

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**



**ESCUELA DE POSGRADO
DOCTOR LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑAN**

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE EL
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LOS
PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

PRESENTADO POR:

CARMEN RITA PALOMINO RUBIN

ASESORA:

DRA. MARÍA ISABEL VIGIL CORNEJO

2017

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE EL
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LOS
PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

DEDICATORIA

A Dios.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores.

A mi familia.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....12

1.1. Marco teórico.....12

1.2. Investigaciones 51

1.3. Marco Conceptual 59

CAPÍTULO II: PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES61

2.1. Planteamiento del problema 61

2.1.1. Descripción de la realidad problemática..... 61

2.1.2. Definición del problema..... 62

 Problema General 62

 Problemas específicos 62

2.2. Finalidad y Objetivos de la investigación.....61

2.2.1. Finalidad.....61

2.2.2. Objetivos.....62

 Objetivo General.....62

 Objetivos Específicos.....62

2.2.3. Delimitación del estudio.....62

2.2.4. Justificación e importancia del estudio.....	63
2.3. Hipótesis y Variables.....	65
Hipótesis General.....	65
Hipótesis Específicas	66
2.3.2. Variables e Indicadores.....	67
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	68
3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación	68
3.2. Población y Muestra.....	69
3.3. Técnicas e Instrumentos de la Investigación	69
3.4. Procesamiento de datos.....	69
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	71
4.1 Resultado del Análisis de la variable: Nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro.	71
4.2. Resultados del análisis de la variable: Procesos de atención de enfermería.....	79
4.3. Análisis relacional de las Variables	86
4.4. Contrastación de la Hipótesis	96
4.5. Discusión de resultados	97
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99

5.1. Conclusiones.....	99
5.2. Recomendaciones	100
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS	105

RESUMEN

Ontológicamente el cuidado subyace a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace. Por constitución ontológica entendemos aquello que entra en la definición esencial del ser humano y su vida práctica. Cuidando logramos comprender el ser humano. El cuidado es un modo existencial por el cual el ser aprende su situación e implicaciones de estar en el mundo. (Heidegger, 1989)

Es innegable el impacto de la filosofía en la actitud del cuidado de la enfermera como acción recíproca, sobre las creencias y valores morales que guían las acciones de servir al prójimo, cuidar de otra persona es ayudarlo a crecer y a realizarse. (Mayeroff, 1977)

La enfermera en la cotidianidad de las acciones del cuidado con su hacer y su decir vive en pluralidad, esa es la condición de la acción humana, en razón de que todos somos humanos y la acción y el decir es lo que nos introduce al mundo humano.

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro y su relación con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

El tipo de investigación es aplicada y el nivel evaluativo, las técnicas que se consideraron para la primera variable es la encuesta y para la segunda variable la observación. La población estuvo conformada por 80 personas y la muestra estuvo representada por toda la población.

En el proceso de la investigación se aplicó la prueba chi cuadrado X² para corroborar las hipótesis.

Como conclusión se demostró que el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Palabras claves: recién nacido prematuro, atención de enfermería, nivel de conocimientos, prevención de riesgos.

ABSTRACT

Ontologically care underlies everything that the human being undertakes, projects and does. By ontological constitution we mean that which enters into the essential definition of the human being and his practical life. Caring we understand the human being. Care is an existential way in which being learns its situation and the implications of being in the world. (Heidegger, 1989).

The impact of philosophy on the attitude of nurse care as reciprocal action, on the beliefs and moral values that guide the actions of serving others, and on caring for another person, is undeniable, is to help them grow and be fulfilled. (Mayeroff, 1977).

The nurse in the daily actions of care with her doing and her saying lives in plurality, that is the condition of human action, because we are all human and action and saying is what introduces us to the human world.

The present study aimed to evaluate the level of knowledge of the mother about the care of the premature newborn and its relation with the nursing care processes of the hospital Edgardo Rebagliati Martins.

The type of research is applied and the evaluative level, the techniques that were considered for the first variable is the survey and for the second variable the observation. The population was made up of 80 people and the sample was represented by the entire population.

In the research process the chi square test X^2 was applied to corroborate the hypotheses.

In conclusion, it was shown that the level of knowledge of the mother about the care of the premature newborn is directly related to the nursing care processes of the hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Key words: premature newborn, nursing care, level of knowledge, risk prevention.

INTRODUCCIÓN

Hay varios factores que pueden determinar que una mujer embarazada corra un mayor riesgo de parto prematuro, por ejemplo, un parto prematuro anterior, embarazos múltiples con mellizos, trillizos, etc., algunas afecciones médicas crónicas, como la hipertensión, la diabetes o infecciones. El embarazo durante la adolescencia es un importante factor de riesgo de parto prematuro. Se calcula que tres cuartas partes de esos niños prematuros podrían sobrevivir si tuvieran acceso a cuidados eficaces y con frecuencia económicos, como calor, apoyo para la lactancia y atención básica para las infecciones y las dificultades respiratorias. Los niños prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina. Se enfrían con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse que los niños nacidos a término. Como su organismo todavía no está plenamente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como infecciones. (OMS, 2015).

La investigación presenta dos temáticas relevantes en el contexto de la salud: el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro y los procesos de atención de enfermería en el hospital Edgardo Rebagliati Martins.

El estudio se ha estructurado en cinco capítulos:

El capítulo I, presenta los fundamentos teóricos de la investigación considerando los antecedentes, las bases teóricas y un marco conceptual que permite la significancia de los términos.

En el capítulo II se describe la situación problemática formulando los problemas, las hipótesis, los objetivos y las variables del estudio.

En el tercer capítulo, se identifica el proceso metodológico con el tipo, nivel y diseño de la investigación, asimismo las técnicas, instrumentos, población y muestra.

El capítulo IV presenta los resultados con su respectivo análisis y contrastación de la hipótesis, finalmente el capítulo V, con las conclusiones, recomendaciones y las fuentes bibliográficas pertinentes a la investigación.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco teórico

La investigación que se presenta ha considerado las siguientes bases teóricas:

1.1.1 EVOLUCIÓN DE LA ACTITUD FRENTE AL RECIÉN NACIDO

PREMATURO Toda actividad humana deriva del trabajo que han aportado generaciones anteriores. Igualmente, la neonatología, aun siendo una de las especialidades más nuevas dentro de la medicina, no está exenta de un pasado.

Con frecuencia muchas de las cosas que consideramos nuevas tienen un pasado remoto. Aunque la perinatología se considera un área recientemente desarrollada dentro de la medicina, la visión de integrar el cuidado del niño y la madre existió ya en el pasado. Se podría decir que el primer perinatólogo que se reconoce en la historia fue el griego Soranus.

Soranus nació en Efeso y practicó medicina en Roma entre el siglo primero y segundo DC, durante el reinado de Adriano y Trajano. Como médico se dedicó entre otras cosas al cuidado de la madre y el niño. En su tratado “Ginecología” hay un capítulo dedicado al cuidado de la madre y el niño durante el parto, en el que enfatiza la importancia de reconfortar a la madre física y psicológicamente. También menciona que algunos niños que nacen a los 7 meses de embarazo sobreviven. Esta es la única referencia que hace a la prematuridad. Sus recomendaciones de cómo limpiar y reanimar al recién nacido fueron revolucionarias en su tiempo y son la práctica de rutina en la actualidad. El capítulo continúa con una larga discusión sobre los problemas del recién nacido incluyendo alimentación, lactancia materna crecimiento y desarrollo.

Durante los siglos siguientes y hasta el siglo XIX son escasos los legados y observaciones dedicadas a la salud de los niños. Se documentan algunos tratados relacionados con el nacimiento como “De Morbis Puerorum”, o, “A Treatise of The Diseases of Children” (Robert Pemell, 1653, London) o “Traité

de l'Ictère ou Jaunisse des Enfants de Naissance" (Thimotée Baumes, 1785, Paris).

En el siglo XIX, en un tiempo en que la medicina era fundamentalmente descriptiva, es cuando aparecen las primeras referencias a patologías neonatales como la hidrocefalia o el síndrome de Prune Belly y otras malformaciones. También en estos años aparecen en la literatura algunos avances tecnológicos como la primera descripción de la intubación de tráquea de niños y por primera vez la alimentación por caída libre y sonda. Sin embargo, durante esta época y a pesar de que los recién nacidos empezaban a despertar el interés de los científicos, la opinión pública no era muy favorable a los desarrollos en esta área de la medicina y especialmente en lo referente a los bebés prematuros a quienes William Blackstone considera en su libro "Commentaries on the Laws of England" monstruos mitad humanos y mitad bestias, sin derechos a heredar de sus padres.

Es durante el siglo XX en el que la neonatología ha sido uno de los campos de la medicina que más rápidamente ha progresado. Son muchos los avances tanto diagnósticos y terapéuticos como en el desarrollo de tecnología que han ayudado a un aumento importante de la sobrevivencia y a la disminución de la edad gestacional que se considera límite de la viabilidad.

Aunque sería justo mencionar todos y cada uno de los eslabones en la cadena de descubrimientos responsables de los logros de la neonatología nos vamos a referir fundamentalmente a aquellos hechos que de alguna forma han cambiado nuestra mentalidad es decir la actitud y la forma de pensar en referencia a los recién nacidos prematuros.

Concepto de cuidados neonatales centrados en la familia.

El cambio más reciente en la aproximación al cuidado del recién nacido es la introducción del concepto de que el recién nacido está integrado en una familia y el reconocimiento de que la familia desempeña un papel esencial en el cuidado de estos niños. El primer artículo y probablemente todavía el único que se ha publicado en la revista "Pediatrics" cuyo autor es la madre de un bebé prematuro (Helen Harrison), se publicó en 1993. Este artículo "Los principios

del cuidado centrado en la familia” es el resultado de un trabajo de colaboración entre padres, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados y éticistas. A partir de este concepto en las unidades de cuidados intensivos neonatales se ha cambiado de actitud y se integra a la familia y especialmente a la madre en el cuidado del bebé. No solo se han abierto las unidades a que los padres puedan estar con el bebé a cualquier hora, sino que las nuevas unidades de cuidados intensivos neonatales se construyen para que las familias también tengan su espacio mientras que el recién nacido prematuro necesite estar en el hospital. Con esta visión del cuidado neonatal la filosofía de los cuidados para el desarrollo, evitando los estímulos negativos y potenciando los estímulos positivos durante la estancia en la unidad está ampliamente extendida.

Métodos como el de “madre canguro” se implementan cada vez más en un intento de restablecer y facilitar la relación madre-hijo que esta tan alterada en la situación de los recién nacidos prematuros. Han nacido organizaciones como el “Instituto para los cuidados centrados en la familia” o el program “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program” (NIDCAP) que lideran la promoción de estos principios. Se ha pasado de las políticas de aislamiento del recién nacido a la integración del niño en su ambiente, que procuramos sea lo más favorable posible.

En definitiva, a través de estos hechos podemos apreciar cómo ha cambiado la actitud frente a los recién nacidos.

Vemos como la forma de pensar sobre estos niños ha evolucionado desde los tiempos en los que no se le concedía el derecho a la vida hasta la neonatología moderna en el que el recién nacido se concibe integrado en su familia y se busca maximizar su potencial de desarrollo.

Después de referirnos al pasado, podemos mirar a un futuro de la perinatología que está lleno de posibilidades.

En el terreno de la investigación existe un gran énfasis en campo de la neurología y nutrición neonatal. El desarrollo tecnológico es cada día más sofisticado especialmente en el campo de las terapias respiratorias. Actualmente los tratamientos aplicados están basados en la evidencia y se

reconoce la importancia de los objetivos a largo plazo. Hay grandes avances de la cirugía intrauterina que provee terapias anticipatorias que minimizan las secuelas en los recién nacidos con malformaciones congénitas. El futuro de la neonatología es prometedor.

(Del Moral y Bancalario, 2010).

1.1.2 POR QUÉ LOS NIÑOS PREMATUROS NECESITAN CUIDADOS ESPECIALES

Niño prematuro

La duración del embarazo se considera normal cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42 (“parto a término”). Cuando el niño nace antes de las 37 semanas se le llama “prematuro o pretérmino”. El niño prematuro nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) lo que le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas; en este caso se trata de un bebé pequeño con relación a su edad gestacional.

No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Sala de Neonatología.

Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional (duración de la gestación en semanas). El niño nacido antes de las 35 semanas de gestación está “inmaduro”, por lo que es frecuente tenga dificultades para controlar su temperatura, su respiración y para alimentarse.

Los cuidados en la Unidad de Neonatología están destinados principalmente a proporcionarles ayuda en estas tres funciones esenciales. Por ello se les coloca en una incubadora o cuna térmica para mantener su temperatura, se les conecta a un respirador o ventilador para ayudarles a respirar y se les alimenta mediante una sonda insertada en una vena o a través de la nariz al estómago.

(Roqués y otros, 1999).

1.1.3 GUÍA PARA PADRES DE BEBÉS NACIDOS PREMATUROS.

LA INTERNACIÓN

¿QUÉ SIGNIFICA QUE MI BEBÉ HAYA NACIDO PREMATURO?

Todos los bebés en el vientre materno necesitan un proceso de maduración para poder nacer con sus funciones aptas para hacer frente al medio que los rodea y de esta manera relacionarse correctamente con el mismo. A esto se llama nacimiento a término, que abarca desde la semana 37 a la 42 de edad gestacional. El bebé prematuro, entonces no cumplió con el proceso de maduración biológica y por lo tanto es pre-maturo, o sea que nació antes de las 37 semanas de edad gestacional (EG).

La edad gestacional se calcula tomando como punto de partida la fecha del primer día del último período menstrual, por lo tanto, es un cálculo aproximado. Luego al producirse el nacimiento, en base a algunas características físicas del bebé, los médicos determinarán la edad gestacional que corresponda que generalmente suele coincidir con la calculada por los padres.

