



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE
CONFORT ASOCIADAS A LA MANIPULACIÓN MÍNIMA EN LA
ILUMINACIÓN, RUIDO, POSTURA EN NEONATO PREMATURO.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
NEONATAL**

PRESENTA

GABRIELA FERNÁNDEZ CASTILLO.

DIRECTOR DE TESIS

D.C.E: MARGARITA LAZCANO ORTIZ

SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, AGOSTO 2017.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
NEONATAL**

PRESENTA:

L.E. GABRIELA FERNÁNDEZ CASTILLO

Sinodales:

Presidente D.C.E. Margarita Lazcano Ortiz _____

Secretario M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera _____

Vocal 1 M.C.E. Ma. Del Pilar Vargas Escamilla _____

Vocal 2 M.C.E. Olga Rocío Flores Chávez _____

Vocal 3 M.C.E. Reyna Cristina Jiménez Sánchez _____

SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, AGOSTO 2017.

Resumen

Introducción: El contexto ambiental en el que se produce el confort del prematuro se puede manipular, es decir la enfermera puede lograr un estado de salud óptimo del neonato a través del confort en el cuidado eliminando factores ambientales como la manipulación mínima, iluminación, ruido y postura.

Objetivo: Evaluar la implementación de las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura en el neonato prematuro, por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados neonatal.

Material y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, la muestra por conveniencia fue de 30 enfermeras. El instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la unidad de cuidados neonatal. Consta de 23 ítems con cuatro dimensiones con un coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson 20 de .8666. Elaborado por Chárrez.

Resultados: el 81.10% de la muestra implementa medidas de confort asociada a la manipulación mínima y el 18.90% no lo implementa, el 57.50% del profesional de enfermería implementa medidas de confort en la dimensión iluminación y el 42.50% no las implementa, el 59.51% del personal de enfermería implementa medidas de confort para disminuir el ruido al neonato prematuro y el 40.49% no lo realiza, el 75.32% del profesional de enfermería implementa medidas de confort para dar postura correcta al neonato mientras que el 24.68% no lo implementa.

Conclusión: La no implementación de las medidas de confort al recién nacido prematuro en la manipulación mínima, iluminación, ruido y postura, hace necesario capacitaciones educativas dirigidas al profesional de enfermería para mejorar la atención al recién nacido prematuro enfermo.

Abstrac

Introduction: The environmental context in which the premature comfort is produced can be manipulated, that is, the nurse can achieve an optimum state of health of the infant through comfort in the care eliminating environmental factors such as minimal manipulation, lighting, noise and position.

Objective: To evaluate the implementation of the comfort measures associated to the minimum manipulation in lighting, noise, posture in the premature neonate, by the nursing professional in the neonatal care unit.

Material and Methods: A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out, the sample for convenience consisted of 30 nurses. The instrument to evaluate the implementation of comfort measures in nursing care in the face of the stress of the premature neonate in the neonatal care unit. It consists of 23 items with four dimensions with a coefficient of reliability of Kuder Richardson 20 of .8666. Prepared by Chárrez.

Results: 81.10% of the sample implemented comfort measures associated with minimal manipulation and 18.90% did not implement it, 57.50% of nursing professionals implemented comfort measures in the lighting dimension and 42.50% did not implement them, 59.51 % Of nurses implement comfort measures to reduce noise to the premature neonate and 40.49% do not, 75.32% of the nursing professional implements comfort measures to give correct posture to the newborn while 24.68% does not implement it.

Conclusion: The non-implementation of measures of comfort to the premature newborn in the minimal manipulation, illumination, noise and posture, necessitates educational trainings directed to the nursing professional to improve the attention to the preterm infants.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por desarrollar e implementar las bases educativas a nivel especialidad lo que me da pauta para continuar con la formación y actualización educativa en el ámbito profesional de Enfermería.

A la doctora en Ciencias de Enfermería Margarita Lazcano Ortiz por ser directora en esta investigación, agradezco su paciencia, apoyo, dedicación, dirección y entrega en la realización del presente trabajo.

Así mismo agradezco a la coordinación del programa de posgrado en Enfermería Neonatal del Instituto de Ciencias de la Salud ICSA Pachuca de Soto Hidalgo.

A todos los docentes de la especialidad que con sus conocimientos fueron parte fundamental de este logro.

A los Hospitales de tercer nivel que abrieron sus puertas para el campo clínico de los estudiantes de la especialidad en enfermería neonatal.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia por su paciencia, apoyo, comprensión y ánimo que me brindaron durante la trayectoria de este proceso de aprendizaje y compromiso para concluir la especialidad ya que pese a obstáculos que se presentaron en el camino me dieron aliento y confianza para seguir trabajando hacia el objetivo.

Dedico mi trabajo para la sociedad infantil que demanda mi atención en salud para brindar un cuidado con conocimiento científico con calidad y oportunidad para disminuir la morbimortalidad e integrarlos dignamente a la sociedad con el menor de los daños.

ÍNDICE

I. Introducción	11
II. Justificación	13
III. Planteamiento del problema	15
II. Justificación	13
IV.Objetivo general	16
4.1 Objetivos específicos.....	16
V.Hipótesis	17
5.1Hipótesis de investigación.....	17
5.2 Hipótesis nula.	17
VI. Marco teórico	17
6.1 Recién nacido prematuro.	17
6.1.1 Prematuridad, epidemiología, morbilidad y mortalidad.	17
6.1.2 Recién nacido prematuro, su condición fisiológica de diferentes órganos.	18
6.2 Periodo de adaptación al recién nacido	20
6.3 Estrés en el recién nacido prematuro.	21
6.3.1 Signos de estrés del recién nacido prematuro.	21
6.3.2 Disminución del estrés del recién nacido prematuro.....	23
6.3.3 Signos de autorregulación del recién nacido prematuro.	24
6.4 Medio ambiente intrauterino.....	25
6.4.1 Medio ambiente extrauterino.....	26
6.5 La teoría de Katharine Kolcaba.....	26
6.6 Cuidados de nefermería para dar confort al recién nacido hospitalizado.....	28
6.7 Niveles de ruido en la unidad de cuidados neonatal.	29
6.7.1Impacto del ruido en la unidad de cuidados neonatal.	30
6.7.2 Recomendaciones para modificar el ambiente dimensión ruido.....	33

6.8	Iluminación en la unidad de cuidados neonatal.....	36
6.8.1	Impacto del ruido en la unidad de cuidados neonatal.....	36
6.9	Postura del recién nacido.....	37
6.9.1	Recomendaciones para modificar el ambiente dimensión postura.....	40
6.10	Manipulación mínima del recién nacido.....	41
6.10.1	Recomendaciones del Inper en la dimensión manipulación mínima.....	43
6.11	El profesional de enfermería.....	46
6.12	Características del profesional de enfermería.....	46
VII	Marco Referencial.....	49
VIII	Metodología.....	52
8.1	Diseño.....	52
8.2	Población.....	53
8.3	Muestra.....	53
8.4	Muestreo.....	53
8.5	Criterios de Inclusión.....	53
8.6	Criterios de Exclusión.....	53
8.7	Criterios de Eliminación.....	53
IX	Recolección de datos.....	54
9.1	Procedimiento de recolección de datos.....	54
X	Instrumento.....	54
XI	Aspectos éticos de la investigación.....	55
XII	Plan de análisis.....	56
XIII	Resultados.....	56
XIV	Discusión.....	69
XV	Conclusiones.....	73
XVI	Sugerencias.....	75
XVII	Bibliografía.....	76

Anexos.

Carta de consentimiento informado80

Operacionalización de variables83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Signos de estrés del Recién Nacido	22
Tabla 2. Signos de Autorregulación	24
Tabla 3. Niveles de Ruidos en la Unidad de Cuidados Neonatal	30
Tabla 4. Protocolo de Estimulación Mínima	45
Tabla 5. Variables de edad, antigüedad en el servicio y en el hospital.....	56
Tabla 6. Variables Sociodemográficas	57

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Identifica el profesional de enfermería cuando el prematuro presenta estrés	59
Gráfico 2. Actitud del profesional de enfermería en la implementación de las medidas de confort al prematuro hospitalizado	60
Gráfico 3. Implementa el profesional de enfermería medidas para disminuir la iluminación	61
Gráfico 4. Implementación de las medidas de confort para disminuir el ruido	62
Gráfico 5. Implementación de las medidas de confort, dimensión postura	64
Gráfico 6. Implementación de las medidas de confort por el profesional de enfermería en la dimensión Manipulación Mínima	66
Gráfico 7. Implementación de las medidas de confort: Manipulación Mínima, Iluminación, Ruido y Postura	67

I. Introducción

El nacimiento es un cambio drástico de la vida intrauterina a la extrauterina en donde el recién nacido tiene cambios en su respuesta conductual y fisiológica, por tanto el recién nacido prematuro está en desventaja con el recién nacido a término puesto que el prematuro es ingresado a la unidad de cuidados neonatal para su tratamiento y para su incremento ponderal, por lo que será indefinida su estancia hospitalaria, a la cual específicamente a de tener contacto con factores ambientales que le producen estrés y así mismo desencadena una inestabilidad en sus funciones vitales.

Los niños que fueron prematuros, en edad escolar o adolescente presentan problemas de aislamiento y aprendizaje relacionado con el ambiente muchas veces estresante, de las unidades de cuidados neonatales. Los nuevos programas de atención enfocados en el desarrollo y el estrés del recién nacido prematuro han logrado disminuir estas secuelas.(Sánchez, Quintero, Rodríguez, Nieto, y Rodríguez, 2010).

Los factores ambientales que causan estrés en el recién nacido prematuro son: la manipulación mínima en el recién nacido, la postura, el ruido e iluminación en la unidad de cuidados neonatal, de tal manera que de no tener control sobre estos factores, el recién nacido prematuro se ve afectado manifestando signos de estrés que lo inestabilizan, por lo que sus días de estancia hospitalaria se aumentan y además puede provocar daño auditivo y complicaciones a los ojos del prematuro. (Chárrez, 2016)

Es responsabilidad del equipo de salud principalmente del profesional de Enfermería especializado el proporcionar al prematuro cuidados de enfermería para dar confort durante su hospitalización para disminuir los factores ambientales que producen estrés en el recién nacido prematuro y así integrar al recién nacido prematuro a la sociedad con el menor daño posible.

Por el incremento de recién nacidos pre término se considera de gran importancia evaluar la intervención del personal de enfermería con respecto al protocolo de manipulación mínima. (Pereyra , 2013)

Schapira y Aspres, 2004 en su artículo dice que es importante evaluar al profesional de enfermería en la manipulación mínima del recién nacido sino que ampliar dicha evaluación en los factores ambientales que le generan estrés al recién nacido como la iluminación, el ruido y la postura.

Las características ambientales de la unidad de cuidados neonatal donde son ingresados los recién nacidos influyen negativamente en el crecimiento y desarrollo por lo cual en el área neonatal como profesionales de enfermería se deben implementar estrategias para dar confort al recién nacido prematuro y disminuir su estrés. (Chárrez, 2016).

El presente trabajo se inicia justificando el tema, planteando una pregunta de investigación, se describen objetivos, hipótesis y un marco teórico donde se describe al recién nacido prematuro, las características fisiológicas, la morbimortalidad del mismo.

Se describen las características ambientales de la unidad de cuidados y como el neonato es capaz de comunicarse teniendo en cuenta que estas características producen estrés en ellos, cuales son las intervenciones del personal de enfermería que puede implementar para modificar el ambiente y disminuir el estrés del prematuro a través de las medidas de confort durante la estancia hospitalaria.

Se utilizó la teoría de enfermería de Katharine Kolkaba del confort aplicándola al recién nacido prematuro y se describe posteriormente.

Se elabora una discusión de la investigación con los autores del marco referencial, conclusiones y sugerencias.

II. Justificación

Estimamos que en 2005, se registraron 12.9 millones de partos prematuros lo que representa el 9.6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentran en África y Asia mientras que en Europa y América del Norte (excluido México), se registraron 0.5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0.9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11.9% y 10.6%) de todos los nacimientos y las más bajas en Europa (6.2%). (OMS, 2010).

La OMS estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.

Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En Hidalgo la transición epidemiológica al igual que México ha sufrido cambios, en los años 50's, uno de cada diez niños en Hidalgo moría antes del primer año de vida, y en el 2005 el 98.8% alcanza su primer año de vida. En el 2007 en el estado de Hidalgo las cinco principales causas de muerte infantil son: prematurez, bajo peso y asfixia entre otras, las muertes infantiles representaron en el 2007 el 83% del total de defunciones en los menores de cinco años. (Fernández M. N., 2013)

Los niños prematuros son neurológicamente inmaduros, consecuentemente ellos presentan dificultad para adaptarse al invasivo medio ambiente de la

unidad de cuidados intensivos. Este medio ambiente se caracteriza por luces brillantes, ruido y frecuentes intervenciones del equipo de salud y manipulaciones del neonato. En este esfuerzo por hacer frente al medio ambiente extrauterino, los recién nacidos prematuros intentan autorregularse fisiológicamente. Con frecuencia ellos manifiestan signos y señales de estrés.

Muchos procedimientos y rutinas de las unidades de cuidados intensivos e intermedios se asocian con fluctuaciones de la presión arterial y presión venosa central, ocasionando incremento del flujo sanguíneo cerebral, favoreciendo la rotura de los vasos de la matriz germinal lo que provoca hemorragia intraventricular e isquemia peri ventricular. La sobre estimulación interrumpe funciones fisiológicas, impide que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo al hacer frente a estímulos del medio ambiente. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

El profesional de enfermería encargado del cuidado del recién nacido debe sensibilizarse y aprender a reconocer los signos de autorregulación y las señales de estrés para modificar la forma de sus atenciones y cuidados. (Paz, 2004). Un estudio señala que la disminución de los estímulos externos facilita la estabilización del prematuro y se observa una menor incidencia de complicaciones, impactando en la reducción de días de estadía en la unidad. (Pereyra , 2013)

Este estudio se realizó para evaluar la implementación de las medidas confort como intervención del profesional de enfermería para disminuir el estrés en el recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados neonatal del Hospital Cinta Larga del estado de Hidalgo, porque es un problema que se ha identificado en la unidad hospitalaria y que afecta de manera directa a los prematuros hospitalizados que sufren estrés por las condiciones ambientales de la misma unidad.

III. Planteamiento del problema

En los últimos años se ha registrado un incremento de niños prematuros. De los dos millones 300 mil nacimientos al año en México, se estima que 1.46% son de peso menor a 1500 gramos; casi 40 mil bebés requerirán cuidados intensivos.

