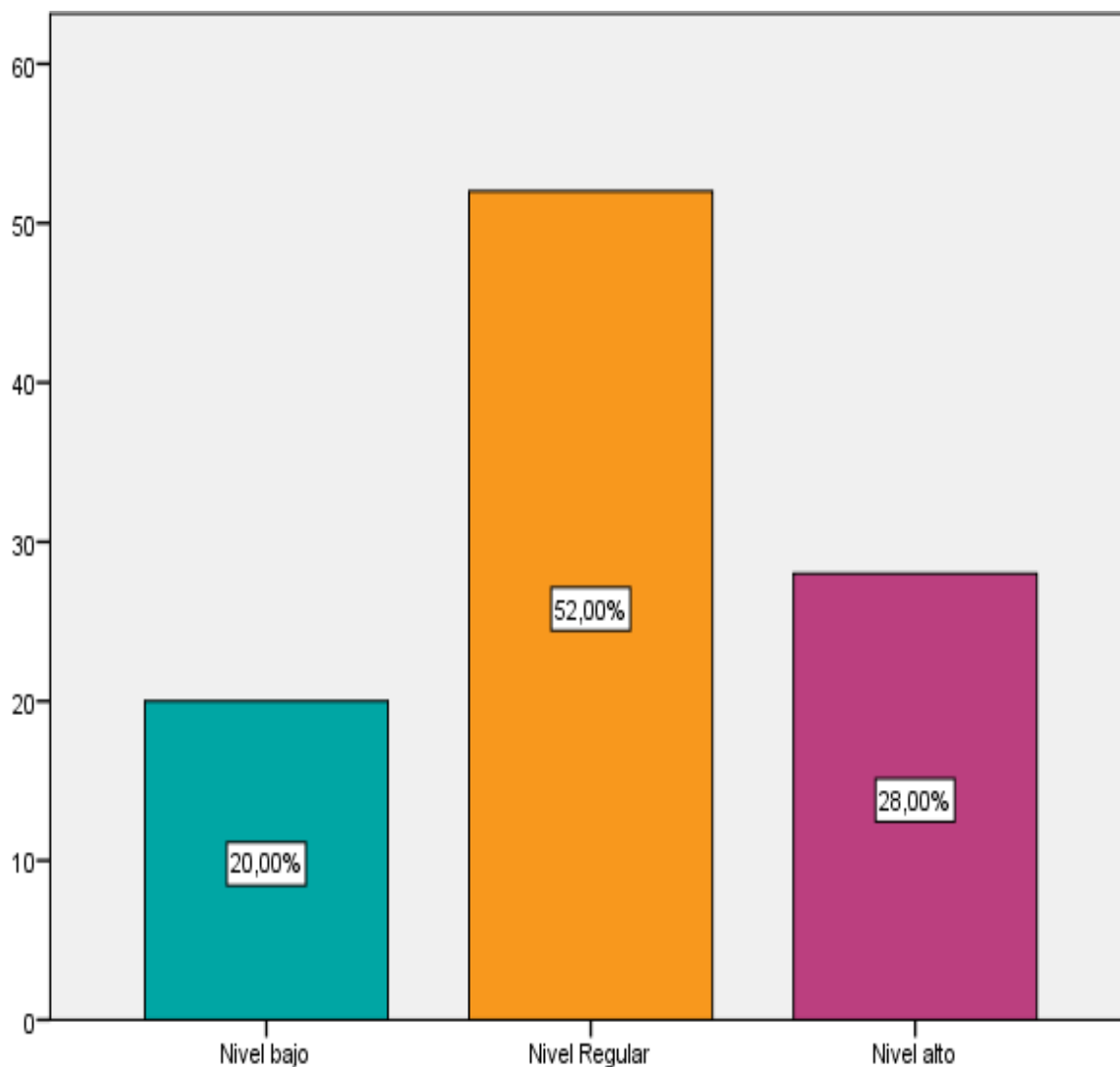


Gráfico 4. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “cuidados posturales” de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 4 se observa que del 100% de las enfermeras, el 52% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “cuidados posturales” regular, el 20% bajo y el 28% alto.

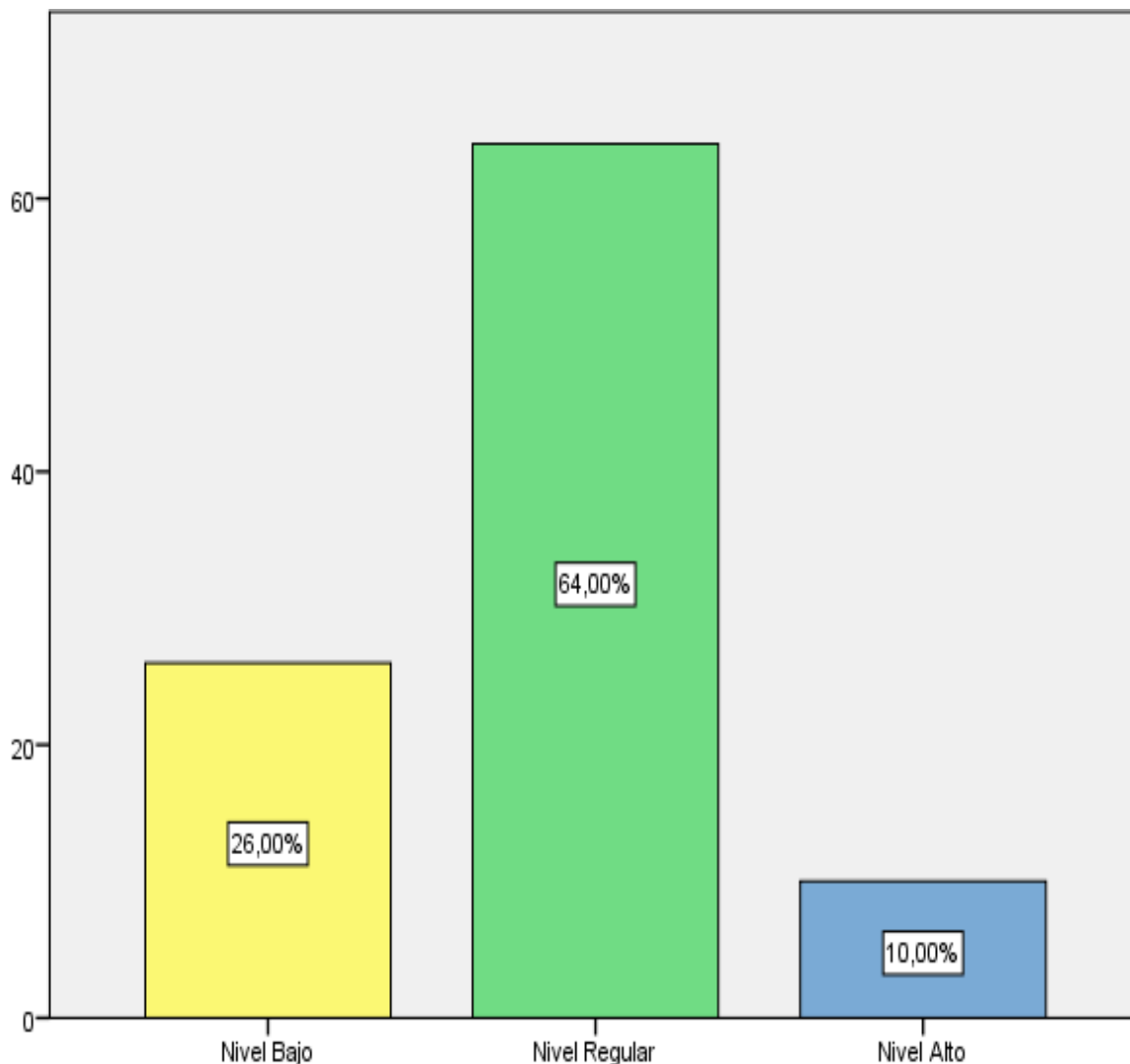


Gráfico 5. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión "cuidados de la piel" de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 5 se observa que del 100% de las enfermeras, el 64% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión "cuidados de la piel" regular, el 26% bajo y solo el 10% alto.