UNICEF plantea la siguiente clasificación de niños nacidos prematuros: (a) Prematurez moderada con una EG de 36 a 31 semanas, (b) Extrema, entre 30 y 28 semanas y (c) Muy extrema, nacidos antes de las 28 semanas.

La Organización Mundial de la Salud tiene en cuenta el peso de nacimiento del niño, por lo tanto, llama *recién nacido de bajo peso* a quienes nacieron con menos de 2500 gramos, *recién nacido de muy bajo peso* a los que nacieron con un peso inferior a 1500 gramos y *recién nacido de extremado bajo peso* si es inferior a 1000 gramos. También se puede encontrar un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional cuando el peso es inferior al que le correspondería por su edad según la semana en la que se encuentra.

Es importante que los papás tengan en cuenta que su bebé no va a ser prematuro para siempre, él o ella nació prematuro, pero no es un prematuro. Con el tiempo, el bebé irá ganando semanas de edad gestacional, peso y habilidades.

Otra frase que los papás de estos niños escucharán por el término de 2 años será la de *edad corregida*, y se calcula teniendo en cuenta la fecha probable de parto. Por ejemplo, si un niño nació con 34 semanas, cuando cumpla un año de edad cronológica, su edad corregida será 10 meses y medio aproximadamente ya que hubiese faltado un mes y medio para su nacimiento (contando desde las 34 semanas hasta las 40 faltarían 6, o sea un mes y medio aproximadamente). Esto se calcula hasta que cumpla los 2 años, aunque muchos niños se equiparan con los nacidos a término un tiempo antes.

Este cálculo se realiza para evaluar correctamente su crecimiento, su desarrollo

mental, motor, del comportamiento y del lenguaje. Volviendo al ejemplo planteado, para evaluar el lenguaje de ese niño de 1 año se buscará que alcance lo esperado para un bebé de 10 meses y medio. Lo mismo sucedería con los otros ítems. En el transcurso de un año, en Argentina el 9% de los nacimientos corresponde a bebés nacidos antes de la semana 37 de edad gestacional, o sea, prematuros. Alrededor de 8.000 nacimientos anuales serían de bebés con un peso menor a 1500 gramos, de los cuales más de 3.500 pesan menos de 1000 gramos.

¿QUÉ SITUACIONES PUEDE ATRAVESAR MI HIJO DURANTE SU INTERNACIÓN POR HABER NACIDO PREMATURO Y CÓMO SE TRABAJA PARA AYUDARLO?

El bebé estará internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, o como la suelen llamar los papás el neo. Antes que nada, es necesario tener en cuenta que para el ingreso a la UCIN los padres y las visitas deberán lavarse cuidadosamente manos y brazos, en las piletas que se encuentran a la entrada del servicio, pudiendo utilizar también alcohol en gel luego del lavado. En muchos casos se les proporciona a su vez, camisolín y de ser necesario, cofia y barbijo.

PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA EN UNA NEO

Una UCIN está integrada por profesionales que trabajan en diferentes áreas relacionadas con el bebé y su familia: médicos neonatólogos, enfermeras, psicólogas y puericultoras. Además, pueden concurrir a la misma otros profesionales para atender determinadas situaciones como, por ejemplo, profesionales de estimulación temprana, técnicos, asistentes sociales, médicos de otras especializaciones, etc.

El ingreso debe ser irrestricto. Se intenta que cada vez más las UCIN sean abiertas a los padres y que no sean considerados una visita sino parte del equipo, atendiendo a los derechos del prematuro y su familia, planteados por UNICEF. Ellos más que nadie sabrán comprender a sus bebés.

¿QUÉ CUIDADOS PUEDO BRINDARLE COMO MAMÁ OPAPÁ A MI BEBÉ DURANTE SU INTERNACIÓN?

Cambiarle los pañales, participar de los baños cuando el niño pueda comenzar a ser bañado y con la supervisión de las enfermeras, alimentarlo a través de la sonda y cuando los médicos noten que el niño ya está preparado, las mamás podrán amamantarlos y/o darles mamadera (igualmente se espera una mayor estimulación de la lactancia materna y no tanto con alimentación con mamadera),

suministrarles leche a través de jeringa, etc. Generalmente hacia la semana 34 de edad gestacional puede comenzarse con la succión. Hablarles, cantarles, arroparlos, cambiarles la ropa. La incubadora no es un impedimento para estar en contacto con el bebé.

Otros cuidados son los siguientes:

- Establecer un contacto piel a piel (COPAP): Tal vez esta sea una de las tareas más importantes que los padres puedan hacer por su hijo prematuro. El COPAP consiste en poner al bebé sobre el pecho descubierto de alguno de sus padres. Se realiza con el bebé vestido solo con el pañal y un gorrito y en contacto directo con la piel materna, el padre también puede realizar esta actividad con su hijo. Debe encontrarse en posición vertical y con las extremidades flexionadas, posición que genera mayor seguridad y, por lo tanto, organización en el bebé.

Es una práctica segura y simple que brinda grandes beneficios al estado general del bebé y por supuesto, beneficios para sus padres.

Está comprobado que ayuda más a regular la temperatura corporal del niño que una incubadora, colabora en el crecimiento y desarrollo, fortalece las defensas, favorece la futura lactancia materna, reduce posibilidades de depresión postparto y los tiempos de internación, también beneficia el vínculo madre-padre-

bebé. A su vez le permite al bebé percibir diferentes tipos de estímulos acordes a sus posibilidades como ser táctiles, olfativos, auditivos, visuales y propioceptivos. También en muchos casos ayuda a los niños a controlar sus apneas, estabilizando la frecuencia respiratoria, además de la cardíaca. Es importante aclarar que esta simple técnica colabora en la disminución del estrés, ya sea para el bebé como también para sus padres. Brinda mayor seguridad y por lo tanto propicia un mejor descanso y menos episodios de llanto.

- Estimularlo: Se puede estimular al bebé según su edad gestacional y estado de salud. Se intentará que no haya sobre-estimulación, por lo que los estímulos deben darse de a uno por vez, cuando el bebé logra adaptarse al primero luego puede intentarse combinar con otro. Por ejemplo: solamente hablarle; si no presenta cambios en su estado clínico puede agregarse el tocarlo. Verán también que las enfermeras tapan las incubadoras para regular la cantidad de luz que ingresa a la misma, buscando el mismo fin de no sobre-estimularlo y permitirle un descanso lo más relajado posible, sin interrupciones innecesarias. Una manera de estimular al bebé a través del tacto y a su vez que él se sienta contenido, es apoyar una mano en su cabeza y otra en el pañal, estando el bebé boca abajo o de costado.

No son recomendables las caricias ya que es un tipo de estímulo que el bebé todavía no podrá manejar hasta haber ganado mayor madurez. Un efecto parecido brinda el nido que las enfermeras arman en la incubadora o cuna por la cual el bebé está más apretadito, siente los límites de su entorno y esto brinda seguridad, lo cual apacigua el estrés.

En internaciones largas, cuando el bebé va creciendo, puede empezar a agregarse algún juguete o móvil. Los colores que más llaman su atención son el rojo y el negro en contraste con el blanco, por lo que se pueden mostrar figuras con estas tonalidades.

Otra forma de estimularlo es acostarlo boca abajo, de esta manera, a medida que vaya creciendo intentará girar su cabecita de un lado a otro. Los padres deberán continuar haciéndolo luego del alta para que se fortalezcan los músculos del cuello e ir luego conquistando otras habilidades según transcurra el tiempo.

La succión es otro tipo de estimulación importante a la hora de que el bebé vaya madurando este reflejo, que luego servirá para su alimentación. Las enfermeras suelen darle el chupete al niño para lograr este fin. Luego del alta, los padres decidirán si están de acuerdo o no con la utilización de este elemento, pero la succión es un reflejo que continuará durante mucho tiempo en el bebé. Después el niño logrará succionar su mano. Cuando al lactante se lo pueda poner al pecho, este será el mejor estímulo para la succión, tanto para el bebé como para la madre.

¿QUÉ SIGNOS PRESENTA UN BEBÉ QUE SIENTE INCOMODIDAD O DOLOR?

Se observan cambios en los monitores (frecuencia cardíaca, saturación, inclusive temperatura), cambios en el color de la piel, contracción de las cejas y párpados, contracción de los músculos que se encuentran entre la nariz y la boca, llanto o gesto de llanto, arqueado del cuerpo, tensión o inquietud o por el contrario, que se lo note flojo o inexpresivo y no puede mantener la posición fetal.

Los prematuros muy pequeños podrían no presentar estos signos conductuales, pero sí cambios bruscos en la frecuencia cardíaca, oxígeno o temperatura. Sobre todo, en la saturación indicada en el monitor al cual el niño se encuentra conectado y que alerta sobre la oxigenación del bebé.

¿CÓMO SE PUEDE CONTENER AL BEBÉ?

Los médicos utilizan diferentes drogas para calmar el dolor, sobre todo si se le realizó al bebé algún procedimiento molesto. Es importante aclarar que médicos y enfermeras intentarán reducir lo más posible las intervenciones dolorosas. Así y todo, la *máquina* más efectiva para detectar estos síntomas de dolor o molestia

es la mamá y también su papá. Si los padres sienten que su bebé está incómodo por algún motivo, deben informarlo al personal de salud, ellos sabrán cómo solucionarlo.

Es importante tener en cuenta que también existen técnicas no farmacológicas para enfrentar al dolor y aquí es donde papá y mamá son grandes protagonistas. Algunas alternativas que pueden realizar de a una por vez, siempre con el consentimiento de médicos o enfermeras son las siguientes:

- Poner música tranquila que puede reconocer tal vez desde el embarazo, si se le ofreció durante el mismo este tipo de estímulo.
- Sostenerlo con firmeza, con las manos en la cabeza y pañal. En otros casos se lo podrá envolver, también con firmeza, para mantener piernas y brazos en posición fetal.
- Estimular la succión ya sea con chupete, la mano del niño u ofreciéndole el pecho en los casos en los cuales ya pueda comenzar la lactancia. También se puede consultar si se le puede ofrecer el pecho vacío.
- Minimizar otros estímulos evitando la hiper estimulación bajando las luces y evitando sonidos fuertes.
- Brindarle contacto piel a piel (COPAP).
- Ofrecerle un chupete con sacarosa (esta última proporcionada por médicos o enfermeras).

¿CÓMO ES LA LACTANCIA CON UN BEBÉ NACIDO PREMATURO?

La lactancia materna es el mejor alimento y el más natural para el bebé porque colabora con su crecimiento saludable. Es un derecho tanto de la mamá a amamantar, como del bebé a recibir leche materna (UNICEF, 2010).

Es alimento, calor, amor, miradas, estímulo, contacto piel a piel; así se va construyendo el vínculo con el bebé. Cuando un bebé nace prematuro las

mamás, bebés y familias deben adaptarse a esta nueva situación, inesperada en muchos casos; esto implica encontrarse con una nueva realidad y con preocupaciones con respecto a la salud del bebé. Es probable que las madres se pregunten si podrán amamantar a su hijo.

Sin dudas será un desafío, no es un camino fácil de recorrer, pero es importante confiar, ya que con acompañamiento e información podrán hacerlo; y es bueno saber que muchas madres, con esfuerzo y perseverancia lo han logrado. A amamantar se aprende con paciencia, mamá y bebé juntos, con el apoyo de la familia y del equipo de salud.

Es importante recordar que en aquellos casos donde no se pudo establecer la lactancia (por diferentes motivos) tiene mucha importancia la carga afectiva puesta en el acto de alimentar.

Y que, si la madre lo desea, puede relactar, es decir, reestablecer la lactancia tras un período que no se ha alimentado a pecho.

La leche humana tiene los nutrientes adecuados en cantidades exactas, es un fluido vivo que va cambiando según las necesidades nutricionales del bebé. Así como cambia su composición, también cambia durante la mamada o extracción (la leche del principio tiene un mayor contenido de agua que ayuda a calmar la sed del bebé, leche del medio y leche del final, tiene un mayor contenido de grasa) y también cambia según el momento del día. Por lo tanto, tiene una función nutricional y protectora. La leche materna es la mejor alimentación que puede recibir el prematuro, porque lo protege contra infecciones, favorece el vaciamiento gástrico y la digestión intestinal, disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante, favorece el desarrollo de la retina, disminuye el riesgo de alergias, favorece el desarrollo psicomotor e intelectual y mejora el vínculo afectivo con sus padres (apego).

La leche de los primeros 4 días post-parto se llama *calostro*. Es de color amarillento y es más espesa; es un alimento muy concentrado en proteínas, por lo cual debe valorarse cada gota, ya que, por su alto contenido en inmunoglobulinas, le aporta al bebé gran cantidad de defensas contra las infecciones. Por su alta concentración de nutrientes, se lo llama la *primera vacuna* por la importancia que tiene para el sistema inmune del bebé. El valor

nutricional de la leche humana no puede ser suplantado por ninguna otra fórmula o medicamento.

En algunos casos la alimentación del bebé puede ser mixta: es decir, con leche materna y leche de fórmula y se le llama comúnmente *complemento*. Aunque en algunos casos el complemento es la misma leche de la madre, pero administrada por otra vía que no sea la succión directa del pecho. Puede ser administrada por sonda, jeringa, vasito o cuchara.

Cuando se administra el complemento con jeringa, de a poquito se le va dando en la boca al lactante, este procedimiento será enseñado por las enfermeras de Neo y otras veces se utiliza mamadera. Esto es para evitar que el bebé gaste energías al succionar y por ende, baje de peso. Con el tiempo se espera que se

pueda llegar a que la lactancia sea solo a pecho, cuando el bebé tenga un peso adecuado y la suficiente fuerza para succionar rítmicamente.

En ese caso según indicación médica el bebé seguirá o no con complemento (leche de fórmula) hasta que de a poco se pueda ir dejando la leche de fórmula y pueda continuarse con lactancia materna exclusiva. En muchos casos es necesario estimular la succión del bebé masajeando suavemente sus cachetes de manera circular y su mentón de arriba hacia abajo.