A pesar de la mejoría de las tasas de supervivencia en las últimas dos décadas, la tasa de discapacidades se mantuvo relativamente constante. Los recién nacido prematuros presentan un mayor riesgo para padecer trastornos cognitivos, motores y conductuales en comparación con los recién nacido de término. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

El nacimiento antes de término, interrumpe el desarrollo del sistema nervioso central en un momento de crecimiento rápido y vulnerable del mismo. El hecho de salir del entorno intrauterino confortable a una situación de estrés en el entorno extrauterino con exceso de luz, ruido, estímulos dolorosos, perturbación del sueño y cambios de temperatura. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

Por lo que el cambio de la vida intrauterina a la extrauterina es drástico particularmente porque en el vientre materno el recién nacido se encuentra aislado, en control térmico, seguro, con niveles de ruido disminuidos pero en cambio el encontrarse en la vida extrauterina en la etapa de prematurez por el contrario debido al medio ambiente en el que se encuentra, ruidoso, iluminado, con constantes estímulos táctiles, procedimientos invasivos, etc, que son propios de la unidad de cuidados neonatal sufre el prematuro una inestabilidad en su función fisiológica que complica a que aumente sus días de estancia hospitalaria y futuras complicaciones.

En la Unidad del Área Neonatal en la cual el medio ambiente es el principal factor estresante para el recién nacido prematuro enfermo y como resultado de

las diversas actividades ahí realizadas, se desencadena una inestabilidad en el prematuro enfermo adicional a su propio padecimiento con el cual es ingresado. (Chárrez, 2016)

De manera que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿El profesional de enfermería implementa las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima, en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro de la unidad de cuidados neonatal?

IV. Objetivo General

Evaluar la implementación de las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura en el neonato prematuro, por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados neonatal.

4.1 Objetivos específicos.

- Analizar los resultados de la evaluación al profesional de enfermería en la implementación de las medidas de confort en el cuidado al recién nacido prematuro, por la iluminación y ruido en la unidad de cuidados neonatal.
- Evaluar la implementación de las medidas de confort por el profesional de enfermería en el recién nacido prematuro por la manipulación mínima y la postura en la unidad de cuidados neonatal.

V. Hipótesis

5.1 Hipótesis de Investigación.

El profesional de enfermería implementa las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro.

5.2 Hipótesis nula

El profesional de enfermería no implementa las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro.

VI. Marco Teórico

6.1 Recién Nacido Prematuro

Se llama recién nacido prematuro al niño que nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación, normalmente el embarazo dura 40 semanas. (OMS, 2016)

Los niños prematuros se dividen de acuerdo a subcategorías.

Prematuros extremos: menor a 28 semanas de gestación

Muy prematuros: de 28 a menos de 32 semanas de gestación.

Prematuros moderados a tardíos: de 32 a menos de 37 semanas de gestación.

6.1.1 Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad.

Uno de cada 10 nacimientos son prematuros, por consiguiente cada año nacen el mundo unos 15 millones de prematuros, algunos de ellos de por vida tienen discapacidad visual, auditiva con problemas para aprender (OMS, 2016).

Por esta razón las actividades de promoción de la salud es orientar y educar a la mujer embarazada para que tenga un control correcto prenatal, y en cierta manera se contribuye para minimizar la morbi mortalidad del prematuro.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando (OMS, 2016.)

En un estudio refiere que son múltiples los factores epidemiológicos que vinculan un nacimiento antes de tiempo, los más frecuentes son la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo adolescente, por lo que es de gran importancia que el equipo de salud realice actividades de prevención en el control prenatal en la mujer embarazada para disminuir el riesgo de productos prematuros . (Oliveros, 2011)

6.1.2 Recién nacido prematuro, su condición fisiológica de los diferentes órganos y aparatos.

Aparato respiratorio: La función pulmonar del pretermino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria , asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretermino y viene representada por el distrés respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pretermino y la displasia broncopulmonar. (Rellan, García, y Paz, 2008)

Sistema nervioso central

La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV). La inmadurez hepática y la demora del tránsito digestivo hacen que sea más frecuente la hiperbilirrubinemia. Existen curvas de tasas de bilirrubina, edad y peso que hacen la indicación terapéutica con márgenes de seguridad. (Rellan, García, y Paz, 2008)

Oftalmológico

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento prematuro y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del prematuro. Los prematuros son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales.

Metabolismo

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia. (Rellan, García, y Paz, 2008)

Inmunológico

El sistema inmune del recién nacido prematuro, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica Si tenemos en cuenta las

manipulaciones médicas que el pretermino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral etc) asociados a la ecología hospitalaria donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico. (Rellan, García, y Paz, 2008)

6.2 Periodo de adaptación del recién nacido

Todo recién nacido sano enfermo, maduro o inmaduro debe pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse bien a la vida extrauterina. Con el fin de disminuir la morbimortalidad, en esta fase es necesario realizar la detección anticipada de recién nacidos potencialmente en riesgo. (Plascencia, Barbosa, y Herrera, 2010)

Dicha transición es un proceso complejo que entraña algunos cambios funcionales de sistemas orgánicos, a saber: comienzo de la respiración, cambios de 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.

El periodo posterior al nacimiento es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. En ella surgen los mayores riesgos para su supervivencia, se presentan alteraciones patológicas y es probable que éstas dejen algún tipo de secuelas. La adaptación neonatal inmediata constituye el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden, de cuya total realización exitosa, en términos de prontitud, integralidad, armonía, eficiencia y estabilidad, depende el adecuado tránsito de la vida intrauterina, a la vida en el ambiente externo.

6.3 Estrés en el recién nacido prematuro

El estrés es una reacción del organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante. (Lemus y Sola, 2014). El estrés se asocia con cambios en la presión arterial, taquicardia, polipnea, mayor consumo de oxígeno, hipoxemia, hemorragia interventricular e isquemia miocárdica.

El recién nacido prematuro al momento de su nacimiento tiene factores que le producen estrés tales como son los ambientales por el hecho de estar en un ambiente extrauterino de manera prematura y que principalmente afecta su estabilidad en sus signos vitales y así mismo se desencadena una serie de manifestaciones que pueden poner en peligro su vida. (Lemus y Sola , 2014)

6.3.1 Signos de estrés del recién nacido prematuro.

Cuando los recién nacidos prematuros que permanecen en la unidad de cuidados neonatal son sobrecargados por la continua estimulación del medio ambiente y las manipulaciones relacionadas a sus cuidados, frecuentemente muestran conductas manifiestas de estrés. Estos signos de sobrecarga de estímulo pueden corresponder a señales físicas o cambios fisiológicos que nos indican que el neonato no requiere estimulación adicional. (Paz, 2004)

Los recién nacidos 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. Se debe oír lo que el recién nacido prematuro está comunicando. (Chárrez, 2016)

Es importante que el profesional de salud identifique cuando el recién nacido presente signos de estrés durante su estancia en la unidad de cuidados neonatal para implementar medidas de confort al recién nacido prematuro.

Tabla 1. Signos de estrés del recién nacido

Signos respiratorios y cardiacos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respiración irregular ✓ Apnea ✓ Disminución de la oxigenación ✓ Aumento de la presión arterial. ✓ Taquipnea y Taquicardia.
Coloración de la piel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palidez ✓ Moteado ✓ Cianosis
Visceral	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vómitos ✓ Náuseas ✓ Eructos ✓ Sollozos ✓ Flatulencias
Motor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flacidez ✓ Hiperextensión de extremidades. ✓ Temblores
Nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No fija la mirada ✓ Bostezos ✓ Irritabilidad ✓ Llanto

Fuente: (Chárrez, 2016)

6.3.2 Disminución del estrés del recién nacido prematuro.

Los cuidados de enfermería realizados de manera correcta, permiten reducir el riesgo potencial de estrés y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del prematuro, así como las complicaciones relacionadas con su internamiento en su estancia en la unidad de cuidados neonatal. Múltiples investigaciones a nivel internacional han comprobado sus beneficios y ventajas en la atención del neonato prematuro y se han propuesto medidas que permiten reducir el estrés del neonato en relación a su entorno. (Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro , y Maldonado, 2011).

La implementación de las intervenciones del profesional de enfermería incluyen una seguridad ambiental óptima desde la ubicación de su unidad alejada de puertas y fuentes sonoras y luminicas, disminución de ruidos innecesarios, pues se ha demostrado que altos niveles de ruido aproximadamente de 50 a 90 decibeles provocados por alarmas, motores de incubadora, monitores, bombas de infusión, ruido ambiental, conversaciones del personal, generan estrés en el prematuro y, con ello, problemas auditivos posteriores detectados mediante emisiones otoacústicas, por lo que la enfermera debe estar alerta para minimizarlos, brindar confort mediante nido y cambios de posición, la prono es la ideal ya que permite la flexión, facilita el encuentro con la línea media, estabiliza la vía aérea, facilita la normotermia, ya que la superficie expuesta es menor, y evita la presión intracraneal, semejando la posición in útero; la mínima manipulación, programando actividades, monitorización estrecha, descanso y sueño para el neonato hospitalizado. La interrupción del sueño equivale a una agresión que provoca alteración fisiológica y que demanda tiempo, oxígeno y calorías para su recuperación. (Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro y Maldonado, 2011)

Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, (2010) citan la importancia de modificar el ambiente en la unidad de cuidados neonatal teniendo un estricto control con el ruido y la luz que ahí se genera, además de dar la

posición correcta al cuerpo del prematuro para evitar contracturas musculares, así mismo demuestra que la manipulación mínima y programación para los procedimientos invasivos y no invasivos en el recién nacido prematuro por el personal de salud permite más periodos de descanso que le favorecen a disminuir su estrés.

6.3.3 Signos de autorregulación del recién nacido prematuro.

A pesar de que los neonatos pueden exhibir conductas que son indicadores de estrés, también pueden mostrar signos de autorregulación y organización. Estas conductas tienen por objetivo calmar al recién nacido y ayudarlo a recuperarse del estrés. Autorregulación es el esfuerzo del bebe para conseguir el balance. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

Esto sucede cuando el sistema nervioso central del niño es incapaz de regular la estimulación entrante. El neonato comienza a estar hiperactivo y más despierto y muestra esfuerzos crecientes para organizar sus sistemas motor y fisiológico para alcanzar un estado de tranquilidad. Estos esfuerzos de autorregulación pueden agotar las energías del neonato, particularmente si tiene dificultad para calmarse.

Tabla 2 signos de autorregulación del recién nacido prematuro.

Aversión a fijar la mirada

Succión intensa para calmarse

Moverse en forma permanente buscando contacto

Cubrir los ojos y oídos con sus manos y brazos

Presentar hipo

Permanentes movimientos de las manos hacia la boca.

Fuente: Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. (Paz, 2004)

Mediante el reconocimiento de estas conductas, el profesional de enfermería puede asistir la autorregulación del neonato mediante reducción de la estimulación o implementando estrategias que faciliten los procesos de autorregulación.

Investigadores han estudiado (Paz, 2004) la duración, la frecuencia y el nivel de invasión de los procedimientos de atención para determinar formas efectivas para identificar y reducir los estímulos estresantes en el medio ambiente del recién nacido prematuro, de esta forma en muchas unidades de cuidados neonatales se han adoptado protocolos de mínima manipulación.

Estos protocolos están diseñados con el fin de guiar al personal de la unidad de cuidados neonatal para entregar soporte y cuidados de alta calidad para los frágiles recién nacidos prematuros que son incapaces de tolerar el estrés y las rutinas de los procedimientos.

6.4 Medio ambiente intrauterino

El feto inicia su vida en un medio ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él, mientras transcurre su desarrollo: el útero materno. Este medio ambiente intrauterino se caracteriza por ser un ambiente líquido, tibio, oscuro, que proporciona contención y comodidad. El feto siente los ruidos fisiológicos de su madre, desde el punto de vista postural el útero materno le proporciona al feto la flexión de su cuerpo, favorece el desarrollo en la línea media, la contención y por supuesto la comodidad necesaria, posicionándolo correctamente. Los niños que nacen prematuramente son dramáticamente privados de este pacífico medio ambiente y pierden la estimulación intrauterina necesaria para completar el adecuado desarrollo. (Paz, 2004)

6.4.1 Medio ambiente extrauterino: unidad de cuidados neonatal

El ambiente interno de las unidades de cuidados neonatal está cargado de situaciones estresantes y dañinas para los recién nacidos. Los neonatos son inmaduros, vulnerables, frágiles y sensibles a los estímulos agresores: ruido, iluminación, manipulaciones constantes por procedimientos y cuidados, por el nacimiento prematuro han perdido la homeostasia que poseían del útero materno.

Investigaciones han demostrado que el recién nacido prematuro evoluciona mejor modificando el ambiente hospitalario que le produce estrés. Este se reduce disminuyendo los estímulos externos nocivos, manipulándolos con técnicas especiales y atendéndolos en forma individualizada e idónea. El profesional de enfermería debe ofrecer al recién nacido prematuro un ambiente menos agresivo y más seguro, confortable para recuperar la salud. (Hernández y Ocampo, 2009; Charrez, 2016).

6.5 La Teoría del confort, Katharine Kolcaba

El personal enfermero es el que permanece la mayor parte del tiempo al lado del recién nacido y puede interpretar mejor las respuestas del prematuro a los estímulos y tratamientos y decidir cuál es el momento adecuado para efectuar sus intervenciones desde que el neonato ingresa a la unidad de cuidados neonatales. (Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro , y Maldonado, 2011).

En el mundo tecnológico actual, la misión histórica de la enfermería de confortar a los pacientes y a los familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante. Además las enfermeras se sienten más satisfechas con los cuidados que prestan. (Raile, y otros, 2014)

En la teoría de confort de Katharine Kolcaba dice que quienes reciben las medidas de confort se conocen como receptores, pacientes y define también a las intervenciones de confort como las intervenciones enfermeras y referencias diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales y ambientales.

Define al confort como el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort, es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para el confort. El contexto en el que se produce el confort debido a factores ambientales, incluye el entorno. (Raile, y otros, 2014).

El confort en el contexto ambiental incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas. Katharine Kolkaba define al entorno como cualquier aspecto del paciente, que la enfermera, los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort que es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer o ya han satisfecho, se trata de un esfuerzo activo. (Raile, y otros, 2014)

Enfermería incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas en comparación con una situación anterior. (Raile, y otros, 2014)

Los factores ambientales es posible modificarlos y/o manipularlos mediante intervenciones de enfermería para dar confort al neonato hospitalizado con una previa valoración del paciente eliminando los factores ambientales que producen estrés y cuando el confort mejora los pacientes salen reforzados y así la enfermera logra un estado de salud óptimo en el recién nacido a través de implementar medidas de confort al prematuro.