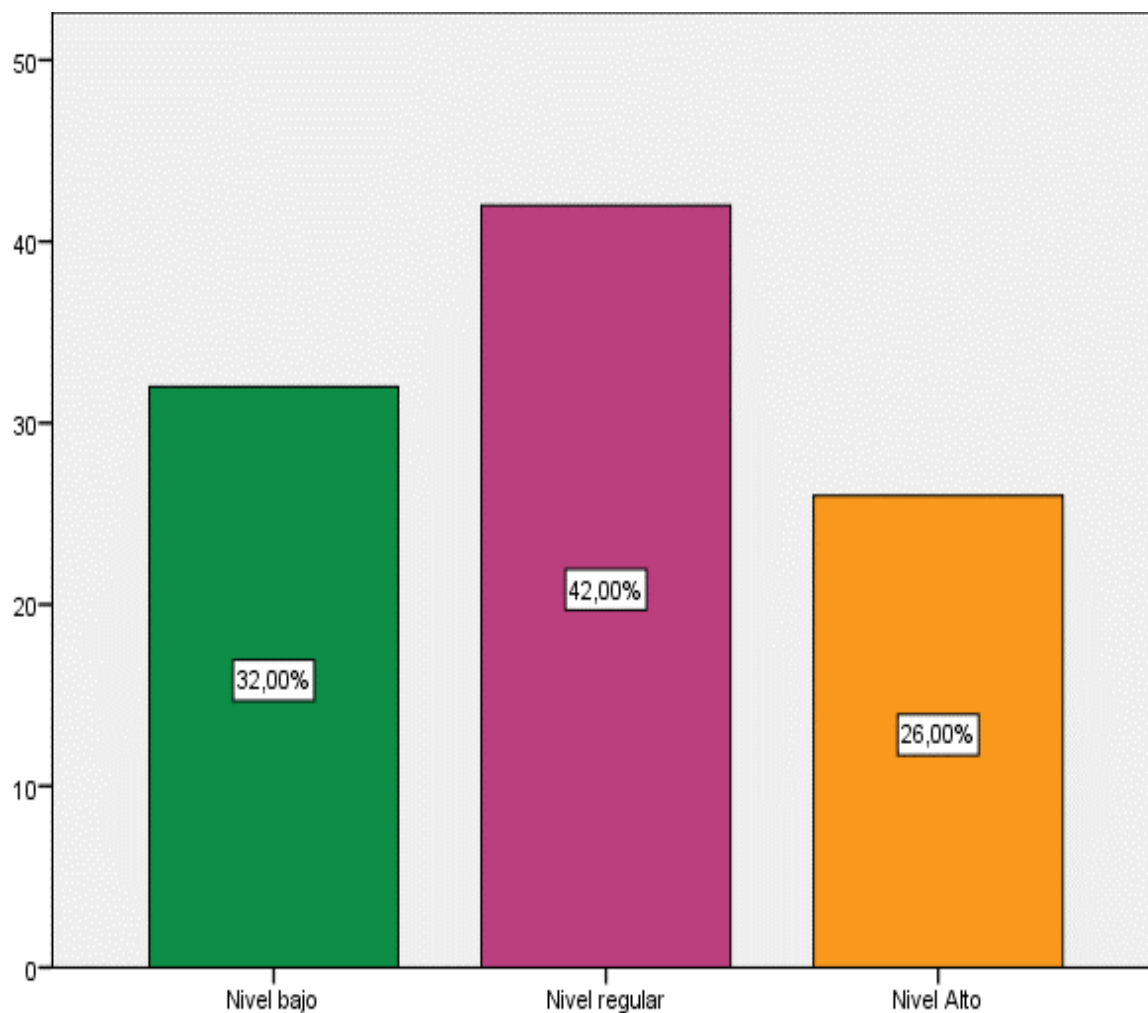


Gráfico 6. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “vigilancia del dolor” del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 6 se observa que del 100% de las enfermeras, el 42% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “vigilancia del dolor” regular, el 32% bajo y el 26% alto.

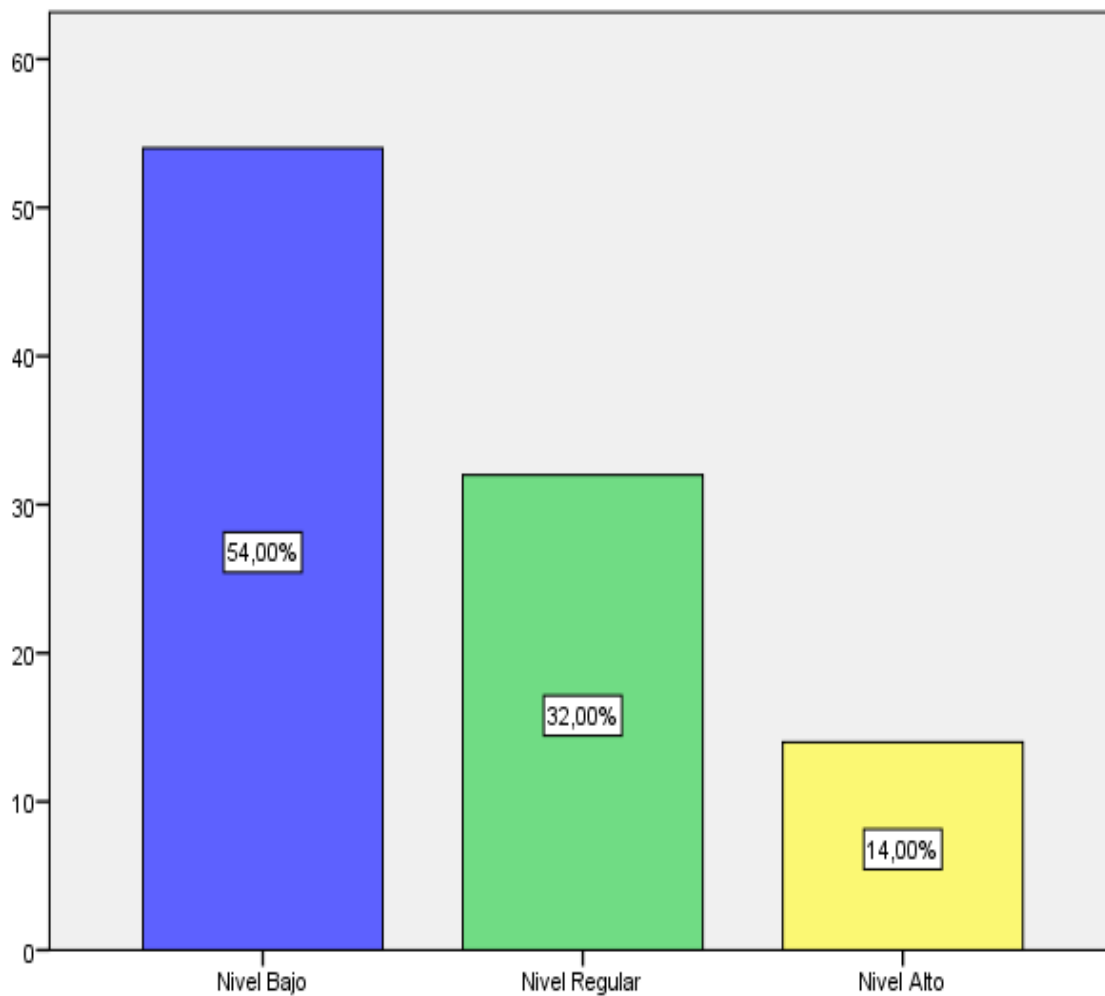


Gráfico 7. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión "vigilancia del estrés" del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 7 se observa que del 100% de las enfermeras, el 54% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión "vigilancia del estrés" bajo, el 32% regular y solo el 14% alto.

