



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

**EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HORA TRANQUILA EN
NEONATOS DE LA UCIN DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL
DE ATENCIÓN**

Para obtener el título de
Especialista en Enfermería Neonatal

PRESENTA

Lic. Giovana Caroline Vargas Lévano

Directora

MCE. Lizbeth Morales Castillejos

Codirectores

Dra. Claudia Teresa Solano Pérez

Dr. David Jiménez Rodríguez

Comité tutorial

MCE. Reyna Cristina Jiménez Sánchez

MCE. Olga Rocío Flores Chávez

Pachuca de Soto, Hgo., México., noviembre 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

**EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HORA TRANQUILA EN
NEONATOS DE LA UCIN DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL
DE ATENCIÓN**

Presenta
Lic. Giovana Caroline Vargas Lévano

A T E N T A M E N T E

Pachuca, Hgo., noviembre de 2022

"Amor, Orden y Progreso"

Sinodales

Presidente MCE. Lizbeth Morales Castillejos

Secretario Dra. Claudia Teresa Solano Pérez

Vocal 1 Dr. David Jiménez Rodríguez

Vocal 2 MCE. Reyna Cristina Jiménez Sánchez

Vocal 3 MCE. Olga Rocío Flores Chávez

Suplente 1 Dr. José Arias Rico

Solano P.
Jiménez R.
Flores C.
Arias R.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
 Área Académica de Enfermería
Department of Nursing

24/noviembre/2022
 Of. Núm. 836

Asunto: Autorización de impresión de tesis

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
 DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

Sirva este conducto para enviarle a usted un cordial saludo y al mismo tiempo comunicarle que la Lic. en Enfermería Giovana Caroline Vargas Lévano, con número de cuenta 290770 ha concluido satisfactoriamente la TESIS con el Título "EFECTO DE LA IMPLMETACION DE LA HORA TRANQUILA EN NEONATOS DE LA UCIN DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN", siendo directora de tesis la ME. Lizbeth Morales Castillejos, por lo que procede su impresión.

Sin más por el momento y con orgullo de ser universitario, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
 "AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

 M.C.E. REYNA CRISTINA JIMENEZ SANCHEZ
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
 Chair of the Department of Nursing


 ME. LIZBETH MORALES CASTILLEJOS
 Directora de Tesis

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

TITULACIÓN

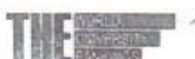
DÍA 28 MES 11 AÑO 2022

RECIBIO:

NOMBRE: ACE J

FIRMA:

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
 Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
 Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4323,4324
 enfermeria@useh.edu.mx



Contenido

Capítulo I Introducción

1.1 Justificación.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.3 Objetivo General.....	5
1.3.1 Objetivos específicos	5
1.4 Hipótesis.....	6
1.5 Marco Teórico Conceptual	6
1.6 Marco Referencial	18
1.7 Operacionalización de las variables	22

Capitulo II Metodología

2.1 Diseño.....	24
2.2 Población de Estudio.....	24
2.3 Criterios de Selección	24
2.4 Limites de Tiempo y Espacio.....	25
2.5 Instrumento.....	25
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos.....	25
2.7 Consideraciones Éticas.....	27
2.8 Plan de Análisis Estadístico	33

Capitulo III Resultados

3.1 Características Biológicas.....	34
3.2 Confiabilidad del Instrumento	37
3.3 Pruebas de Normalidad.....	37
3.4 Estadística descriptiva de las variables.....	40

Capitulo IV Discusión

4.1 Discusión	50
4.2 Conclusión.....	51
4.3 Limitaciones.....	52

4.4 Sugerencias.....	52
Referencias.....	54
Apéndices	
Apéndice A. Consentimiento Informado	57
Apéndice B. Cedula de datos.....	59
Apéndice C. Instrumento de medición	61
Anexos	
Anexo 1	63
Anexo 2	68
Anexo 3	69

Carta de Agradecimiento

A DIOS

Por darme la vida, por cuidar mis pasos a lo largo de la especialidad y permitirme terminar este proyecto con salud.

A MIS ASESORES DE TESIS

Por creer en mi investigación y en mi capacidad para realizarla, por todo el tiempo dedicado en cada asesoría y por todos aquellos consejos que se sumaron para concluir esta etapa.

A ALMA

Por todo tu apoyo por ser parte de mi pequeña familia, por amar y cuidar a mi hija permitiéndome a mi desarrollarme como profesional.

A MIS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA NEONATAL

Gracias por compartir todos sus conocimientos por exigirme ser un profesional con conocimiento y práctica, pero también con empatía y calidez

Dedicatoria

A MI HIJA

A ti el primer prematuro del que cuide, por todos esos momentos sentada a mi lado mientras tomaba clase, mientras hacia la tarea o avanzaba en la tesis, por los besos y abrazos que me llenaron de energía para seguir adelante, y por ser la razón de toda mi existencia. Gracias por elegirme como tu mama te amo MI MARIJO

A MAMÀ

A ti que eres mi pilar y mi inspiración que viste en mí una vocación y habilidad que ni siquiera yo sabía que tenía por enseñarme el amor por la Enfermería Neonatal por darme la vida te admiro y soy afortunada de llamarte mamá

A PAPÀ

Por ser mi apoyo, y mi seguridad en el mundo, por demostrarme que no importa la edad para terminar una carrera o especialidad, que todo con esfuerzo se consigue, y que un título sin humildad no sirve.

A MI ESPOSO

Mi compañero de vida y aventuras, aquel que no me deja rendir, que celebra todos mis triunfos como si fueran suyos, que me ama y que amo con todo el corazón

Resumen.

A pesar de que en la actualidad existen múltiples avances en la calidad de la atención neonatal, la valoración y el manejo del confort sigue siendo un aspecto poco atendido el prematuro hospitalizado es sometido a numerosos estímulos, procedimientos, diagnósticos y tratamientos terapéuticos que en su mayoría provocan dolor y discomfort, por tal motivo en este trabajo se realiza la Intervención de la Hora Tranquila como un método para evaluar el confort alcanzado por el prematuro antes, y al final de la intervención esta investigación se realizó con una muestra de 30 prematuros hospitalizados los cuales fueron valorados con la Escala de Evaluación de Confort para Lactantes Prematuros la información obtenida se procesó con el programa estadístico SPSS versión 22, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias, medidas de tendencia central pruebas de normalidad, prueba de Wilcoxon, Prueba de Friedman y correlación bivariada, los resultados indican que el 96% de los pacientes de la muestra tenían discomfort antes del inicio de nuestra intervención, los signos conductuales obtuvieron mayor puntuación durante el proceso, en comparación con los signos fisiológicos, en cuanto a la correlación realiza entre el nivel de confort antes y al término de la intervención el resultado estadístico fue .00 lo que demuestra un alto grado de significancia, el peso de los prematuros al término de la intervención fue correlacionado con el nivel de confort alcanzado al final de la Intervención de La Hora Tranquila obteniendo significancia del .048, **Conclusiones:** se concluye que la Intervención de la Hora Tranquila es un método efectivo para proporcionar confort a los prematuros hospitalizados el cual se puede evaluar con la Escala de Evaluación de confort para Lactantes Prematuros.

Capítulo I

Introducción

1.1 Justificación

Durante años ha existido la creencia de que el recién nacido, por su inmadurez neurológica, percibe mejor el dolor y del mismo modo lo tolera. Actualmente está 100% demostrado en diversas investigaciones de psicología, anatomía y neurofisiología la falsedad de estos conceptos. (Salas G, 2018).

Una vez reconocido que el neonato percibe todos los estímulos dolorosos y sensoriales igual que cualquier otro grupo etario se han implementado diversas estrategias para mantener al recién nacido dentro de un ambiente lo más cómodo y parecido al útero. Debido a la incapacidad del neonato para verbalizar conceptos de incomodidad o dolor se depende al 100% de interpretar las conductas por parte de los profesionales de la salud encargados de su cuidado.

Es bien sabido que los bebés recién nacidos necesitan silencio y calma en sus primeras semanas de vida, especialmente los prematuros o los recién nacidos frágiles. También sabemos que una menor estimulación ayuda al cerebro y al cuerpo del recién nacido a desarrollarse.

Una hora tranquila diaria, reduce los niveles de estrés de los bebés, lo que ayuda a mantener las constantes vitales, le permite dormir más profundo, lo que les

permite a los neonatos enfermos sanar más rápido, protege la frágil audición de los bebés prematuros y promueve el desarrollo sensorial y del cerebro.

Ante lo anterior se hace necesario implementar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales implementar la estrategia de la hora tranquila la cual los neonatos experimenten periodos sin ningún tipo de estímulo y les proporcione confort esto con el fin de mejorar el desarrollo neuro sensorial y la plasticidad cerebral de los recién nacidos al mismo tiempo que se logre una ganancia de peso superior al 5% por día y con esto se reduzca la estancia hospitalaria

El resultado del estudio ayudara a probar la pertinencia de la hora tranquila convirtiéndose en una intervención esencial para todos los recién nacidos hospitalizados.

1.2 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia publicaron que en el año 2019 que 2.8 millones de recién nacidos murieron en su primer de vida y casi la mitad de estos fallecimientos tienen lugar en los primeros 7 días de vida extrauterina. La causa más común de la mortalidad neonatal es el nacimiento prematuro y las complicaciones derivadas del parto. (Organización Mundial de la Salud [OMS] y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] 2019.)

En el año 1992 existía un porcentaje de 48% de recién nacidos prematuros hospitalizados solo en la Ciudad de México, para el año 2017 el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) reportaba un porcentaje de 45% de prematuros por año

(López B, 2017.) Debido a que todos los prematuros presentan una importante inmadurez en su Anatomía y funcionamiento de sus órganos y sistemas requieren de atención especializada, en la actualidad se sabe que muchas de las actividades realizadas durante la estancia hospitalaria de estos pacientes tienen una gran repercusión en el desarrollo neurológico a corto, mediano y largo plazo. OMS,(2029.)

Diversos estudios realizados han documentado que los neonatos nacidos con menos de 32 semanas de gestación y que se encuentran hospitalizados, están sometidos a un aproximado de 10 a 15 procedimientos dolorosos y más de 30 de estímulos externos como, intensidad de luz, sonido y mal posicionamiento que les provocan estrés durante el día. Cordero G, (2018.)

El medio ambiente las UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) está diseñado para satisfacer las necesidades médicas que requieren los recién nacidos prematuros, pero son pocas, pero son pocas las que tienen protocolos para adecuar este hábitat para mejorar la adaptación del Recién Nacido a la vida extrauterina.

El ruido, la iluminación excesiva y las manipulaciones constantes interrumpen los periodos de sueño vigilia generando que el recién nacido utilice energía necesaria para su crecimiento, y así poder hacer frente a estos estímulos. Domínguez D, Roca Molina M, (2019.)

Mientras duerme, el cuerpo del recién nacido sintetiza proteínas y forma glóbulos rojos; estos procesos son necesarios para la formación y oxigenación de tejidos. En un ambiente normal los recién nacidos duermen el 80% del día, despertando cada 1 a 3 horas para alimentarse. Debido a que los neonatos hospitalizados se encuentran sometidos a varios procedimientos para mantener su estado de salud o mejorarlo, este proceso se encuentra deficiente y en algunos casos nulo. La estancia hospitalaria de los recién nacidos oscila entre los 25 a 40 días y en su mayoría depende de la edad gestacional al nacer, el peso y las patologías que se adhieren al diagnóstico de prematurez. Ruiz E, (2019.)