6.6 Cuidados de enfermería para dar confort al recién nacido prematuro hospitalizado

Las conductas son el máximo canal de comunicación que tienen los recién nacidos, es clave valorar y comprender su importancia y el significado de las mismas. Esta orientación en la práctica clínica requiere tanto sensibilidad como presencia y vigilancia, para conocer y apreciar los diferentes matices de respuesta, que permitan realizar las intervenciones necesarias de enfermería (Egan y Quiroga, 2012)

Los cuidados de enfermería para dar confort y disminuir el estrés en el recién nacido prematuro punto de buena práctica es proteger al prematuro de estímulos luminosos y ruidosos manipularlo lo mínimo posible para favorecer el sueño y descanso. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

Egan y Quiroga, (2012) señalan que el cuidado neonatal permite interpretar la conducta del recién nacido prematuro de manera que el profesional de salud realiza cuidados para disminuir el estrés que sufren estos recién nacidos prematuros.

Hay enfermedades y discapacidades que se manifiestan posterior al periodo neonatal en consecuencia al estrés sufrido por periodos prolongados durante la hospitalización de los recién nacidos prematuros. (Egan y Quiroga, 2012)

Los niños en edad escolar que fueron neonatos prematuros experimentan problemas en la mayoría de los ámbitos educacionales con coeficientes de inteligencia bajos, dificultades con el aprendizaje con frecuencia déficits de atención e hiperactividad, problemas que pueden afectar de forma significativa el logro académico y la integración social, trastornos de coordinación, motores que persisten en la adolescencia y afectan el rendimiento escolar y la autoestima. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

Las medidas de confort deben estar presentes durante la realización de los cuidados y/o procedimientos de enfermería para conseguirse se requiere de una enfermera de cuidados críticos más humana y menos tecnicista.

(Chárrez, 2016).

6.7 Niveles de ruido en la unidad de cuidados neonatal

El ruido, sonido desagradable, no deseado, perjudicial, perturbador o dañino para quien lo percibe. (OMS, 2015) Los altos niveles de ruido en las unidades de cuidados neonatales corresponden a la mayor fuente de estrés para los neonatos. Un análisis cuidadoso del medio ambiente de la unidad de cuidados neonatal muestra niveles de sonido en el rango de los 45 a los 80 decibeles, con alzas de hasta 120 decibeles. Esto es equivalente al ruido producido por una pequeña maquinaria. Estos excesivos niveles de ruido son el resultado de las alarmas de los monitores, movimiento de equipos médicos, radios, conversaciones y teléfonos.

En lo que se refiere al ruido como factor de estrés en el recién nacido dice que el prematuro es sensible al ruido por lo que los ruidos que se generan en la unidad de cuidados neonatal que son fuertes y agudos le dañan las estructuras auditivas de manera que resulta en una pérdida auditiva irreversible para él. (Egan y Quiroga, 2012).

Si el profesional de enfermería no tiene control de los ruidos que se generan en la unidad de cuidados neonatal éste es un factor que va a condicionar estrés y daño auditivo en el recién nacido prematuro. Por lo que varios son los factores que causan ruido dentro de la unidad de cuidados neonatal y que afectan al recién nacido. (Egan y Quiroga, 2012)

Los niveles de ruido en la Unidad de cuidados Neonatal se miden en decibeles (dB), se muestran a continuación, y se diferencian de acuerdo al ambiente de la unidad de cuidados. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Tabla 3. Niveles de ruido en la unidad de cuidados neonatal.

Nivel (dB)	Fuente generadora de ruido
45-85	Ambiente general de la unidad de cuidados neonatal
50-60	Tono de voz, motor de incubadora
65-80	Ventiladores, bombas de infusión
85	Puede haber daño auditivo
92	Abrir puerta de incubadora
96-117	Colocar un biberón sobre la incubadora
130	Límite auditivo del oído normal
130-140	Tocar la incubadora para estimular al bebé.

Fuente: (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

6.7.1 Impacto del ruido en la unidad de cuidados neonatal.

Los recién nacidos con prematurez al nacimiento tienen mayor riesgo de padecer diversos grados de sordera debido a una etiología multifactorial. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

El ruido interfiere con el sueño del neonato y causa episodios de desaturación de oxígeno e incremento de la presión intracraneana, así como daño a la audición, la elevada intensidad del ruido es considerada como un factor que altera la respuesta conductual y fisiológica del recién nacido y puede contribuir a discapacidades y pérdida auditiva. Tan dañinos son los ruidos súbitos como teléfonos, timbre, caída de objetos pesados como los ruidos constantes tales como radios, conversaciones y alarmas de monitores. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

En el útero el sonido es amortiguado por la piel, paredes uterinas, y líquido amniótico y la intensidad de sonido es de 50 a 60 decibeles, misma intensidad que se recomienda para las unidades de neonatología (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

En un estudio se encontró que los neonatos internados en la unidad neonatal se exponen al ruido por largos periodos con niveles que pueden alcanzar hasta 120 decibeles (dB) lo que sobrepasa considerablemente los niveles permitidos por la Academia Americana de Pediatría de 60 dB en el día y de 35 dB en la noche. (Gallegos, 2011)

El nivel de ruido en la unidad de cuidados neonatal puede ser reducido significativamente a través de acciones individuales. Algunos ruidos innecesarios pueden ser eliminados a través de las siguientes intervenciones: disminuir la intensidad de la alarma de los monitores y teléfonos, limitar las conversaciones cercanas al neonato, responder rápidamente a apagar las alarmas, apagar radios en la unidad, situar a los pacientes más lábiles lejos de las áreas de alto tráfico. (Egan y Quiroga, 2012)

Es responsabilidad de la gestión hospitalaria y del equipo de salud adoptar las recomendaciones para reducir el ruido en la unidad de cuidados neonatal y la calidad de vida del niño. El neonato prematuro tiene una extrema sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva irreversible. El progresivo crecimiento del nivel de ruido en la unidad de cuidados neonatal es un fenómeno que se observa a nivel mundial. (Egan y Quiroga, 2012)

La exposición a los sonidos perjudiciales daña las células ciliadas del oído interno y en el nervio auditivo. Estas estructuras pueden dañarse por el ruido de dos maneras: por un impulso breve intenso, como una explosión, o de una exposición continua al ruido, como sucede en las unidades de neonatología.

A largo plazo se presentan alteraciones en la audición con el riesgo de hipoacusia a veces irreversible y con afección del lenguaje, que a su vez es causa de atraso en el desarrollo social, cognitivo, educativo y socioemocional, y de dificultades sociales en cuanto interacción, y en consecuencia el aislamiento. (Gallegos, 2011)

La unidad neonatal es un área donde existe mucha estimulación para los neonatos por múltiples factores ambientales, entre los que se encuentran altavoces, los teléfonos, el funcionamiento del equipo electromédico e incluso la conversación del personal. Esto hace que los niveles estándar de decibeles (dB) recomendados por la Academia americana de pediatría: 60 dB en el día y 35 dB en la noche, se eleven y alcancen hasta 120 dB de presión sonora.

Situación que repercute en el recién nacido sobre todo el prematuro al ser estimulado excesivamente, a lo cual responde fisiológicamente de diferentes maneras. Los estímulos de ruido producen hipoxemia, bradicardia, aumento de la presión intracraneana, hipertensión arterial, apnea, estrés, conducta desorganizada e inefectiva y no adaptativa, inestabilidad metabólica, ya que aumentan los requerimientos calóricos a partir de glucosa, se producen perturbaciones del sueño, irritabilidad, cansancio, vómito y pérdida del apetito en el neonato, especialmente en el prematuro. (Gallegos, 2011)

La Academia Americana de Pediatría recomienda un nivel máximo de sonido de 45 decibeles en toda unidad de cuidados intensivos neonatal ya que sonidos mayores pueden repercutir en la conducta y la agudeza auditiva. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

6.7.2 Recomendaciones para modificar el ambiente dimensión ruido

Las recomendaciones generales para modificar el ambiente al recién nacido prematuro y disminuir su estrés, dimensión ruido. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

- Sensibilización respecto al tema al personal de salud, para realizar acciones de prevención de exceso de ruido, conversaciones en voz baja, tono suave y moderado.
- Utilización de protectores auriculares al recién nacido, reduce la intensidad del sonido de 7 a 12 dB.
- Atención de recién nacido prematuro en incubadora cerrada
- Limitación absoluta de sonidos (radios, grabadoras, televisión, disminución en la intensidad de la voz).
- Alarmas de monitores, programarlas de forma visual, mantener la intensidad del sonido al mínimo que permita escucharla y apagarla al identificar el problema.
- Consideraciones para la adquisición del equipo electro médico.
- Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y equipo biomédico.
- Potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral a todo recién nacido egresado de la unidad de cuidados neonatal.
- Disminuir sonidos de celulares
- Cerrar la incubadora con suavidad y abrir y cerrar las portezuelas de manera cuidadosa.
- Modera la actividad para disminuir el estrés del recién nacido, para que el recién nacido cuente con un ambiente tranquilo ya que el ruido es un ambiente potencialmente nocivo. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

Egan y Quiroga, (2012) recomiendan las siguientes intervenciones de enfermería.

- Cerrar las puertas de la incubadora en forma delicada, apretando los pestillos para no hacer ruido.
- No apoyar objetos ni golpear con los dedos sobre la incubadora.
- Cambiar el tono de voz e instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal que sea cuidadoso.
- Cubrir la incubadora con manta gruesa para aislar de los ruidos.
- Bajar el volumen de las alarmas de los equipamientos.
- Reparar equipos ruidosos que no funcionen correctamente.
- Hablar al recién nacido con voz suave.
- Disminuir el sonido de teléfonos e impresoras, y retirar radios.
- Colocar a los niños más lábiles en el lugar más tranquilo de la sala.
- Realizar una campaña de concientización acerca de la importancia de disminuir el ruido en la unidad de cuidados neonatal con carteles indicadores.
- Medir el nivel de ruido en la unidad de cuidados para hacer diagnóstico sobre la contaminación acústica. El equipo se denomina decibelímetro. Algunos combinan señales luminosas, de distintos formatos: orejas o semáforos. Si el equipamiento se encuentra con señal luminosa verde significa que la unidad se encuentra dentro de los límites normales de ruido, cuando se enciende una luz amarilla hay que comenzar a disminuir a disminuir los ruidos; la luz roja habla de riesgo para los recién nacidos y el personal.

6.8 Iluminación en la unidad de cuidados neonatal.

La mayoría de las unidades de cuidados neonatales utilizan luz blanca fluorescente las 24 horas del día. Estudios acerca de la intensidad de la luz en la unidad neonatal han demostrado que el promedio del nivel de intensidad de la luz va en un rango de los 60 a 75 lúmenes. Las normas del año 1992 de la

Academia Americana de Pediatría para el cuidado perinatal, recomienda que la iluminación en la unidad de cuidados neonatal deba ser de 60 lúmenes.

La luz continua es perjudicial e induce a estados de privación del sueño y a cambios en los ritmos diurnos del neonato.

Los prematuros no experimentan ciclos alternantes de día y noche, a diferencia de los recién nacidos de término en el medio ambiente de su hogar, debido a que en la mayoría de las unidades de cuidados neonatales las luces están encendidas las 24 horas del día. (Paz, 2004)

La iluminación en la unidad de cuidados neonatal provoca estrés en el prematuro hospitalizado por ser él de características con párpados muy delgados por consiguiente no pueden protegerse de la luz, desde luego por su inmadurez que le impide cerrar los ojos.

Rodríguez y Pattini, (2016) sugieren prestar particular atención por parte del personal de salud en la unidad de cuidados neonatal con relación a disminuir la iluminación directa a los ojos del recién nacido prematuro indudablemente lo va a estabilizar puesto que habrá mejora en el patrón respiratorio, cardíaco, presión arterial, actividad motora y en consecuencia menor tiempo de soporte de oxígeno suplementario.

El minimizar el factor de riesgo para estrés en el recién nacido prematuro contribuye indudablemente en su estabilidad. En el cuidado neonatal es esencial, no solo la intensidad de la luz, sino también la posibilidad de regular la intensidad y ciclar con periodos de oscuridad. (Egan y Quiroga, 2012)

La disminución de la intensidad de la luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardíaca, las fluctuaciones de la tensión arterial

disminuye el estrés y aumenta la ganancia de peso. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

6.8.1 Recomendaciones para modificar el ambiente, dimensión iluminación.

Rodríguez y Pattini, (2016) recomiendan en la unidad de cuidados neonatal llevar a cabo las siguientes medidas en lo que se refiere a la dimensión Iluminación.

- Limitar la estimulación visual, para favorecer al desarrollo del recién nacido prematuro y disminuir el estrés.
- Evitar en todo momento luz directa en los ojos del recién nacido prematuro.
- Utilizar luces progresivas que permitan un cambio gradual oscuridad-luz para reducir el estrés en el prematuro debido al cambio súbito en la iluminación ambiental.

Chárrez, (2016) sugiere implementar para disminuir la luz y evitar el estrés en el recién nacido pretermino los siguientes cuidados.

- Utilizar de preferencia luz natural
- Proteger al neonato de la luz cubriendo las incubadoras con una sábana o dispositivo adecuado.
- Utilizar lámparas individuales para procedimientos y observaciones.
- Evitar luces intensas y brillantes.
- Utilizar cortinas o persianas para reducir la exposición a la luz directa del sol.
- Siempre que haya niños en fototerapia colocar pantallas para separar los niños adyacentes.

Egan y Quiroga, (2012) en su artículo recomienda como intervenciones para disminuir el estrés en el recién nacido.

- Graduar la intensidad de la luz, si la unidad neonatal posee luz natural, utilizarla.
- Cubrir la incubadora con protectores de tela que no permita el paso de la misma y existen algunos que además disminuyen el ruido (matelasse). En aquellos casos cuya gravedad del neonato no permite cubrir la incubadora, se debe por lo menos cubrir la zona donde se encuentra la cabeza del neonato.
- Todos los cuidados deben ser individualizados; hay momentos en los que los recién nacidos comienzan a tener ciclos de alerta y es importante permitirles la interacción, sobre todo con su familia.
- Emplear luces individuales para observaciones y procedimientos y evitar que las mismas iluminan directamente a los ojos. Es importante cubrirlos mientras se realiza un procedimiento que requiere luz directa.
- Siempre que haya niños en fototerapia, utilizar pantallas para separar los neonatos que se encuentran alrededor, y no requieren de ese tratamiento.

6.9 Postura del recién nacido

Los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los hemos colocado, aunque ésta sea desagradable, lo que puede conducir a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos, así como contracturas musculares. En esta situación no se produce equilibrio entre la flexión y la extensión lo que puede conducir a la aparición de varias alteraciones. Sánchez (2010).

Los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los profesionales de la salud los ubican, aunque ésta no sea fisiológica (brazos o piernas entablilladas por alguna vía periférica, extensión o flexión excesiva de los miembros). Estas posiciones anómalas pueden conducir a modificaciones

en la extensión y elasticidad de los músculos, así como a contracturas musculares. Como sus tejidos cartilagosos se encuentran en un proceso de maduración, y como los huesos, músculos y tendones son estructuras vivas y dinámicas, cuando los sujetamos con fuerzas externas inadecuadas pueden sufrir deformidades, dolor, estrés y alteraciones en el desarrollo neuromotor.