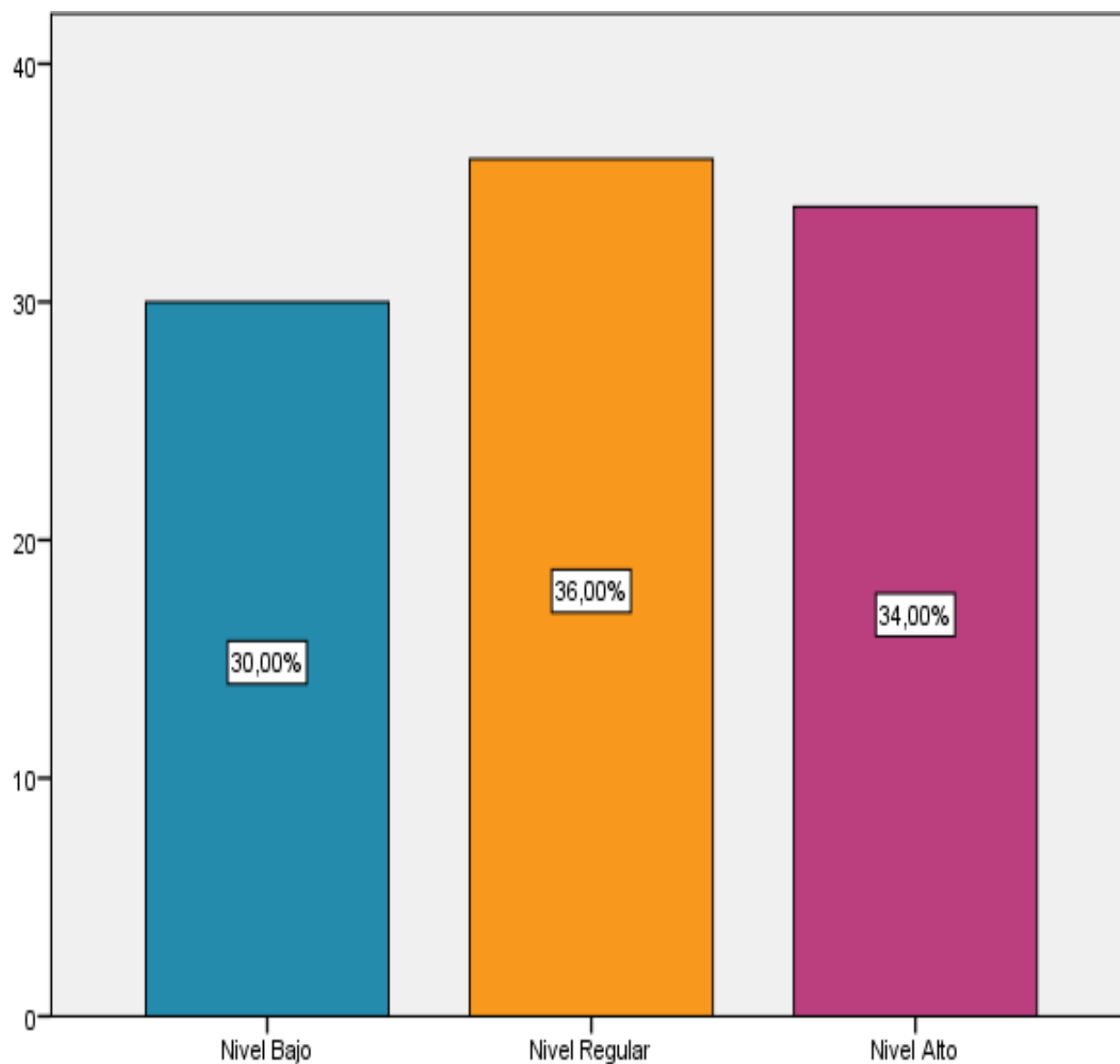


Gráfico 8. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “entorno físico” del recién nacido prematuro de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 8 se observa que del 100% de las enfermeras, el 36% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “entorno físico” regular, el 34% alto y el 30% bajo.

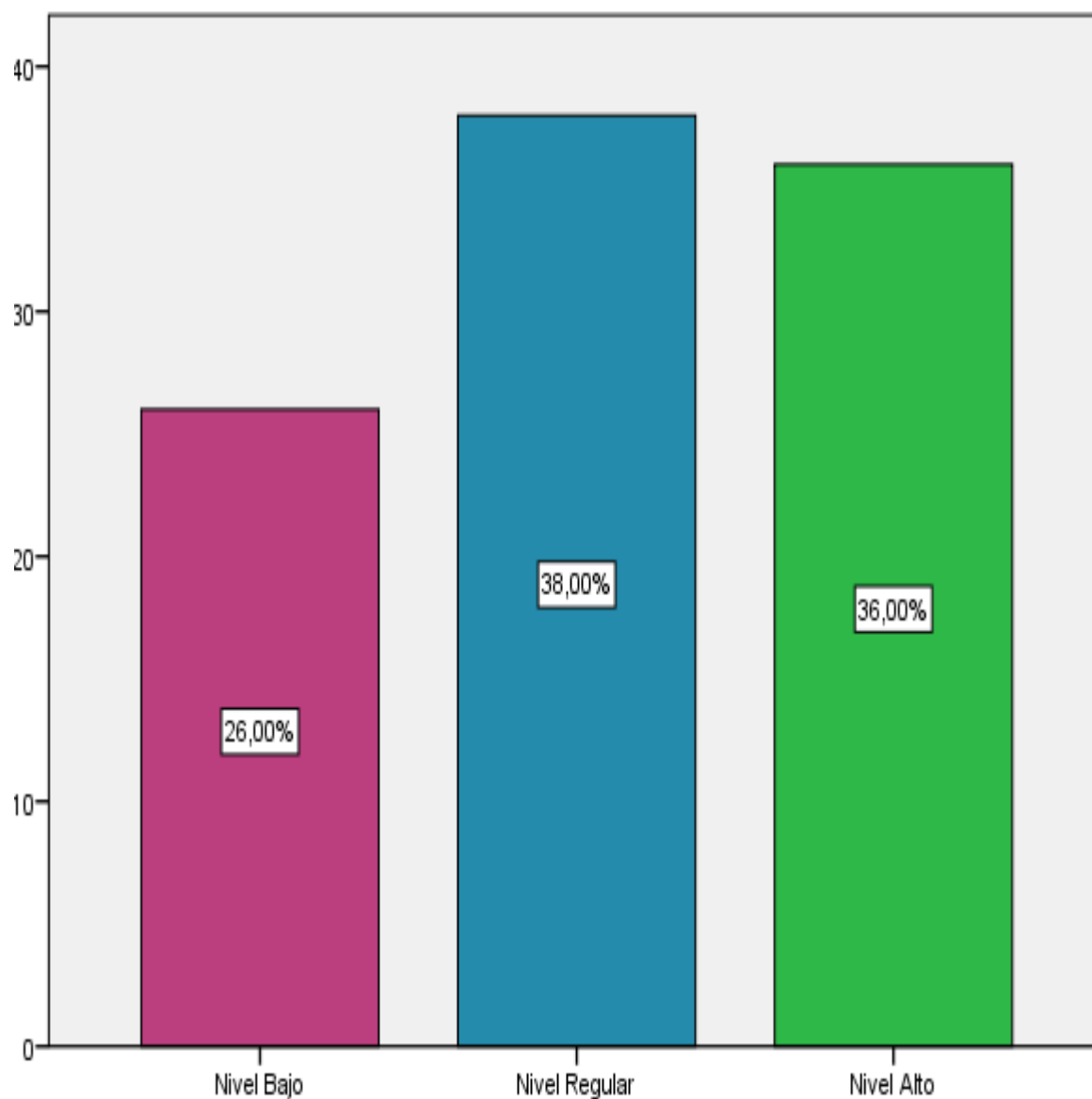


Gráfico 9. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico y renal” del recién nacido prematuro de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 9 se observa que del 100% de las enfermeras, el 38% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico y renal” regular, el 36% alto y el 26% bajo.