A pesar de los múltiples avances de la ciencia y del aumento de la calidad de vida en el periodo neonatal, la implementación de la hora tranquila en el neonato sigue siendo una tarea difícil.

Muñiz & Castell refirieron que la implementación de la hora tranquila ha sido invalorada, ya que son pocos los hospitales en donde se realiza a pesar de que existe evidencia científica del beneficio que conlleva para los neonatos (Lemus S,2020).

Los preceptos teóricos de Katherine Kolcaba reafirman la idea de que las intervenciones de confort no suelen ser intervenciones técnicas, sino que complementan la asistencia clínica, a la vez que abogan por satisfacer las necesidades humanas. En este sentido, la disciplina enfermera tiene un papel relevante (Falco A, 2017).

El confort debe valorarse y desde una perspectiva humanística, holística, multidimensional e interdisciplinar resultado de las interacciones de la persona con percepciones, situaciones y objetos modificables a lo largo del tiempo y el espacio.

Debido a todas estas aseveraciones resulta prioritario implementar la hora tranquila como método asistencial en el cuidado del recién nacido esto con la finalidad de mejorar las condiciones físicas de su entorno.

En la práctica diaria de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de segundo Nivel las intervenciones relacionadas con la hora tranquila son escasas, es decir no existe una herramienta que permita realizar esta práctica y mucho menos existe un instrumento para valorar el dolor relacionado con el discomfort.

Es por ello que el presente estudio nace de la necesidad de implementar el uso de esta hora tranquila o penumbra para mejorar el desarrollo neurológico del neonato, mejorar los ciclos circadianos todo con el objetivo de disminuir la estancia hospitalaria y proporcionar confort y descanso durante estos 60 minutos.

1.3 Objetivo general

Determinar el confort alcanzado por el prematuro durante la intervención de la Hora Tranquila en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Describir las características de los recién nacidos prematuros.
2. Comprobar la utilidad de la hora tranquila como medio de confort en el prematuro.
3. Observar si existe correlación entre el aumento de peso ponderal en los recién nacidos prematuros con el nivel de confort alcanzado al final de la intervención de la Hora tranquila.

1.4 Hipótesis

H1 La implementación de la Hora Tranquila mejora el nivel de confort en los neonatos de la UCIN de un Hospital de segundo Nivel.

H0: La implementación de la Hora Tranquila no mejora el nivel de confort en los neonatos de la UCIN de un Hospital de segundo Nivel.

1.5 Marco Teórico Conceptual

Etimológicamente la palabra confort deriva de la lengua inglesa “confort “y se refiere a todo aquello que produce comodidad y de manera general bienestar a cualquier persona. Domínguez D, (2019).

También se define como la sensación de bienestar o comodidad física, mental o social; o como una necesidad humana en cualquier etapa de la vida y un estado subjetivo que experimenta la persona, en relación a la insatisfacción de necesidades de higiene, postura corporal y otras que causan sufrimiento o malestar. Además, es considerado como la respuesta de un organismo en las dimensiones física, conductual y fenomenológica ante estímulos internos o externos.

Cuando estos son negativos, se producen cambios en la presión arterial media, el ritmo cardíaco, el tono muscular y la respuesta respiratoria; así como en los estados de alerta y calma, el movimiento físico, o pueden generar ansiedad, miedo o dolor. Katherine Kolkaba mencionaba que el confort se establece a partir del desarrollo individual y social además de vincularse con el hábitat en el que se desarrolla. Mayakoba K. (2018.)

El estrés neonatal y la necesidad de confort, son los principales precedentes del confort neonatal. En virtud de que el recién nacido pretérmino, no puede comunicarse verbalmente, presenta cambios en la frecuencia cardíaca, pausas respiratorias, mayor requerimiento de oxígeno, fluctuaciones en la temperatura corporal y estados difusos de sueño-vigila. Además, responde con temblores, sobre saltos, espasmos, rigidez de las extremidades, dedos abiertos, bostezos, regurgitaciones, hipo, postura desorganizada, muecas faciales, manos empuñadas en la cara, quejidos o irritabilidad. Savona,. (2016.)

La manifestación de alivio, tranquilidad y trascendencia del recién nacido pre término en las dimensiones física, ambiental y social, expresada a través de un lenguaje no verbal que incluye respuestas fisiológicas como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales; así mismo, tono muscular adecuado, actividad motora modulada y estados de sueño-vigilia. Además, de respuestas conductuales que implican la expresión facial relajada, la postura en flexión, la actividad mano hacia la boca, signos de auto consolación e interacción social. Muñoz S, (2016.)

La Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) tiene un dominio específico para el CONFORT en la que se distingue la etiqueta diagnóstica de disconfort que enfoca sus intervenciones a disminuir o eliminar el estímulo que lo causa. Por otro lado, la guía de práctica clínica de manejo y atención al neonato señala un apartado de intervenciones de enfermería para el abordaje y tratamiento del dolor neonatal en base a su medición con escalas o instrumentos y a su prevención y tratamiento. (Catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS [CGPC] 2018).

La “teoría interactiva” proporciona un marco para comprender la conducta de los prematuros, según la cual las conductas del niño se interpretan de acuerdo a cinco subsistemas de funcionamiento

- Motor: Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.
- Autonómico: Incorpora las funciones fisiológicas necesarias para la supervivencia. Los indicadores son el color de la piel, frecuencias cardíacas y patrón respiratorio y la actividad visceral.
- Estado. Categoriza el nivel del sistema nervoso central en cuanto a vigilia – sueño- despertar-llanto.
- Atención: Interacción Capacidad del niño para interactuar con el medio y ajustarse a los cambios.
- Autorregulación: es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales.

En el neonato prematuro todos los estímulos deben presentarse adecuadamente en frecuencia, duración, intensidad y otros, porque tan nocivo es para los sistemas funcionales el hiper estimulación, la estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o su ausencia que le provocan estrés. Luna G, (2017).

El estrés en el neonato prematuro es cualquier amenaza percibida de naturaleza interna o externa (estresor o estímulo negativo) que afecta su estabilidad fisiológica.

Existe evidencia clínica de que el impacto adverso del estrés en el neonato prematuro puede afectar negativamente su cerebro en desarrollo produciendo alteración permanente en la percepción neuroanatomía del dolor, cambios emocionales, trastornos del

aprendizaje y alteraciones neuro conductuales como reflejos no óptimos, asimétricos, hiper o hipotonía, excitabilidad, letargo. La búsqueda realizada en la literatura para conocer los diferentes métodos de evaluar el confort neonatal, mostró que existen múltiples escalas las cuales por medio de un constructo se aproximan a una evaluación objetiva de un proceso subjetivo con una alta fiabilidad, permitiendo clasificar el grado de confort y dolor presentado por el neonato. (Romero y Galindo, 2017.)

Teoría de Katerina Kolcaba

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psico espirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

1.- Conceptos meta paradigmáticos:

- Enfermería: incluye valoración de las necesidades de la comodidad, diseño de las medidas para satisfacer esas necesidades y revaloración de los niveles de después de la implantación de dichas medidas, en comparación con la situación anterior.

La valoración y revaloración puede ser intuitiva y/o subjetivas, por ejemplo, cuando una enfermera le pregunta a un paciente si está cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o conducta vales.

La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas visuales analógicas o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por Kolcaba.

- Paciente: los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud. Entorno: cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo.
- Salud: es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad.
- Supuestos:
 - a) Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
 - b) La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo.
 - c) El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
 - d) Las personas que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
 - e) La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado.

Afirmaciones Teóricas:

1. Las enfermeras identifican las necesidades de confort no satisfechas de sus enfermos, diseñando medidas para satisfacerlas potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.
2. La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.
3. Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Kolcaba, 1997, 2001)

Afirmó que desarrolló la teoría del confort utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: Inducción, Deducción.

Inducción: Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados Bishop A, (2017).

Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y supuestos que subyacen en su práctica.

- **Deducción:** Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop A, 2017). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría.
- **Reproducción:** Es una forma de razonamiento que origina ideas; se aplica a campos con pocas teorías disponibles (Bishop A, 2017), resulta útil para seleccionar

fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este es el caso de la investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en recoger datos para medir resultados seleccionados, y relacionar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios.

Neonato

Se llama neonato al recién nacido que tiene 30 días de nacido o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya nacido por parto normal o por cesárea OMS, (2019)

Neonato se llama también al recién nacido y es el producto de la concepción proveniente de un embarazo de más de 21 semanas de edad gestacional y que al desprenderse de su madre muestre señales de vida (NOM 007-SSA2-,2016)

Clasificación del neonato

La clasificación del recién nacido o neonato y los métodos para evaluarlo han tenido un proceso largo y cada vez más minucioso, contando actualmente con métodos obstétricos y pediátricos resultado de la necesidad de identificar con mayor certeza las características y sus posibles factores de morbimortalidad.

Los factores determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Tanto el peso como la edad gestacional están estrechamente relacionados y son de mucha utilidad para clasificar al recién nacido. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

Clasificación del recién nacido según la edad gestacional:

- RN de pre término: <- 36.6 SDG
- RN de término: de 37 a 41.6 SDG
- RN de pos término >- 42SDG.

En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de Pediatría, ya que la OMS establece a las 37 semanas de gestación como la línea divisoria entre nacimientos de término y pre término.

Clasificación del recién nacido según su peso al nacimiento

Esta clasificación considera solamente el peso y es muy independiente de la edad gestacional:

- RN macrosómico: aquel que pesa más de 4000g al nacer; algunos autores reconocen el límite en 4500g
- RN de peso adecuado: peso al nacer entre 2500 y 4000g
- RN de bajo peso al nacimiento: peso al nacer menor de 2500g
- RN de muy bajo peso al nacimiento: peso al nacer menor de 1500g
- RN diminuto (Tiny baby): peso al nacer menor a 1000g.

(INPer ,2018)

El peso al nacimiento de una población determinada ha sido la base para la elaboración de tablas con percentiles que, interrelacionadas con la edad gestacional, pueden reflejar un rango de clasificación y permiten distinguir los siguientes grupos:

- AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.

- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI. (Morán, Rivero, Zamora & González, 2018).

Periodo neonatal

El período neonatal comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de edad. El período neonatal temprano incluye los primeros siete días, y el período neonatal tardío, de los siete a los 28 días postnatales.

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. INPer, (2018)

Generalidades del periodo neonatal

Todo recién nacido sano o enfermo, a término o pos término, maduro o inmaduro, debe pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse bien a la vida extrauterina. Dicha transición es un complejo proceso que entraña algunos cambios funcionales de sistemas orgánicos, a saber: comienzo de la respiración, cambios en la circulación fetal a la neonatal con modificaciones de la hemodinámica cardiovascular; alteraciones de las funciones hepática y renal; cambios de tipo neurológico; eliminación del meconio intestinal y reorganización de los procesos metabólicos y hormonales para alcanzar un nuevo estado constante u homeostasis posnatal, mecanismos que en el útero eran asumidos en gran parte por la madre. (Torres M, 2018.)

Los cambios fisiológicos que implican el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del recién nacido normal y de la

patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación. Saucedo L, (2017)

Adaptación

Es la palabra que define el período neonatal. A ésta debemos agregar el carácter dinámico del proceso que hace variar el concepto de normalidad en el tiempo. Una bilirrubina en sangre de 4 mg % al nacer es anormal, pero no lo es a los 3 días de vida. Una cierta dificultad en la regulación de la temperatura en las primeras horas de vida no tiene la misma que si ésta ocurre al segundo día. INPer, (2018)

Adaptación y dinamismo evolutivo, le dan al recién nacido un carácter de gran fragilidad y dependencia del medio.