- Lactancia a libre demanda o mutuo requerimiento: por lo general en la Neo se establecen horario de alimentación, esto tiene por objetivo un control del peso y una organización general para la fracción de la leche. Pero al hablar de lactancia se habla de libre demanda, es decir que el bebé pueda tomar la teta cuando quiera y necesite, siempre y cuando la madre esté disponible y viceversa. El mecanismo de producción de la leche es el siguiente: mientras el bebé succione (o se estimule el pecho con un sacaleche), se seguirá produciendo leche, por lo tanto, mientras más veces se lo ponga al pecho, más leche se generará.

Por eso es conveniente que durante la internación en la Neo las mamás puedan estimular la extracción en el Lactario, ya luego del alta será el bebé quien estimule a través de la succión.

No es conveniente establecer horarios rígidos ya que hay bebés que piden cada tres horas, cada dos o cada hora y media; algunos aprenden a prenderse al pecho antes y otros después, algunos se mantienen más tiempo despiertos y otros son más remolones, hay que respetar el ritmo y características de cada uno. Al estar cerca del bebé e ir aprendiendo sus señales, podrán ir notando cuándo indica que tiene ganas de comer. Hay que recordar que el llanto es una señal tardía de hambre.

Mucho antes del llanto, el bebé se mueve, gira su cabeza de lado, succiona al vacío dando señales, que de a poco mamá y papá irán decodificando.

Si la mamá necesita estimular la producción de leche, puede consultar con el médico sobre la posibilidad de utilizar pastillas de levadura de cerveza y/o medicamentos que contengan domperidona o metoclopramida, se llaman *galactogogos* y tienen por objetivo aumentar la producción de leche. Ya en casa se puede utilizar relactador para que el bebé siga estimulando el pecho mientras, al mismo tiempo consume la leche de fórmula (en el caso de que la necesite) sin necesidad de recurrir a la mamadera u otras técnicas.

Para lograr una buena producción de leche, durante la internación en Neo, es recomendable que la mamá realice extracciones cada 2 ó 3 horas durante el día y alguna extracción durante la noche si siente la necesidad de vaciar los pechos, ya que es muy bueno poder descansar durante la noche. La falta de descanso también influye en la producción de leche. Se recomienda también que la mamá pueda mantener una buena alimentación y es conveniente tomar dos litros de agua por día aproximadamente.

El contacto piel a piel también favorece la lactancia materna, en ese contacto estrecho el bebé puede sentir el olor y al tener - lo cerquita estimula la liberación de las hormonas que generan la leche.

En cuanto a las posiciones para amamantar es recomendable que durante un mismo día puedan probar diferentes posiciones para poder ir vaciando todos los cuadrantes del pecho.

Teniendo en cuenta las posibilidades que tienen en la Neo, puede ser en posición clásica, posición de pelota de *rugby* (cabeza del bebé en el pecho y su cuerpecito hacia atrás, quedando los piecitos hacia la espalda de la mamá);

posición de *caballito* donde el bebé está casi sentado y con una mano la mamá sostiene por debajo el mentón del bebé. Ya una vez de alta teniendo más comodidad pueden probar otras posiciones como: acostada la mamá de costado, posición australiana (mamá acostada boca arriba y el bebé boca abajo sobre el pecho

de la madre), esta posición es recomendada cuando la mamá tiene mucha producción de leche o la misma sale con mucha fuerza.

- La puesta al pecho: esto se refiere a cuando el bebé saca por sí mismo la leche del pecho. En el caso de los bebés prematuros, dependerá en cada caso del estado general del bebé, de la edad gestacional y del peso, porque debe hacer un gran esfuerzo para mamar directamente del pecho, lo cual le genera mucho gasto calórico y la consiguiente disminución en el peso. Es por eso mismo que en un principio se lo suele poner a la teta para *estímulo*. Para ir de a poco alimentándolo directamente del pecho.

Al principio podrá suceder que se duerma con facilidad, pues es un gran esfuerzo para él mantener una succión rítmica por mucho tiempo, pero esto es parte del proceso esperable del bebé prematuro. De a poco irá ganando peso y logrará succionar con más fuerza y durante mayor tiempo. La boca del bebé debe cubrir la totalidad de la areola, su lengua debe estar apoyada abajo y el mentón del bebé debe tocar la mama. El cuello, cabeza y cuerpo deben estar alineados y estar *panza con panza* con el cuerpo de la mamá.

- Extracción de la leche: en muchas clínicas y hospitales se encuentra a disposición de las madres una sala de lactario con bombas para sacarse leche y dejarles a sus niños internados. Este procedimiento no solo sirve para poder proveer al bebé de la leche materna, sino que también estimula la producción para una lactancia materna prolongada. En otros casos la leche es extraída por el sacaleche manual dentro de la misma Neo. Las enfermeras podrán asesorar a las madres acerca del procedimiento existente en la clínica en donde se encuentren.

Es conveniente elegir una posición cómoda y que se realicen 2 ó 3 respiraciones profundas para descargar un poco las tensiones.

Para que se produzca la leche es necesaria la liberación de hormonas como la prolactina y la oxitocina por lo que antes y durante la extracción puede ayudar pensar en el bebé o mirar una foto, para estimular la bajada del calostro o leche, intentando no mirar cuánto sale, ya que cada gota es importante y se adecúa a las necesidades del bebé. Es importante el inmenso valor nutricional que tiene la leche, más por la concentración de nutrientes que por la cantidad en sí misma. Por lo tanto, para el bebé es muy importante la extracción de leche y sobre todo reconocer y valorar el esfuerzo que hace la mamá.

Ante la presencia de dudas o preguntas con respecto a la lactancia materna, a relactar o sobre la alimentación del bebé prematuro, es muy importante consultarlas con el equipo médico. También se puede recurrir a los grupos de apoyo donde se encontrarán otras madres, entre ellos están La Liga de la Leche y FUNDALAM, ambos son grupos gratuitos que brindan apoyo e información sobre lactancia materna.

La lactancia no es solo una cuestión de técnica, sino también de amor, entrega y aprendizaje. Cada gota de leche que se le pueda dar al bebé es muy importante. Y aún en los casos donde no se ha podido continuar con la lactancia, es importante recordar que el vínculo con el bebé se va construyendo día a día, con caricias, upa, piel a piel, acunándolo, cantándole, meciéndolo, con el contacto, masa jitos y, sobre todo, con mucho amor.

(Gómez, 2015).

1.1.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y

evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Objetivos del cliente/paciente

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Ventaja

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Cuando usamos el diagnóstico de enfermería estamos estableciendo claramente que es lo que hacemos y en qué se diferencia nuestro accionar de otro profesional de la salud.

La aplicación del diagnóstico de enfermería asegura cuidados coherentes y facilita la comunicación entre el equipo.

En la medida que todos (as) las/los enfermeros/as apliquen diagnósticos, va a mejorar el cuidado de los pacientes, porque sabrá concretamente cuales son los problemas que tiene y los objetivos que pretende lograr para resolverlos.


El diagnóstico debe verse desde la perspectiva del paciente y no desde la/el enfermera/o.

La identificación de los problemas es el primer paso, y la información para establecerlo se puede obtener de diversas fuentes, la más importante es el mismo paciente, esa fuente se denomina fuente primaria, es la percepción que él tiene de sus problemas.

Para obtener información del paciente, es lógico preguntarle, sus respuestas más la valoración física que realiza enfermería, sentarán los cimientos de su diagnóstico.

Dentro de las fuentes secundarias se pueden mencionar la historia clínica (HCL), registros de enfermería, información de familiares, allegados y amigos, información de laboratorios, otros profesionales etc...

Cuando se realiza la valoración, la/el enfermera/o debe ir preguntándose a sí mismo:

¿Qué está pasándole al paciente en el orden  Físico
Emocional
Social
Espiritual

¿Qué signos clínicos presenta?

¿Qué experiencia ha tenido de la enfermedad anteriormente?

¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades para afrontar la situación?

¿Cómo percibe su enfermedad, cómo reacciona a ella?

¿Es que son problemas que se podrán resolver desde enfermería?

La precisión del análisis de los datos recabados determinará la exactitud de un diagnóstico de enfermería.

Cómo se escriben los diagnósticos de enfermería:

El diagnóstico cuenta de dos partes.

La primera parte, establece la respuesta negativa o problema del paciente.

Ej.: “dificultad para respirar”.

La segunda parte se enfoca en la causa potencial del problema.

Ej.: “presencia de secreciones traqueo bronquiales”

Para expresar el diagnóstico, se unirán ambas partes con la expresión:

“relacionado con, asociado a, debido a, causado por.”

Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Objetivos de enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso, deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

- Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:
 - Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
 - Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
 - Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - o Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - o Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Documentación y registro

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio

añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Órdenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que, con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.

- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (Iyer y otros, 1986)

1.1.5 CUIDADO ENFERMERO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

En la actualidad, la prematuréz es una de las prioridades de salud, por su magnitud y elevada prevalencia en algunos países. (Capurro y otros, 1978) Las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas constituyen un gran reto para el cuidado enfermero. La característica que define al prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. (Lee, Santos 2003). La prematuréz es multifactorial, incluyendo la adquirida por prácticas de inseminación artificial, distinguiéndose factores de riesgo, como edad, raza, escolaridad, anemia, desnutrición, infección urinaria o cérvico vaginal, período intergenésico corto, antecedentes de prematuréz en padres y de partos prematuros, dilatación permanente del cuello uterino, distintas enfermedades o complicaciones de la madre durante la gestación y embarazos múltiples, entre otros los laborales y la soltería. Lee Santos, en un análisis de certificados de defunción en el año 2003, detectó también mayor mortalidad en pacientes prematuros en un segundo nivel de atención en Nuevo Laredo Tamaulipas, mientras que Calixto y colaboradores, en Córdoba Veracruz, confirmaron el predominio de prematuros y causas comunes de muerte. Es necesario precisar, la capacidad instalada en un segundo nivel de atención en México, para otorgar atención de calidad a esta población, permitiendo en lo posible ofrecer los mejores resultados en los cuidados al paciente prematuro. El desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida, minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que lo integre a la vida familiar y a la sociedad a través de termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia.(Ventura, JP 2003) La elaboración del plan de atención de enfermería considera cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas que comprenden: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. En la valoración se obtienen los datos mediante entrevista, observación y exploración a través de los "Patrones funcionales de salud" de Marjory Gordon, que pone de manifiesto hábitos y costumbres del

individuo/familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado, o en situación de riesgo con respecto al estado de salud. (Gordon, M 2003) Facilitando pasar de la valoración al diagnóstico, lo que permite definir el ámbito de la enfermería y diferenciarla de la medicina.²¹ El diagnóstico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir su rol y ámbito particular. A partir de la fase diagnóstica debe unificarse el lenguaje de la práctica. Para ello, es necesario integrar la utilización de las taxonomías de los Diagnósticos Enfermeros propuestos por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), posteriormente una vez que se han identificado los problemas reales o potenciales, se formulan las intervenciones (actividades) de enfermería para prevenir, reducir o eliminar los problemas; de este modo, se pone en marcha la fase de planificación del proceso de enfermería,(Doménech y otros 2005) en ésta se plantean los objetivos tanto para la enfermera como para el paciente, que serán a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a prioridades. Cuando los objetivos ya están planteados, entonces se podrá pasar a la ejecución de las intervenciones de enfermería que son "todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente", dichas intervenciones están encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, se definan las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente. Para conocer los resultados de las intervenciones de enfermería se evalúa continuamente todo el proceso y sobre todo la planificación. La evaluación es la última etapa del plan de atención, se basa en las cuatro etapas básicas, además de la planificación de alta, que es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación realizada para facilitar la administración de los cuidados sanitarios. El proceso realizado se presenta en forma de cuadros para facilitar su manejo y comprensión. Asimismo, se pretende dejar la inquietud sobre lo conveniente de emplear modelos de atención de enfermería en problemas de salud que requieren una atención continua por parte del equipo de salud.

Aspectos a considerar en el manejo del recién nacido prematuro

Valoración clínica de enfermería por patrones funcionales de salud.

1. Percepción y control de la salud. En esta población se ha observado que la mayoría de padres de prematuros provienen de nivel socioeconómico bajo, por ende, las madres carecen de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, y enfermedades infecciosas no tratadas. En neonatos prematuros, la sepsis y la meningitis son cuatro veces más frecuentes debido a la necesidad de aplicar medios invasivos (catéteres, tubos, venoclisis, etcétera) para conservar y recuperar la salud del paciente, asimismo sus mecanismos de defensa son inferiores.
2. Nutricional y metabólico. El recién nacido prematuro generalmente tiene un peso inferior a 2500 g; tiene piel fina, brillante rosa o rojiza, escasa cantidad de grasa subcutánea y pelo, cartílago auditivo externo no desarrollado, escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución, principalmente en pequeños menores de 34 semanas de gestación, la superficie corporal es grande en relación a su masa corporal, la grasa parda es escasa para mantener su temperatura corporal, poca implantación de cabello en el cuero cabelludo, etcétera. Estos pequeños en la unidad de estudio son nutridos principalmente a través de alimentación forzada, midiendo residuo gástrico, ya que esto científicamente da mejores resultados y menos accidentes.
3. Eliminación. La función renal y pulmonar son inmaduras, lo que disminuye la capacidad para concentrar la orina, aumentando la probabilidad de retención de líquidos y trastornos electrolíticos, así como trastornos respiratorios, hipomotilidad intestinal, etcétera.
4. Actividad y ejercicio. Actividad espontánea, tono muscular disminuido, las extremidades no mantienen su posición flexionada. A nivel respiratorio colapso alveolar y atelectasia debido a la baja producción de surfactante, datos característicos de inmadurez del centro respiratorio, responsables de crisis de apnea, dando lugar a requerir apoyo ventilatorio. Desarrollan con mayor frecuencia hiperbilirrubinemia y kernicterus, frecuencia cardiaca baja, anemia, llanto débil y puede

presentar taquipnea transitoria. El sistema inmunitario es inmaduro, de 30 a 90 % de recién nacidos antes del término presentan hipocalcemia e hipoglicemia. (McCloskey y Bulechek, 2002).