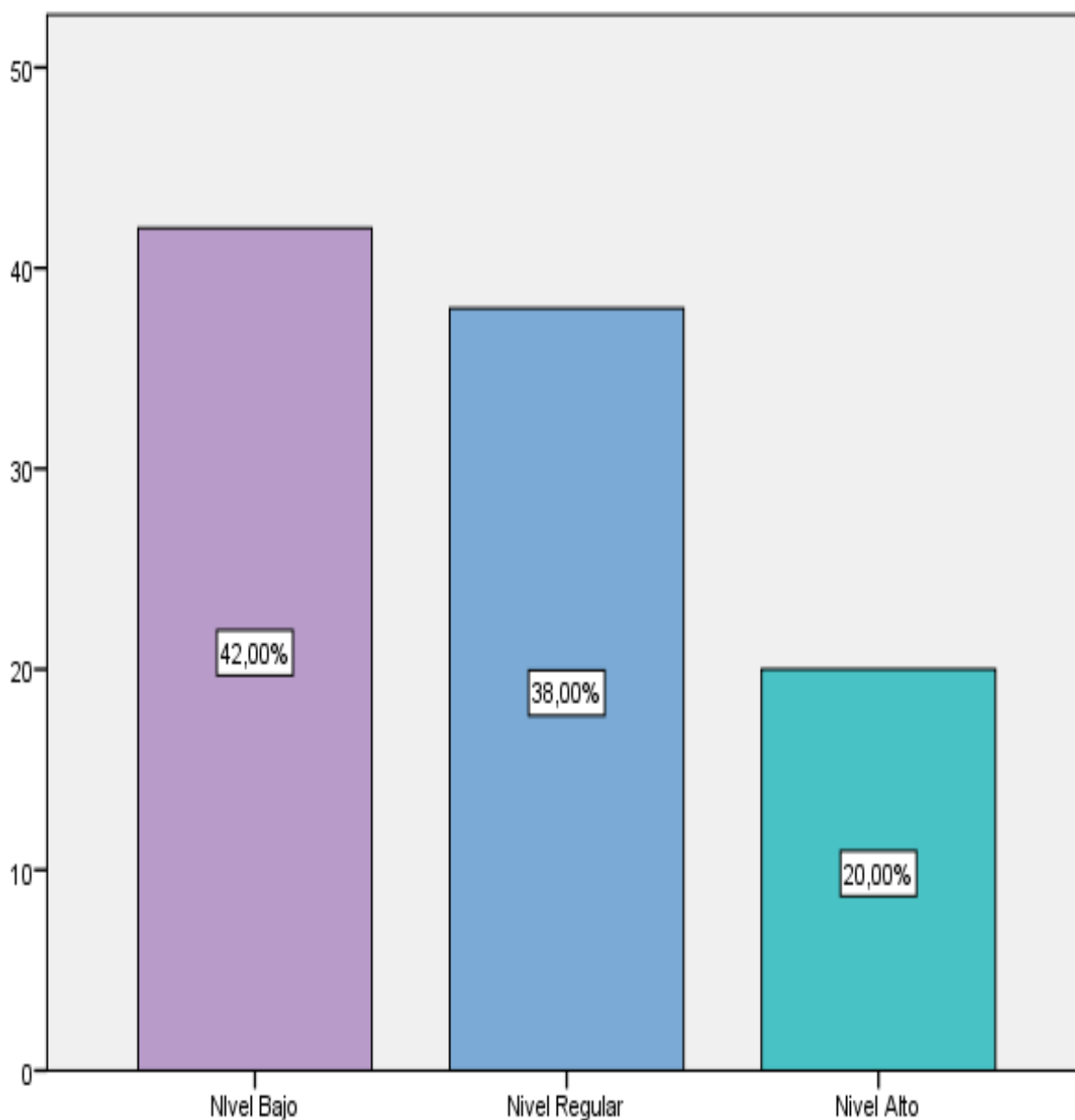


Gráfico 10. Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la dimensión "Interacción padres" en unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2016.

En el gráfico 10 se observa que del 100% de las enfermeras, el 42% presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión "Interacción hijo-padre" bajo, el 38% regular y el 20% alto.

Discusión

La Manipulación Mínima es una forma de minimizar el impacto que tiene el ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales, especialmente en los recién nacidos muy prematuros. Es un sistema de cuidados para el neonato que pretende mejorar su desarrollo a través de intervenciones que le favorezcan a él y su familia, entendiéndolos como una unidad. Todos los estímulos (internos o externos) deben presentarse adecuadamente en frecuencia, duración, intensidad, etc. porque son nocivos, para los sistemas funcionales, la hiperestimulación, la estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o su ausencia. Especialmente en el caso de los recién nacidos prematuros (Rodríguez, 2014).

Los resultados encontrados en el trabajo de investigación revelan que el nivel procedimental del cuidado enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro, es un 40% regular, el 32% bajo y solo el 28% alto. Estos resultados se contrastan a los resultados encontrados por Peña (2014), donde registra que el 65.1% de personal de enfermería tiene un cumplimiento bajo en la manipulación mínima y un 34.9% regular. Del mismo modo Peña, Martínez, Cárdenas y Cruz (2014) indican que los recién nacidos prematuros (RNP) adquieren un mayor riesgo de enfermar o morir por la mala adaptación extrauterina debido a la inmadurez de sus aparatos y sistemas, en comparación con los recién nacidos de término. El cumplimiento de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al RNP se dirige a proteger y mejorar el desarrollo cerebral, de la sobreestimulación dañina en su sistema nervioso inmaduro, mediante cuidados específicos que aporten beneficios a corto y largo plazo, garantizando su calidad de vida.

En cuanto al nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” se encontró un nivel de regular a alto en aproximadamente el

80% de enfermeros. Estos datos son similares a los reportados por Peña (2014) donde se registró también un cumplimiento general alto.

Por otro lado, un estudio realizado por Méndez, Martínez y Bermúdez (2011) en Guanajuato-México reveló que la principal complicación de los neonatos prematuros fue la sepsis neonatal teniendo como causa prioritaria a las infecciones nosocomiales (Méndez, Martínez y Bermúdez 2011).

La UNICEF (2010) declara que “la mayor parte de las defunciones y del sufrimiento causados por las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pueden evitarse. Existen ya prácticas de bajo costo y sencillas para prevenirlas. La higiene de las manos, una acción muy simple, sigue siendo la medida primordial para reducir su incidencia y la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario. Las infecciones nosocomiales contraídas durante la atención neonatal son una de las principales causas de enfermedad grave y muerte”. La OMS indica que las incidencias de las infecciones asociadas a la atención neonatal son más elevadas en Latinoamérica (30%), seguido de Europa (7-19%) y EE. UU (14%).

Cabe resaltar que las infecciones en los recién nacidos prematuros, son impredecibles y complejas, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico (Pereyra, Méndez y Saavedra, 2013).

Seguidamente en la dimensión “cambios posturales” se encontró que el 52% de los enfermeros presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero regular, el 20% bajo y el 28% alto. Según Gargallo (2007), es importante saber detectar el momento adecuado para realizar una manipulación o cambio postural e iniciar la maniobra lenta y progresivamente, favoreciendo la flexión, utilizando las dos manos y evitando el arqueamiento y así las conductas de desorganización. De igual manera Dunn (1991) señala que los niños prematuros son vulnerables a la deformación mecánica debido a la plasticidad de su esqueleto, la

hipotonía y debilidad de sus músculos y a la rapidez con que están creciendo. Asimismo, Vicente (2015) menciona que los cambios posturales mejoran la compliance pulmonar, evita las fluctuaciones excesivas de la presión intracraneal y permite la prevención del dolor en la práctica de procedimientos, debido a la reducción de estímulos nocivos al bloquear la transmisión nociceptiva.

En la dimensión “cuidados de la piel” el nivel procedimental del enfermero fue de regular a bajo en el 90% de los enfermeros. Según Álvarez, García, Gonzales y López (1999) en el recién nacido prematuro la piel supone aproximadamente un 13% del peso de su cuerpo y la función de barrera de la piel es limitada. El extracto córneo está subdesarrollado, lo cual aumenta la permeabilidad de la piel y la pérdida de agua por vía dérmica, incrementado el riesgo de inestabilidad de la temperatura como resultado de la pérdida de calor por evaporación, incrementando sus requerimientos de líquidos y el riesgo de absorción por vía dérmica de sustancias aplicadas a la piel. Por otro lado, las fibras que conectan la dermis a la epidermis mediante la unión dermo-epidermal, son menos numerosas y están ampliamente repartidas, lo que los haría más propensos a sufrir lesiones como ampollas y/o desgarramientos cuando se les cambian las tiritas, los esparadrapos, los apósitos, etc., incrementando la pérdida de agua y absorción de drogas que han sido aportadas con los apósitos.

Cabe resaltar que la institución dota a la UCIN de parches hidrocoloides, pero sólo se utiliza para fijar las onfaloclisias o catéteres percutáneos. Sin embargo, la mayoría de neonatos prematuros, requieren de apoyo ventilatorio fase II o fase III; por tanto, también es de suma importancia evitar y/o prevenir lesiones en narinas o en la zona elegida para fijar la sonda orogástrica mediante el uso de adhesivos que conserven la integridad de la piel. No obstante, no se puede evitar el uso de adhesivos para fijar sensores u otros aditamentos al cuerpo del neonato; en tal caso, es suficiente usar adhesivos del tamaño suficiente para tal fin; otro

cuidado importante es retirarlos con agua tibia de forma suave. Es posible que el personal de enfermería modifique la protección y la integridad de la piel del neonato prematuro con medidas fáciles y sin invertir más tiempo a su cuidado si se les da a conocer la importancia de mantener la piel íntegra.

En cuanto a la dimensión de vigilancia del dolor, el nivel procedimental del cuidado enfermero fue regular en un 42%, bajo en el 32% y alto solo en el 26% de los enfermeros. Estos resultados se contrastan con los indicados por Peña (2014) donde registra que en la dimensión vigilancia del dolor los resultados son bajos por que únicamente la enfermera especialista es quien cumple regularmente con este cuidado.