Es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el período posterior al nacimiento. En esta etapa se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia, de presentar patologías y de que estas dejen algún tipo de secuelas, especialmente neurológica INPer, (2018).

Confort

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el confort está definido como la condición de la mente en que expresa total satisfacción con el ambiente OMS (2018).

Existen diferencias individuales de percepción y evaluación subjetiva del confort ya que depende de diversos factores intrínsecos tales como raza, sexo, edad, actividad metabólica, salud física y mental, características físicas y biológicas, estado de ánimo, asociación de ideas y experiencia; así como extrínsecas entre las cuales se encuentran el grado de arropamiento, temperatura del aire, temperatura radiante, humedad, radiación, velocidad del viento, calidad del aire, niveles lumínicos y acústicos Jones B, (2019)

El ambiente interior incluye componentes térmicos, lumínicos, visuales, acústicos, calidad del aire, campos electromagnéticos y electricidad estática. No existe un solo índice que pueda cuantificar las respuestas individuales a todos estos factores Jones B, (2019).

Clasificación del Confort

Confort Térmico: se refiere a la percepción del medio ambiente circundante que se da principalmente a través de la piel cuando se habla de control térmico es necesario considerar la relación que existe entre el ambiente térmico y las sensaciones psicológicas y patológicas. Saucedo L, (2017.)

Confort lumínico: es la percepción a través de la vista a los estímulos lumínicos, la percepción espacial y los objetos que rodean al individuo. Saucedo L, (2017.)

Confort Acústico: es la percepción que se da a través del sonido y del oído donde se incluyen las fuentes sonoras y los niveles de ruido. Saucedo L, (2017.)

Confort Olfativo: se refiere a la percepción a través del sentido del olfato. Aunque este tipo de confort pocas veces es considerado es un factor importante si a estancia hospitalaria nos referimos. Saucedo L, (2017.)

Confort Psicológico: se refiere a la información sensorial que recibe el cerebro por medio del ambiente, esta información es analizada y procesada para ser transformada en una respuesta humana. Saucedo L, (2017.)

Confort Hospitalario: se define como la adecuación de la iluminación, la calidad del aire, el confort térmico, el confort acústico, la ergonomía y también aspectos ligados a la materialidad o a la orientación de las personas en los interiores de los edificios hospitalarios que son determinantes para mejorar el bienestar de todos los usuarios que utilizan los edificios sanitarios. Saucedo L, (2017.)

Valoración del confort Neonatal

La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. Peña V, (2020.)

Al definir comodidad se habla de tres sentidos (alivio, tranquilidad y trascendencia), los cuales están desarrollados en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, ambiental y social). En los últimos 20 años las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) han pasado a formar parte esencial de casi todos los hospitales generales, su importancia radica en la complejidad del tratamiento al neonato grave y su temprana recuperación de injurias severas. Montalvo P, (2017)

Es común que en los pacientes que se hospitalizan en la UCIN, por presentar alguna alteración en su salud, depende el 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades, deseos e incomodidades, lo que dificulta el cuidado y mejoraría la comodidad, el paciente inconsciente, con algún grado de sedación, o con alteraciones neurológicas o mentales que se le dificulte la comunicación, al no poder manifestar sus necesidades verbalmente, enfermería debe estar atenta para satisfacerlas al igual que para interpretar cada variación en las constantes vitales, pues estas pueden en determinados momentos ser manifestaciones de incomodidad. Es importante brindar un cuidado de enfermería que ayuden a que los pacientes sientan comodidad durante su hospitalización. Herrera L. (2019).

1.6 Marco Referencial

Estudios Internacionales

En una investigación realizada por (Muñoz y Vázquez ,2017) En Sevilla España, cuyo objetivo fue implementar la hora de penumbra para favorecer el neuro desarrollo neonatal, utilizando una metodología cuantitativa correlacional y tomando como muestra 24 recién nacidos prematuros en la cual se utilizó como instrumento la escala de confort (Confort Scale), obteniendo como resultados significativos que el 75% Presento confort durante la hora de penumbra y el 66% Realizo apego al seno materno de manera más efectiva y rápida. Demostrando así que la introducción de nuevas tecnologías para el cuidado de los recién nacidos prematuros ha contribuido al aumento de la supervivencia.

Se concluyó que una de las grandes limitaciones que se encuentra el personal de salud para la implementación de la hora tranquila es que no en todas las Unidades cuenta

con el equipamiento y los aparatos para adecuar las instalaciones. Además de que la efectividad de la hora tranquila es notable a corto plazo ya que se disminuyen considerablemente los signos de estrés en el prematuro.

En el artículo “Confort en el recién nacido de riesgo” publicado en la Revista Iberoamericana de enfermería, que las unidades neonatales se han transformado en espacios muy ruidosos con una sobre estimulación para los recién nacidos y que se demuestran con los siguientes síntomas, aumento en la frecuencia cardíaca, respiratoria y caída de saturación periférica de oxígeno; menos tiempo de permanencia en los estados de sueño y alteraciones en las actividades motoras. Johari. Naya R, (2018.)

El ambiente que rodea al neonato en una unidad de cuidados intensivos (UCIN) es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, con estímulos constantes e inapropiados, que producen una sobrecarga sensorial tóxica inesperada para un Sistema Nervioso Central inmaduro, y como consecuencia una desorganización de su desarrollo en el futuro.

En el Hospital de Jaipur Rajasthan India que tiene como título “Hora Dorada en prematuros” en el cual se pretendía demostrara la utilidad de la hora tranquila como método para proporcionar confort y prolongar los periodos de sueño fisiológico como método para ganancia de peso, se aplicó una metodología descriptiva cuantitativa a una población de 40 recién nacidos prematuros sin importar su edad gestacional o patología. Utilizando el instrumento de “Newborn individualized developmental care”. Al término del estudio se dedujo que el 57% de los prematuros experimento confort durante la aplicación y se demostró que los 20 prematuros expuestos a intensidades reducidas de luz y ruido entre las

7 pm y las 8 Pm, tuvieron una mayor ganancia ponderal de peso a los 3 días de realizar la intervención de manera estadísticamente significativa.

En un estudio llamado “Terapia de Luz y Sombras en bebés Prematuros” efectuado en la UCIN del California Hospital Medical Center, en Estados Unidos de tipo cuantitativo, longitudinal, cuya meta fue demostrar la efectividad de la reducción de los niveles de luz y decibeles en los sonidos como apoyo para proporcionar un ambiente cómodo para el prematuro durante su estancia hospitalaria. , Utilizando como muestra 21 prematuros los cuales fueron valorados con la escala Premature Infant Pain Profile (PIPP), obteniendo los siguientes hallazgos; el ruido puede alcanzar niveles hasta de 100 decibeles (dB), lo que sobrepasa considerablemente los niveles estándares indicados por la Academia Americana de Pediatría (60 dB en el día y 35 dB en la noche). La terapia de luz y sombras tuvo una eficacia del 95% debido a que existieron manifestaciones de confort en los prematuros. Lemnos P, (2019)

En Sao Paulo Brasil, se efectuó el estudio cuantitativo, longitudinal Efectos de la hora tranquila en Recién nacidos menores de 2,000grs donde cuyo propósito fue demostrar los efectos benéficos de la hora tranquila en los prematuros en cuanto a ganancia de peso, reducción de estrés y estabilidad en los signos vitales, la muestra fueron 24 prematuros se calificó con la Escala de evaluación del confort para lactantes prematuros. (PASPI) (Escudero B, 2020.) Se concluyó que el 40% de los pacientes reacciono de manera abrupta a las elevaciones de sonido, y el 83% presento un sueño profundo y estabilidad de signos vitales durante los 60 minutos de la intervención, además de que obtuvieron una ganancia de peso significativa. En particular, fue notable que la frecuencia cardíaca y la presión

arterial demostraran una confiabilidad importante. Pero los signos conductuales contaban con mayor validez como determinantes de la puntuación COMFORT total. Asimismo, la experiencia clínica de los investigadores con esta escala demostró que el 75% de los Recién Nacidos evaluados presento signos de confort durante el lapso de los 60 minutos de hora tranquila.

Estudios Nacionales.

Cabe mencionar que a pesar de que a nivel internacional existe demasiada evidencia relacionada con los beneficios de la hora tranquila, en México no existen grandes hallazgos de esta práctica y las investigaciones encontradas están centradas en hospitales de la ciudad de México.

Un Estudio con diseño descriptivo de corte transversal con una muestra de 30 prematuros de menos de 34 SDG que se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Juárez de México cuyo objeto es acortar el proceso de adaptación de los prematuros internados en la UCIN por medio de la disminución de luz, ruido y posicionamiento en el nido. Anaya R, (2018). Con unas pantallas de tela disminuyeron los periodos de luz intensa, de 249 luxes (equivalentes aproximadamente a la luz artificial de la sala de una vivienda) a 27 luxes (semejantes a la penumbra). Con este procedimiento, se obtuvo como resultado que los prematuros alcanzaron el peso adecuado para iniciar la succión en 21 días. Los investigadores consideran que esta terapia, en que se proporciona una exposición adecuada a la luz, estimula la maduración del sistema circadiano y de algunas señales, como las que permiten la liberación de melatonina.

En el año 2020 el instituto Nacional de Perinatología (INPER) publicó en su página oficial los resultados de su estudio que lleva por título Atención temprana y prevención de riesgos de neuro desarrollo a en los neonatos a partir de la implementación de la Hora Tranquila. El cual se realizó con una metodología cuantitativa, longitudinal, experimental con una población de 70 pacientes y una muestra de 42 recién nacidos prematuros que fueron evaluados durante la intervención con la Escala de Valoración del Dolor de Susan Givens Bell. Obteniendo los siguientes resultados, ganancia de peso mayor al 15% por semana, 89% mejoró signos vitales durante la intervención. La hora de penumbra da al recién nacido 60 minutos de confort en un espacio en donde se mantiene una temperatura corporal adecuada, simulando el ambiente cálido del vientre materno; Mejorando así las condiciones del prematuro. Este programa se realiza una hora en cada turno, es decir que los neonatos reciben 3 horas libres de estímulos sensoriales. Teniendo como meta 6 horas al día para cada neonato.