Esta situación no produce equilibrio entre la flexión y la extensión lo que puede conducir a un retraso en el desarrollo motor normal y a la aparición de varias alteraciones tales como retracción y abducción del hombro, aumento de la extensión del tórax con arqueado del cuello y del dorso, hipertonía de los miembros inferiores, aumento de la extensión del cuello de preferencia para uno de los lados, problemas en las caderas debido a la posición de rana, cuando permanecen durante un tiempo considerable sin contención.

Todas estas alteraciones pueden ser prevenidas por medio del equilibrio entre la flexión y la extensión, que se consigue con un posicionamiento correcto del recién nacido. La posición supina que suele utilizarse en el neonato gravemente enfermo tiende a causar retracción con abducción de hombros, hiperextensión de cuello, rotación externa de extremidades, abducción de cadera, eversión de tobillos y moldeamiento craneal lo que a corto plazo se traducirá en vicios posturales y lesiones que a menudo requieren rehabilitación.

(Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Un posicionamiento correcto facilita: la flexión, el mantenimiento en la línea media, llevar las manos a la boca, la prevención de lesiones en la piel y deformidades óseas (cabezas más redondeadas), el desarrollo visual y auditivo, la capacidad de autorregulación, la prevención de estrés.

El objetivo es que el recién nacido mantenga una postura fisiológica. Esto implica la cabeza en posición neutra, ni flexionada ni muy extendida. El tronco

debe permanecer recto de ambos lados. Los miembros inferiores deben estar flexionados; no tiene que estar en posición de rana. (Egan y Quiroga, 2012)

El posicionar al recién nacido prematuro son para las personas encargadas de sus cuidados, una de las primeras y principales instancias a intervenir. Cuando el niño prematuro se desorganiza y llora, su interacción con el medio ambiente puede ser inapropiada, un adecuado posicionamiento de los recién nacidos después de un procedimiento doloroso los ayuda a estar confortables. (Paz, 2004).

El reposicionamiento ocurre estando el neonato despierto o en sueño activo, el tratante puede proceder a tocarlo y moverlo lentamente y con un propósito definido. Esta manipulación lenta y deliberada es confortable para el prematuro, el cual posee un tono muscular disminuido y por lo tanto ineficiente para contrarrestar los efectos que la fuerza de gravedad ejerce sobre ellos durante los cambios de posición. Algunos elementos importantes a considerar para un adecuado posicionamiento son: utilizar nidos o rollos como elementos de apoyo para dar contención y utilizar los cambios de posición que favorezcan la flexión global.

Los prematuros, tienen riesgo de alteraciones en el desarrollo postural y motor debido a la debilidad del tono de los músculos e incapacidad para mantener flexión por sí mismos, una posición adecuada favorece parámetros fisiológicos y neuroconductuales, una mala posición puede afectar el vaciamiento gástrico, la integridad de la piel o hemorragia interventricular. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Incluso el dar posición correcta al recién nacido prematuro hospitalizado le permite descansar, regular sus funciones fisiológicas, interactuar con sus cuidadores, el posicionamiento no es solo buscar la postura funcional sino dar confort (Egan y Quiroga, 2012)

6.9.1 Recomendaciones para modificar el ambiente, dimensión postura.

Algunos dispositivos que se pueden emplear para dar una adecuada posición son.

- nidos para el balance entre las posturas de flexión y extensión
- rollos para contener en flexión, colchones de gel y almohadas que pueden ayudar aliviar los puntos de presión, cojines en forma de cuña. (Sánchez, Quintero, Rodríguez, Nieto, y Rodríguez, 2010)

La posición prona o reclinado sobre un costado con las extremidades hacia la línea media favorece la oxigenación, mejora el volumen circulante y distensibilidad pulmonar, disminuye el gasto energético, promueve el vaciamiento gástrico, minimiza los efectos de reflujo gastroesofágico; los bebés tienen un sueño más tranquilo, como consecuencia duermen más. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Para mantener esta posición se recomienda que es necesario ayudarse con almohadillas rellenas de bolitas de unicel o rodillos de tela como soporte, lo que favorece el acunamiento y contención y proporciona seguridad al sentir el espacio limitado; esto favorece el ambiente hacia lo más parecido al ámbito intrauterino. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

(Egan y Quiroga, 2012) en relación a la dimensión postura mencionan las siguientes intervenciones de enfermería.

- Utilizar los elementos disponibles de la unidad de cuidados neonatal, no brinda mejor cuidado postural quien tiene nidos elaborados, sino quien tiene el arte de realizarlo adecuadamente con los elementos que posee en su servicio. Los rollos son dispositivos moldeables para acomodar al recién nacido y que mantiene su forma hasta que se moldea de nuevo. Hay de varios tamaños y materiales y su principal función es la contención postural en flexión.

- Utilizar colchones de gel. Los rellenos de gel atóxico pueden moldearse y acomodarse para crear un nido y lograr una flexión apropiada, una posición correcta y el alivio de los puntos de presión. Manipulando el gel es posible cambiar de posición y desplazar los puntos de presión. Los colchones de gel y agua son muy utilizados para aquellos pacientes que están sedados y paralizados, para evitar las úlceras por presión.
- La posición prona es la posición más cómoda; favorece la utilización de los músculos extensores del cuello y tronco; facilita la flexión, facilita el control de la cabeza y la oxigenación, favorece el vaciamiento gástrico disminuyendo el reflujo gastroesofágico y el riesgo de aspiración.
- El decúbito lateral permite mantener los miembros superiores en la línea media, llevar las manos a la boca y facilita la flexión activa del tronco y pelvis. Posibilita la autorregulación y la simetría y favorece el vaciamiento gástrico en los recién nacidos.

La contención por medio de la postura es una media que proporciona la sensación de seguridad, quietud y autocontrol. Mejora la tolerancia al estrés. Pueden hacerse maniobras de contención durante las intervenciones y después de los procedimientos, para ayudar a la autorregulación.

6.10 Manipulación mínima del recién nacido

Las investigaciones reportan que el número de manipulaciones en los recién nacidos en cuidados neonatales supera las 100 en 24 horas. Cuando los neonatos están en sueño tranquilo no se les debiera interrumpir con ningún procedimiento. Es importante para el niño que al estar en sueño tranquilo se le permita continuar durmiendo.

Cualquier persona que trabaje en una unidad de cuidados neonatal puede ser testigo de lo que sucede cuando el niño prematuro es manipulado rápidamente. Él puede responder con violentos giros, extensión de brazos y piernas y desorganización general.

Para contrarrestar las frecuentes interrupciones asociadas con los procedimientos, se recomienda agrupar las atenciones para minimizar las interrupciones y promover la duración de los estados de sueño. (Paz, 2004)

La sobre estimulación interrumpe funciones fisiológicas, impide que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo al hacer frente a los estímulos ambientales. En la actualidad se sabe que las rutinas, procedimientos y el manejo habitual de estos pacientes causan numerosas morbilidades que se detectan en la primera etapa de la vida, por lo tanto es importante poner especial atención en esos puntos para abordar el manejo de los recién nacidos conociendo y comprendiendo los potenciales efectos dañinos del ambiente de la unidad de cuidados neonatal.

El protocolo se plantea desde un punto de vista fisiológico, encaminado a la reducción de estímulos nocivos controlando las condiciones ambientales, la estimulación táctil, posición, niveles de iluminación y ruido. Comprende básicamente la primer semana de vida, periodo de mayor incidencia de complicaciones neonatales como de hemorragia intraventricular (90% ocurre en las primeras 72 horas); en este periodo el recién nacido es más vulnerable debido a la inestabilidad y agudeza de la enfermedad, sin embargo puede extenderse y ser aplicado mientras el neonato se encuentre hospitalizado, suministrar estimulación temprana por periodos cortos en forma gradual aumentando de acuerdo al estado del neonato, tolerancia y necesidades propias.

El instituto nacional de perinatología realiza modificaciones físicas de las áreas y cambios en la aplicación del proceso en el cuidado neonatal, favoreciendo la cultura del manejo mínimo, con programas de mantenimiento preventivo que permiten mantener las condiciones ambientales óptimas para el crecimiento, neurodesarrollo y disminución de estrés del recién nacido. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

6.10.1 Recomendaciones en la manipulación mínima

El protocolo de estimulación mínima se describe de la siguiente manera:

1. Establecer horas de contacto cada 4,6, 8 horas), consiste en programar todos los estudios especiales, interconsultas, procedimientos e intervenciones que no sean de urgencia, se planea y sigue un orden y frecuencia, concentrando las actividades para ser realizadas durante las horas contacto que pueden ser cada 4,6 u 8 horas, de acuerdo con la patología y estado del neonato; es necesaria una coordinación directa con el equipo de salud, servicios y áreas que intervengan en la atención y tratamiento del recién nacido, teniendo como principal objeto evitar la sobreestimulación neurosensorial. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)
2. Permitir periodos suficientes de descanso y recuperación. Con la finalidad de favorecer y no interferir en los ciclos de sueño-despertar que el neonato requiere para su normal crecimiento, desarrollo fisiológico y ahorro de calorías. El neonato se mantendrá el mayor tiempo posible sin ser molestado, favoreciendo la posición prona o sobre un costado; las intervenciones deben ser mínimas, la manipulación y estímulos se realizarán lo más suave posible evitando exceso de maniobras terapéuticas; considerar el tiempo necesario para que el niño se recupere del procedimiento anterior antes de volverlo a manipular, observar la tolerancia a la manipulación táctil auditiva y visual hasta que el niño sea capaz de procesar múltiples interacciones.

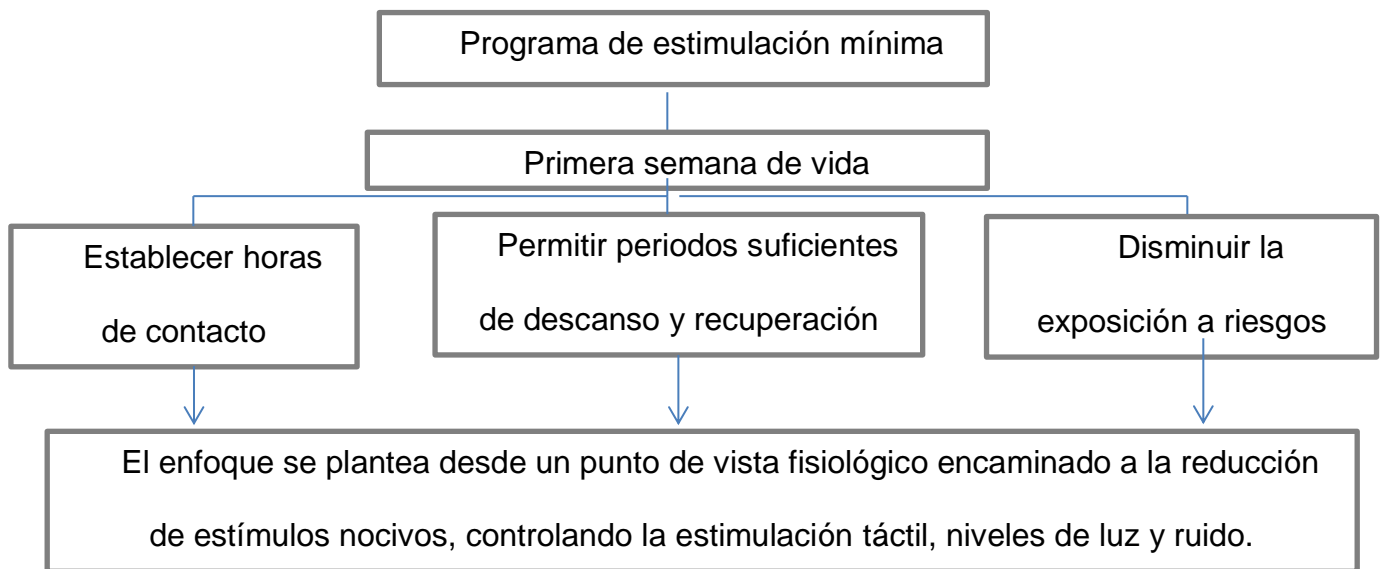
El personal de salud reconocerá los siguientes signos y síntomas como respuesta de estrés que los neonatos pueden presentar ante la gama de intervenciones y procedimientos a los que son sometidos, identificar los principales signos de malestar y alteración como incremento de la

actividad motora, extensión de extremidades y orjeos, palidez, moteado de la piel, ojos abiertos, etc. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

3. Disminuir la exposición a riesgos innecesarios. Debemos aislar al niño del medio y no al medio del niño omitiendo la sobreestimulación, disminuyendo el exceso de maniobras terapéuticas con procedimientos innecesarios que nos permitan controlar los factores causantes de la fluctuación del flujo sanguíneo cerebral que aumente el riesgo de hemorragia intraventricular e infecciones nosocomiales. Por tanto, se requiere una evaluación individualizada, adecuada, oportuna y continua de estado del paciente; la enfermera y en general el personal debe estar capacitado para valorar y determinar en qué momento las intervenciones terapéuticas son oportunas y menos estresantes. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Llevar a cabo el protocolo de intervención mínima en las unidades de cuidados neonatal mejora las condiciones ambientales del recién nacido prematuro hospitalizado principalmente enfocado a la primera semana de vida.

Tabla 4. Protocolo de estimulación mínima.



Fuente. (Instituto Nacional de Perinatología, 2014)

Las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas por la noche. El resto del tiempo la observación será por métodos no invasivos. (Sánchez, Quintero, Rodríguez , Nieto, y Rodríguez, 2010)

6.11 El profesional de enfermería.

La enfermería como todas las disciplinas, tiene una naturaleza universal, es decir, la sociedad concibe de igual manera el servicio de enfermería, independientemente de la cultura que la caracteriza. Lo único que difiere de un país a otro son los recursos disponibles para su ejercicio. (Morán y Mendoza, 2000)

Virginia Henderson dice que la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación (o a una muerte tranquila). (Marriner y Raile, 2007)

La enfermería es una disciplina y una profesión, están interrelacionadas pero cada una tiene un significado específico.

Disciplina: es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de de aprendizaje o un dominio de conocimiento.

Profesión: hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan. (Marriner y Raile, 2007)

El alcance de la práctica de enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas observadas tanto en las personas sanas como enfermas, estas respuestas humanas son de naturaleza cambiante y dinámica, son diversas y exclusivas para cada individuo.

La enfermería como profesión tiene un cuerpo de conocimientos abstracto formado por una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, éste enriquecido a través de la investigación y le da estatus de

ciencia a la actividad con un método científico (PAE) y el cuidado en su dimensión más amplia como objeto de estudio. La forma de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del individuo, familia y comunidad tiene carácter holístico por lo que se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico.