Gonzales y Fernández (2012) señalan que el recién nacido expuesto al dolor experimenta a corto plazo un estado de catabolismo (aumento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, descenso en saturación de oxígeno, secreción de insulina) que puede disminuir y aumentar las catecolaminas, glucagón, aldosterona y cortisol, el incremento del nivel de glucosa puede ser nocivo para el encéfalo inmaduro, puede haber alteración del comportamiento y en especial aumento de la vulnerabilidad del prematuro. Es así que, el dolor como fuente de estrés, sobre todo si se trata de un estímulo más o menos cronificado, puede producir un aumento de la susceptibilidad a infecciones, por la depresión del sistema inmune derivada del mismo.

El profesional de enfermería realiza actividades dolorosas para el recién nacido prematuro, como permeabilización de venas periféricas, aspiración de secreciones, curación de heridas, medición de glucosa capilar, toma de gasometría arterial y en otras realizadas por el personal médico, como punción lumbar, instalación de catéter venoso o arterial, intubación endotraqueal, etc., por tanto es necesario que proporciona regularmente técnicas de consuelo

como el uso de sacarosa (tres a cinco gotas cinco minutos previos a la intervención), succión no nutritiva y contención o confort (Schapira y Roy, 1998).

Otro resultado hallado en el estudio mostró que 36% de los enfermeros presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero en la dimensión “entorno físico” regular, el 34% alto y el 30% bajo. López, et al. (2013) en un estudio realizado en España encontró que las medidas de control del ruido, en 2012 fueron del 73% vs. el 11% en el 2006 ($p < 0,01$). Por otro lado Fajardo, Gallego y Argote (2007) encontraron que los niveles de ruido en la UCIN están por encima de lo permitido con un valor máximo registrado de 73.6 dB y que la principal fuente generadora de ruido fue el personal de la sala.

El ruido, la iluminación excesiva y la manipulación permanente del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos. Todo esto impide al RN crítico, y especialmente al prematuro, establecer respuestas organizadas, y afectan el desarrollo cerebral. Este desarrollo se lleva a cabo mediante los mecanismos de crecimiento y maduración y la influencia de factores biológicos y ambientales. Es aquí, donde comienza la participación del personal de enfermería de UCIN, tratando de crear un medio ambiente similar al útero materno. Se demuestra la necesidad de sensibilizar a todo el equipo de salud sobre la necesidad de aplicar estrategias para disminuir los niveles de ruido existentes y de esta manera mantener un entorno físico adecuado para los recién nacidos hospitalizados (Villoldo, 2012).

En torno a la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico, metabólico, renal y nutricional” el nivel de aplicación fue regular en el 38% de los enfermeros, y bajo en el 26%. Por el contrario, Muñoz (2013) indica en su trabajo de investigación que la respuesta vasomotora adecuada se da en el 87.5% de prematuros; así mismo se encontró frecuencia cardíaca normal en el 79.7% y patrón respiratorio normal en el 50% de recién nacidos

prematuros. En relación a esto, Mata, Salazar y Herrera (2009) señalan que el desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que le permita integrarse a la vida familiar y a la sociedad a través de la termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia

Otro resultado importante fue el hallado en la dimensión “vigilancia de estrés” en el recién nacido prematuro con un nivel procedimental del cuidado enfermero de regular a bajo en un 87%. Este resultado es similar al estudio realizado por Peña (2014) donde encontró que el 65.1% del personal de enfermería tiene un cumplimiento bajo y sólo el 34.9% lo cumple de forma regular. Asimismo, el estudio realizado por Hernández (2006) titulado “evaluación del protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor de 2.500 gramos”, determinó que el 87.5 % cumplió con la manipulación mínima demostrada en la atención individualizada respecto al descanso y sueño.

Los recién nacidos, y en particular los prematuros, son susceptibles a los efectos nocivos de una respuesta intensa al estrés por sus características: no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa. En las UCIN los bebés están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques impredecibles) y pobre o excesiva estimulación táctil (muy diferentes a los que está preparado: útero y/o cuidados maternos). Así mismo Lamonje (1999) llegó a la conclusión de que la aplicación del Protocolo de Manipulación Mínima en prematuros extremos es efectiva respecto a los cuidados que enfermería ofrece, ya que demuestra que, si estos son dados de un modo oportuno y

minimizado, la evolución de estos niños mejora en cuanto a que disminuye las infecciones y el HIV.

De igual manera, en la dimensión “interacción recién nacido prematuro- padres” el nivel de aplicación enfermero fue baja en un 42%, regular en un 28% y alto solo en el 20%. Estos resultados son similares a un estudio realizado por Hernández y flores (2002) quienes establecen que las enfermeras no mantienen una relación de apoyo a los padres generando un aumento en el grado de ansiedad al 30%, este resultado fue mejorado al mantener un enfoque de relación de ayuda (adoptar una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía) con los padres de los niños hospitalizados logrando disminuir el grado de ansiedad de los padres al 8%. La comunicación e información que brindemos a los padres sobre el estado de salud, cuidados, signos de alarma y señales de estrés, normas y horarios de visita, permitirá que participen activamente en el cuidado de su hijo, colaborando con el personal de salud.

Según Fernandez (2004) Investigaciones sobre la interacción padre- recién nacido prematuro en las Unidades de Cuidados Intensivos han mostrado que frecuentemente los padres experimentan sentimientos de culpabilidad o depresión, que producen distanciamiento y dificultad inicial para establecer apego con sus hijos. Parraquini (2008) muestra en su estudio que el 72% de las madres presenta sentimiento de pérdida al no poder llevar a cabo su rol materno ideal. El apego madre-recién nacido es una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido. Sin embargo, dicha relación suele verse afectada debido a las exigencias y barreras que impone el soporte tecnológico complejo en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales.

Por otra parte, Herreros (2015) señala que, partiendo del hecho estresante que es el parto prematuro que genera hospitalización en una sala de cuidados intensivos neonatales con y la consiguiente separación del bebé, genera que luego se desarrollan otros factores que

también influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores a la hospitalización de su hijo/a prematuro en la UCIN, tales como: el ambiente de la UCIN, la apariencia y conducta del niño/a, la pérdida de las expectativas generadas durante el embarazo, la separación del niño/a, la comunicación con el personal, la dificultad para ver a su bebe, la situación socio-económica, y el retraso en el establecimiento del vínculo y sentimiento de pérdida del rol parental

Finalmente hay que resaltar que la prematuridad es una de las prioridades de salud, por su magnitud y elevada prevalencia en algunos países. Las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas constituyen un gran reto para el cuidado enfermero.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El 40% de enfermeros presentó un nivel procedimental regular en la “manipulación mínima” del recién nacido prematuro, el 32% un nivel bajo y solo el 28% alto.

El 62% de enfermeros evidenció un nivel procedimental en la dimensión “prevención de infecciones nosocomiales” regular, el 20% bajo y solo el 18% alto.

El 52% de enfermeros indicó un nivel procedimental en la dimensión “cuidados posturales” regular, el 28% alto y el 20% bajo.

El 64% de enfermeros evidenció un nivel procedimental en la dimensión “cuidados de la piel” regular, el 26% bajo y solo el 10% alto.

El 42% de enfermeros manifestó un nivel procedimental en la dimensión “vigilancia del dolor” regular, el 32% bajo y el 26% alto.

El 54% de enfermeros mostró un nivel de aplicación procedimental en la dimensión “vigilancia del estrés” bajo, el 32% regular y solo el 14% alto.

El 36% de enfermeros presentó un nivel procedimental en la dimensión “entorno físico” regular, el 34% alto y el 30% bajo.

El 38% de enfermeros evidenció un nivel procedimental en la dimensión “manejo respiratorio, hemodinámico y renal” regular, el 36% alto y el 26% bajo.

El 42% de enfermeros indicó un nivel de aplicación procedimental en la dimensión “Interacción hijo-padre” bajo, el 38% regular y el 20% alto.

Recomendaciones

Fortalecer las competencias profesionales del enfermero a lo largo de toda su carrera profesional mediante la capacitación y actualización continua.

Fortalecer medidas conducentes a convertir en prácticas los conocimientos.

Fomentar en la filosofía institucional la participación de los padres en el cuidado del recién nacido prematuro.

En relación, al tiempo destinado a la investigación se recomienda que se amplíe en otras, como estudios sistémicos e integrales para determinar las causas que inciden en la calidad del cuidado que brinda el enfermero, a fin de mejorar la calidad del cuidado y disminuir el riesgo a las discapacidades del recién nacido prematuro.