1.8 Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables para esta investigación se dividió en variables sociodemográficas y variable de estudio que en este caso solo es Confort

Variables sociodemográficas

- Edad gestacional, que es una variable cuantitativa, que se define como la Edad de un embrión, feto y recién nacido desde el primer día de regla hasta el nacimiento del mismo, con un indicador continuo **34-36 SD**, **33-30 SDG** **29-26 DG** y de **25 SDG**.
- Sexo, variable cualitativa nominal dicotómica cuya definición es; Rasgos fisiológicos y biológicos de ser hembra o macho (Masculino, Femenino)

- Días de Hospitalización, variable cuantitativa que se define como Registro del prematuro de los días de estancia Hospitalaria cuyo indicador se manejó de la siguiente manera 1-7 Días 8-15 Días 16-29 Días Mayor a 30 días.
- Fase de oxigenación variable continua cualitativa definida como la administración de oxígeno en una cantidad mayor de la que se encuentra en el ambiente normal, teniendo como objetivo garantizar la oxigenación de los tejidos del cuerpo y el indicador se colocó de la siguiente forma Fase I, Fase II y Fase III.
- Tipo de cuna: Dispositivo que proporciona calor térmico al neonato, variable cualitativa nominal que se categorizo de la siguiente manera (Incubadora cerrada, Cuna de calor radiante y Bacinete)

Variable de estudio

Para esta investigación solo se utilizó una variable de estudio y se define como la satisfacción social que depende de diferentes factores como raza, sexo, edad, actividad metabólica, salud física y mental, características físicas y biológicas, estado de ánimo, grado de arropamiento temperatura del aire, temperatura radiante, humedad, radiación, velocidad del viento, calidad del aire, niveles lumínicos y acústicos, para la valoración de esta variable se utilizó la Escala de Evaluación para lactantes Prematuros , con codificación de categorías a respuestas humanas cualitativas.(Transición entre estados, Expresión facial, Ritmo cardiaco, Saturación de Oxígeno, Extremidad Movimiento corporal y Movimiento de la mano.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño

El presente estudio se realizará con un diseño cuantitativo con un enfoque de tipo cuasi experimental, longitudinal, ya que se realizará una evaluación antes durante y después de la intervención.

2.2 Población de Estudio

Los recién nacidos ingresados al servicio de Neonatología del Hospital General de Tula Hidalgo (N=30)

2.3 Criterios de selección

Inclusión

- Recién nacidos prematuros Hospitalizados en la UCIN del Hospital General de Tula Hidalgo.
- Ambos sexos
- Cualquier Patología

Exclusión

- Neonatos prematuros bajo sedo analgesia
- Recién nacidos a término Hospitalizados en la UCIN de un Hospital de segundo nivel del estado de Hidalgo.

Eliminación

- Neonatos prematuros que se encuentren bajo sedo analgesia
- Neonatos prematuros cuyos padres no acepten firmar el consentimiento informado

2.4 Límites de Tiempo y espacio

Esta investigación se desarrollará en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante el periodo de mayo a agosto del año 2022.

2.5 Instrumento.

El instrumento de evaluación consta de dos partes , la primera contiene el objetivo de la investigación, los datos sociodemográficos de los neonatos a evaluar, la segunda parte contiene la escala de medición de Confort para Lactantes Prematuros, la cual evalúa 4 signos conductuales y 2 fisiológicos, los signos conductuales son; Transición entre estados (sueño –vigilia), expresión facial, extremidad movimiento corporal, comportamiento de la mano, los signos fisiológicos miden : frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.

Los parámetros cuantifican el nivel de confort alcanzado por los neonatos durante la intervención de la Hora Tranquila obteniendo resultados totales de 0 a 18, siendo 0 un adecuado nivel de confort y 18 como mínimo o nulo confort.

2.6 Procedimiento de Recolección de datos

Se obtuvo la aprobación de la Comisión de Investigación del Área Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Así mismo se solicitó por

escrito la autorización del departamento de enseñanza de la Institución de salud que se seleccionó, una vez aceptada la investigación se indicó por este mismo departamento los días y el horario para la realización de la intervención.

Cabe mencionar que se redactó un consentimiento informado que debía ser firmado por el padre o tutor responsable del paciente en el que se informaba de los objetivos y riesgos de la intervención.

La intervención y el registro de los datos estuvieron a cargo de la autora de este estudio. Se investigó a los prematuros hospitalizados en la UCIN en los meses de Mayo y Junio del 2022 en el turno vespertino con un horario de 16:00-17:00 hrs, en el primer día de la intervención se registraron los campos en la cedula de datos y se registró el peso actual, se evaluó a los pacientes por primera vez con la escala de Evaluación del Confort para lactantes prematuros, el día 2, 3 y 4 se realizó la intervención de la Hora tranquila por medio del facilitador donde también fueron evaluados en el minuto 31 de la intervención y se registraron los datos en la escala y la cedula. El día 5 se registró nuevamente el peso del paciente y se evaluó por última vez.

Una vez recopilada la información de la muestra el investigador revisa la información para detectar posibles inconsistencias y posteriormente se capta en una base de datos en el programa SPSS.

2.7 Consideraciones Bio Éticas

Consideraciones Éticas a Nivel Nacional

Toda investigación científica en materia de salud debe fundamentarse en un marco legal que inicie con la carta, magna en el artículo 4° párrafo 4 que versa de la siguiente manera toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2012)

Bajo este mandato queda claro que todos los ciudadanos mexicanos tienen derecho recibir atención médica de calidad sin importar su estratos económico o cultural. Y por ende pueden ser sujetos de estudio.

Otro de los aspectos éticos y legales en los que se limitó esta investigación fue el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la salud Diario Oficial de la Federación, (2014).

De acuerdo al Reglamento de la LGS en materia de investigación el estudio se basa en:

Título segundo, capítulo I y se toman los siguientes artículos para la realización de esta investigación

Artículo13. El investigador se apeg a los principios éticos y criterios del respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los participantes

Artículo 14

El consentimiento válidamente informado, en el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, cabe mencionar que para efecto de este estudio no se requiere consentimiento informado debido a que se realiza en conjunto con procedimientos diagnósticos y terapéuticos para los cuales ya existe un consentimiento firmado al ingreso del neonato y solo implica observar medir y registrar.

En cuanto a la autorización del titular de la institución, previa explicación sobre objetivos, justificación y procedimiento, se obtiene permiso para efecto del estudio

Artículo 17. Fracción II La presente investigación es considerada de riesgo mínimo ya que emplea procedimientos como medir, evaluar, observar.

- La Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en su apartado 8 que se refiere a las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación.

8.1 Toda investigación en seres humanos, deberá realizarse en una institución o establecimiento, el cual deberá contar con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente, para proporcionar la atención médica adecuada o en su caso, a través de terceros, ante la presencia de cualquier efecto adverso de la maniobra experimental expresada en el proyecto o protocolo de investigación autorizado.

8.4 Toda institución o establecimiento en cuyas instalaciones se realice una investigación, deberá supervisar y garantizar que su desarrollo esté a cargo de profesionales de la salud, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y que los sujetos de investigación no sean expuestos a daños ni a riesgos innecesarios o mayores que los beneficios esperados.

11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación

11.1 La seguridad del sujeto de investigación respecto del desarrollo de la maniobra experimental, es responsabilidad de la institución o establecimiento, del investigador principal y del patrocinador, en los términos del numeral 7.2, de esta norma.

11.2 El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación.

Consideraciones Éticas Internacionales

- Declaración de Helsinki

El estudio considera los principios que en la declaración de Ginebra Helsinki de la Asociación Médica Mundial que se enuncian: de acuerdo al Principio 14. El protocolo de la investigación de este estudio hará referencias a las consideraciones éticas e indica que se observarán los principios enunciados a esta declaración.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos procedimientos y tratamientos) incluso las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras eficaces efectivas accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito, ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

Informe de Belmont

Es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. El reporte fue creado en abril de 1979 y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento se reunió para delinear el primer informe. Sánchez G, (2019)

El Informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son

RESPETO a las personas: protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Este principio implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad. Parte de este principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de la misma y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee.

BENEFICENCIA: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos.

JUSTICIA: los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe

evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.

Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO 2005

La UNESCO establece también un reglamento para proteger los sujetos de estudio y los resultados que la investigación en la que participaron se realice de manera legal respetando la autonomía de cada individuo

Artículo 3: Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad

Artículo 5: Autonomía y responsabilidad individual Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6: Consentimiento

En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el

consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico de los datos de la presente investigación se utilizará el programa SPSS (por sus siglas en inglés) versión 22.0. Con el cual se efectuará una prueba de fidelidad del instrumento, prueba de normalidad, frecuencias y porcentajes.

Para dar respuesta el objetivo general se empleará un análisis inferencial con el estadístico de la prueba de Wilcoxon.

Para dar respuesta al objetivo número uno se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión.

Para dar respuesta al objetivo numero dos se utilizará análisis inferencial, Prueba de Friedman

Para dar respuesta al objetivo número tres se realizará una correlación bivariado.

Capítulo III

Resultados

3.1 Características Biológicas

En la tabla número 1 se describen las características Biológicas, de la muestra no probabilística por conveniencia de 30 sujetos; De ellos el 50% son mujeres y el 50% son hombres.

Para la edad gestacional la población intervenida y evaluada con más porcentaje fue de 33-30 SDG con un 40%, los recién nacidos prematuros de 29 a 26 SDG ocuparon el segundo lugar con una puntuación de 33.3 %, el 20% fue para los recién nacidos prematuros de 34-36 SDG y finalmente se intervino a un 6.7% con 25 SDG.

En cuanto al peso el porcentaje más bajo con 6.7% respectivamente fue en el rango de < 900grs y de 2,800-3,300grs, de 1,000-1,500grs obtuve el 33.3%, el porcentaje más alto se observó en los sujetos con el rango de 1,600-2,100grs, y el 16.7% fue de 2,200-2,700grs.

Tabla 1

Frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central de las características biológicas de la muestra

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	15	50.0
	Masculino	15	50.0
	Total	30	100.0
Total		30	100.0

	Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	34-36	6	20.0
	33-30	12	40.0
	29-26	10	33.3
	25	2	6.7
Total		30	100.0
Total		100.0	

	Peso antes de la Intervención	Frecuencia	Porcentaje
Validos	1,000-	10	33.3
	1,500grs		
	1,600 -	11	36.7
	2,100grs		
	2,200-	5	16.7
	2,700grs		
	2,800-	4	6.7
Total	3,300grs		
		30	100.0

Medidas de Tendencia Central

		Sexo	Edad gestacional	Peso al inicio de la intervención
N	Válidos	30	30	30
Media		1.5000	31.2667	1.7951
Mediana		1.5000	30.0000	1.6325
Moda		1.00 ^a	31.00	1.32 ^a
Varianza		.259	.754	.415
Rango		1.00	3.00	2.65

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Nota: Nota. Se consideraron características Biológicas a los atributos del organismo del Prematuro.

N= 30 Prematuros Hospitalizados

3.2. Confiabilidad del instrumento

El instrumento de evaluación consta de dos partes, la primera contiene el objetivo de la investigación y los datos sociodemográficos de los prematuros a evaluar, el segundo apartado contiene la Escala de Evaluación de Confort para Lactantes Prematuros, la cual valora 4 signos conductuales y 2 signos fisiológicos,

Los signos conductuales son; Transición entre estados, expresión facial, extremidad corporal y movimiento de la mano. Mientras que los signos fisiológicos son frecuencia cardíaca y saturación de Oxígeno.

Los parámetros califican las expresiones y actividades del neonato ante el di confort de 0 a 3 puntos, obteniendo resultados totales de la escala que van de 0 a 18 puntos,

para la clasificación final la escala considera tres niveles de confort. De 0 a 6 puntos confort, de 7 a 12 puntos Confort moderado y de 13 a 18 puntos Disconfort.

En la Tabla 2 se muestra la confiabilidad de dicho instrumentó se determinó mediante el método de consistencia interna Alpha de Cronbach que evalúa la fiabilidad de una escala, la cual en este caso es de .723

Tabla 2

Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.723	30

Nota: El coeficiente de Alfa de Cronbach oscila entre 0 y 1 entre mas cerca este el resultado de 1 más consistente son los datos.

3.3 Prueba de Normalidad

Debido a que nuestra muestra de estudio son 30 prematuros se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro- Wilk. en la que se obtuvo un nivel de significancia menor r a .05, como se muestra en la tabla número 3, que quiere decir que las variables no tienen una distribución normal.