5. Reposo y sueño. Letargo, sueño interrumpido por maniobras frecuentes, sobresaltos.
6. Cognoscitivo y perceptual. Puede haber presencia de crisis convulsivas como consecuencia de hemorragia cerebral, presentan fontanelas amplias, existe desconocimiento por parte de los padres de las necesidades del recién nacido y cómo atenderlas.
7. Autopercepción y autoconcepto. Existe preocupación de los padres y temor para el cuidado del recién nacido prematuro, autoestima baja.
8. Función y relación. Es frecuente que el estado civil de los padres de neonatos prematuros es la soltería.
9. Sexualidad y reproducción. En los varones, genitales pequeños, subdesarrollados y los testículos sin descenso. En las niñas los labios mayores no cubren aún los menores.
10. Afrontamiento y tolerancia al estrés. El estrés por frío del recién nacido prematuro agota con rapidez las reservas de grasa originando incremento en las necesidades metabólicas, consumo de oxígeno, acidosis metabólica, hipoxemia e hipoglicemia. Por lo regular los padres expresan la incapacidad para cuidar al recién nacido, lo que puede originar crisis, que se manifiesta por conducta inadaptada, ansiedad, depresión y síntomas somáticos.
11. Valores y creencias. Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido.

(Mata y otros, 2009)

1.1.6 EL CUIDADO COMO MANIFESTACIÓN DE LA CONDICIÓN HUMANA

Naturaleza de la palabra cuidado. Quizás el sentido fundamental del cuidado se encuentra en su filología, los filósofos advierten que las palabras están llenas de significados existenciales. En los seres humanos acumulan experiencias,

positivas y negativas, experiencias de búsqueda, de encuentros, de certeza, de asombros sumergidos en la intimidad del ser, necesitamos arrancar de las entrañas de las palabras su riqueza recóndita. Las palabras nacen en un nicho de sentido que contiene su raíz de origen, a partir de allí se derivan otras significaciones análogas. Igual parece ocurrir con el origen de la palabra cuidado. Según los clásicos diccionarios de filología, algunos estudiosos derivan cuidado del latín cura. Esta palabra es sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción de Ser y Tiempo de Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera, era usada en un contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba actitud de cuidado, desvelo, preocupación, inquietud por la persona amada o un objeto de estimación. Otros, derivan cuidado de cogitare-cogitatus y de la gama de palabras coyedar, coidar, cuidar. El sentido de cogitare-cogitatus es el mismo de cura, cogitar, pensar, poner atención, mostrar interés, actitud de desvelo, más que una ocupación es una preocupación. La inquietud del cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Entonces procedo a dedicarme a él; disponiéndome a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos su vida. Cuidado significa entonces, inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; estamos ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación.

La naturaleza del cuidado incluye dos significaciones en íntima relación, primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se sienta afectivamente ligada al otro. El cuidado es el permanente compañero del ser humano en dos sentidos: el ser humano nunca dejará de amar y de desvelarse por alguien. Ni dejará de preocuparse e inquietarse por la persona amada. De lo contrario, no se sentiría envuelto con el cuidado y mostraría negligencia por su vida y su destino. El límite, revelaría indiferencia, equivalente a la muerte del amor y del cuidado. Cuidado es una condición existencial del hombre. Visión filosófica del cuidado. El cuidado es un modo de ser en el mundo, natural a nosotros mismos, de significación como nos

relacionemos con los otros; es un atributo humano esencial, un modo humano de ser.

El universo del cuidado abarca categorías del ámbito ontológico, antropológico, óntico, epistemológico y pedagógico. Esas categorías, envuelven todo cuanto rodea y responde a la esencia del cuidado: ser una persona cuidada, las obligaciones incluidas en el cuidado, lo que hace la persona cuando cuida, como el cuidado es conocido, es aprendido y es enseñado. El cuidado, más que un acto, es una actitud, abarca más que un momento de atención, de ocupación, es una preocupación. El ser humano es arrastrado en su quehacer por el poder de la ciencia y de la técnica, sufre una crisis de civilización y se comporta como mero espectador ante el mundo. La aparición del fenómeno del descuido, la indiferencia y el abandono, conducen a la pérdida de la conexión con el todo. Surge la necesidad de una nueva filosofía que se presenta como holística, ecológica y espiritual, una alternativa con capacidad de devolver al ser humano el sentimiento de pertenencia a la familia humana, a la tierra, al universo. El cuidado reivindica al sujeto como ser participante en la gran casa común, la Tierra. En la Madre Tierra, el ser humano como huésped, asume el ethos en sentido ordinario, como aquella porción del mundo que reservamos para organizar, cuidar y hacer nuestro hábitat. Debemos recuperar el cuidado como ethos fundamental de lo humano. La filosofía como ontología fenomenológica de la existencia, es la manera por la cual cualquier realidad, como el cuidado, se vuelve un fenómeno para nuestra conciencia, por la relación establecida en nuestra experiencia vivida. No se trata de pensar y hablar sobre el cuidado como objeto independiente de nosotros. Es pensar y hablar como el cuidado es vivido, como lo sentimos nosotros. No tenemos cuidado. Somos todo cuidado. Significa que posee una dimensión ontológica que entra en la constitución del ser humano. Es un modo-de-ser singular de hombres y mujeres. Sin cuidado dejamos de ser humanos. El cuidado es siempre preocupación y solicitud, confiere sentido a la existencia humana. Ontológicamente el cuidado subyace a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace. Por constitución ontológica entendemos aquello

que entra en la definición esencial del ser humano y su vida práctica. Cuidando logramos comprender el ser humano.

El cuidado es un modo existencial por el cual el ser aprende su situación e implicaciones de estar en el mundo. Es innegable el impacto de la filosofía en la actitud del cuidado de la enfermera como acción recíproca, sobre las creencias y valores morales que guían las acciones de servir al prójimo, cuidar de otra persona es ayudarlo a crecer y a realizarse. Las enfermeras hacemos el cuidado tradicional, comprendemos nuestra vida y la del otro. Los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer. Cuando cuidamos al prójimo, crecemos por ser más autodeterminantes y por seleccionar nuestros valores e ideales fundamentados en nuestra propia experiencia. En sentido estoico, la palabra cuidado refleja un significado de gran entereza ante el dolor, ante la desgracia, de inspiración, de atención, de preocupación y solicitud, muestra el lado positivo del cuidado, da significado a nuestra vida y a nuestro mundo. El cuidado es ayudar al otro a crecer, cualquiera sea ese otro, una persona, un ideal, una planta, una mascota. Un ejemplo cotidiano del cuidado se da en la relación padre-hijo. El cuidado básico de los padres es respetar a su hijo, ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolo y asistiéndolo en sus necesidades. Cuando cuidamos de otro debemos considerar el principio de autonomía, sus propios valores e ideales de su propia existencia. Haciendo un símil de la relación de ayuda que se da en la interacción enfermera-persona cuidada, considerada desde las disposiciones éticas representadas en las cualidades humanas, el cuidado significa aprecio, empatía, conocimiento de sí y del otro, sensibilidad humana.

La enfermera debe ser capaz de sentir desde adentro lo que la otra persona siente y determina de lo que requiere para crecer. Por experiencia sabemos que ayudar a otra persona a crecer, es tener coraje para ayudarla a descubrir y crear sus propias áreas, que ella sea capaz de cuidar y de llegar a reconocer la necesidad de cuidarse, adquirir autonomía y hacerse responsable de su proyecto de vida. El alcance moral en la práctica es la ética de la responsabilidad, los valores se descubren en el cuidado y se articulan con las

respuestas humanas del ser, la mayor comprensión del rol central del cuidado es la redimensión de nuestra propia vida. La condición humana se redimensiona y se fortalece en la medida en que la ética y el respeto a la dignidad humana acompañan el cuidado en cualquier escenario del campo de la salud, específicamente, en enfermería, significa un redimensionamiento de su rol práctico de cuidadora.

El cuidado del otro se expresa con mucha sensibilidad y comprensión en esta idea. Cuando mi cuidado ayuda al otro a crecer, yo veo el objeto de mí cuidado como una extensión de mí mismo, algo separado de mí, que yo respeto como su propia vida. El trozo textual muestra una enseñanza del respeto a la dignidad humana como rasgo de los valores fundamentales del cuidado que enaltecen la condición humana, la autonomía de la persona, la libertad y la solidaridad con el otro. En la práctica, el cuidado de la enfermera debe basarse en la independencia de la persona que goza de derechos y en la templanza y tolerancia de la enfermera al dar cuidado.

La enfermera en interacción con la persona cuidada debe enseñarlo a crecer, ella posee conocimientos de la conducta humana para manejar sus debilidades y fortalezas de cuidador como de la persona cuidada. Conoce los valores que guían su acción, siendo el primero el respeto a la dignidad humana que encierra un contenido filosófico del reconocimiento a todos los derechos del ser humano, quien respeta la dignidad humana, muestra rasgos de su condición humana y reconoce ésta en los demás. En el cuidado se considera al ser humano en toda integridad, incluye toda la condición humana; cuidar y humanizar son dos conceptos estrechamente relacionados, pues cuidar implica que el hombre se conecte con lo que lo hace humano y la enfermera se relacione y lo cuide desde esa humanidad, eso es, cuidado humano. Presente este aspecto, no existe brecha entre la persona cuidada y el cuidador, pues ambos se consideran en su condición humana, con sus temores, esperanzas, limitaciones, dolores, proyectos y fortalezas. El cuidado humano solo lo puede entregar la persona humana. La tecnología en constante avance produce nuevos medicamentos, máquinas, aparatos sofisticados, muy valederos e

importantes, pero ésta nunca podrá humanizar el cuidado, esa es una tarea de los seres humanos, no hagamos acciones de hombres, hagamos acciones humanas considerando a la persona cuidada bajo el prisma integral de su condición humana.

El cuidado desde la perspectiva transcultural se orienta a la ayuda de un individuo o grupo, para mejorar su condición humana, teniendo presente que a pesar de que el cuidado es un fenómeno universal, las expresiones, los procesos y los métodos pueden variar entre las culturas. Las enfermeras deben identificar sus propias creencias y valores culturales separándolos de las creencias y valores de la persona cuidada. Para dar cuidados culturalmente sensibles, la enfermera debe recordar que cada persona es única y es producto de su experiencia, creencias y valores aprendidos intergeneracionalmente.

La enfermera, mediante el discurso y la acción se presenta ante el usuario con su única y personal identidad, hace su aparición en el mundo humano siempre con una interrogante, el ¿Cómo está? ¿Cómo se siente? ¿Por qué lo trajeron al hospital? Son preguntas que a diario formula y se repite la enfermera, significa, la preocupación por la situación humana del otro, esta actitud la interpreta la persona cuidada como que alguien se interesa por ella, ese alguien, es la enfermera quien con su «hacer y decir», puede ayudarlo a solucionar y hacerse responsable de su situación de salud. El agente del discurso y la acción es alguien con sus cualidades humanas, dotes, talentos y defectos que exhibe u oculta, implícito en lo que ese alguien dice y hace. En la práctica de las acciones del cuidado de la enfermera se dan los tres elementos de la acción, conocidos en enfermería como relación de ayuda. La enfermera en la cotidianidad de las acciones del cuidado con su hacer y su decir vive en pluralidad, esa es la condición de la acción humana, en razón de que todos somos humanos y la acción y el decir es lo que nos introduce al mundo humano. Todo lo humano es producto de la acción o está ligado a ella y la enfermera desarrolla sus acciones entre, con y para humanos, como corresponde al mundo de la intersubjetividad. El mundo ínter subjetivo no es un mundo privado, es un mundo común a todos, es un rasgo de la condición

humana. Existe porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos.

El discurso de la enfermera se teje en un contexto de naturaleza simbólica de las relaciones humanas, usando como herramienta el lenguaje, en el cual ella tiene que ser una hermeneuta en cada encuentro con cada persona cuidada por el hecho de vivir entre seres iguales y diferentes a la vez, es la condición humana de la pluralidad. La iniciativa de la enfermera podríamos paradojearla como un acto de alumbramiento, le ofrece la oportunidad de empezar algo nuevo, en el sentido de que la enfermera en cada encuentro con la persona cuidada inicia una nueva interacción donde agrega algo nuevo al mundo humano del cuidado, cada ser humano, aun siendo humano, es diferente a la vez. El cuidado de la enfermera por principio es individual y colectivo, por aquello de que ser habitante de la tierra nos otorga la condición de universales, pero el pensamiento y los sentimientos de cada persona nos da la individualidad.

En esas tres características de la acción humana, la enfermera manifiesta su condición humana en el cuidado y es capaz de reconocerla en los demás. El cuidado humano, como forma de expresión humana, constituye una dimensión esencial del trabajo de Enfermería. La ciencia de enfermería debe avanzar tanto en el área científica, como en el área humanística porque el cuidado humano para personas, familias y comunidades requiere, además del conocimiento, el desarrollo de grandes valores humanos y espirituales. Enfermería como ciencia humana y el cuidado como un acto humanitario, debe mejorar y fortalecer la práctica cuidadora como rasgo de la condición humana.

El cuidado es indispensable para la vida, tanto el cuidado así mismo como el cuidado a los demás. La acción de cuidar es un acto de vida, representa una serie de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida para permitir que ésta continúe y se reproduzca. Cuidar es un acto individual que se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad cuando

se da a otra persona necesitada temporal o definitivamente para ayudarla en sus necesidades y a enfrentar su situación.