Referencias

- Alegre Fernández, G (2009). Conocimientos, prácticas y actitud del personal de enfermería acerca de los cuidados del neurodesarrollo del recién nacido prematuro. Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Itauguá, Paraguay.
Recuperado: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n2/v3v2a04.pdf>
- American Academy of Pediatrics (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 129(3):e827—e841.
- Arandia, R, Ayala, M (2010) Recién nacido prematuro tardío frente a los riesgos que deben tenerse en cuenta. Gaceta Medica Boliviana 33(2):64-69.
- Arias, M (2004). Evaluación de la técnica de manipuleo mínimo en recién nacidos de pre término con peso inferior A 1500 gramos Hospital Nacional de Niño 2004.
Rev. Enfermería en Costa Rica 2006 diciembre. [Citado 24 septiembre 2012]; 27(2): 24-27. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n2/art4.pdf>
- Balza, A., Fernández, M. (2011) El bebé prematuro. En la sección de neonatología del Hospital Universitario Donostia. Recuperado de:
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Bebe_Prematuro_C.pdf
- Bulechek, G, Butcher, H, McCloskey, J. (2009) Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC) Elsevier España, 5ª edición.
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte, 25(1), 172-178.

- Castro López, F. W., & González Hernández, G. (2006). Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4), 0-0.
- Coll, C., Pozo, J., Saravia, B., Valls, E. (1992). Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Madrid, Editorial Santillana. 1era edición.
- Cintra Viveiros, A. (2011). Estudio del Desarrollo Motor de Niños Prematuros Nacidos con menos de 1.500 gr según la Alberta Infant Motor Scale (AIMS). (Tesis doctoral, Universidad de salamanca). Recuperado de:
<http://www.tesisenred.net/handle/10803/51466>
- ___ Colpaert M., (2008). Manipulación mínima del recién nacido. *Es salud-cusco*. 8 de marzo de 2008: 1
- Coronel, W.,Perez,C.,Guerrero, C y Bustamante,H.(2009) Sepsis Neonatal, Articulo de revisión *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Vol XXIII Num 90*.
Recuperado de: [www,medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Del Castillo, J. (2013). Morbilidad y Mortalidad en Prematuros Menores de 1.500 gramos. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá, octubre de 2014
- Díaz, F; Rojas, G (2002) Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. El aprendizaje de diversos contenidos curriculares. México. Editorial Mc Grawhill, 2da edición.
- Fajardo,D ; Gallego, S; Argote, L. (2007) Niveles de ruido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal «CIRENA» del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.
- Fernández, M. (2004). Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. Unidad de kinesiología, hospital san José
- García, A. (2011) Protocolo de Manipulación mínima en pacientes UCIN.
- Gomez, F. (1993) Sistema y Procedimiento Administrativo. Caracas. Editorial Frigor

González G., Rosa M.; Bracho de L., Cira; Zambrano de G., Amarilis; Marquina M; Guerra C.

El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud, [en línea] 6(2); disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>

Guerra, M. y Muñoz, L. (2013) Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería

Universitaria;10(3):84-91 Recuperado en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a3.pdf>

Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. Metas de Enfermería 2005;8(2):28-32

Hernández, M. (2006) Evaluación del protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor de 2.500 gramos. Recuperado

<http://revista.enfermeria.cr/sites/default/files/Evaluaci%C3%B3n%20de%20protocolo%20para%20minimizar%20el%20estr%C3%A9s%20.pdf>

Hernandez D., Flores S. (2002) Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCI.

Herreros Ferrer M. (2015) La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería. Recuperado de:

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/16364/TFG_Herreros.pdf?sequence=1

Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) “Guía de procedimientos en neonatología.

Recuperado de: https://issuu.com/inmp/docs/gu_a_de_procedimientos_neonatolog

Lamonje, E (1999), Evaluación de un protocolo de mínima manipulación en prematuros extremos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Recuperado de:

http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXIII/dia16/com09_16.htm

- Lima, F (2013), El manejo de los recién nacidos prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. esc. enferm. USP[online]. 2013, vol.47, n.6, pp.1272-1278.
Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601272
- López Maestro M, et al. (2013) Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>
- Mata, M, Salazar ME(200) Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 17(1):45-54.
- Millanao, K., Zarate J., Zarate S. (2000) Matronas servicio de neonatología. Hospital Dr. Fricke Gustavo. Viña del mar-Chile. Asistencia del prematuro orientada al desarrollo. Revista médica de Chile ISSN 0034-9887 Revisión impresa Rev. Med. Chile v 128 n. 12 Santiago.
- Moraes, M, Pimienta, M, Madera, N(2009)Morbilidad en pre términos tardíos. Estudio prospectivo caso control multicentrico Arch Pediatr Urug 80(3): 197-203.
- Muñoz, C. (2013) Efectividad de la guía orientada al mejoramiento del neurodesarrollo del prematuro, unidad de cuidados neonatales Hospital Emergencias Grau. Tesis de investigación para optar el título de médico especialista en pediatría.
- Niño, A. (2013) Guía de manejo de mínima manipulación en el recién nacido pre término. Departamento de medicina critica unidad neonatal.
- Olivera, M, Chirinos, J. (2008) Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronósticos y Desarrollo a largo plazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 54(1):7-10

- OMS, (2012). Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Save the Children.
- OMS, (2012). Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: aplicación de la estrategia mundial. Informe: 15 Millones de bebés Nacen Demasiado Pronto. Recuperado de: http://who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
- OMS, (2015). Nacimientos prematuros. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Parraquini L. (2008) Desempeño del Rol Materno en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatale.
- Peña, L. (2014). Evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro. Recuperado de: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol6/2_EVALUACION.pdf
- Perkin Elmer Life And Analytical Sciences, (2009). Nacimiento prematuro – retos y oportunidades de la predicción y la prevención. Recuperado de: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmer/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
- Pereyra, C., Méndez, V. Saavedra, A. (2013) Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo del recién nacido prematuro. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.
- Pereyra, Lucy (2012) El conocimiento y sus niveles. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Lucypereira/el-conocimiento-y-sus-niveles>
- Piñeros, G. (2006) Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB) Jefe de neonatología departamento de pediatría.

- Quiroga, A., CHattas, G., Gil, C., Ramirez, M., Montes, M., Iglesias, A., Plasencia, J., Lopez, I., Carrera, B. (2010) Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Sociedad iberoamericana de neonatología.
- Rellán, S., Garcías, C, Aragon, M. (2008) El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neonatología.
- Rivera, P., Lara, D., Herrera, A., Salazar, E., Castro, Rosa., Maldonado., G (2011). Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Vol. 10, No. 3: 159-162. Recuperado de:
- Roqués, V., Moya, F., Murguía, T. (2005) Manual para padres con niños prematuro. Editorial Ibáñez&Plaza Asociados S.L
- Ruíz A. La maternidad y la paternidad prematura. En: Ruíz A. El bebé prematuro y sus padres: creación de un programa de intervención psicológico. 1a ed. Argentina: Miño y Dávila; 2003. 69-101.
- Sánchez R. G., Quintero V. L., Rodríguez C. G., Nieto S. A., Rodríguez B. I. (2010) “Disminución del Estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico”. Rev. Medicina Universitaria. 2010; 12 (48): 179
- Sánchez, M., Guedes, Ch., Martos, I. (2014) Cuidados del neonato prematuro centrados en el desarrollo y la familia. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud.
- Sanhueza Ríos, G. (2009). Variaciones del ambiente térmico de prematuros hospitalizados en le unidad de neonatología del hospital Clínico Regional de Valdivia. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería). Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fms226v/doc/fms226v.pdf>

- Santos, M. (2014) Análisis de las intervenciones enfermeras en una uci neonatal. Tesis para fin de master universitario de investigación en ciencias sociosanitarias. Universidad de león.
- Schapira I. T., Roy E.(1998) “Estudio prospectivo de recién nacidos prematuros hasta los 2 años. Evaluación de un método de medición del neurodesarrollo”. Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. [Internet]; 17 (2): 52-
- Swanson, K. (1993). Desarrollo empírico del cuidado de rango medio. En Nursing Researsch mayo/junio 1991 Volumen N° 3 Journal of Nursing Sholarship. Vo. 25. Number 4. Winter 1993.
- Ticona, M. (2012). Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del ministerio de Salud del Perú.
- Álvarez, D., García, D., González, C., & López, T. (2012). Cuidados de la piel en el recién nacido prematuro. Retrieved June 6, 2017, from <http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXI/html/m3c2.htm>
- María, L., & Villoldo, E. (2012). Impacto del ruido ambiental en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Retrieved from <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Impacto-del-ruido-ambiental-en-la-unidad-de-cuidado-intensivo-neonatal.pdf>
- Mata-Méndez, M., Salazar-Barajas, M. E., & Herrera-Pérez, L. R. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 17(1), 45–54. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción

Global sobre Nacimientos Prematuros. march of dimes. Retrieved from

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf

Vicente, S. (1997). Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en UCI neonatal de

“Hospital de la Santa Creu i Sant Pau” Barcelona.