Tabla 3*Prueba de normalidad de las variables.*

	Pruebas de normalidad ^c		
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p
Transición entre estados lunes	.595	30	.000
Expresión facial lunes	.515	30	.000
Ritmo cardiaco lunes	.515	30	.000
Saturación de oxígeno lunes	.632	30	.000
Extremidad movimiento corporal lunes	.404	30	.000
Transición entre estados martes	.595	30	.000
Expresión facial martes	.515	30	.000
Ritmo cardiaco martes	.515	30	.000
Saturación de oxígeno martes	.632	30	.000
Extremidad movimiento corporal martes	.404	30	.000
Transición entre estados miércoles	.624	30	.000
Expresión facial miércoles	.632	30	.000
Ritmo cardiaco miércoles	.554	30	.000
Saturación de oxígeno miércoles	.597	30	.000
Extremidad movimiento corporal miércoles	.632	30	.000

Comportamiento de la mano miércoles	.612	30	.000
Transición entre estados jueves	.624	30	.000
Expresión facial jueves	.632	30	.000
Ritmo cardiaco jueves	.554	30	.000
Saturación de oxígeno jueves	.597	30	.000
Extremidad movimiento corporal jueves	.632	30	.000
Comportamiento de la mano jueves	.612	30	.000
Transición entre estados viernes	.637	30	.000
Expresión facial viernes	.452	30	.000
Ritmo cardiaco viernes	.404	30	.000
Saturación de oxígeno jueves	.347	30	.000
Extremidad movimiento corporal viernes	.404	30	.000
Comportamiento de la mano viernes	.452	30	.000

Nota: p valor es menor .05 esto quiere decir que los datos no tienen una distribución normal se utiliza estadística no paramétrica.

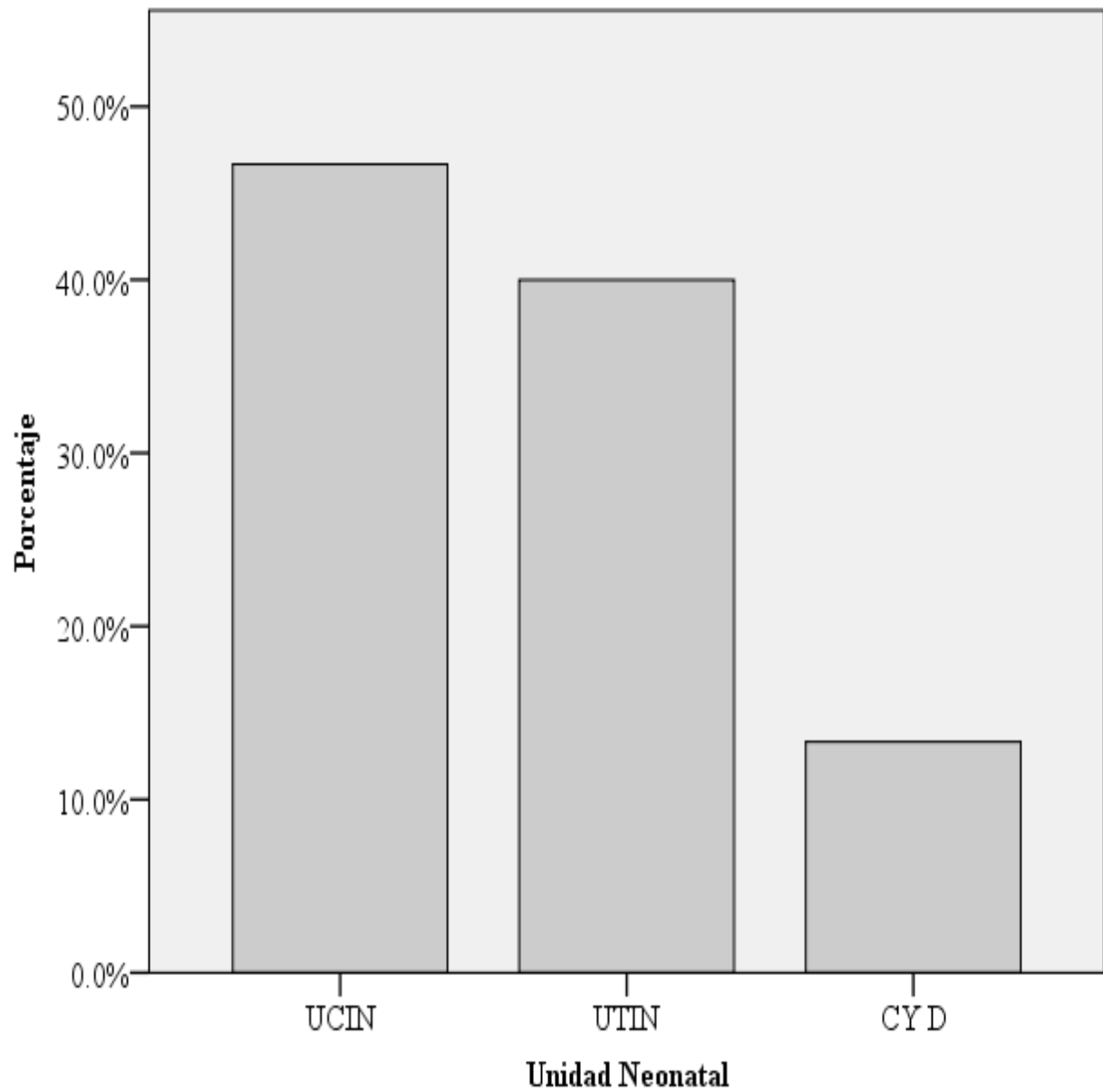
3.4 Estadística Descriptiva De las Variables

La siguiente figura muestra los resultados con respecto a la unidad neonatal en la que se localizaban hospitalizados los prematuros el 46.7% se localizaba en la UCIN, en la UTIN el 40%, mientras que el menor porcentaje de pacientes evaluados se encontró en el área de Crecimiento y Desarrollo con un 13.3%. (figura 1)

Los datos según la fase de oxigenación que se encuentran en la figura 2 se demostraron de la siguiente manera más de la mitad de la población, es decir el 60 % utilizaba la fase II (CPAP Nasal), en cuanto a la fase I (Oxígeno Indirecto, C.C y puntas nasales) solo el 20% se encontraba con alguno de estos dispositivos. El 20% restante se encontraba en fase III (Ventilación mecánica).

En cuanto al tipo de cuna en la que se encontraban los neonatos se cuantifico de la siguiente manera; tres cuartas partes estaban en Cuna de calor radiante con 86.7% el 6.7% en Incubadora cerrada al igual que en bacinete con el 6.7% (figura 3)

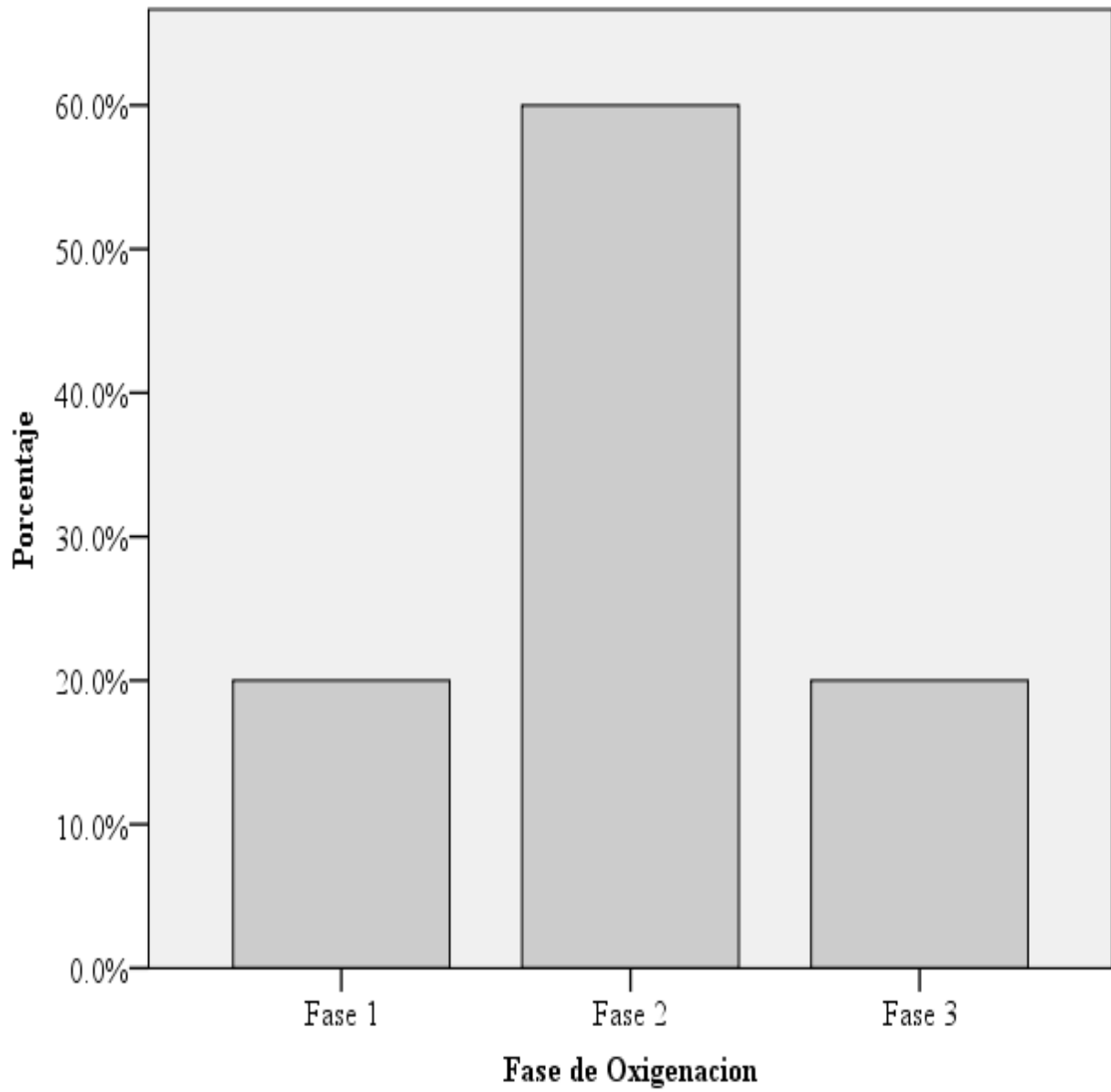
Los días de estancia hospitalaria mostrados en la figura 4, se ubicaron consecutivamente, 16-20 días obtuvo un porcentaje de 46.7% mientras que de 1-7 días y de 8-15 días ocuparon el 20% cada, al final el 13.3% fue obtenido por el rango de 30 o más.

Figura 1*Distribución de la muestra por Unidad Neonatal*

Nota: UCIN corresponde a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UTIN Unidades de Cuidados Intermedios Neonatales y C y D es área de Crecimiento y desarrollo.