6.12 Características del profesional de enfermería:

- Proporcionar un cuidado de calidad teniendo en cuenta la dimensión humana de las personas.
- Ganar destreza en el área de enfermería con la responsabilidad de descubrir nuevos conocimientos alrededor de su propio dominio de estudio.
- Responder al desafío del desarrollo intelectual independiente y resolver los problemas de superposición de roles y dependencia de otras profesiones. (Morán y Mendoza, 2000)
- La enfermera que cuida, debe tener un cuerpo de conocimiento formal y vivencial, sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Lo anteriormente permite que precisemos que el enfermero que cuida debe tener: conocimiento, compromiso, ética, arte de intuición y la aceptación del otro.
- El profesional de enfermería cuenta con la habilidad, destreza, conocimiento y empatía en la atención a los pacientes en sus diferentes etapas de la vida.
- Conocimiento: Lleva implícito el proceso de conocer, que comienza con el mundo y formar parte de él y este proceso amerita la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción con cierto grado de exactitud, conocer es entendido, como el trabajo que se realiza a fin de dar soluciones a los problemas que son importantes para el bienestar de los clientes, en otras palabras es dar un servicio social.

- Compromiso: La palabra compromiso procede del latín compromissum, y su concepción clásica se relaciona con una obligación contraída mediante acuerdo, promesa o contrato.
- Ética: esta característica de la persona que cuida, es definida por como un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes. A través de la ética se analiza qué se debe hacer dentro del marco de las acciones que realmente pueden emprender con el fin de preservar y mejorar la vida de los seres humanos.
- Arte de intuición: La intuición desde el punto filosófico es el poder de obtener los conocimientos que no se pueden adquirir ya sea por inferencia u observación, por la razón o la experiencia. Como tal, la intuición es considerada como una fuente original, independiente del conocimiento, ya que está diseñado para tener en cuenta sólo los tipos de conocimiento que otras fuentes no proporcionan. (Mulano y Guerrero , 2012)

VII Marco Referencial

Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro , y Maldonado, (2011) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la aplicación de los cuidados al recién nacido, como indicador de calidad. Material y métodos: estudio preexperimental donde se evaluó la aplicación de los cuidados utilizando la cédula F1-CEN 1.5-2 indicador de cuidados de enfermería al neonato menor, con la participación de 18 enfermeras que laboran en la UCIN se efectuó una medición diagnóstica preintervención desarrollando un proyecto de concientización y educación en el personal de enfermería y una medición final posintervención, se estructuró la base de datos mediante el programa SPSS V14. Resultados: en la dimensión iluminación el cumplimiento preintervención es de 47% y postintervención 100%, dimensión ruido con cumplimiento preintervención 40%, postintervención 96%, dimensión postura con 100% en la preintervención, y 100% postintervención. En la medición preintervención se encontró que no existía un protocolo establecido sobre los cuidados en el prematuro a pesar de contar con un 50% de personal especializado.

Pereyra (2013) realizó un estudio de tipo descriptivo tiene un corte transversal porque se realizó durante el primer semestre del año 2013, permite describir los conocimientos que posee el personal de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Antonio J. Scaravelli sobre los cuidados mínimos al recién nacido prematuro, la población objeto de la investigación estuvo conformada por todo el personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Neonatología. La unidad de análisis se constituyó por 8 Licenciados de enfermería, 10 enfermeras profesionales y 1 auxiliar de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Dr. Antonio J. Scaravelli del departamento de Tunuyán, para la búsqueda de datos e información de la variable en estudio se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario. Dicho instrumento se estructuró con los datos demográficos de los participantes y por 10 ítems con alternativas de selección simple dirigidos a

establecer las acciones de enfermería en el cuidado del neonato pre término, en lo que se refiere a, movilización. Resultados, en menor porcentaje pero no significativo en forma negativa el 74% del personal respondió de forma correcta en cuanto a los cuidados de enfermería y los beneficios que acarrearán la movilización en el recién nacido prematuro por lo que se concluye en el estudio que las y los enfermeros mencionan que constantemente requieren actualización referente a los temas de la atención del recién nacido prematuro.

Peña, (2014) Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal en donde el objetivo fue la evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital público, la muestra fue de 43 enfermeras adscritas a la unidad de cuidados neonatal quienes proporcionaban cuidados a los recién nacidos prematuros en los primeros siete días de vida, el instrumento fue una lista de cotejo con siete dimensiones El alpha de Cronbach obtenido de la aplicación fue de 0.720 los resultados: 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, como conclusiones es que el cumplimiento de los indicadores del Programa de manipulación mínima se ubica por debajo de la media, lo cual hace necesario capacitaciones educativas dirigidas al personal de enfermería para mejorar la atención como se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología.

Chárrez, (2016). En su estudio de investigación que tuvo por objeto identificar la relación en la implementación de las medidas de confort: modificaciones ambientales, contención y manipulación mínima en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la UCIN. Material y métodos: el presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional de alcance correlacional, la población donde se llevó a cabo el estudio es el personal de enfermería de la UCIN de una institución de tercer

nivel ubicada en el Distrito Federal, el universo de estudio lo constituye el personal de enfermería (47) adscritas a la UCIN de los tres turnos que aceptó participar, obteniendo la muestra de 41. El instrumento aplicado es un cuestionario que consta de 23 ítems de preguntas dicotómicas, con una validez de Kuder Richardson de .951. Como resultados se encontró que el nivel de cumplimiento en los cuidados de confort que el personal de enfermería implementa en el recién nacido pretermino se encuentra en 58.5% distribuido en excelencia, significativo y mínimo, y el no cumplimiento con un 41.5%. Como conclusión se demuestra que a mayor implementación de medidas de confort en el recién nacido prematuro, se propicia disminución del estrés, del recién nacido prematuro en la UCIN.

VIII Metodología

8.1 Diseño

El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo y transversal de tal manera que mide cuestiones, recolecta información y la evalúa.

Cuantitativo porque es un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones. (Hernández, Fernández, y Baptista , 2014)

Descriptivo: describe fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan, con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, Fernández, y Baptista , 2014)

Transversal

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, Fernández, y Baptista , 2014)

8.2 Población.

La población a donde se llevó a cabo la investigación es el profesional de enfermería de los diferentes turnos del Hospital Cinta Larga el cual cuenta con una plantilla de 72 enfermeras.

8.3 Muestra.

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. (Hernández, Fernández, y Baptista , 2014). Se realiza el estudio a la muestra que consta de 30 enfermeras de la unidad de cuidados neonatal adscritas a los diferentes turnos, turno matutino, vespertino, guardia nocturna A, guardia nocturna B, guardia especial diurna y guardia especial nocturna, del Hospital Cinta Larga de los Servicios de Salud de Hidalgo.

8.4 Muestreo.

Por conveniencia

8.5 Criterios de Inclusión

Profesional de enfermería adscrito a la unidad de cuidados neonatal del Hospital Cinta Larga de los servicios de salud de Hidalgo, de cualquier edad, estado civil, de los diferentes turnos, personal de base, regularizado, formalizado y de contrato, con nivel académico de Enfermera Especialista, Licenciada en Enfermería y Enfermera General, y que tenga a su cuidado un recién nacido prematuro.

8.6 Criterios de exclusión

Profesional de enfermería que no esté adscrito a la unidad de cuidados neonatal.

8.7 Criterios de eliminación

Profesional de enfermería que no desee participar en la investigación.

IX Recolección de datos

Se aplicó el instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la unidad de cuidados neonatal F1-CEN 1.5/02 INDICAS: sistema nacional de indicadores de calidad en salud indicador de cuidados de enfermería al neonato prematuro adaptado por Chárrez, 2016 al cual se le dio un coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson de .8666

Se otorgó un consentimiento informado al profesional de enfermería y a su vez se mencionó mantener el anonimato, el instrumento fue llenado en los diferentes turnos matutino, vespertino, nocturnos y guardias especiales de fin de semana.

9.1 Procedimiento de recolección de datos

Una vez autorizado el protocolo por el Comité de ética del hospital se realizó la aplicación del instrumento al profesional de enfermería de la unidad de cuidados neonatal, se firma el consentimiento informado y el personal contesta el cuestionario.

X Instrumento

Se aplicó el instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la unidad de cuidados neonatal, con 23 ítems, es un instrumento que se basa en el formato de recolección de datos F1-CEN 1.5/02 INDICAS: sistema nacional de indicadores de calidad en salud indicador de cuidados de enfermería al neonato prematuro adaptado por Charréz en el 2013.

El instrumento está estructurado en dos apartados, en el primer apartado se valoran datos sociodemográficos del profesional de enfermería: edad, género, estado civil, turno, antigüedad en el servicio, antigüedad en el hospital, tipo de contrato, y el nivel académico de enfermería.

El segundo apartado del instrumento tiene variables nominales ordinales, para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en las unidades de cuidados neonatales, se establecen opciones de respuesta dicotómica si y no, los ítems están elaborados en cuatro dimensiones las cuales son la iluminación, el ruido, la postura y la manipulación mínima en el recién nacido prematuro, del ítem uno al cinco menciona la actitud del profesional de enfermería por modificar el ambiente del recién nacido que presenta estrés, el ítem número seis al catorce incluye las intervenciones de enfermería para disminuir la iluminación y el ruido, los ítems quince al diecinueve la postura del recién nacido, y los ítems veinte al veintitrés comprende la manipulación mínima del recién nacido prematuro.

XI Aspectos éticos de la investigación

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título segundo, capítulo 1.

Artículo 12, fracción V se contó con el consentimiento informado por escrito del profesional de enfermería.

Artículo 13 se especifica que en toda investigación donde el ser humano es el objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.

Artículo 14 fracción VIII se solicitó el permiso de la autoridad de la institución.

Artículo 16 se respetó la privacidad de los individuos objeto de estudio.

XII. Plan de Análisis

El procedimiento de análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 19. Se utilizó estadística descriptiva a través de distribución de frecuencias y porcentajes, se realizaron gráficas y medidas de tendencia central y de variabilidad tales como media, moda, desviación estándar.

XIII. Resultados

La edad del profesional de enfermería de la unidad de cuidados neonatal tiene como valor máximo 49, como mínimo 20, una media de 33.4 y DE= 6.5

Con respecto a la antigüedad en el servicio con un valor mínimo de 1 se encuentra la antigüedad del profesional de enfermería en el servicio de cuidados neonatales, un valor máximo de 3, una media de 1.53 y una DE= .571

La antigüedad del profesional de enfermería en la unidad hospitalaria es de un valor mínimo de 1, máximo de 15, DE= 5.346 y una media de 6.2

Tabla 5. Variables edad, antigüedad en el servicio y antigüedad en el hospital.

	\bar{X}	DE	Valor mínimo años	Valor máximo años
Edad	33.43	6.516	20	49
Antigüedad en el servicio	1.53	.571	1	3
Antigüedad en el hospital	6.20	5.346	1	15

Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal.

Se estudiaron a 30 enfermeras, y el (100%) son de género femenino, como datos sobresalientes está el estado civil con una frecuencia de 11 (36.7%), con referencia al turno el matutino 6 (20%) y 6 (20%) en el turno vespertino, refiriéndonos al tipo de contrato 16 (53.3%) es personal de contrato, en cuanto a nivel académico 27 (90%) son licenciadas en enfermería.

Tabla 6. Variables sociodemográficas.

Variable	Fr	%
Género		
Femenino	30	100%
Masculino	0	0%
Estado civil		
Soltero	9	30%
Casado	8	26.7%
Viudo	2	6.7%
Divorciado	0	0%
Unión libre	11	36.7%
Turno		
Matutino	6	20%
Vespertino	6	20%
Nocturno A	5	16.7%
Nocturno B	4	13.3%
Especial Diurno	5	16.7%
Especial nocturno	4	13.3%
Tipo de Contrato		
Base	3	10%
Regularizado	10	33.3%
Formalizado	1	3.3%
Contrato	16	53.3%
Nivel académico		
Enfermera Especialista	1	3.3%
Licenciada en enfermería	27	90%
Enfermera general	2	6.7%

Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal.

Toda la muestra evaluada del profesional de enfermería (100%) corresponde al género femenino.

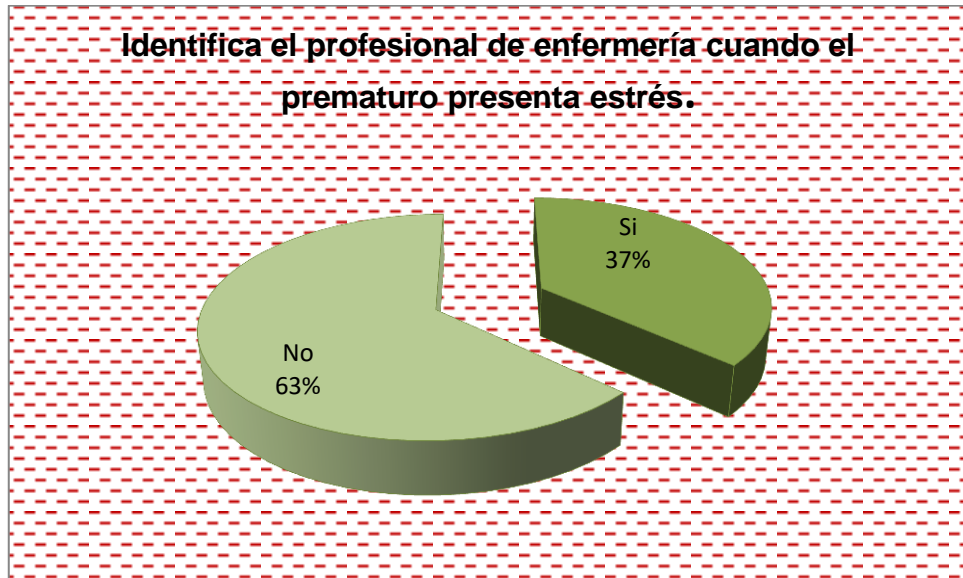
Con respecto al estado civil se encontró que más de una tercera parte del profesional de enfermería 36% vive en unión libre, es poco menos de una tercera parte de la muestra 30% que es soltera, casi una tercera 27% corresponde a estado civil casada, y solo una mínima parte 7% corresponde a viudez.

El turno al cual el personal está adscrito, es una vigésima parte de la muestra 20% que corresponde al personal adscrito al turno matutino y vespertino, y es en menor porcentaje 17% el personal que corresponde al turno Nocturno A y Especial diurno y casi una décima parte 13% corresponde al turno especial nocturno y al Nocturno B.

El tipo de contrato del profesional de enfermería es más de la mitad del profesional (54%) que brinda cuidados en la unidad neonatal es personal de contrato, una tercera parte 33% es con contrato tipo regularizado, una décima parte 10% es personal de base y una mínima parte de la muestra 3% es formalizado.