Cuidar de otra persona con perspectiva humanística, es ayudarla a vencer sus dificultades y a emplear sus fortalezas como potencialidades, la enfermera debe conocerse así misma y conocer a las personas para ayudarlas, cuanto más se conoce de una persona, más fácil es ayudarlo. Perspectiva práctica del cuidado. La meta final de cualquier profesión es mejorar la práctica de sus miembros, de modo que sus servicios tengan mayor eficacia. La adquisición constante de conocimientos teóricos es determinante para mejorar la práctica, con ello, crece la imagen profesional, se consolida el compromiso con la sociedad y la responsabilidad ética y moral. Algunos teóricos argumentan que la ciencia de enfermería debe ser práctica, eso es una afirmación valedera, sin embargo, no es menos cierto que la investigación científica en enfermería debe producir ciencia teórica cuyos hallazgos sean provechosos y relevantes a la ciencia práctica de enfermería Principios prácticos reconocidos por la ciencia, otorgan a la enfermera mejor capacitada para cuidar como arte, pues el arte de cuidar está basado en la aplicación habilidosa y humanística del conocimiento científico. La práctica tiene por objeto la acción, ella reproduce el carácter del propio agente. La acción del cuidado de sí mismo o del otro, reproduce el carácter de la persona que ejerce la acción (la enfermera, la madre, el maestro, el jardinero, el escritor). La práctica, o sea, la praxis en sentido griego, no se opone a la teoría. La teoría es la forma suprema de la praxis, pues la teoría es la acción que más perfecciona el agente. En los grados de saberes, la práctica es un grado superior de conocimiento y la phrónesis que se traduce como prudencia, es el saber que rige la práctica, es el saber moral, el saber que se refiere a la perfección del agente. Es la filosofía moral del bien y del mal, de lo conveniente e inconveniente.

Es evidente el impacto que ha tenido la filosofía en el saber, en la práctica y en la actitud enfermería para construir teorías prácticas del cuidado enfermero. Enfermería a partir de la década de los sesenta, en la búsqueda y construcción de su obra, la práctica del cuidado, nunca lo ha hecho a espaldas de la

filosofía, pues el fin de la ciencia teórica es la verdad y el de la ciencia práctica, la obra (13). La obra de enfermería es el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades de los seres humanos en cualquier latitud del planeta tierra. La teoría transpersonal, coloca el cuidado delante de la curación, como el ideal moral de enfermería y a la vez como estándar ético por el cual se mide el cuidado enfermero, preserva la dignidad humana en un sistema de atención sanitaria dominado por la curación. En nuestro mundo de vida, preservar es proteger, poner anticipadamente a cubierto de daño o peligro a la persona, significa poner en marcha acciones preventivas de salud para que la gente no enferme, enseñarle los cuidados de una vida saludable que mejoren su condición humana, para que la enfermedad no sea la vanguardia hacia la muerte.

El cuidado implica comunicación entre la enfermera y de la persona cuidada, estableciendo una interacción en la relación de ayuda caracterizada por una comunicación abierta y útil comprensión y satisfacción. Las enfermeras al tratar con la salud y el malestar de las personas en su práctica cotidiana desarrollan en ellas la capacidad y la sensibilidad para ofrecer cuidado humano. Las enfermeras expertas comprenden las diferencias, relacionan salud, malestar y enfermedad, son capaces de ver al usuario más allá de su realidad física, ver lo que está detrás de él, lo que está en su subjetividad es verlo con su familia en su contexto, interpretar sus necesidades y ofrecer relaciones de cuidado que mejoren su situación humana, es comprenderlo desde una visión holística. Comprender la situación humana del otro, significa la conciencia de colocarse en su lugar, es mostrar en sus acciones de cuidado su condición humana y reconocerla en los demás. En la práctica de la enfermera, el cuidado debe encontrar respuesta humana en el objeto material de la ciencia enfermería (el cuidado) como esencia de su práctica y paralela a ésta su objeto formal (la teoría del cuidado) sustentada en los principios, valores y creencias que profesa. Toda persona tiene un proyecto de vida, como rasgo de condición humana, pues todo proyecto por individual que parezca tiene un valor universal, todo proyecto humano es comprensible para todo hombre en cualquier lugar del mundo. Para realizar ese proyecto, el hombre necesita estar

y mantenerse en su condición de bípedo implume como algo normal, necesita estar en posición vertical en su trabajo, en su hogar, en su comunidad, con su familia, entre los otros. No obstante, un hombre en posición horizontal significa enfermedad, quietud, la no práctica, o la no actividad. Para mantenerse verticalmente, en posición anatómica normal, el hombre necesita estar sano, es una condición de situación, para estar sano necesita una condición, la condición del cuidado. ¿A qué persona no le gusta ser cuidado o que lo cuiden?, todos queremos ser cuidados. Desde tiempos antes de Cristo, los griegos lo enseñaban con una noción compleja, muy rica, tuvo mucha vigencia en el mundo occidental, se conocía como: epimeleia heautou que los latinos traducen como cura sui, significa entre muchas connotaciones, cuidado de sí, inquietud de sí o preocuparse por sí mismo como regla ciudadana.

El hombre necesita del cuidado para estar saludable y necesita estar sano para mantenerse vivo, de ahí que el cuidado se manifieste como condición existencial que nos preocupa a todos, entra en la constitución del ser humano por actitudes del mismo cuidado. Necesitamos cultivar esta actitud, como ética mínima y universal, para preservar la herencia recibida del universo, de nuestros congéneres, de la cultura para garantizar nuestro futuro. Los tiempos críticos mueven la conciencia de los grupos, el cuidado surge en la conciencia colectiva siempre en momentos críticos, hay males que aquejan a la humanidad desde mediados del siglo XX, persisten en este siglo, y aún se han agregado otros. Con el auge de la tecnología, con la relación de ayuda de la enfermera, aunque algunos no lo vean así, es mucho lo que podemos hacer a favor de la humanidad, se pueden avizorar muchos de los problemas futuros de salud de niños, hijos de padres con problemas patológicos que se pueden prevenir y solucionar a tiempo por obra del cuidado. La intervención oportuna del cuidado de la enfermera contribuye a minimizar riesgos futuros de salud mediante la educación para la salud y control de enfermedades, es así como el cuidado de la enfermera se ofrece para mejorar la condición humana del hombre.

La condición humana se expresa como la capacidad de relacionarse los seres humanos entre sí; haciendo un símil con el cuidado de la enfermera. ésta es un ser de encuentros, de relaciones entre y con los demás, gran parte de su vida, la vive y la convive entre y con seres humanos. En el cuidado diario, en la cotidianidad de su acción, muestra y reconoce en los demás su condición humana, para ella cada persona cuidada es un ser en situación. De allí, que algunas preguntas como estas, al parecer sencillas, pero muy significantes, la enfermera las repite en cada encuentro ¿Cómo amaneció? ¿Cómo se siente? ¿Por qué está aquí en el hospital? ¿Vino su familia? Significa que la enfermera está interesada en la situación humana del otro; y la persona que asume esta realidad, está mostrando y reconociendo al hombre en su condición humana.

La expresión condición humana en sentido semántico incluye el concepto de naturaleza humana y lo excede a la vez, porque abarca otros significados que tienen que ver con la vida de los seres humanos. Podemos decir que es un modo eventual de ser o estar: estar sano, estar enfermo. Es sinónimo de situación: vivir en la riqueza, vivir en la pobreza, o de posición social: ser noble, ser plebeyo, es equivalente a un modo de ser de índole en el sentido de cualidad congénita, generosa, egoísta, de naturaleza mortal, racional, de lenguaje simbólico; en fin, el hombre es cúpula y disyunción. No ignoremos que el hombre siempre es un ser humano en situación, la situación es un concepto relativo, dinámico, y el hombre es eso, un ser móvil, dinámico, no puede evitar salir de una situación para entrar en otra, y la situación es la única realidad de la existencia histórica de la persona, por lo tanto, es un rasgo de la condición humana, la existencia empírica es un ser en situación. El cuidado visto desde la interacción humana se corresponde con la relación interpersonal que se establece entre la enfermera- persona cuidada, donde la enfermera, siempre se encontrará con un ser humano en situación especial de salud o de enfermedad, por lo cual de acuerdo a su filosofía moral (obligación) está interesada, eso es un rasgo, una característica, es una manifestación del cuidado como condición humana.

(Arenas, 2006)

1.2. Investigaciones

Investigaciones internacionales

SÁNCHEZ CARAVACA, JUAN (2006) con el estudio: La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. Estudio sobre los efectos de un programa de Atención Temprana en niños prematuros en su primer año de vida. Murcia. España

Concluye: En relación con la eficacia del Programa de Atención Temprana llevado a cabo, es preciso informar en esta conclusión que en el año 2005 se recogieron datos de una muestra aleatoria de niños nacidos prematuros que habían participado en este trabajo, en dos momentos posteriores distintos: cuando estos alcanzaron la edad corregida de dos años, y, más adelante, a la edad cronológica de tres años. Podemos anticipar que, en este avance, hemos comprobado que la incipiente mejoría y acercamiento a la norma que apuntaban los resultados de estos niños a los doce meses no mostraba mejoras sustanciales en el grupo en general a los dos años. En cambio, a los tres años, y en la mayoría de la muestra seleccionada, se apreciaban efectos importantes en cuanto a normalización de sus resultados. Esta mejoría, que llegaba a situar a la mayor parte de los seleccionados en niveles acordes con su edad cronológica en este momento de medida, no era extensible a los niños con las alteraciones más graves. Sin pretender ni poder extraer de ahí mayores conclusiones, pensamos que es posible anticipar que los niños prematuros, como grupo, parecen disponer de un proceso de desarrollo distinto, de modo que precisarían un período de tiempo más largo que los doce primeros meses para que su curva de desarrollo alcance valores próximos a los de los niños nacidos a término. Ello no querría decir que el trabajo llevado a cabo durante el primer año de vida no sea importante, sino, al contrario, vendría a señalar que sus efectos más evidentes se pondrían de manifiesto con posterioridad. En nuestra opinión, durante el primer año el papel de la intervención parece ir encaminado a evitar que las descompensaciones que estos niños presentan frente a los nacidos a término fuesen en aumento; a lo largo del segundo, se

produciría un mantenimiento con tendencia a la recuperación, y sería entre los 30 y los 42 meses cuando comenzaría a producirse el acercamiento deseado a la norma. Así pues, consideramos que el tiempo que ocupa los tres primeros años de vida podrían ser ese plazo que estos niños requerirían para situarse en una línea más acorde con la de los niños nacidos a término. En principio esta hipótesis puede resultar razonable, especialmente porque coincidiría con lo que los investigadores del neurodesarrollo señalan como principal período de actividad de la plasticidad cerebral. En todo caso, este comentario lo hacemos aquí con el único fin de señalar el interés que puede suponer la realización de nuevos trabajos destinados a conocer la eficacia de los programas de atención temprana en niños nacidos demasiado pequeños o demasiado pronto.

RÍOS DE JUAN, MÓNICA (2016) con el estudio: La experiencia de los padres ante la separación física de su hijo prematuro durante el ingreso de este último en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Universidad Autónoma. Madrid. España.

El nacimiento de un hijo prematuro, y la consiguiente separación física de sus padres debido al ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales supone un impacto en la vida tanto del hijo, como de los padres. Dicha separación física trae consigo numerosas consecuencias: además de verse dificultada la creación del vínculo inicial de apego entre los padres y el prematuro, se hace presente en los padres un sentimiento de pérdida del rol parental, lo cual puede desembocar en sentimientos de pena generalizada en los mismos. Si se quiere llevar a cabo el cuidado holístico del recién nacido prematuro ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales es necesario cuidar también a los padres. Para ello es importante conocer cómo viven la separación física de su hijo durante toda la estancia hospitalaria. Por tanto, el objetivo de este estudio es conocer cuáles son sus vivencias para que el cuidado que se les brinde sea un cuidado de calidad adaptado a sus necesidades. En este estudio cualitativo, de metodología fenomenológica, podrán participar padres de niños prematuros que cumplan los criterios de inclusión y exclusión expuestos. Se llevará a cabo en el Hospital Universitario

La Paz, y la información se recogerá mediante entrevistas en profundidad y semiestructuradas. Finalmente, mediante una codificación y una posterior categorización en temas se analizará la información obtenida.

PAVA LAGUNA, CAROLINA (2013) con el estudio: Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Objetivo: Describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, una vez son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de Pereira.

Metodología: estudio cualitativo, con método de etnoenfermería, muestreo por saturación. La información fue aportada a través de 21 entrevista semiestructurada realizadas a siete (7) informantes claves, madres que cumplían los criterios de inclusión y por cinco (5) informantes generales, enfermeras de las Unidades neonatales. La recolección y el análisis se realizaron simultáneamente, en el año 2012.

Resultados: Del análisis surgieron 44 códigos, seis (6) patrones y dos (2) temas:

1. "Cuidar a un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos", con tres patrones: la Institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé y la madre cuida al bebé.
2. "La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro en el hogar" con tres patrones: evitar que se enferme para que crezca sano; estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo, y mantenerlo calentito y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre-hijo.

Conclusiones: Las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones de conocimiento ético que se evidencian en los temas propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural.

MOTTA ROBAYO, CLAUDIA (2014) con el estudio: Significado para la madre de su participación en el cuidado al neonato prematuro hospitalizado. Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia.

El objetivo fue describir el significado que atribuye la madre a su participación en el cuidado al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados neonatales, en un grupo de madres que tenían sus hijos hospitalizados en la unidad neonatal, del Hospital Militar Central de Bogotá. Estudio de diseño cualitativo y método de Etnoenfermería; apoyado en conceptos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. Se realizaron entrevistas a profundidad, notas de campo y observación participante. Fueron informantes claves (9) nueve madres que tenían recién nacidos prematuros hospitalizados e informantes generales (4) cuatro enfermeras de la unidad neonatal. Se realizaron 20 entrevistas a las informantes claves y 4 a las informantes generales. Se obtuvieron 28 códigos, 5 patrones y 2 temas centrales. Se concluyó que el significado para la madre de participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado es contar con la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado y el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado, que representan los temas centrales respectivamente.