Figura 2

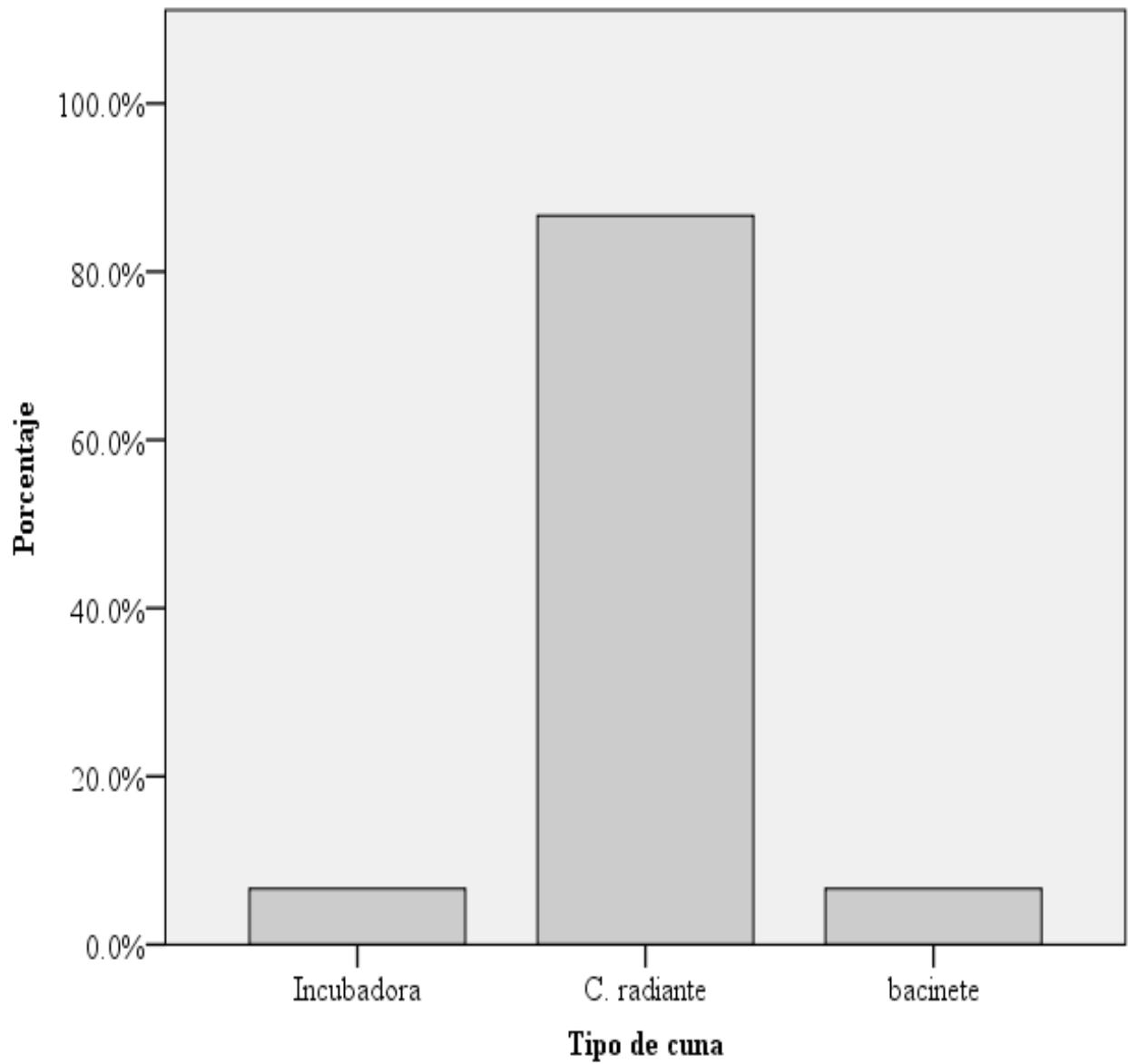
Fase de Oxigenoterapia de la muestra



Nota: Fase 1 se utilizan dispositivos de bajo flujo, fase 2 dispositivos de alto flujo no invasivos, fase 3 Dispositivos automáticos.

Figura 3.

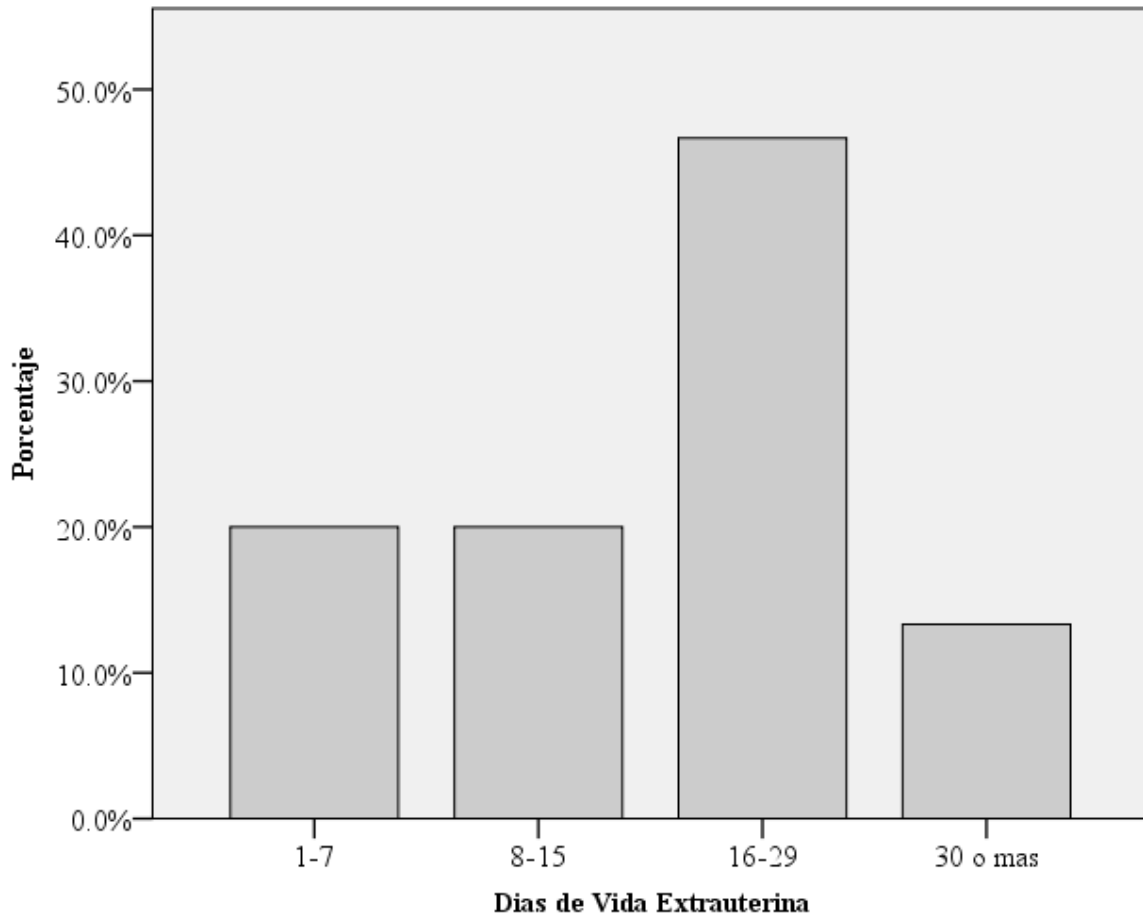
Ubicación de la muestra de acuerdo al tipo de cuna que ocupaban.



Nota: Los prematuros extremos se situaron en Incubadora, los pacientes que ya lograban regular temperatura se situaban en bacinete con técnica de arropamiento y los prematuros no extremos en cuna de calor radiante

Figura 4.

Porcentaje de días de vida extrauterina de la muestra evaluada.



Nota: la vida extrauterina inicia desde la primera respiración del recién nacido, para esta investigación se inició el conteo desde la fecha de nacimiento hasta el día en que se realizó la intervención.

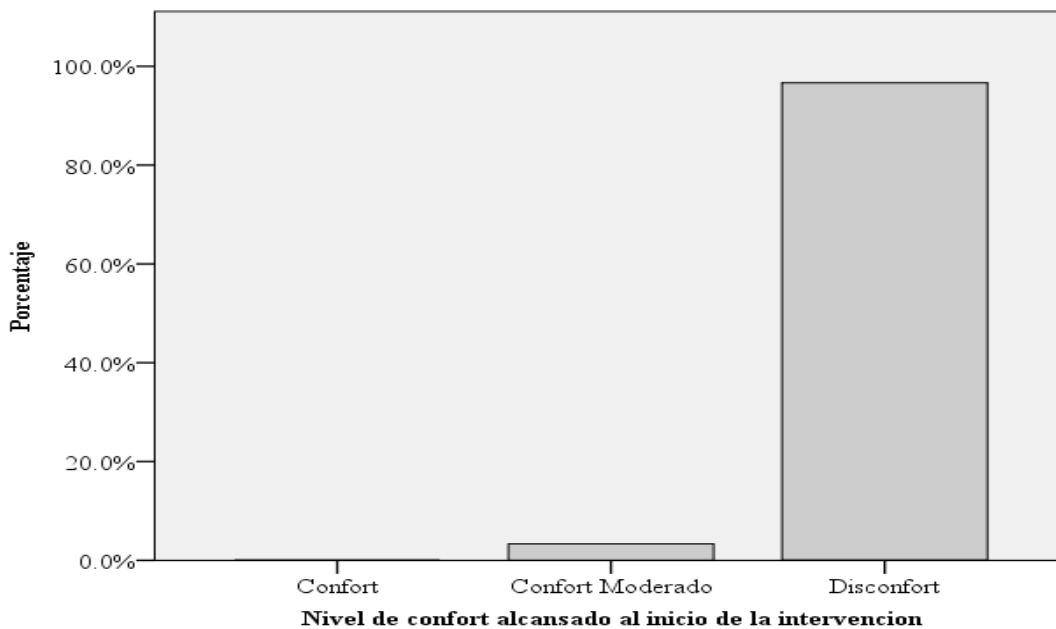
Para esta investigación solo se utilizó una variable de estudio que es “confort” el cual fue medido por medio de la escala de Evaluación del Confort para lactantes Prematuros, durante la Intervención de la Hora Tranquila. La valoración se realizó en tres cortes; antes durante y al final de la intervención, obteniendo una calificación por cada sujeto; Antes de la Intervención de la Hora Tranquila el 96% de los sujetos de estudio tenían disconfort y solo el 4% presentaba un estado de confort moderado. (Figura 5)

Durante el proceso de la Intervención se observó una varianza en cuanto a la clasificación de confort con los siguientes porcentajes el 93.7% se encontraba en Confort moderado y el 6.7% de los sujetos ya se encontraba en Confort. (figura 6)

Al final de la Intervención con la última valoración se obtuvieron los siguientes resultados el 86.7% se mantuvieron en Confort y el 13.3% se situaba en Confort moderado. (figura 7)

Figura 5.

Nivel de confort de la muestra antes de la Intervención



Nota: En esta figura se puede observar que ningún sujeto de la muestra estaba confortable al inicio de la intervención

Estadística Inferencial

Dando respuesta al objetivo general, se presenta la tabla número 4 donde se demuestran los resultados de la relación entre el nivel de confort evaluado antes y al final de la intervención de la Hora Tranquila.

Obteniendo un p valor de .000. Por lo tanto, se evidencia la pertinencia de la Hora tranquila como intervención para proporcionar confort a los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN.

Tabla 4

Evaluación del confort alcanzado por el prematuro durante la intervención de la Hora Tranquila.

	Nivel de confort alcanzado al final de la intervención - Nivel de confort alcanzado al inicio de la intervención
Z	-5.152 ^b
Sig. asintót. (bilateral) p	.000

Nota: el valor p es menor a .05 lo que indica que el resultado es clínicamente importante

Contestando al objetivo específico número 2 se efectuó un análisis descriptivo que se describe en la tabla número 5 de las características de la muestra.