El nivel académico del profesional de enfermería son tres terceras partes del profesional evaluado (90%) tiene licenciatura en enfermería, menos de una décima parte 6.7 % son enfermeras generales y solo una mínima parte 3.3% son especialistas

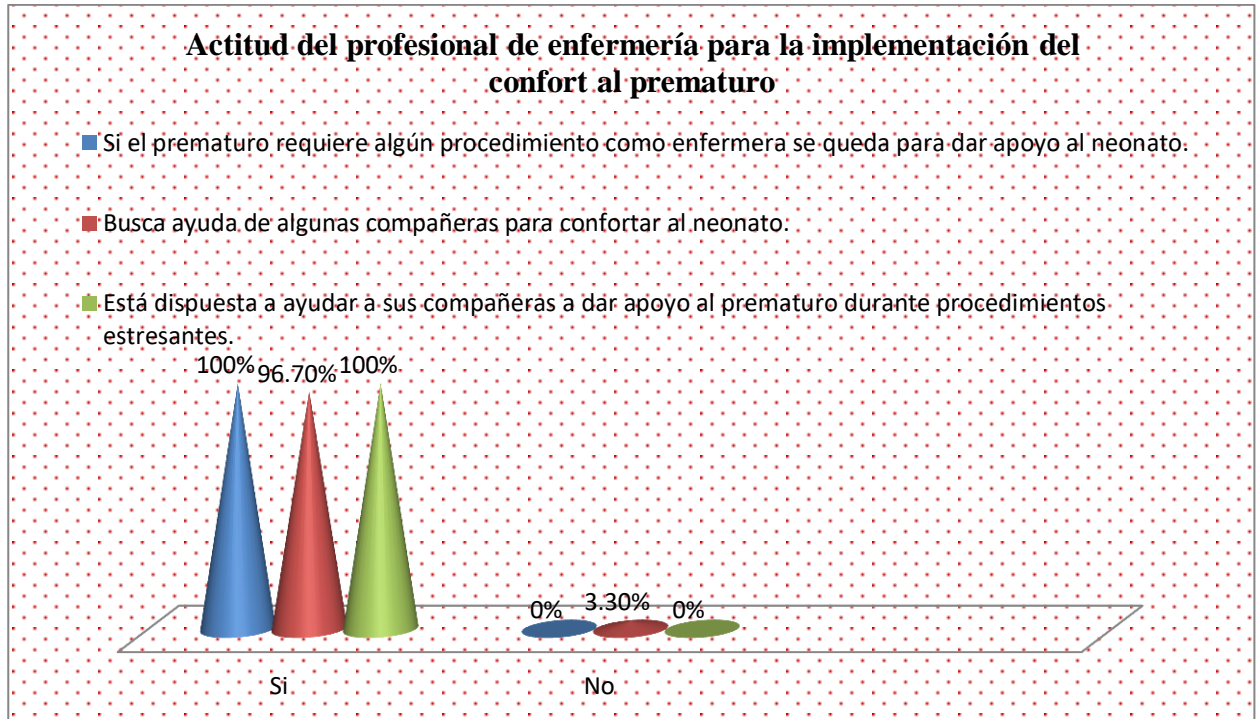
Gráfico 1. Identifica el profesional de enfermería cuando el prematuro presenta estrés.



Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal.

Dos terceras partes (63%) del profesional de enfermería no tiene conocimiento de cómo identificar al recién nacido prematuro con estrés, y solo una tercera parte 37% de la muestra si identifica al prematuro estresado.

Gráfico 2. Actitud del profesional de enfermería en la implementación de las medidas de confort al prematuro hospitalizado.



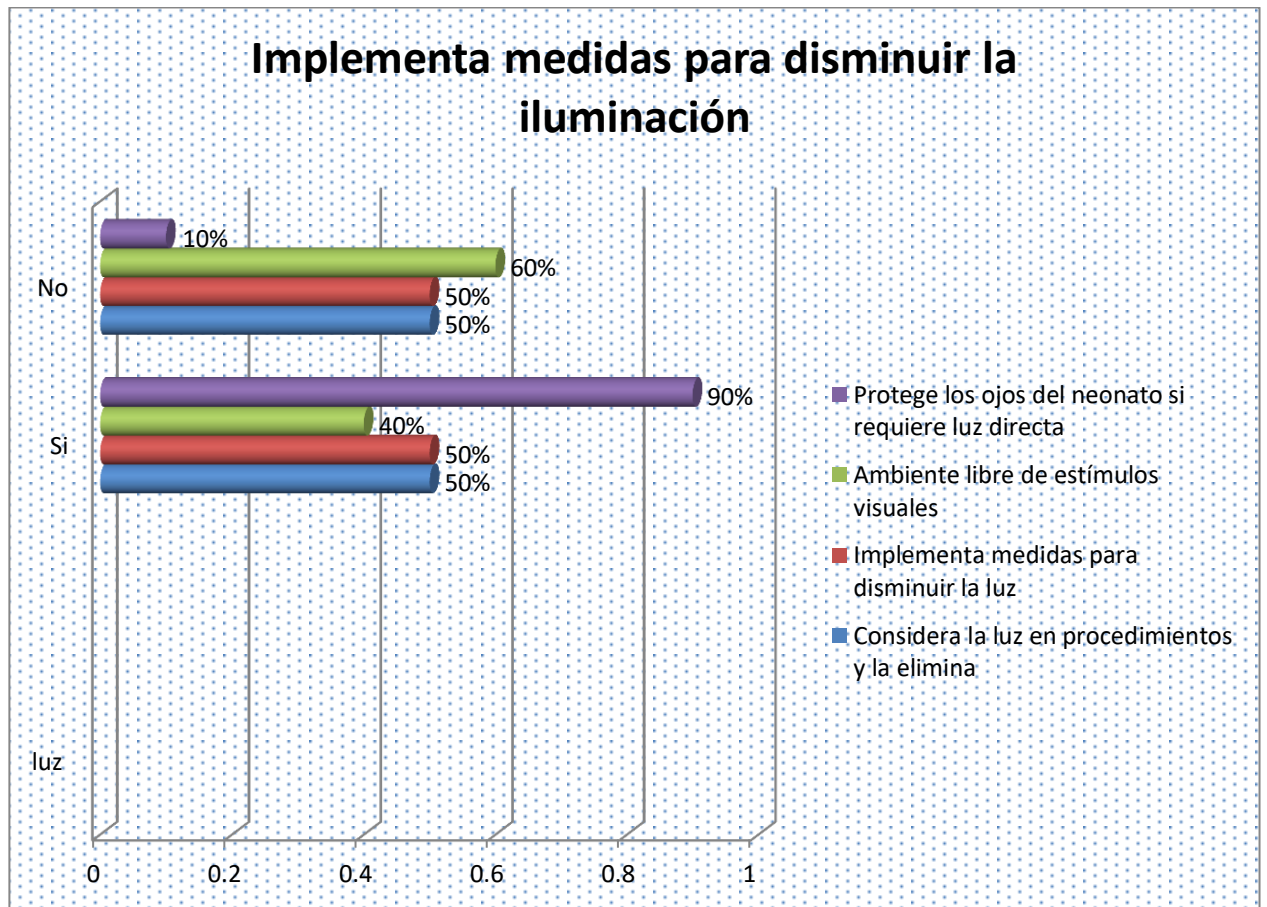
Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal

La actitud de todo el profesional de enfermería (100%), es ayudar a sus compañeras a dar apoyo al prematuro durante procedimientos estresantes.

Casi el total de los profesionales de enfermería (97%) busca confortar al prematuro durante procedimientos estresantes buscando ayuda de sus compañeras y es un mínimo (3%) quienes deciden no buscar ayuda de sus compañeras para dar confort al prematuro.

El total de las enfermeras (100%) están dispuestas a ayudar a sus compañeras a dar apoyo al prematuro durante procedimientos estresantes.

Gráfico 3. Implementa el profesional de enfermería medidas para disminuir la iluminación.



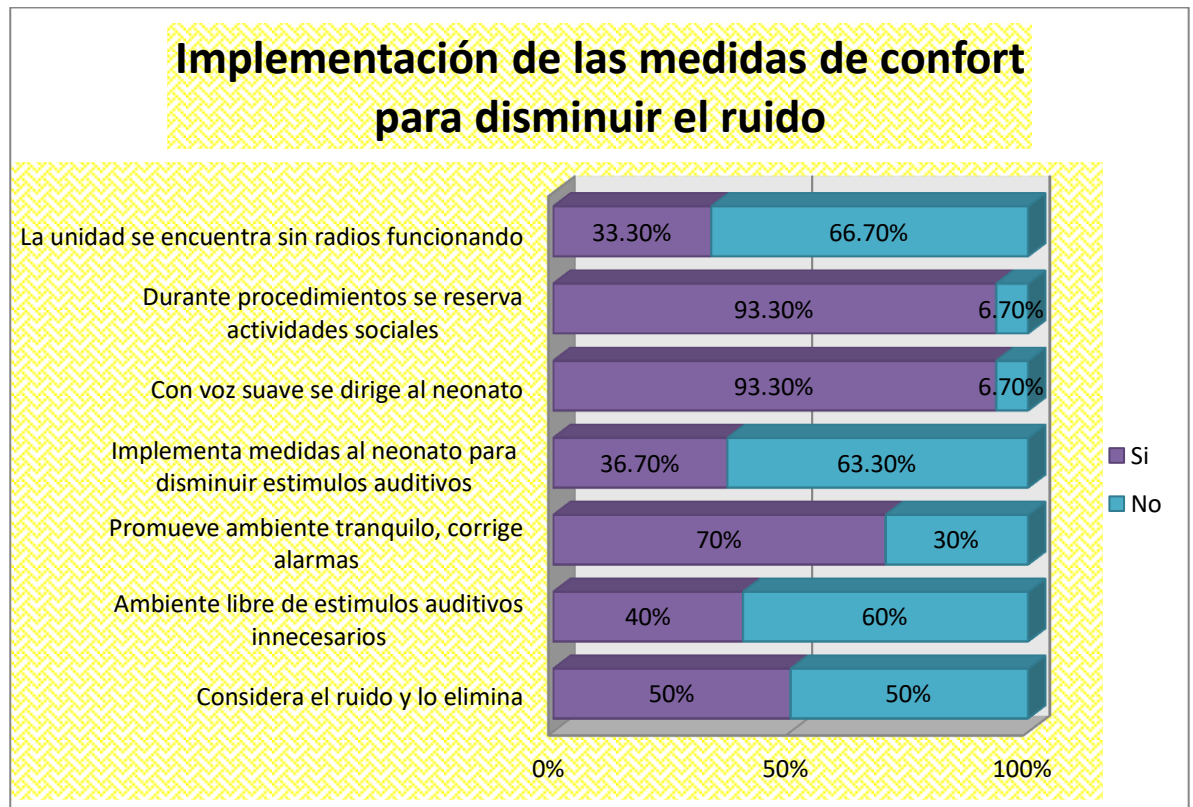
Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal
n=30

La mitad de la muestra del profesional de enfermería (50%) implementa medidas para eliminar los estímulos innecesarios que son la iluminación y el ruido y la otra mitad (50%) no elimina esos estímulos.

La mitad (50%) de los profesionales de enfermería que dan cuidados al recién nacido prematuro proporciona medidas para disminuir la intensidad de la iluminación y la otra mitad (50%) no realiza esta intervención.

Tres terceras partes del profesional de enfermería (90%) protege los ojos del recién nacido prematuro que necesita luz directa y solo una minoría 10% no atiende a esta intervención.

Gráfico 4. Implementación de las medidas de confort para disminuir el ruido.



Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal

n=30

Tres terceras partes de la muestra se reserva actividades sociales durante procedimientos, y se dirige al neonato con voz suave (93.30%), y menos de una décima parte de la muestra 6.70% no lo realiza. Más de dos terceras partes de la muestra (70%) del personal promueven un ambiente tranquilo y corrige prontamente las alarmas y es una tercera parte del personal que no lo realiza.

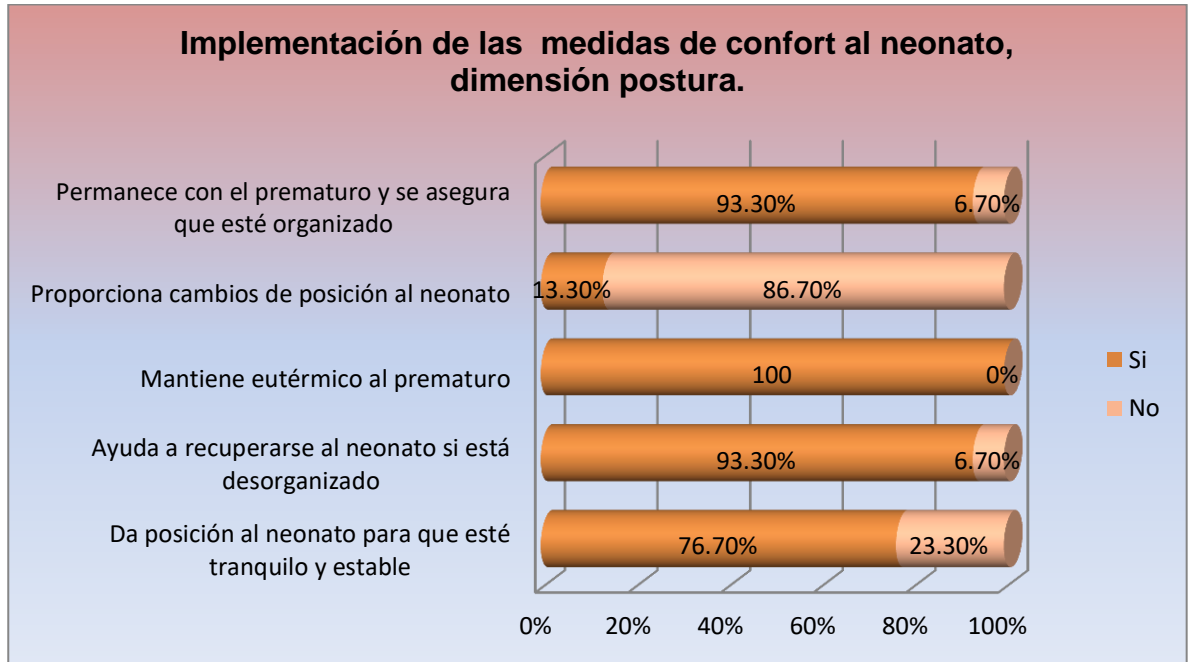
Dos terceras partes de la muestra (66.70%) tiene radios funcionando dentro de la unidad neonatal, y solo una tercera parte de la muestra 33.30% no tiene radios funcionando en la unidad de cuidados neonatal.

Dos terceras partes de la muestra (63.3%) implementa medidas al neonato para disminuir estímulos auditivos y una tercera parte 36.7% no lo hace.