GALLEGOS MARTÍNEZ, JOSEFINA (2007) con el estudio: Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Sao Paulo. Brasil.

El estudio tiene como objetivo identificar y analizar los significados atribuidos por el equipo de salud con relación a la participación de la madre/padre en el cuidado del niño prematuro hospitalizado en un hospital público. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de la entrevista semi-estructurada y grabada de 23 profesionales. Los resultados mostraron que, aún esta participación es incipiente dentro de la unidad

neonatal hospitalaria, no obstante, existe interés por parte del equipo de salud en implementarla, reconociendo su importancia al favorecer en la estabilidad clínica del prematuro y en su proceso de crecimiento y desarrollo; permitiendo de esta forma, la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo, así como el entrenamiento materno para la futura alta. Se percibió que la madre ayuda al equipo de enfermería brindando cuidados al niño y realizando cuidados propios de su función materna. Por otro lado, la presencia de los padres modifica el ambiente dentro de la unidad neonatal, pues interfiere con la dinámica de trabajo, genera inseguridad en el equipo por sentirse fiscalizado, así mismo, existe la preocupación por infecciones hospitalarias. Estas situaciones en conformidad con otros estudios en diversos países nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de fundamentar la asistencia al prematuro hacia la construcción colectiva de una filosofía de cuidado que rescate conceptos con relación a los derechos humanos, ciudadanía, vínculo y apego madre-hijo, psicología pediátrica y de esta forma, ampliar el concepto de entrenamiento en educación participativa en salud.

Investigaciones nacionales

MELGAREJO SOLÍS, GIANNINA (2013) con el estudio: Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay - SBS, 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

El estudio “Efectividad de un programa educativo en los conocimientos de la madre sobre su participación en los cuidados del prematuro” tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa educativo en los conocimientos de la madre e identificar los conocimientos de la madre respecto a la dimensión física y psicoafectiva antes y después de aplicar el programa educativo. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de corte transversal, la población estuvo

conformada por 15 madres, se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un Cuestionario, el cual fue aplicado antes y después del programa educativo, previa solicitud del consentimiento informado en los meses de agosto a septiembre del 2011. Resultados. En cuanto a los conocimientos de las madres sobre su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado de un total de 15(100%) madres, antes de la aplicación del programa educativo se evidencia que 10 (67%) no conocen y solo 05 (33%) conocen: después de la aplicación del programa educativo el 15(100%) conocen. Conclusiones. Se acepta la hipótesis de estudio el cual fue demostrado a través de la prueba T de Student que el Programa Educativo señalando que es efectivo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en los cuidados del prematuro.

SALINAS RAMÍREZ, NANCY (2012) con el estudio: Efectividad del programa educativo cuidados del recién nacido y conocimiento de las gestantes adolescentes. Centro médico ESSALUD Coishco. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Perú.

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la efectividad del programa educativo “Cuidados del Recién Nacido” en el nivel de conocimiento de gestantes adolescentes que acudieron al Centro Médico EsSalud Coishco. 2012. La muestra estuvo conformada por 24 participantes, a quienes se les aplicó un pretest, posteriormente se realizaron tres sesiones educativas; una vez culminada las mismas se aplicó un postest. Los resultados obtenidos fueron: con respecto al nivel de conocimiento de las gestantes adolescentes sobre cuidados del recién nacido en el centro médico EsSalud Coishco, antes del programa educativo: según el pretest el 41,7% se ubicó en un nivel deficiente, el 33,3% en un nivel regular y un 25% en un nivel bueno. Una vez realizadas las sesiones educativas y aplicada el postest el 87,5% las gestantes adolescentes encuestadas se ubicaron en un nivel bueno, seguido del regular con un 12,5%, con la aplicación de la prueba estadística de wilcoxon se obtuvo alta significancia estadística $p = 0,01$.

1.3. Marco Conceptual

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

(OMS, 1978)

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?

(OMS, 1996)

ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar. Promoción de la Salud a través de la Escuela, Informe de un Comité Experto de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela, (OMS, 1997)

PREMATURO

Se dice que un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura unas 40 semanas.

(OMS, 2017)

RECIÉN NACIDO

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.

(OMS, 2017)

SALUD

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas

(OMS, 2017)

CAPÍTULO II: PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

Si bien algunas son causas directas, otras -como en la mayoría de casos de prematuridad, un 28% y de bajo peso al nacer- pueden constituir factores predisponentes. Se calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 gr. al momento del nacimiento) (OPS/AIS, 2005). Este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes neonatales (OPS/AIS, 2005).

El presente estudio surge a raíz de esta problemática de la demanda de pacientes en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins y los recursos humanos que no está relacionada y también se une la infraestructura que ha quedado muy pequeña, lejos de los requerimientos estipulados en la norma técnica del ministerio de salud en la que especifica que entre cunas debe haber una distancia de 1.30mts y por cada recién nacido en estado crítico debe haber una enfermera lo que es imposible cumplir por la gran demanda de recién nacidos de riesgo como quiera que estos recién nacidos tienen una familia que se encuentra muy preocupada por la salud de sus bebés exige verlos tenerlos entre sus brazos o simplemente mirarlos por las ventanas de la incubadora o en la que los recién nacidos están solo para engorde y ya han pasado su estado crítico las madres van a lactar, se requiere que ellas las madres, cuenten con un mínimo de conocimientos para saber cómo manejarse con su bebé en este estado crítico y de esta manera sirva de apoyo en el proceso de atención de la enfermera a cargo de su recién nacido. Por otra parte, ellas deberán atenderlos cuando regresen a sus hogares, contar con los conocimientos básicos del cuidado de sus recién nacidos prematuros constituye una exigencia que consolidará el proceso normal en el desarrollo y crecimiento de sus bebés.

2.1.2. Definición del problema

Problema General

- ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del Hospital Edgardo Rebagliati Martins?

Problemas específicos

1. ¿Qué relación existe entre los conocimientos de signos y alarmas sobre el cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins?
2. ¿Cómo se relaciona los conocimientos sobre la alimentación y nutrición en el cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos sobre transporte y seguridad del cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins?
4. ¿Cómo se relaciona los conocimientos sobre aseo y vestimenta en el cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins?

2. 2. Finalidad y objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

El presente estudio tuvo como finalidad presentar el nivel de conocimientos que tiene la madre de un recién nacido prematuro sobre los cuidados para asegurar conjuntamente con la enfermera su desarrollo y su calidad de vida.

2.2.2 Objetivos

Objetivo General

- Evaluar el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro y su relación con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Objetivos Específicos

1. Identificar de los conocimientos de los signos y alarmas sobre el cuidado del recién nacido prematuro y su relación con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
2. Evaluar los conocimientos sobre la alimentación y nutrición en el cuidado del recién nacido prematuro y su relación con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
3. Establecer la relación entre los conocimientos sobre transporte y seguridad del cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
4. Determinar la relación de los conocimientos sobre aseo y vestimenta en el cuidado del recién nacido prematuro con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

2.2.3 Delimitación del estudio

Delimitación espacial

El estudio se enmarca en el contexto de salud, específicamente en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. Hospital Nivel IV (Categoría III-1).

Delimitación temporal

El periodo corresponde al año 2016.

Delimitación social

La investigación está inmersa en un contexto social ya que trata de dos temáticas que comprenden el cuidado del recién nacido prematuro por parte de las madres quienes expresan actitud de cuidado, desvelo, preocupación, inquietud por la persona amada o un objeto de estimación. El pensar, poner atención, mostrar interés, más que una ocupación es una preocupación. La inquietud del cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia en su vida y otra de las temáticas son los procesos de atención de enfermería que, en la actualidad, la prematuréz es una de las prioridades de salud, por su magnitud y elevada prevalencia en algunos países. (Capurro y otros, 1978) Las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas constituyen un gran reto para el cuidado enfermero. La característica que define al prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. (Lee, Santos 2003).

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

Justificación

Cuando los sistemas de salud consideran programas educativos dirigidos a las madres que han tenido niños prematuros y que, por la exigencia de su estado, deben permanecer en los centros de salud, estos programas logran un resultado que coadyuva a los procesos de atención en enfermería y más tarde en el hogar. En ese contexto, la investigación ha considerado el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro y los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Importancia

La presente investigación tiene relevancia porque al tratar sobre estos aspectos en educación y salud, específicamente sobre la participación que debe tener la madre en el cuidado de su recién nacido prematuro que, siendo la naturaleza del cuidado, la inclusión de dos significaciones en íntima relación, primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. Segundo, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se sienta afectivamente ligada al otro. El cuidado es el permanente compañero del ser humano en dos sentidos: el ser humano nunca dejará de amar y de desvelarse por alguien. Ni dejará de preocuparse e inquietarse por la persona amada. De lo contrario, no se sentiría envuelto con el cuidado y mostraría negligencia por su vida y su destino.

Los resultados obtenidos durante la recolección de datos y la estadística aportarán a los sistemas de salud para preparar programas de capacitación a las madres que participan en estos cuidados.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1. Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

- El nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Hipótesis específicas

1. Los conocimientos de los signos y alarmas sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
2. Los conocimientos sobre la alimentación y nutrición en el cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
3. Los conocimientos sobre transporte y seguridad del cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
4. Los conocimientos sobre aseo y vestimenta en el cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

2.4. Variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
V₁ Nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro	Cuidado significa entonces, inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; estamos ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación. (Arenas, 2006)	1.1. Conocimientos de signos y alarmas
		1.2. Conocimientos sobre alimentación y nutrición
		1.3. Conocimientos sobre transporte y seguridad
		1.4. Conocimientos sobre aseo y vestimenta
V₂ Procesos de atención de enfermería	PAE Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Iyer y otros, 1986)	2.1. Atención en el cuidado del prematuro
		2.2. Atención en el crecimiento y desarrollo
		2.3. Nivel de prevención de riesgos

CAPÍTULO III: METODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación

Tipo

El tipo de investigación es aplicada, la cual se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación y las consecuencias prácticas que de ellas se deriven (Sánchez y Reyes, 2006).

Nivel

Según la naturaleza del objeto de estudio, la investigación se enmarca en el nivel evaluativo, apoyada en una investigación de campo de tipo descriptivo.

De acuerdo con Hurtado Barrera (1995) la investigación evaluativa, permite evaluar los resultados de uno o más programas, los cuales hayan sido, o estén siendo aplicados dentro de un contexto determinado, los resultados que intenta obtener se orientan a la solución de un problema concreto en un contexto social o institucional determinado.

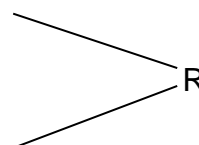
Diseño

El estudio responde a un Diseño no experimental porque estos estudios se realizaron sin la manipulación de variables; esto implica la recolección de datos en un momento determinado y en un tiempo único. Es una investigación Ex Post Facto pues los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la capacidad de influir sobre las variables y sus efectos. (Kerlinger, 1983).

Responde al siguiente esquema:

M_1 ----- V_1 (X) ----- r_1

M_2 ----- V_2 (Y) ----- r_2



M1, M2, muestras representativas de las variables V1 y V2

X, Y, medición de las variables

r1, r2, resultados de la medición

R, nivel de relación o impacto entre las variables

Dónde: M representa la muestra, M1, M2 representa la observación relevante que se recoge de la mencionada muestra y (r) es la relación entre el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro en los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por 80 personas: 50 madres de recién nacidos prematuros y 30 enfermeras del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Muestra

La muestra la representan el mismo número de la población. (80 personas)

3.3. Técnicas e Instrumentos de la Investigación

Técnicas

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron la encuesta para la variable independiente: nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro, considerando los conocimientos de signos y alarmas, conocimientos sobre alimentación y nutrición, conocimientos sobre transporte y seguridad, y conocimiento sobre aseo y vestimenta.

Para la variable dependiente: procesos de atención de enfermería se utilizó la técnica de observación en la atención en el cuidado del prematuro, la atención en el crecimiento y desarrollo y el nivel de prevención de riesgos.

Instrumentos

Los instrumentos seleccionados para el presente estudio son el cuestionario y la ficha de observación.

3.4. Procesamiento de datos

En el proceso de la investigación se trabajó como primer paso la tabulación de los resultados con la herramienta Excel, se realizó un análisis descriptivo de la variable independiente (V1) Nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido (V2) procesos de atención de enfermería, considerando los cuadros respectivos, los gráficos representativos y la interpretación.

Como segundo paso se aplicó la prueba Chi Cuadrado (χ^2) para evaluar las hipótesis específicas y la hipótesis general culminando con la contrastación de hipótesis.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

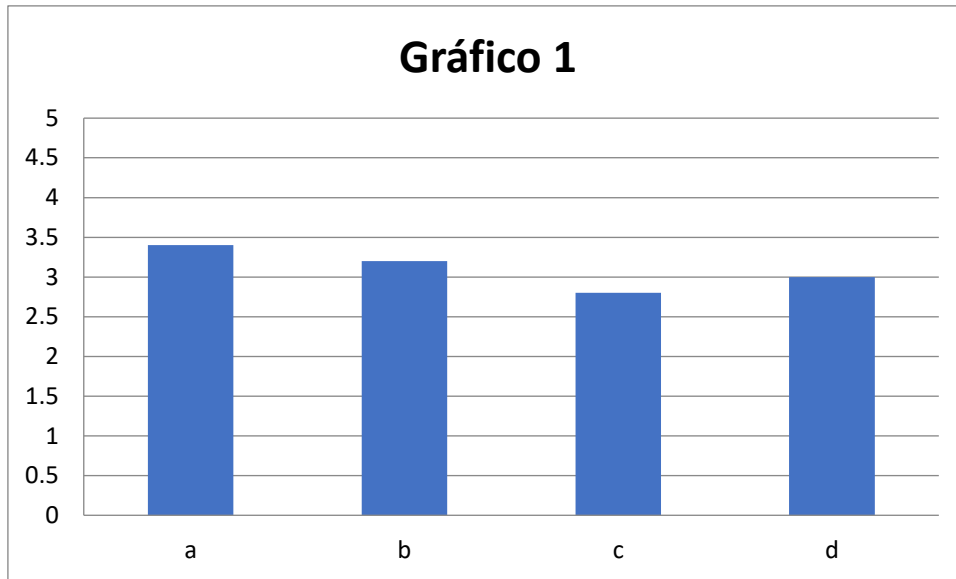
4.1 Resultado del Análisis de la variable: Nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro.