Yoshiko, T., Moreira, E., Guinsburg, R., & Nabuco, M. (2011). Ruido en la Unidad de Terapia

Intensiva Neonatal y en el interior de la incubadora. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae

Waldow V, Cuidar expresión humanizadora de la enfermería, 2004, Pag 205,Editorial Voces

Ltda.

Apéndice

Apéndice A

Lista de Cotejo

Nivel Procedimental del Cuidado Enfermero en la Manipulación Mínima al Recién Nacido Prematuro

Presentación: La presente lista de cotejo tiene como objetivo recolectar información acerca del nivel procedimental del cuidado enfermero en la “manipulación mínima” en recién nacidos prematuros por parte del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Datos del (la) enfermero(a):

Edad: _____ años Sexo: M () F () Régimen Laboral: _____

Especialidad: _____

Tiempo de Servicio en la Institución: _____ Antigüedad en el Servicio: _____

Datos del recién nacido:

Sexo: M () F () Edad Gestacional: _____ Peso de ingreso: _____

Edad en días: _____

OBJETIVO: Determinar el nivel procedimental del cuidado enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

	ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	
		SI	NO
1.	Lleva a cabo los cinco momentos del lavado de manos		
2.	Coloca al neonato en incubadora, ésta es de doble pared		
3.	Coloca al RNP en incubadora cerrada precalentada		
4.	Coloca el sensor de temperatura en la línea media abdominal entre xifoides y ombligo		
5.	Programa la temperatura de la incubadora de acuerdo al peso del RNPT: 36° a 37°(<1500grs), 35°a 36°(Entre 1500 - 2500) y 33°a34°(>2500grs)		
6.	Verifica la gradiente de la temperatura y si es > a 1.5°. Programa la temperatura de la incubadora entre 1° a 1,5°C más alta que la temperatura corporal del RNPT y realiza el ajustes en el caso de corresponder hasta que termoregule		
7.	Monitoriza la Temperatura del RNPT en valores normales: Temperatura central (Temperatura axilar, rectal en 36.5°C-37.5°C) y la Temperatura de piel entre 36° a 36.5°C		
8.	Monitoriza y registra el nivel de humedad de la Incubadora		
9.	Programa la humedad de la incubadora con niveles de: *Para RNEMB < de 1000 grs: nivel de humedad 100%. *Para RNMB< de 1500 grs nivel de humedad >80%. *Para RNP > de 1500grs nivel de humedad de 70a 75%		
10.	Comprueba los niveles de agua y temperatura de la incubadora		
11.	Repone periódicamente el agua del receptáculo de humedad de la incubadora		

12.	Favorece periodos de sueño-vigilia mediante el control de la iluminación natural o artificial utilizando dispositivos adecuados para cunas o incubadoras.		
13.	Muestra atención a la protección de la luz cuando el RNPT se encuentra sometido a procedimientos		
14.	Evita cambios súbitos de iluminación ambiental		
15.	Cubre los ojos durante los procedimientos que es sometido el neonato		
16.	Le coloca lentes protectores cuando el RNP es sometido a fototerapia.		
17.	Coloca y monitoriza el fijado correcto de los lentes protectores cuando el RNP es sometido a fototerapia		
18.	Evita conversaciones cerca de las incubadoras o cunas.		
19.	Mantiene su teléfono celular en modo vibrador y sale del área para contestar.		
20.	Disminuye volúmenes de conversaciones, teléfonos del servicio, timbres, alarmas de aparatos electro médicos.		
21.	Responde con prontitud a las alarmas.		
22.	Responde con prontitud al llanto de los niños.		
23.	Abre y cierra las puertas de la incubadora en forma delicada		
24.	Evita colocar objetos sobre la incubadora		
25.	Realiza acciones sobre la incubadora (golpea con los dedos, escribe)		
26.	Despierta al RNP suavemente		
27.	Realiza el adecuado proceso en los cambios de posición del neonato fisiológicamente estable, en horario establecido		
28.	Cuando se encuentra en Ventilación mecánica o CPAP ubica los elementos de asistencia respiratoria usados adecuadamente para evitar traccionar la cabeza del prematuro hacia atrás o lateralmente		
29.	La posición en que coloca al neonato favorece la flexión de sus miembros superiores e inferiores y su oxigenación: Coteje de acuerdo a la posición en que encuentra al neonato		
30.	a En la posición decúbito supino: Evita la flexión excesiva del cuello. traccionar la cabeza hacia atrás		
31.	a Promueve la flexión de las extremidades hacia línea media y sobre tronco con proyección anterior a los hombros		
32.	a Utiliza rulos laterales para prevenir la abducción y rotación externa de caderas		
30.	b En la posición prono: Realiza alternancia de la posición de la cabeza lado derecho e izquierdo		
31.	b Considera la alineación cabeza-tronco-cadera		
32.	b Coloca una almohadilla o soporte a la altura de la línea mamilar con los brazos alrededor de este		
30.	a Posición decúbito lateral: Promueve en el neonato la posición que favorezca el contacto mano-cara-boca, y su auto organización.		
31.	b La posición en que coloca al neonato favorece la flexión de sus miembros superiores e inferiores y su oxigenación.		
32.	c Acerca las manos del bebé para evitar la retracción escapular		
33.	Usa el nido como dispositivo de contención para el posicionamiento del neonato.		
34.	Verifica y realiza el ajuste correcto de los nidos de acuerdo al tamaño y peso del recién nacido prematuro.		
35.	Coloca al prematuro en un medio suave manteniendo posición fetal.		
36.	Realiza la contención flexionando las piernas y las manos y manteniendo la línea central del tórax (posición fetal).		
37.	Utiliza guantes estériles y compresas algodón estériles para mantener la piel limpia y seca.		

38.	Para el aseo de la piel, utiliza únicamente agua destilada tibia.		
39.	Realiza la higiene en zona de pliegues con toques en forma suave y delicada.		
40.	Evita el baño de inmersión durante la primera semana de vida.		
41.	Promueve masajes suaves según estado del RNPT.		
42.	Previene lesiones de presión. Utiliza apósitos hidrocoloide extra delgados, película protectora o velcrom como segunda piel para la fijación de cintas adhesivas, donde se apoyaran sensor de temperatura, cánulas, CPAP, TET y otros aditivos que podrían causar fricción.		
43.	Para la remoción de adhesivos, utilizados en la fijación de CPAP, TET utiliza película protectora o agua tibia.		
44.	Realiza el registro del CFV en el horario establecido.		
45.	Realiza el registro o del balance hídrico.		
46.	Evalúa y vigila el estado respiratorio: aumento de la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, retracción subcostal y esternal quejido respiratorio, disminución del MV en ACP pulmonares, cianosis (signo tardío), aleteo nasal. (Vigila signos de distrés respiratorio).		
47.	Registra el monitoreo de administración de oxígeno según esta indicado por: Cánula binasal, casco cefálico, CPAP, VM.		
48.	Mantiene vías áreas permeables: Determina la necesidad de aspiración. Ausculta sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.		
49.	Realiza el seguimiento de informes radiológicos y ecográficos.		
50.	Para la medición de residuo: No aspira RG solo mide el residuo que sale espontáneamente.		
51.	Para la medición de residuo: Realiza el registro de las características del residuo.		
52.	Para la alimentación enteral mide el residuo gástrico y/o perímetro abdominal según indicación médica.		
53.	Verifica que la concentración de la Nutrición Parenteral Total o Parcial (NPT-NPP) sea la adecuada para el acceso umbilical venoso o para el acceso de un catéter venoso central de inserción periférica (PICC).		
54.	Toca al RNP de forma suave y sutil durante las intervenciones.		
55.	Capacidad de respuesta inmediata al identificar elementos y procedimientos generadores de estrés, (alarmas, equipos) se adecua a procedimientos agrupados.		
56.	Realiza la aspiración de secreciones solo cuando es necesario en forma muy delicada.		
57.	Monitoriza la saturación de oxígeno y signos vitales durante las intervenciones de enfermería.		
58.	Programa los cuidados individualizados respetando la pausa de sueño y descanso del neonato acorde al servicio en relación a su actividad y servicios.		
59.	Hace respetar al equipo multidisciplinario el horario de manipulación mínima.		
60.	Coloca carteles con horarios establecidos de acuerdo a la edad gestacional (c/6hrs y/o c/4hrs.		
61.	Coordina con el equipo de salud para agrupar actividades, permitiendo periodos de descanso y recuperación.		
62.	Proporciona las intervenciones de enfermería de forma agrupada.		
63.	En intervenciones dolorosas, proporciona técnicas de consuelo o disminuye el dolor, con la succión no nutritiva, sacarosa, contención o acunamiento.		