Dos terceras partes de la muestra (60%) no se encuentra con un ambiente libre de estímulos auditivos y es más de una tercera parte 40% que si cuentan con un ambiente libre de estímulos auditivos innecesarios. Es la mitad de la muestra (50%) que considera el ruido durante los procedimientos y lo elimina, y la otra mitad (50%) corresponde a no considerar el ruido y no eliminarlo.

Dos terceras partes del profesional de enfermería (66.7%) tiene radios funcionando en la unidad de cuidados neonatal, mientras una tercera parte del profesional no tiene radios funcionando en la unidad y no genera ruido 33.3%.

Gráfico 5 Implementación de las medidas de confort en la dimensión postura.



Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal

n=30

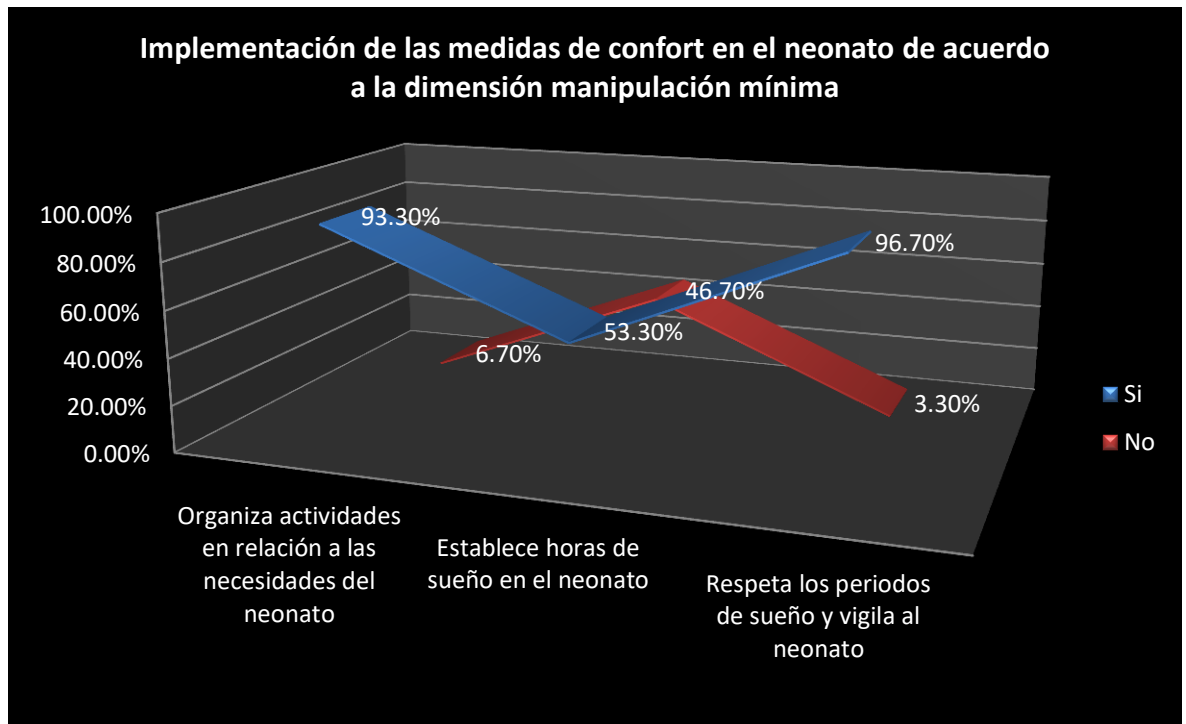
El total de la muestra (100%) mantiene una temperatura corporal en el prematuro. Tres terceras partes del profesional de enfermería (93.3%) ayuda al neonato a recuperarse antes de continuar su trabajo si es que este se encuentra desorganizado y una mínima parte 7% si el neonato se encuentra desorganizado no lo ayuda a recuperarse y continua su trabajo.

Casi tres terceras partes (86.7%) del profesional de enfermería no proporciona cambios de posición en un lapso de 2-4 horas al neonato prematuro mientras que una décima parte 13.3% si lo realiza.

Casi una décima parte de la muestra del profesional de enfermería 6.70% no permanece con el neonato prematuro después de un procedimiento no se asegura de que éste se mantiene organizado, mientras tres terceras partes (93.30%) si permanecen con el neonato asegurándose que se mantiene organizado.

Poco más de dos terceras partes de los profesionales de enfermería (76.7%), utilizan herramientas para dar posición al neonato prematuro mientras que el 23.3% no da posición al neonato para que esté tranquilo y estable.

Gráfico 6. Implementación de las medidas de confort por el profesional de enfermería dimensión manipulación mínima.



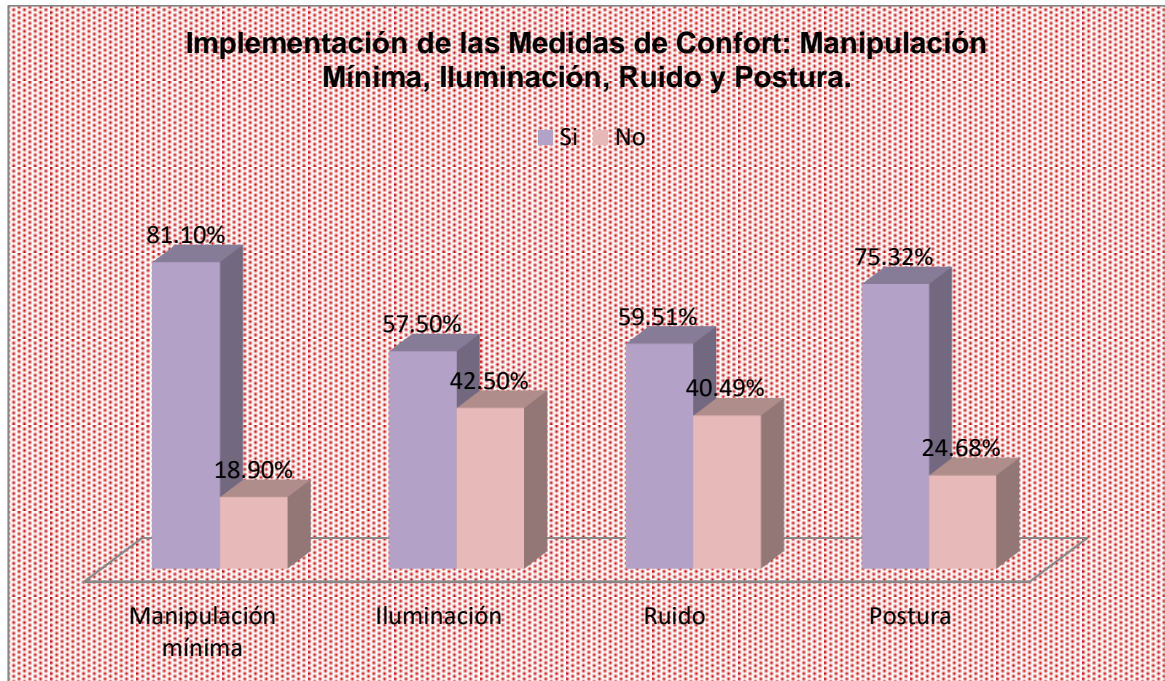
Fuente: Instrumento para evaluar la implementación de las medidas de confort en el cuidado neonatal
n=30

Aproximadamente el total de los profesionales de la salud (97%) respeta los periodos de sueño del neonato y solo una minoría 3% no lo realizan.

Tres terceras partes del profesional de enfermería (93.3%) concentra y organiza actividades en el neonato prematuro para favorecer la manipulación mínima y casi una décima parte del profesional 6.7% no organiza actividades para favorecer la manipulación mínima.

Un poco más de la mitad del profesional de enfermería (53.3%) establece horas en el sueño del recién nacido prematuro favoreciendo así una manipulación mínima y es casi la mitad (46.7%) quien no establece horarios de sueño para el neonato enfermo.

Gráfico 7. Implementación de las Medidas de Confort: Manipulación Mínima, Iluminación, Ruido y Postura.



En la dimensión Manipulación Mínima casi tres terceras partes del profesional de enfermería (81.10%) implementa medidas de confort, y el 18.9% no lo realiza. Poco más de la mitad del profesional de enfermería (57.50%) implementa medidas de confort para disminuir la iluminación al recién nacido prematuro, y menos de la mitad (42.50%) no lo implementa.

Más de la mitad de la muestra (59.51%) implementa en el prematuro medidas de confort para disminuir el ruido, y menos de la mitad (40.49%) no lo implementa. En la dimensión postura, tres terceras partes del profesional de enfermería (75.32%) implementa el confort en esta dimensión y el (24.68%) no lo implementa en la unidad de cuidados neonatales.

Para dar respuesta a la hipótesis de investigación en donde se planteó que el profesional de enfermería implementa las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura en el neonato prematuro, se rechaza y se acepta la hipótesis nula donde se señala que el profesional de enfermería no implementa las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro.

Dado que un 18.90% no implementa medidas de confort asociadas a la manipulación mínima, el 42.5% no implementa medidas de confort en la iluminación, el 40.49% no implementa medidas para disminuir el ruido y el 24.68% de la muestra no implementa medidas de confort para la dimensión postura.

XIV. Discusión

El presente trabajo de investigación es realizar una evaluación de la implementación de las medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro en la unidad de cuidados neonatal, de tal manera que los hallazgos encontrados con el marco referencial son los siguientes.

La edad del profesional de enfermería en el área de cuidados neonatal en el presente estudio fue una mínima de 20 y máximo de 49 por lo que se encuentra similitud con el estudio de (Peña) 2014 en donde el personal tiene entre 36 y 50 años por lo que solo hay similitud en la edad en el nivel máximo, no encontrando similitud en el nivel mínimo. El resto de los estudios no contemplan esta variable sociodemográfica.

De acuerdo al presente estudio quien destacó fue el sexo femenino con 100% como variable sociodemográfica y en similitud con el estudio de Peña (2014) dice que el 90% del personal es femenino y solo 10% es masculino, de tal manera que es predominante el cuidado al recién nacido prematuro por parte del sexo femenino del profesional de enfermería.

El turno en el cual el profesional labora es el matutino y vespertino en el mismo porcentaje 20% por cada uno, mientras que Chárrez (2016) en su estudio encuentra un porcentaje de 36.6% del personal en el turno nocturno, mientras que en el estudio de Peña (2014) el recurso humano en el turno matutino es de mayor concentración, por lo que hay similitud entre el turno matutino del presente estudio y el último estudio.

El nivel académico del presente estudio muestra que es el 90% del profesional que tiene un nivel licenciatura dentro de su perfil académico, mientras que de acuerdo a Chárrez (2016) en su estudio es el nivel técnico del profesional el que predomina con un 39%, en el estudio de Peña (2014) el nivel técnico es predominante, seguido del personal con licenciatura en enfermería., el cual coincide con Charrez en su estudio y no encontrando similitud con el estudio presente de la investigación.

En la actitud del profesional de enfermería para la implementación de las medidas de confort el estudio de Charrez (2016) se encontró que el profesional de enfermería tiene un actitud positiva hacia dicha intervención en un (71.7%), y el presente estudio encuentra una actitud positiva del personal de enfermería para la implementación de las medidas de confort del 96.7% de cumplimiento, no encontrando similitud entre los estudios.

En las medidas que el profesional de enfermería implementa para disminuir la iluminación en la unidad de cuidados neonatal, como dato sobresaliente es que si protege los ojos del neonato si es que este requiere luz directa con un 90% en la presente investigación, mientras que Chárrez (2016) con un 85.4% llevan a cabo dicha actividad, en el estudio de Hernández y Ocampo (2009) es el 87.5% que se obtuvo de cumplimiento de intervenciones de enfermería para minimizar la iluminación en la unidad de cuidados neonatal, en el artículo de Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro, y Maldonado (2011) en el cumplimiento de esta dimensión preintervención cumple con el 47% y posintervención el 100% de tal manera que hay similitud en los estudios de Charrez, Hernández y Ocampo, no habiendo similitud con el último estudio.

En cuanto a la dimensión ruido el presente estudio de investigación demuestra que el 66.7% se encuentra con radios funcionando dentro de la unidad neonatal y de acuerdo con el estudio de Chárrez (2016) el 43.3% se encuentra con radios funcionando en la unidad, el estudio de Rivera, Lara, Herrera, Salazar,

Castro , y Maldonado (2011) en el cumplimiento preintervención de un ambiente sin ruido nocivo es de 40% y el cumplimiento posintervención 96%, con Hernández y Ocampo (2009) se obtuvo un 87.5 % en el cumplimiento de las intervenciones de enfermería para minimizar disminuir el exceso de ruido.

De acuerdo a la dimensión postura la presente investigación da como resultado que el 86.7% del profesional de enfermería no implementa las medidas para proporcionar cambios de posición al neonato y solo el 3.3% si lo realiza mientras que Chárrez (2016) menciona en sus resultados que el 95.1% del profesional si da cuidados de cambios de posición al recién nacido y el 4.9% no atiende a esta intervención, en el estudio de Hernández y Ocampo (2009) el 87.5% da cumplimiento a dar una posición anatomica al recién nacido, el estudio de Rivera, Lara, Herrera, Salazar, Castro y Maldonado (2011) en la dimensión postura en el cumplimiento preintervención y posintervención es del 100%

En la dimensión manipulación minima en la presente investigación el 96.7% del profesional de enfermería respeta los periodos de sueño y vigila al neonato no encontrando similitud con Peña (2014) en su estudio en donde el 65.1% del personal de enfermería tiene un cumplimiento en la manipulación minima del recién nacido, en referencia al estudio de Hernández y Ocampo (2009)es el 87.5% del profesional de enfermeria que da cumplimiento a la dimensión manipulación minima, Chárrez (2016) en su investigación en esta dimensión el 75.2% atiende a esta intervención.

La teoría del confort de Katharine Kolcaba en su definición de comodidad dice que es reconfortar enormemente, ofreciendo esta definición la justificación para que las enfermeras conforten para que los pacientes estén mejor y las enfermeras estén satisfechas. Las necesidades de cuidados de salud de los prematuros se ponen de manifiesto a través de informes no verbales y con parámetros fisiopatológicos, por lo que las intervenciones de confort del

profesional de enfermería en el neonato están diseñadas para necesidades específicas en el contexto ambiental en el que se produce el confort e incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas.

El confort se mejora cuando la enfermera puede manipular el entorno del paciente, siendo la comodidad un objetivo deseable que concierne a la disciplina enfermera, el confort es una necesidad humana que las personas luchan por satisfacer. Para mejorar el confort, al neonato el profesional de enfermería debe suministrar las intervenciones apropiadas de modificación del ambiente en el entorno del neonato en las dimensiones manipulación mínima, iluminación, ruido y postura.