Este estudio analizó los 4 indicadores que conforman esta variable: Conocimiento de signos y alarmas (cuadro 01), conocimientos sobre alimentación y nutrición (cuadro 02), conocimientos sobre transporte y seguridad (cuadro 03), y conocimientos sobre aseo y vestimenta (cuadro 04). Se consolidó con la apreciación general de la variable (cuadro 05). Se empleó el cuestionario valorativo 01 como instrumento de análisis. (anexo 02).

CUADRO N°1

Resultados de la Valoración de nivel de conocimientos de signos y alarmas

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	En la alimentación	3.40	68.00%
2	En el sueño	3.20	64.00%
3	En la respiración	2.80	56.00%
4	En la temperatura corporal	3.00	60.00%
		3.10	62.00%



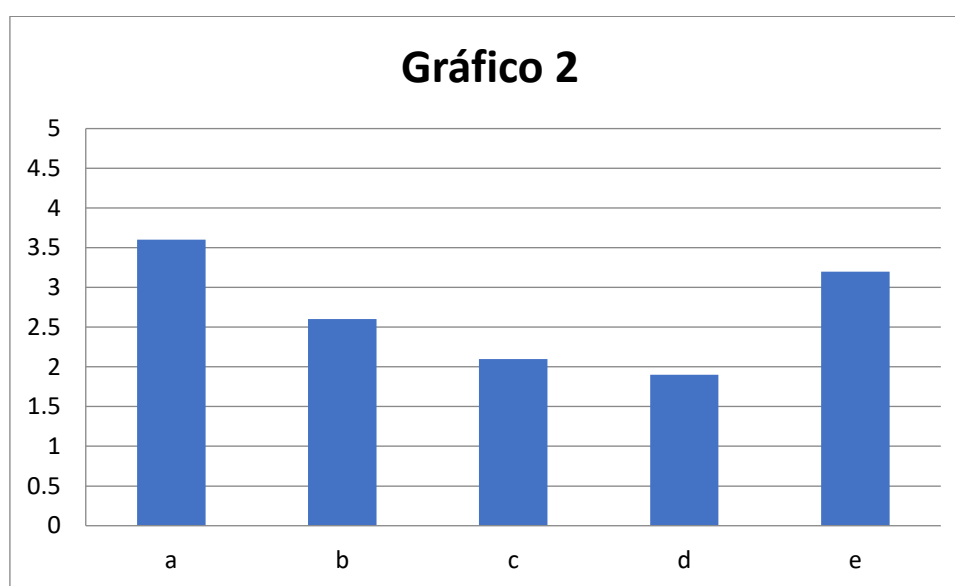
Interpretación

El cuadro 01, nos muestra la distribución de los valores del nivel de conocimientos de signos y alarmas. El valor mayor de 3.4 corresponde al conocimiento en la alimentación. El valor medio de 3.2 corresponde al conocimiento en el sueño. Los valores menores de 3.0 y 2.8 corresponden a conocimientos en la temperatura corporal y en la respiración. En conclusión, el promedio general del nivel de conocimientos de signos y alarmas es de 3.1 con un 62% según lo muestra el gráfico 01.

CUADRO N°2

Resultados de la Valoración del nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	Sobre la lactancia materna	3.60	72.00%
2	Sobre la lactancia artificial	2.60	52.00%
3	Sobre la alimentación intravenosa	2.10	42.00%
4	Sobre la alimentación por sonda	1.90	38.00%
5	Sobre las técnicas de amamantamiento	3.20	64.00%
		2.68	53.60%



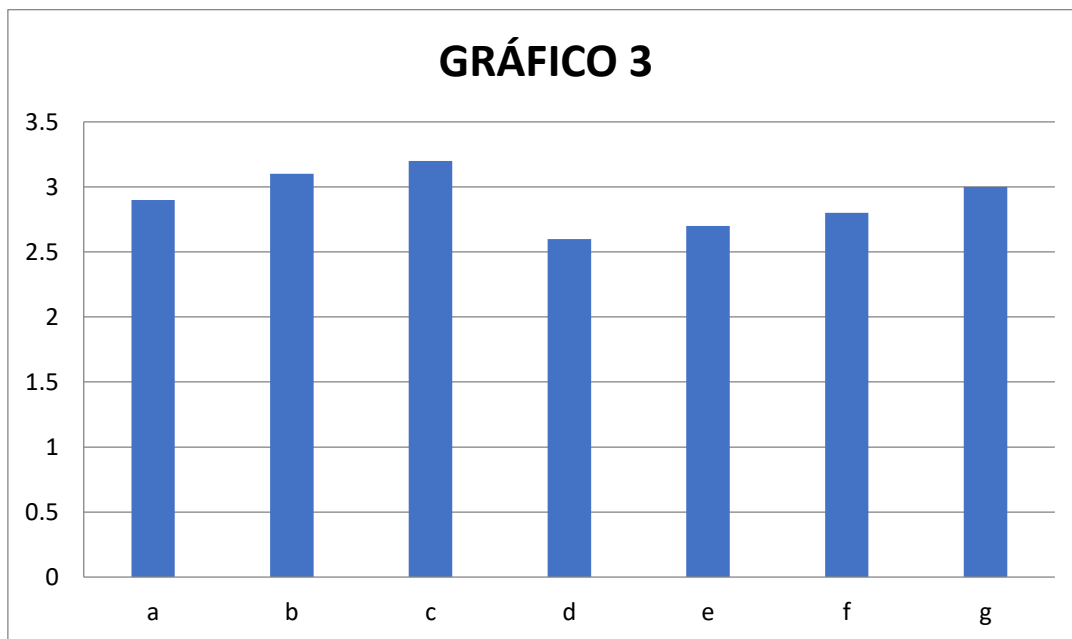
Interpretación

El cuadro 02, nos muestra la distribución de los valores del nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición. El valor mayor de 3,6 corresponde a conocimientos sobre la lactancia materna. Los valores medios de 3.2 y 2.6 corresponden a conocimientos sobre las técnicas de amamantamiento y sobre la lactancia artificial. Los valores menores de 2.1 y 1.9 corresponden a conocimientos sobre la alimentación intravenosa y sobre la alimentación por sonda. En conclusión, el promedio general del nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición es de 2.68 con un 53.6% según lo muestra el gráfico 02.

CUADRO N°3

Resultados de la Valoración del nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	Sobre el traslado de la incubadora	2.90	58.00%
2	Sobre el uso de la cama térmica	3.10	62.00%
3	Sobre el cuidado 'canguro'	3.20	64.00%
4	Sobre la seguridad personal y posturas del recién nacido prematuro	2.60	52.00%
5	Sobre la seguridad de contagios o contaminación del recién nacido prematuro	2.70	54.00%
6	Sobre la forma de sostenerlo	2.80	56.00%
7	Sobre la regulación de la temperatura	3.00	60.00%
		2.90	58.00%



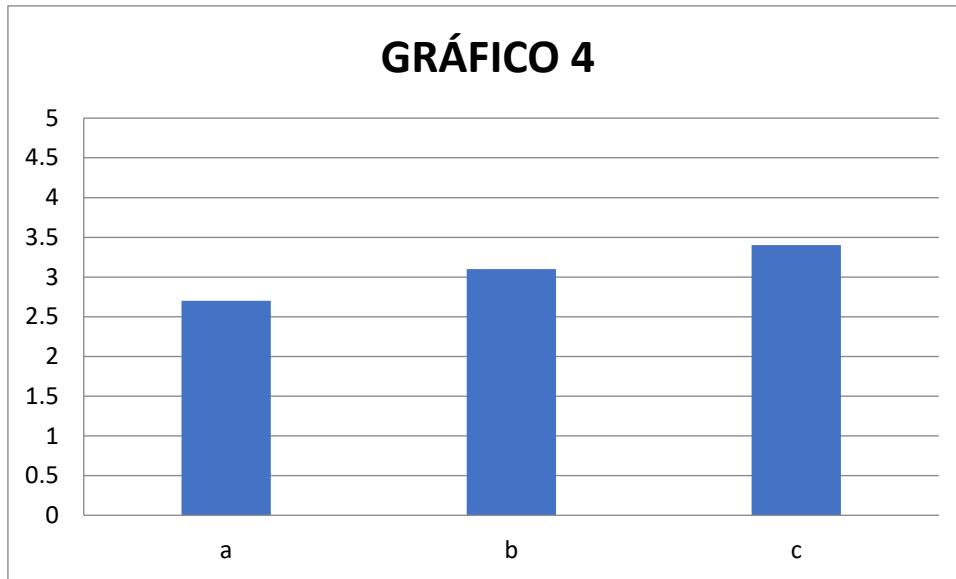
Interpretación

El cuadro 03, nos muestra la distribución de los valores del nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad. Los valores mayores de 3.2 y 3.1 corresponden a conocimientos sobre el cuidado “canguro” y sobre el uso de la cama térmica. Los valores medios de 3.0, 2.9 y 2.8 corresponden a conocimientos sobre la regulación de la temperatura, el traslado de la incubadora y la forma de sostenerlo. Los valores menores de 2.7 y 2.6 corresponden a conocimientos sobre la seguridad de contagios o contaminación del recién nacido prematuro y seguridad personal y posturas del recién nacido prematuro. En conclusión, el promedio general del nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad es de 2.9 con un 58% según lo muestra el gráfico 03.

CUADRO N°4

Resultados de la Valoración del nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	Sobre el baño del recién nacido prematuro	2.70	54.00%
2	Sobre la aplicación de los pañales al recién nacido prematuro	3.10	62.00%
3	Sobre el empleo de los calzones, fajas, almohadas	3.40	68.00%
		3.07	61.00%



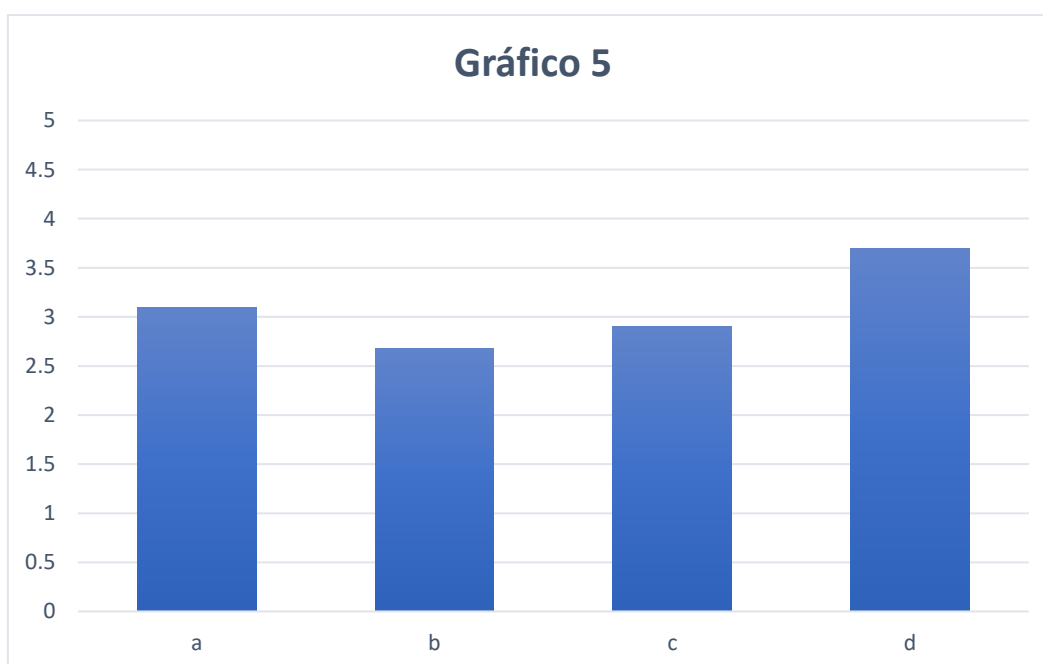
Interpretación

El cuadro 04, nos muestra la distribución de los valores del nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro. El valor mayor de 3.4 corresponde a conocimientos sobre el empleo de los calzones, fajas, almohadas. El valor medio de 3.1 corresponde conocimientos sobre la aplicación de los pañales al recién nacido prematuro. El valor menor de 2.7 corresponde a conocimientos sobre el baño del recién nacido prematuro. En conclusión, el promedio general del nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro es de 3.07 con un 61% según lo muestra el gráfico 04.

CUADRO N° 05

Resultados generales del nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	%
1	Nivel de conocimientos de signos y alarmas	3.10	62,00%
2	Nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición	2.68	53,60%
3	Nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad	2.90	58,00%
4	Nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro	3.07	61.00%
		2.93	58.65%



Interpretación

El cuadro 05, nos muestra la distribución de los valores del nivel de conocimiento de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro. Los valores mayores de 3.10 corresponden al nivel de conocimientos de signos y

alarmas y sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro. El valor medio de 2.90 corresponde al nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad. El valor menor de 2.68 corresponde al nivel de conocimientos sobre el la alimentación y nutrición. En conclusión, el promedio general del nivel de conocimientos de a madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro es de 2.93 con un 58.65% según lo muestra el gráfico 05.