Para la edad gestacional se demostró una media de 30 semanas de gestación, mediana de 33 semanas de gestación, moda de 29 semanas de gestación, la edad gestacional mínima evaluada fue de 25 y la máxima de 36.

En cuanto a frecuencia cardiaca se obtuvo media de 164 lpm, mediana de 167 lpm, moda de 169 lpm, la frecuencia cardiaca mínima fue de 136 lpm y la máxima de 202lpm

La frecuencia respiratoria se comportó con los siguientes datos, media de 55 rpm, mediana de 54 rpm, moda de 50rpm la frecuencia respiratoria mínima tuvo 46 rpm en comparación con la máxima de 67 rpm.

El siguiente dato que se encuentra en la tabla numero 6 es la saturación parcial de oxígeno; media de 91%, mediana de 91%, moda de 90%, saturación mínima de 88% y máxima de 99%. El peso de los sujetos tiene una media de 1,795 grs, mediana de 1,650 grs, moda de 1,300, por último, el peso mínimo se obtuvo con 0.650grs y el máximo de 3,300 grs.

Tabla 5

Análisis descriptivo de las características de los Prematuros.

		Edad Gestacional	Frecuencia cardiaca	Frecuencia Respiratoria	Spo2	Peso
N	Válidos	30	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		30.00	164.00	55.00	91.00	1.795
Mediana		33.00	167.00	54.00	91.00	1.630
Moda		2.00	169.00	50.00	90.00	1.320 ^a
Desv. típ.		.868	14.03	5.481	2.754	.6440
Varianza		.754	196.93	30.05	7.582	.415
Mínimo		25.00	136.00	46.00	88.00	.650
Máximo		36.00	202.00	67.00	99.00	3.300

Nota: valor de N = 30

De acuerdo con la tabla número 6 que se muestra a continuación se logra comprobar que existe una significancia p de .000 entre el nivel de confort valorado antes, durante y al finalizar la intervención comprobando la utilidad de la hora tranquila como medio de confort en el prematuro.

Tabla 6

Significancia estadística de la intervención de la Hora Tranquila

Rangos	
	Rango promedio
Puntuación final al inicio de la intervención	2.97
puntuación final durante la intervención	2.02
puntuación final al término de la intervención	1.02

Estadísticos de contraste	
N	30
Chi-cuadrado	57.529
gl	2
Sig. asintót. p	.000

a. Prueba de Friedman

Nota: valor de $p = .000$

Para establecer correlación entre el aumento de peso ponderal el los recién nacidos prematuros hospitalizados y el nivel de confort alcanzado al final de la intervención de la Tranquila se ejecutó la correlación de Spearman, la interpretación del coeficiente rho de Spearman concuerda en valores próximos a 1, Esta correlación presento un grado de relación con una significancia de 0.48.

Tabla 7

Correlación entre el confort y la ganancia de peso de la muestra.

		Correlaciones	
		Puntuación final al término de la intervención	Peso al final de la intervención
Rho de Spearman	puntuación final al término de la intervención	1.000	-.364*
		Coeficiente de correlación	.048
		Sig. (bilateral)	.
		N	30
	Peso al final de la intervención	-.364*	1.000
		Coeficiente de correlación	.
		Sig. (bilateral)	.048
		N	30

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Sin normalidad en los datos, un p valor de .048 se comprueba que el nivel de confort que experimento la muestra si tuvo relación con la ganancia de peso.

Capítulo IV

Discusión

4.1 Discusión

Hoy en día existen diversas intervenciones para mejorar el confort de los prematuros hospitalizados. Todas ellas tienen como objetivo mejorar las condiciones del neonato en cuanto su capacidad física y neurológica para reducir secuelas a corto y largo plazo por el disconfort experimentado.

El tratamiento intensivo expone a los recién nacidos sobre todo a los prematuros, a series de procedimientos que les producen disconfort de corta y larga duración además de estrés prolongado, situación que predispone a padecer secuelas en la vida futura de los pacientes. Anad, (2020).

Algunos autores han evidenciado que las experiencias de disconfort durante el periodo de plasticidad cerebral pueden alterar permanentemente el desarrollo neuronal y la sinapsis cerebral.

En los resultados de la presente investigación podemos constatar que el 75 % de los neonatos hospitalizados no tenían un periodo específico de confort durante el día, cifra considerable ya que equivale a tres cuartas partes del 100%

Todos los signos físicos y conductuales que fueron evaluados al inicio de la intervención demostraron la urgente necesidad de proporcionar confort al prematuro ya que uno de los hallazgos demostró un descenso del 40 % en la puntuación inicial de la escala de valoración a partir de la implementación de la hora tranquila. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado en el hospital Infantil de Sao Paulo Brasil, por Villamil (2019) en el que concluyó que los periodos de confort obtenidos por la disminución de estímulos durante un periodo de tiempo, además de un adecuado posicionamiento del

neonato producen una notable estabilidad en los signos vitales y mejora los patrones de sueño y vigilia del prematuro.

En cuanto a la pertinencia de la Intervención de la Hora Tranquila para proporcionar confort al prematuro el resultado es ampliamente satisfactorio pues evidencia que existen significancias de 0.01 de correlación entre la medición inicial del prematuro con la escala de Evaluación del confort para Lactantes Prematuros y la medición posterior a Intervención de la Hora Tranquila, al igual que lo concluye Hernández, (2019) en el Instituto Nacional de Perinatología de la Cd. De México con una significancia de 0.001 en el cual demostró que los prematuros sometidos a esta Intervención mejoraban el patrón respiratorio y los signos conductuales de confort.

En el estudio cuantitativo realizado en Almería España por Ibarra, (2020) se evaluó la ganancia de peso y la hora de penumbra o tranquila y nos e encontraron significancias importantes que demostrarán una relación entre el confort y la ganancia de peso ya que dentro de sus variables estaba la fortificación de la leche materna.

Sin embargo, diferimos de esta aseveración ya que el presente estudio si mostro una significancia de .048 en la correlación de estas variables y ninguno de nuestros pacientes tenía indicada la fortificación de leche materna.

4.2 Conclusiones

En cuanto al cumplimiento de los objetivos del estudio podemos concluir que:

- Al medir el nivel de confort del prematuro hospitalizado antes durante y al final de la Intervención de la Hora Tranquila se concluye que dichas intervenciones efectiva como medio para proporcionar confort.
- El confort alcanzado durante la Hora tranquila tiene una significancia importante en la ganancia de peso ponderal de los prematuros hospitalizados.

- Los signos conductuales tienen mayor rango de variación positiva durante la intervención en comparación de los fisiológicos.

4.3 Limitaciones

Limitaciones físicas: Debido a que la Unidad de Cuidados Intensivos donde se realizó la investigación, tiene una infraestructura donde cada área está separada por paredes de cristal, al momento de realizar la intervención hubo momentos de excesiva luz proveniente de las salas contiguas.

Limitaciones Institucionales: Para la realización de esta intervención se obtuvo un permiso por parte del departamento de Enseñanza, el cual definió el horario y el periodo en el cual se tendría que recolectar la muestra, por lo cual los pacientes solo fueron evaluados durante el turno vespertino.

4.4 Sugerencias

Es recomendable que el personal de salud que está en contacto con los prematuros hospitalizados sea capaz de reconocer el nivel de discomfort que experimenta su paciente para intervenir y modificar esos niveles de forma que puedan obtener un periodo de descanso y sueño efectivo con la finalidad de mejorar su estado de salud y reducir la estancia hospitalaria.

Se sugiere continuar con la implementación de la Hora Tranquila como actividad dentro del área de UCIN como un método para proporcionar confort a los prematuros.

Es recomendable documentar en los registros clínicos de enfermería la medición del estado de confort como un parámetro más en la valoración neonatal, evidenciando la respuesta que tiene el prematuro al cese de estimulación por un tiempo determinado.

Se aconseja la aplicación de la Escala de evaluación del confort para lactantes prematuros para identificar signos físicos y conductuales de confort o discomfort en los prematuros y así mejorar su estancia.

Referencias

- Aldrete, M. et al. (2017). Niveles de ruido en las unidades de cuidados intensivos neonatales, efectos de la hora tranquila en Recién nacidos menores de 2,000grs. Sevilla España 2018. Medigraphic. México. Disponible en red: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2017/cst171d.pdf>
- Bordignon M, Monteiro I. (2018) Ora Dorada en Prematuros enfermería. São Paulo. Brasil. Citado en la red: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/302351/230961>
- Calle, H. (2020) La teoría del confort en los cuidados enfermeros. El Alto. Rev. Gestión. Repositorio Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia. Disponible en red: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24846>
- Cavero, K. et al. (2019) Neurodesarrollo en riesgo de los prematuros hospitalizados del servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatales en una clínica, Marzo Lima. Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Disponible en red: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/808>
- Colmenares, J. et al. (2018). Estancia Hospitalaria y confort del niño hospitalizado Medigraphic. Jalisco, México. Disponible en red: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2018/cst182b.pdf>
- Chávez F, Salazar. (2019). Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Revista Cubana de Salud citado en la red: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2019/cst191a.pdf>

Katerin K, (2017) Teoría del Confort. Scielo Colombia. Disponible en red:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

Escala Maslach Burnout Inventory (MBI) (2016). Estadisticando. Disponible en red:
<http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnoutinventory-mbi.html> 10. Estrada, R et al. (2020) Autocuidado, percepción en salud. Disponible en red: <http://autocuidado.salud.org>.

Espinosa, L (2018) Estrategias para mejorar la adaptación del neonato a la vida extrauterina Rev Enferm Inst Mex Seguro Disponible en red:

Hernández-Sampieri, R., Collado, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición. México: McGraw Hill.

Modelo de Cuidado: Un acto de Comunicación Enfermera-Neonato Revista Científica de Ciencias de la Salud. Citado en la red: <file:///C:/Users/HP/Downloads/12822-Texto%20del%20art%C3%ADculo23712-1->

Mora, L. (2020). Terapia de Luz y sombras en neonatos prematuros Eje. España. Disponible en red: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/192066>.

OMS (agosto 2020) Salud y posicionamiento del neonato en el nido de contención. disponible en red: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus2019?gclid=EAIaIQobChMI46wmJby8gIVo2pvBB1rNQBTEAAYASAAEgL1MfD_BwE Organización Mundial de la Salud. & El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). Disponible en:

<https://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidscosponsors/unicef#:~:text=El%20Fondo%20de%20las%20Naciones,la%20base%20del%20desarroll>

Román, J. (2021) Implantación de la Hora Tranquila en el Hospital INPER DE MEXICO

La Jornada, pág. 6. Citado en la

red:<https://www.jornada.com.mx/notas/2021/01/05hora/tranquila/INPER/CDMexic>

o

Vargas, L. et al. (2017). Estrategias que modulan la intensidad y sonido en la UCIN (as):

una revisión bibliográfica. Revista ciencia y salud. Bogotá, Colombia. Disponible

en red: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/810>

Zamorano, Clara 2021 et al. “Hora Tranquila para los Recién Nacidos”, Revista Mexicana

de Pediatría, Hospital Español de México. , México, 2Vol. 85 Núm. 3 May-Jun,

Pág. 83-88

Apéndice A

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA NEONATAL

(Vargas, Morales, Solano y Jiménez 2022)

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado para que mi hijo _____ forme parte de la investigación denominada EFECTO DE LA IMPLEMETACION DE LA HORA TRANQUILA EN NEONATOS DE LA UCIN DEL HOSPITAL GENERAL DE TULA HIDALGO “”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO.