Realizar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia producen mejores resultados. La teoría tiene importancia para la práctica y guía fácilmente a las enfermeras en la planificación y el diseño de los cuidados enfermeros en cualquier entorno. (Raile, y otros, 2014)

XV. Conclusiones

Cada recién nacido es una persona única y vulnerable tanto a los factores de estrés ambientales como de quienes los cuidan. El recién nacido se ha expuesto a un ambiente cargado de factores estresantes: el ruido, la iluminación, la postura, la manipulación excesiva constante durante las 24 horas. El ambiente donde se atiende a los neonatos requiere modificación de parte del profesional de enfermería, manejo de equipos, realización de procedimientos que pueden disminuir los factores causantes de estrés y la protocolización de las intervenciones de enfermería.

Al adecuar el ambiente a las necesidades del recién nacido el clima se torna menos agotador y más positivo. Es responsabilidad del personal de salud proveer un ambiente apacible de confort al recién nacido, las enfermeras en la unidad de cuidados neonatal deben satisfacer las necesidades fisiológicas del recién nacido, pero enfocarse en aquellas acciones que contrarresten los factores ambientales que afectan al recién nacido prematuro.

En la presente investigación se encuentra que de acuerdo a las variables sociodemográficas es el profesional de género quien da cuidado al prematuro en la unidad de cuidados neonatal, se encontraron hallazgos tales como estado civil unión libre en su mayoría, predomina personal de enfermería en el turno matutino y vespertino y disminuye en los diferentes turnos, es el personal de contrato el cual abarca la mayoría del profesional para la atención del recién nacido, y de acuerdo al perfil académico son los licenciados en enfermería quienes integran la plantilla para la atención del recién nacido en la unidad de cuidados neonatal.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la presente investigación se encuentra que el profesional de enfermería en su cuidado diario no implementa medidas para disminuir la iluminación no habiendo un ambiente libre de estímulos visuales.

Hablando de la dimensión ruido en esta investigación se encontró que el profesional de enfermería no implementa medidas para disminuir el ruido en la unidad de cuidados neonatal teniendo en cuenta que tienen radios funcionando en la unidad y no implementa medidas para disminuir estímulos auditivos.

En la implementación de las medidas de confort al neonato en la dimensión postura el profesional de enfermería en la presente investigación no proporciona cambios de posición al neonato durante su estancia hospitalaria por lo que resulta importante establecer un programa de educación al profesional de enfermería.

Otra variable que se abordó en la presente investigación es la implementación de las medidas de confort en el neonato de acuerdo a la dimensión manipulación mínima en la cual el hallazgo encontrado es que el profesional de enfermería si respeta los periodos de sueño y vigila al neonato. Pero la mitad del personal no establece horas de sueño en el recién nacido y no organiza actividades en relación a las necesidades del neonato.

Como enfermeras somos privilegiadas por acompañar al neonato prematuro durante su estancia en la unidad de cuidados neonatal y de realizar las gestiones correspondientes para llevar a cabo una mejora en la atención del recién nacido que así lo demanda.

XVI. Sugerencias

- 1) Mostrar los resultados a los directivos y personal de salud de la unidad hospitalaria para la implementación de la mejora del área de oportunidad.
- 2) Diseñar un programa de capacitación al profesional de enfermería adscrito a la unidad de cuidados neonatal de la implementación de las medidas de confort al recién nacido prematuro.
- 3) Capacitar al profesional de enfermería en la implementación de las medidas de confort al neonato prematuro del servicio de cuidados neonatales y a todo el profesional de enfermería de la unidad hospitalaria para rotaciones posteriores en el servicio de neonatología.
- 4) Sensibilizar al equipo de salud respecto a la implementación de medidas de confort para realizar acciones de prevención de exceso de ruido, control de la iluminación, cuidados posturales y manipulación mínima para disminuir la estancia hospitalaria en el recién nacido y favorecer el incremento ponderal.
- 5) Elaborar en conjunto con el profesional de enfermería protocolos escritos para la implementación de las medidas de confort asociados a la manipulación mínima, iluminación, ruido y postura durante su estancia hospitalaria al neonato prematuro.

XVII. Bibliografía

- Chárrez, A. (2016). *Implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la UCIN*. México.
- Egan, F., & Quiroga, A. (2012). Cuidado para el neurodesarrollo. *revista de enfermería*, 4-13.
- Fernández, M. (2004). Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. *Revista pediátrica electrónica*, 1.
- Fernández, M. N. (2013). *Mortalidad Infantil en el Estado de Hidalgo*. Hidalgo, México.
- Gallegos, e. (2011). Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. *Acta pediátrica de México*, 32(1).
- Hernández, M. E., & Ocampo, A. M. (2009). evaluación de protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor a 2.500 gramos, Hosp. Carlos Sáenz Herrera. *Enfermería en Costa Rica*, 29, 6.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). México: Mc. Garw Hill Interamericana.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro*. Recuperado el 2013, de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/>
- Instituto Nacional de Perinatología. (2014). *Cuidados avanzados en el neonato* (Vol. 1). México: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Lemus, M., & Sola, A. (2014). Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y estrés del recién nacido. *Pan American Journal of Public Health*, 350.
- Marriner, A., & Raile, A. M. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid, España: Elsevier España.
- Morán, A. V., & Mendoza, R. L. (2000). *Modelos de Enfermería*. México: Trillas.

- Mulano, L., & Guerrero, S. (junio de 2012). características de la enfermera que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Revista Cubana de Enfermería*, 28.
- Oliveros, M. (2011). Prematuridad, epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal, pronóstico y desarrollo a largo plazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54, 7.
- OMS. (enero de 2010). www.who.int/bulletin/volumenes/88/1/08-062554. Obtenido de www.who.int/bulletin/volumenes/88/1/08-062554
- OMS. (Noviembre de 2015). Recuperado el noviembre de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- OMS. (2016). *Nacimientos Prematuros*. Recuperado el Noviembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2016). Recuperado el 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Paz, M. (2004). Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. *Revista pediatría Electrónica*, 1, 15.
- Peña, L. (19 de Junio de 2014). (L. Peña, M. D. Martínez, L. Cárdenas, & P. Cruz, Productores) Obtenido de http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol6/2_EVALUACION.pdf
- Pereyra, C. (diciembre de 2013). Obtenido de <file:///C:/Users/juancarlos/Desktop/protocolo%20tesis%20estres%2021%20marzo/conocimientomq%20posee%20personal%20enfermeria.pdf>
- Plascencia, J., Barbosa, R., & Herrera, M. G. (2010). *Cuidados Avanzados en el neonato* (2010 ed.). (J. Mancilla, Ed.) México.
- Poma, I. (mayo de 2013). bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind. Recuperado el mayo, de bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind

- Raile, M., Alvsvad, H., Bailey, D., Banfield, B., Berbiglia, V., Brookes, N., y otros. (2014). *Modelos y teorías en enfermería* (octava ed.). (M. Raile, Ed.) Barcelona España: Elsevier.
- Rellán, S., García, C., & Paz, M. (2008). www.aeped.es/protocolos.
- Reyes, O. (12 de 04 de 2012). <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4277/1/Evaluacion-de-la-atencion-de-enfermeria-en-la-aplicacion-del-protocolo-de-intervencion-minima-al-neonato-grave.html>. Obtenido de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4277/1/Evaluacion-de-la-atencion-de-enfermeria-en-la-aplicacion-del-protocolo-de-intervencion-minima-al-neonato-grave.html>
- Rivera, P., Lara, D., Herrera, A., Salazar, E., Castro, I., & Maldonado, G. (2011). Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Cd. Victoria. *Enf Neurol*, 10, 159-162.
- Robledo, H. (2012). De la idea al concepto en la calidad de los servicios de salud. *CONAMED*, 17, 172-175.
- Rodríguez, R., & Pattini, A. (2016). Iluminación en Unidades de cuidados Intensivos Neonatales: Actualización y recomendaciones. *Arch Argent Pediatr*, 361-367.
- Sánchez, G. (2010). Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria*, 176-177.
- Sánchez, G., Quintero, L. J., Rodríguez, G., Nieto, A., & Rodríguez, I. (julio de 2010). Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria*, 176-180.
- Schapira, I., & Aspres, N. (2004). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91223306>. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91223306>

Anexos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

Carta de consentimiento informado

En el presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio “Evaluación de la implementación de medidas de confort asociadas a la manipulación mínima en la iluminación, ruido, postura, en el neonato prematuro” siendo debidamente informada del propósito de este estudio.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en el Artículo 17; se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente estudio de investigación es sin riesgo como lo indica la ley general de salud en materia de investigación que dice:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos.

Declaro haber sido correctamente informado(a) de los propósitos del estudio por el cual me comprometo a responder con tal veracidad y voluntariedad a cada una de las interrogantes planeadas, por lo cual solicito que todos mis datos brindados por este equipo, se mantenga en total confidencialidad.

De manera que se señala de aceptación voluntaria y agradecimiento por su total disponibilidad para contestar el cuestionario, aclarando que no está obligado(a) a participar, ya que tiene derecho a abandonar el estudio cuando lo crea necesario.

Firma del participante

Firma del testigo



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
POSGRADO DE ENFERMERIA NEONATAL**



INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS
DE CONFORT EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA ANTE EL ESTRÉS QUE PRESENTA EL NEONATO
PREMATURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATAL.

FOLIO: _____
FECHA DE ELABORACIÓN: _____

<p>Objetivo del estudio: Identificar la implementación de las medidas de confort: modificaciones ambientales, postura y manipulación minina en el cuidado de enfermería con el comportamiento que presenta el recién nacido prematuro ante el estrés en la unidad de cuidados neonatal.</p> <p>Instrucciones: En los datos de identificación del personal de enfermería subraye la respuesta que es correcta. De acuerdo con la observación realizada con su actividad profesional elija una opción que considere correcta y márquela con una X.</p> <p>El tiempo estimado para la recolección de información es de 10 minutos.</p> <p>Toda información proporcionada se utilizará única y exclusivamente con el objetivo del estudio, quedando en anonimato la procedencia de la persona a quien se le elabora.</p>						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA						
Edad:	_____ años.					
Género:	Femenino	Masculino				
Estado Civil:	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Union Libre	
Turno:	Matutino	Vespertino	Nocturno A	Nocturno B	Especial Diurno	Especial Nocturno
Antigüedad en el servicio:	_____ años.					
Antigüedad en el hospital:	_____ años.					
Tipo de Contrato:	Base	Regularizado	Formalizado	Contrato		
Nivel Académico:	Enfermera Especialista	Licenciado Enfermería	Enfermería General			
CATEGORIA		LO IMPLEMENTA				
		SI		NO		
1. Identifica oportunamente cuando el recién nacido prematuro presenta signos de estrés.						
2. Si el recién nacido prematuro requiere que otra persona del equipo médico lleve a cabo algún procedimiento, comenta respetuosamente el mejor momento para llevarlo a cabo y como enfermera se queda para dar apoyo al neonato prematuro durante este.						
3. Busca ayuda de algunas de sus compañeras para confortar al neonato durante procedimientos estresantes.						
4. Esta dispuesta a ayudar a sus compañeras a dar apoyo al neonato prematuro durante procedimientos estresantes.						
5. Implementa acciones para modificar el ambiente que rodea al neonato prematuro.						
6. Considera las fuentes de luz, sonido, movimiento, olor y gusto al que el neonato prematuro tendrá que enfrentarse durante los procedimientos, elimina cuidadosamente los estímulos innecesarios.						
7. Proporciona medidas para disminuir la intensidad de luz en el neonato prematuro.						
8. El ambiente que rodea al neonato prematuro se encuentra libre de estímulos auditivos y visuales innecesarios.						
9. Promueve un ambiente tranquilo en su unidad, respondiendo prontamente a las alarmas y tomando el tiempo de corregir la causa de la alarma antes de continuar su trabajo.						
10. Proporciona medidas al neonato prematuro para disminuir los estímulos auditivos nocivos.						

11. Al estar en contacto con neonato prematuro se dirige hacia ellos con voz suave.		
12. Se reserva las actividades sociales para cuando termina los procedimientos de rutina.		
13. Si necesita una luz directa, protege los ojos del neonato prematuro.		
14. La unidad de cuidados neonatal se encuentra sin radios funcionando.		
15. Utiliza todas las herramientas a su alcance de la manera que la cuna y la posición del neonato apoyen sus esfuerzos para estar tranquilo y estable.		
16. Si un neonato se encuentra desorganizado, a pesar de todos sus esfuerzos, se detiene y lo ayuda a recuperarse antes de continuar su trabajo.		
17. Mantiene eutérmico al neonato prematuro.		
18. Proporciona cambios de posición en un lapso de 2-4 horas al neonato prematuro.		
19. Permanece con el neonato prematuro después del procedimiento, asegurándose que se mantiene organizado antes de continuar con otra actividad.		
20. Concentra y organiza actividades en relación a las necesidades del neonato prematuro.		
21. Establece horas de sueño en el neonato prematuro durante el turno.		
22. Respeta los periodos de sueño y vigila a los neonatos prematuros.		
23. Registra en la hoja de enfermería las intervenciones implementadas para fomentar el confort del neonato prematuro.		
Fuente: Adaptado por Chárrez (2012) del formato de recolección de datos F1-CEN 1.5/02 INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, Indicador de Cuidados de Enfermería al Neonato prematuro.		

¡Gracias!

Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Fecha de nacimiento La edad se medirá en años	Años
Género	Cualitativa	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino	Sexo	Femenino Masculino
Estado civil	Cualitativa	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Turno	Cualitativa	Momento u ocasión en que a una persona le corresponde	Turno	Matutino Vespertino Nocturno Especial diurno Especial nocturno

		hacer, dar o recibir una cosa.		
Antigüedad	Cuantitativa	Tiempo que a transcurrido desde que una cosa empezó a hacerse.	Tiempo	Años
Tipo de contrato	Cualitativa	Documento escrito de contratación entre el empleador y el trabajador en el que se pactan la labor, el sitio, la jornada y forma de pago.	Contratación	Base Regularizado Formalizado
Nivel académico	Cualitativa	Grado académico distinguido certificado por una institución.	Grado académico	1) Enfermera Especialista 2) Licenciada Enfermería 3) Técnico en Enfermera General 4)Auxiliar de Enfermería

Implementación de las medidas de confort en el cuidado de enfermería ante el estrés que presenta el neonato prematuro en la unidad de cuidados neonatal	Cualitativa	Es la acción en que se efectúa una aplicación o la ejecución de un plan, idea, modelo científico, diseño, especificación, estándar, algoritmo o política. (Chárrez, 2016)	Frecuencia en la implementación de las medidas de confort, modificaciones ambientales iluminación, ruido postura y estimulación mínima. Formato de recolección de datos F1-CEN 1.5/02INDICAS . Sistema Nacional de indicadores de calidad en salud, indicador de cuidados de enfermería al neonato. El cual está elaborado por 23 ítems. (Chárrez, 2016)	Dimensiones: 1) Manipulación mínima. 2) Iluminación 3) Ruido 4) Postura con opción de respuesta si y no.
---	-------------	--	--	--