64.	Emplea escala de valoración del dolor en niños prematuros.		
65.	Planifica las extracciones de sangre, para disminuir el número de procedimientos dolorosos.		
66.	Permite que el recién nacido lleve las manos al rostro o boca, que succione un dedo y que flexione las piernas.		
67.	Facilita la autorregulación, es decir, el esfuerzo que el recién nacido está haciendo para ajustarse al dolor y al stress.		
68.	Mantiene a los padres informados acerca del estado de su hijo, horarios de visita, normas de ingreso.		
69.	Prepara a los padres para el al contacto piel a piel de mamá-papá-hijo (madre canguro).		
70.	Favorece el contacto físico de los padres con sus hijos: enseñar a tocarlos y acariciarlos cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permitan.		
71.	Enseña a los padres a reconocer las señales de estrés en los niños, a fin de modificar la estimulación e interacción.		
72.	Valora la zona de inserción de los catéteres invasivos CUA o CUV, PICC o catéter periférico registra en la hoja de monitoreo.		
73.	Utiliza apósitos transparentes semipermeables estériles para la valoración del punto de inserción.		
74.	verifica Integridad del apósito adhesivo transparente de la zona de inserción del catéter.		
75.	Identifica signos inflamatorios, eritema, edema, dolor, flogosis.		
76.	valora la presencia de drenajes o fugas así también de secreciones (soluciones EV, sangrado, pus, plasma).		
77.	Vigila la permeabilidad, evitando la obstrucción del catéter.		
78.	Realiza el cambio de las llaves de doble vía y jeringas perfusoras cada 24 horas.		
79.	Verifica fechas de cambio de líneas y conexiones.		
80.	Verifica el estado de las infusiones y líquidos administrados.		
81.	Administra medicamentos y hemoderivados según el tipo de catéter.		
82.	Infunde soluciones EV de acuerdo al tipo de catéter CUV, PICC y vía periférica.		
83.	Mantiene las conexiones al catéter limpias (llaves de doble vía sin restos de sangre o plasma).		
84.	Realiza las curaciones de acuerdo a protocolo y registra en la hoja de monitoreo.		
85.	Toma las muestras de exámenes de laboratorio y gases sanguíneos en los posible a través de CUA en prematuros menos de 1500gr.		

Gracias por su colaboración

Apéndice B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
Nivel procedimental del cuidado enfermero en la manipulación mínima del recién nacido Prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016	<p>Justificación del estudio El presente trabajo de investigación justifica por las siguientes razones: <i>Aporte teórico</i> Es de gran aporte teórico porque permitirá conocer el nivel procedimental del cuidado Enfermero en la “Manipulación Minina” de los recién nacidos prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HNGAI-Essalud. Su conocimiento reanudará en la intervención de Enfermería a brindar una atención de calidad para disminuir las condiciones posibles de adquirir complicaciones en el recién nacido prematuro y contribuir en l fortalecimiento del conocimiento del área de referencia.</p> <p><i>Aporte metodológico</i> Con el propósito de recolectar datos objetivos</p>	<p>Objetivos <i>Objetivo general</i> Determinar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en la “manipulación mínima” de recién nacidos prematuros en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales del HNGAI -EsSalud.</p> <p><i>Objetivos específicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las características sociodemográficas del personal profesional de enfermería de la UCI Neonatales del HNGAI- EsSalud.. - Identificar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en la prevención de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud - Identificar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en los Cuidados posturales de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud - Identificar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en los cuidados de la piel de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud 	<p>El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, porque busca describir, nuevas situaciones de las variables en estudio</p> <p>Donde el enunciado no es una proposición entonces el estudio no lleva hipótesis”</p>	Nivel procedimental del cuidado enfermero en la manipulación mínima del recién nacido Prematuro	<p>El presente trabajo de investigación en función a los objetivos es de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo básica porque se centra en la variable de aplicación. - Corresponde al enfoque cuantitativo, porque utiliza el método estadístico para la presentación de resultados; - El diseño es no experimental porque las variables se estudian tal y como se comportan en la realidad, - Es de tipo descriptivo, porque busca describir nuevas situaciones de las variables en estudio y - Corte transversal por que los datos son recolectados en un mismo momento

	<p>que aportarán en el análisis de las variables en estudio, se utilizará una lista de cotejo, validada y con un KR(20) de 0.899</p> <p><i>Aporte Práctico y social</i> El trabajo de investigación es de relevancia practica porque fortalecerá el nivel de aplicación procedimental de los cuidados del Enfermero en la intervención organizada que realiza en la manipulación mínima de recién nacido prematuro. .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en la vigilancia del dolor del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud - Identificar el nivel procedimental del Enfermero en la vigilancia del estrés del RNPT en la Unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud - Identificar el nivel procedimental del cuidado Enfermero en el entorno físico del RNPT de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud - Identificar el nivel aplicación procedimental del cuidado Enfermero en la Interacción hijo -padre en unidad de cuidados intensivos Neonatales del HNGAI- EsSalud 			
--	---	--	--	--	--

Apéndice C**Estadísticas de fiabilidad KR-20**

Afa de Cronbach	Afa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,899	,891	85

Apéndice D: Carta solicitando Autorización



UNIVERSIDAD PERUANA UNION
ESCUELA DE POSGRADO
 UPG CIENCIAS DE LA SALUD

Una Institución Adelantada

Lima, 22 de junio de 2017

Carta N° 068- 2017/UPeU – UPG CC. SS

Docera
EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Jefa de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación
 Hospital Nacional Guillermo Almonara Ciryoyen
 Presente

Estimada doctora Santa Cruz:

Es grato hacerle llegar un cálido saludo y desearle los mejores éxitos en el desempeño de sus actividades diarias.

Mediante la presente comunicarle que el Proyecto de Investigación titulado, "Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almonara Ciryoyen, 2016" , elaborado por: Montes Paz Aura Mariene, Mendoza Valente Jacqueline Elena y Silva Chávez Ketty Miriam, estudiantes de la especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales, ha sido aprobado bajo los protocolos y normas de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

Hago propicia la oportunidad para expresarle mi estima personal.

Atentamente,



Gladys Paredes Aguirre de Beltrán
DIRECTORA
 UPG CIENCIAS DE LA SALUD



Vila Unión - Naña, altura Km 19 de la Carretera Central, Lurigancho - Chosica, Lima 15 - Perú
 Teléfono: (01) 618-6300 Web: www.upu.edu.pe e-mail: universidadperuanunion@upu.edu.pe



CARGO

EsSalud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

CARTA N° 1570-DE-G-RAA-ESSALUD-2017

Lima, 15 de Setiembre de 2017

Doctora
ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - RAA
Presente. –



Asunto: SOLICITA AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION.
Ref. : Carta N°137 -SE.N°7-4AE-DE-RAA-ESSALUD-2017

Es grato dirigirme a Usted para saludarla y en relación al asunto, remito a su despacho el Proyecto de Investigación titulado "NIVEL PROCEDIMENTAL DEL CUIDADO DEL ENFERMERO EN LA MANIPULACION MINIMA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HNGAI-ESSALUD-2016" elaborado por la Lic. Enfermera Aura Marlene Montes Paz, Jackeline Elena Mendoza Valente y Ketty Miriam Silva Chávez, investigador principal y coinvestigadora respectivamente pertenecientes al Servicio de Enfermería N° 7 - 4AE-Neonatología del HNGAI.

Habiendo evaluado el Proyecto, consideramos que su aplicación y resultados serán de gran aporte para el cuidado de Enfermería que se brinda al Recién Nacido Prematuro en la UCI Neonatal de nuestro Hospital.

En tal sentido, se solicita gestionar ante los Comités de Etica e Investigación para la evaluación y autorización correspondiente.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Atentamente,


Mg SUSY ALVARADO ALMONDAYRA
Jefe Dpto. de Enfermería
C.E. 879 N° 779
H.N. GUILLERMO ALMENARA
ESSALUD

SAR/BCG/top.
NIT: 0872 - 2017 - 01768.

www.essalud.gob.pe

Av. Grau 800
La Victoria
Lima 13 - Perú
T - 374.1001 / 374.1000