Entiendo que este estudio busca Determinar la eficacia de la intervención de la hora tranquila en los prematuros y sé que mi participación se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Tula Hidalgo. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, esta información podrá beneficiar de manera directa a los participantes y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad. Asimismo, sé que puedo

negar la participación de mi hijo(a) o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio recibiré una copia del presente documento.

Firma participante: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con L.E Giovanna Carolina Vargas Lévano enfermera Adscrita a la UCIN Hospital General de Tula. Email: giovanavargas594gmail.com

Apéndice B



Cedula de Datos

objetivo

NOMBRE DE LA ESCALA: Escala de Valoración del Confort para Lactantes

Prematuros

INSTRUCCIONES

- 1.- Llene la casilla de datos generales del neonato y servicio
- 2.- Marque con una **X** la casilla que corresponda.
- 3.-Coloque los signos vitales dentro de la tabla 1
- 4- Coloque el número según corresponda en la casilla de puntuación respecto a la Escala de Valoración del Confort para Lactantes Prematuros según indicadores solicitados antes, durante y después de la intervención
- 5- Coloque los signos vitales dentro de la tabla 2.

1) UNIDAD NEONATAL

UCIN (1)

UTIN (2)

CYD (3)

B) DATOS DEL NEONATO

Edad Gestacional

(1) 34-36 SDG (2) 33-30 SD (3) 29-26 (4) 25 SDG

Sexo: MASCULINO (1) FEMENINO (2)

Peso Antes de la Intervención _____ Peso Final de la intervención _____

C) Días de Hospitalización(1) 1-7 Días (2) 8-15 Días (3) 16-29 Días (4) Mayor a
30 días**D) Fase de Oxigenoterapia**

(1) Fase I (2) Fase II (3) Fase III

E) Tipo de Cuna

(1) Incubadora cerrada (2) Cuna de calor radiante (3) bacinete

RESULTADO A ____ RESULTADO B _____ RESULTADO C _____ RESULTADO

C _____ RESULTADO D _____

Apéndice C. Instrumento de Medición

Escala de evaluación del confort para lactantes prematuros.

Ítem	0	1	2	3	Puntuación		
					A	D	F
Transición entre estados	Mantiene el mismo estado (dormido o despierto o somnoliento) con la cara relajada ningún cambio	Tránsito del sueño a somnolient o o de somnolenci a a despertarse con más movimiento .	Tránsito desde el sueño o somnoliento a despierto con alimento y mucho más movimiento	No puede ir a dormir queda llorando o se está alborotando; tránsito desde el sueño, somnoliento o despierto hasta llorando en voz alta.			
Expresión facial			Abultamiento de cejas moderadas y	Abultamiento de cejas severas y			

	Cejas y rostro relajado	Bulto y apretón de ojos ligeros	apretón de ojos, surco naso labial y estiramiento bucal	apretón de ojos, surco naso labial y estiramiento bucal			
Ritmo cardiaco	Normal y regular (media de referencia)	Aumentó o disminuyó 12- 16 latidos de la media de referencia	Aumentado o disminuido 17- 24 latidos de la media de referencia	Aumentado o disminuido mayor o igual a 25 latidos de la media de referencia			
Saturación de oxígeno	Disminución del 2% desde la medida de la línea de base.	Disminuye el 3-5% desde la medida de referencia.	Disminuyó 6- 7% a partir de la media de referencia.	Disminución mayor o igual a 8% a partir de la media de 74 referencia			

Extremidad, movimiento corporal	Extremidades y cuerpo relajado o flexión	Movimientos de la extremidad tensa o del cuerpo (arcos, se retuerce) durante el primer intervalo de 10 segundos (CUENTO 1-10)	Las extremidades tensas o los movimientos corporales (Arcos, chorros) continúan en el segundo intervalo de 10 segundos.	Las extremidades tensas o los movimientos corporales (Arcos, chorros) continúan en el tercer intervalo de 10 segundos.			
Comportamiento de la mano.	Dedos relajados.	Dedos, abiertos durante el primer intervalo de 10 segundos.	Se lleva los dedos a la cara, boca continúa en el segundo intervalo de 10 segundos.	Se lleva los dedos a la cara, boca temblor continúa en el tercer intervalo de 10 segundos.			

Anexo 1*Manual del Facilitador*

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA NEONATAL

ANEXO 1**Manual del Facilitador****Presenta:****L.E Giovana Caroline Vargas Lévano****Director de Tesis****M.C.E Lizbeth Morales Castillejos****Codirectores de Tesis****DRA. Claudia Solano Pérez****DR. David Jiménez Rodríguez**

Intervención de La Hora Tranquila en Neonatos Hospitalizados.

Generalidades de la intervención.

La hora tranquila permite al personal de enfermería proporcionar el confort necesario en el cuidado diario del recién nacido hospitalizado.

Los bebés recién nacidos necesitan silencio y calma en sus primeras semanas de vida, especialmente los prematuros o los recién nacidos frágiles, una menor estimulación ayuda al cerebro y al cuerpo del recién nacido a desarrollarse.

1.-Descripción Narrativa de la Intervención, más especificaciones de cada paso.

Paso 1: Identificar al paciente Prematuro (que cumpla los criterios de inclusión)

Es muy importante que el paciente no se encuentre bajo sedo analgesia para poder realizar la intervención y posterior la evaluación.

Paso 2: Llenar la cedula de datos.

a) Utilizar una x para llenar el apartado de los datos generales y la unidad neonatal en la que se encuentra el paciente.

Paso 3: Mida los signos vitales del neonato y colóquelos en la tabla 1.

Paso 4: Coloque al paciente en posición prono. (Se sugiere utilizar un nido de contención cerrado, si el paciente se muestra intranquilo en esta posición se puede utilizar cualquier otra.)

Paso 5: Colocar sensor para realizar la medición de signos vitales durante la intervención. (Se sugiere utilizar un monitor en su preferencia, el sensor no se debe colocar demasiado justo ya que esto ocasionara malestar.)

Paso 6: Disminuir la intensidad de luz en la sala. (Se sugiere apagar todas las luces artificiales dentro de la sala, disminuir la intensidad de luz de monitores y alarmas).

Paso 7: Apagar o disminuir todos los sonidos de alarmas dentro de la sala (se sugiere que el facilitador realice movimientos suaves y guarde silencio durante la intervención).

Paso 8.-Mantener al prematuro libre de estímulos durante 60 minutos para que pueda conciliar un sueño profundo. (Se sugiere realizar la intervención en el turno vespertino ya que en este existen menos procedimientos que en el matutino).

Paso 9: Evaluar al prematuro con la Escala de Evaluación del Confort para Lactantes Prematuros (la evaluación debe de realizarse al minuto 31 de la intervención).

Pasó 10: al término de los 60 minutos registrar signos vitales en la tabla número 2.

Paso 11: Al finalizar la intervención si el prematuro esta confortable se sugiere continuar con el método hasta que se requiere manipulación.

Materiales a Utilizar durante la intervención.

<p>Monitor de signos vitales con sensor.</p> 	<p>Nido de contención cerrado.</p> 
<p>Bolígrafo (para llenar la escala de evaluación)</p>	<p>Instrumento de evaluación.</p>

Anexo. 2

Manual de Emergencias Durante la Intervención.

Los pacientes neonatos tienen un comportamiento impredecible por lo cual para la realización de esta intervención es necesario tener un manual de emergencias en caso de que se presente algún contratiempo.

Emergencia	Actividad a realizar
<p>Apnea: Cese de los movimientos respiratorios por más de 20 segundos, o episodios menores asociados con bradicardia, cianosis o palidez.</p>	<p>Detener la intervención, Monitorizar la respiración y administrar estimulación física para la apnea; si no se reanuda la respiración, se suministra ventilación con</p>

	<p> mascarilla y bolsa reservorio. Notificar al personal médico a cargo.</p>
<p>Taquicardia: elevación anormal de la frecuencia cardíaca manteniéndose por más de 20 segundos.</p>	<p>Detener la intervención auscultar la paciente para corroborar la cuantificación de frecuencia cardíaca y valorar temperatura corporal, en caso de que continúe en cifras altas notificar al médico a cargo.</p>
<p>Crisis epilépticas: Consisten en una alteración paroxística de la función neurológica que puede ser motora, de la conducta, autonómica o una combinación de ambas.</p>	<p>Detener la intervención observar si existe de saturación durante la crisis y notificar al médico a cargo.</p>
<p>De saturación: Disminución de la saturación de oxígeno.</p>	<p>Detener la intervención y verificar que el sensor este bien colocado además de observar signos de dificultad respiratoria o cianosis, colocar oxígeno de apoyo si continúa por más de 30 segundos sin recuperación y notificar al médico a cargo.</p>

Anexo.2

Solicitud para la Realización del Estudio



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Enfermería
 Department of Nursing

Pachuca de Soto, Hidalgo a 28 de Abril del 2022.

Of. Núm.260

Asunto: Solicitud de campo para recolección de datos

Dr. Juan Pedro García Chávez
 Director del Hospital General de Tula Hidalgo.

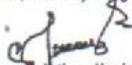
At'n Dra. Mayra Judith Paredes
 Coordinadora de Enseñanza.

Presente


La que suscribe M.C.E. Reyna Cristina Jiménez Sánchez, Jefa del Área Académica de Enfermería y Mtra. Lizbeth Morales Castillejos, Coordinadora de la Especialidad en Enfermería Neonatal del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, le solicita a usted su invaluable apoyo para que la alumna de la especialidad Lic. **Giovana Caroline Vargas Lévano** con número de cuenta 290770, pueda realizar su trabajo de tesis titulado *"Efecto de la implementación de la hora tranquila en neonatos de la UCIN del Hospital General de Tula Hidalgo"*, el cual fue aceptado en esta institución, por lo que solicitamos su autorización para llevar a cabo el proyecto antes mencionado y así poder ella concluir y presentar su tesis que *le dará pauta para recibir su diploma de especialidad y cédula.*

Sin otro en particular reciba un afectuoso saludo.

ATENTAMENTE
 "Amor, Orden y Progreso"


M.C.E. Reyna Cristina Jiménez Sánchez
 Jefa del Área Académica de Enfermería
 Chair of the Department of Nursing




Mtra. Lizbeth Morales Castillejos
 Coordinador de la Especialidad de Enfermería Neonatal
 Coordinator of the Specialty in Neonatal Nursing

*Recibí
 03/05/22
 Mtra. Nayeli Lomejuna Pérez
 Jefa Enseñanza Inf.
 Aceptado*

RCJS/JCC/22



Circuito Ex-Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca-Atlixco
 San Agustín Tlaxiaco, Hidalgo, México, C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 705-00 Ext. 5101
 website: www.uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

Anexo.3*Cronograma de Actividades*

Actividad	Fecha
Formulación y delimitación del tema de investigación	Septiembre 2021
Objetivos Generales y específicos	Septiembre 2021
Revisión sobre bibliografía el tema y búsqueda de instrumento validado.	Octubre 2021
Marco teórico y conceptual	Noviembre 2021
Metodología	Noviembre 2021
Recolección de Datos	Mayo junio 2021
Elaboración de la base de dato y captura de la información	Agosto 2022
Análisis de datos	Septiembre 2022
Análisis de resultados discusión y conclusión	Septiembre. Octubre 2022