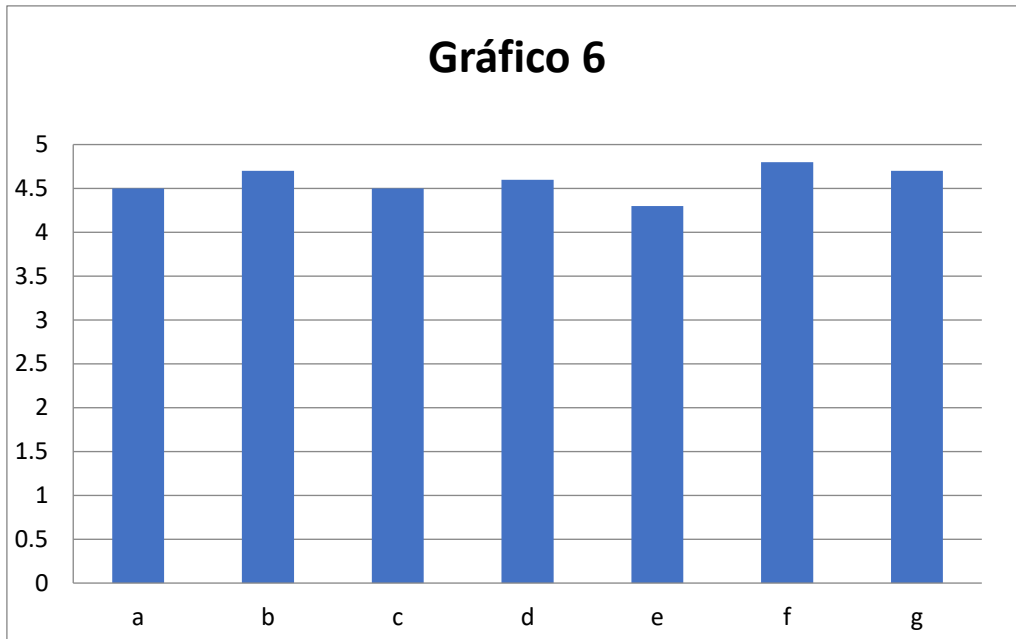
4.2. Resultados del análisis de la variable: Procesos de atención de enfermería.

Este estudio analizó los 3 indicadores que conforman esta variable: Atención en el cuidado del prematuro (cuadro 06), atención en el crecimiento y desarrollo (cuadro 07) y nivel de prevención de riesgos (cuadro 08). Se consolidó con la apreciación general de la variable (cuadro 09). Se empleó el cuestionario valorativo 02 como instrumento de la ficha de análisis de la observación. (anexo 02).

CUADRO N°6

Resultado de la valoración sobre la atención en el cuidado del recién nacido prematuro

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	En el mantenimiento de la termorregulación del recién nacido prematuro	4,50	90.00%
2	En mantener el estado respiratorio del recién nacido prematuro	4,70	94.00%
3	En el cuidado de la piel del recién nacido prematuro	4,50	90.00%
4	En el cuidado del peso del recién nacido prematuro	4,60	92.00%
5	Observar la frecuencia, el ritmo y la intensidad del latido	4,30	86.00%
6	Manejo de vías aéreas: aspiración	4,80	96.00%
7	Vigilancia de la posición	4,70	94.00%
		4,58	91,71%



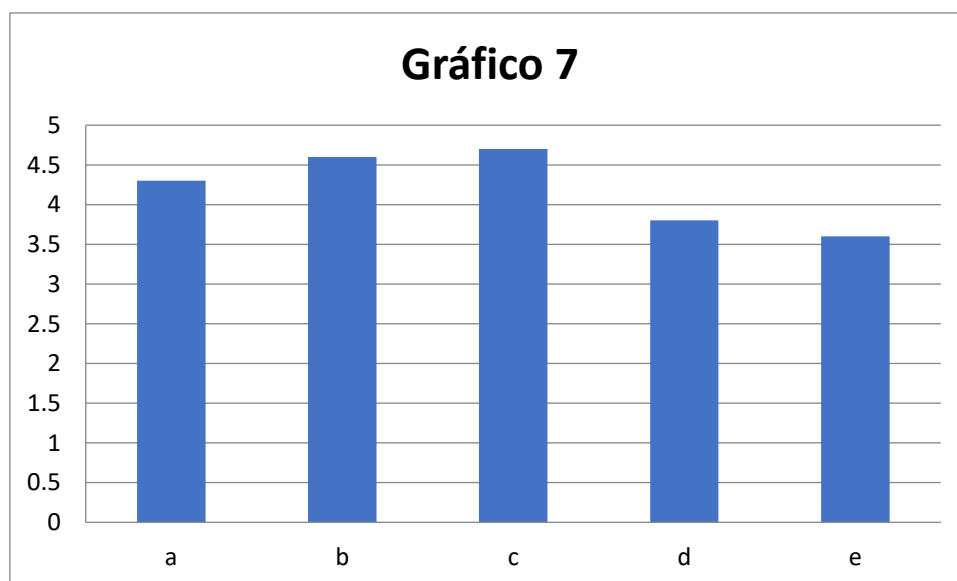
Interpretación

El cuadro 06, nos muestra la distribución de los valores del nivel de valoración de la atención en el cuidado del recién nacido prematuro. Los valores mayores de 4.8 y 4.7 corresponden al manejo de vías aéreas: aspiración, a la vigilancia de la posición y a mantener el estado respiratorio del recién nacido prematuro. Los valores medios de 4.6 y 4.5 corresponden al cuidado del peso, de la piel y al mantenimiento de la termoregulación del recién nacido prematuro. El valor menor de 4.3 corresponde a observar la frecuencia, el ritmo y la intensidad del latido. En conclusión: el promedio general de la atención en el cuidado del recién nacido prematuro es de 4.58 con un 91.71% según lo muestra el gráfico 06.

CUADRO N°7

Resultado de la valoración sobre la atención en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	Mantener el estado nutricional del recién nacido prematuro	4,30	86.00%
2	Monitorizar el neurodesarrollo del recién nacido prematuro	4,60	92.00%
3	Atención y control del crecimiento físico del recién nacido prematuro	4,70	94.00%
4	Atención del desarrollo psicológico del recién nacido prematuro	3,80	76.00%
5	Manejo y control de líquidos y electrolitos	3,60	72.00%
		4,20	84.00%



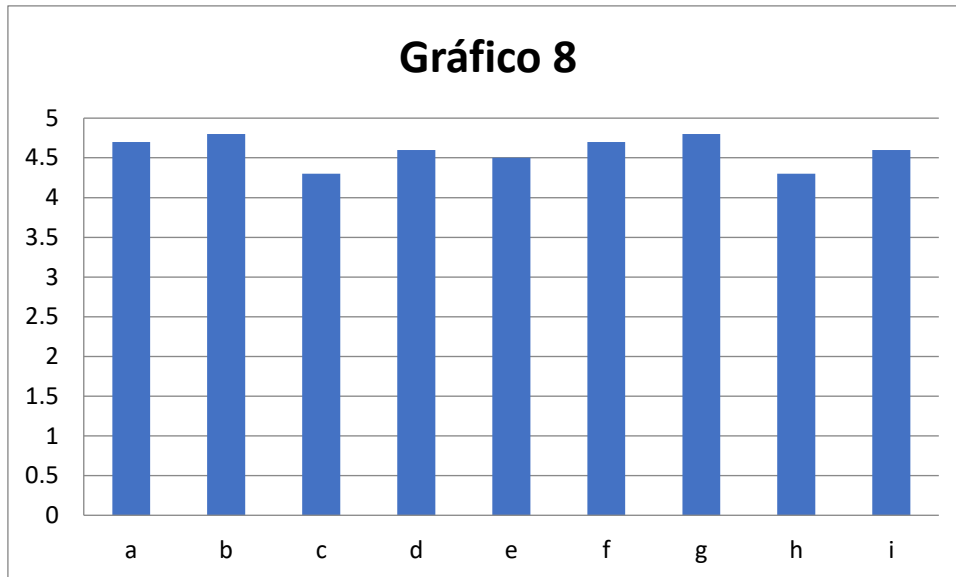
Interpretación

El cuadro 07, nos muestra la distribución de los valores de la valoración sobre la atención en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro. Los valores mayores de 4.7 y 4.6 corresponden a la atención y control del crecimiento físico del recién nacido prematuro y a monitorizar el neurodesarrollo del recién nacido prematuro. El valor medio de 4.3 corresponde a mantener el estado nutricional del recién nacido prematuro. Los valores menores de 3.8 y 3.6 corresponden a la atención del desarrollo psicológico del recién nacido prematuro y al manejo y control de líquidos y electrolitos. En conclusión, el promedio general de la atención en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro es de 4.2 con un 84% según lo muestra el gráfico 07.

CUADRO N°8

Resultado de la valoración sobre los niveles de prevención de riesgo del recién nacido prematuro

V	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	V
1	Control del dolor del recién nacido prematuro	4,70	94.00%
2	Protección contra las infecciones del recién nacido prematuro	4,80	96.00%
3	Ayuda en la lactancia materna del recién nacido prematuro	4,30	86.00%
4	Cuidados canguro	4,60	92.00%
5	Protección de riesgos usuales: hipertermia, hipoglucemia, hiperbilirrubremia	4,50	90.00%
6	Mantener las incubadoras con una concentración del oxígeno adecuada	4,70	94.00%
7	Medir y registrar el volumen urinario (antes y después)	4,80	96.00%
8	Observar y registrar el número de micciones y color de la orina	4,30	86.00%
9	Manipulación mínima	4,60	92.00%
		4,58	91,70%

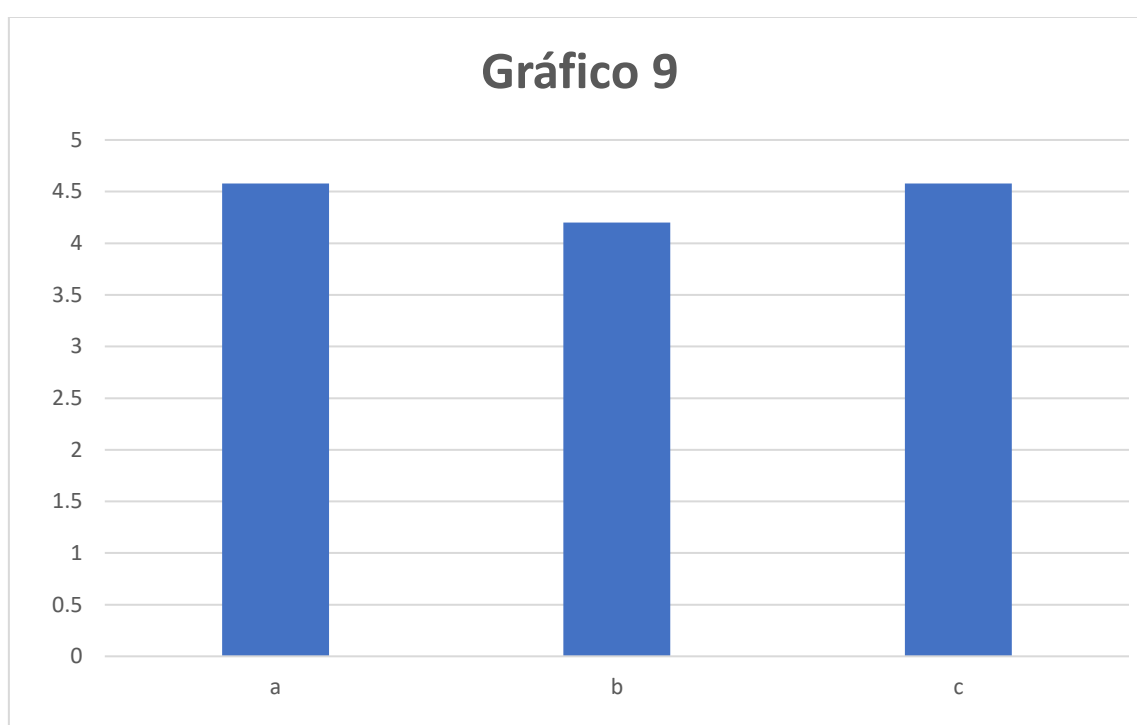


Interpretación

El cuadro 08, nos muestra la distribución de los valores del nivel de valoración sobre los niveles de prevención de riesgo del recién nacido prematuro. Los valores mayores de 4.8 y 4.7 corresponden a la protección contra las infecciones del recién nacido prematuro, a medir y registrar el volumen urinario/antes y después), al control del dolor del recién nacido prematuro y a mantener las incubadoras con una concentración de oxígeno adecuada. Los valores medios de 4.6 y 4.5 corresponden a los cuidados canguro y a la protección de riesgos usuales: hipertemia, hipoglucemia, hiperbilirrubina. El valor menor de 4.3 corresponde a la ayuda en la lactancia materna del recién nacido prematuro y al observar y registrar el número de micciones y color de la orina. En conclusión, el promedio general de los niveles de prevención de riesgo del recién nacido prematuro es de 4.58 con un 91.70% según lo muestra el gráfico 08.

CUADRO N° 9
Resultados generales de la valoración de los
Procesos de atención de enfermería

N°	INDICADORES DE ANÁLISIS	X	%
1	Atención en el cuidado del recién nacido prematuro.	4.58	91.71%
2	Atención en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro	4.2	84.00%
3	Niveles de prevención de riesgo del recién nacido prematuro	4.58	91.71%
		4.45	89.10%



Interpretación

El cuadro 09, nos muestra la distribución de los valores generales del nivel de valoración de los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro. Los valores mayores son de 4.58 que corresponden a la atención

en el cuidado en el recién nacido prematuro y los niveles de prevención de riesgo del recién nacido prematuro. El valor menor de 4.2 corresponde a la atención en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro. En conclusión, el promedio general de los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro es de 4.45 con un 89.1% según lo muestra el gráfico 09.

4.3. Análisis relacional de las Variables

En concordancia con los resultados del análisis valorativo de las variables e indicadores respectivos (cuadros 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08 y 09) se empleó la prueba del chi cuadrado χ^2 con el propósito de evaluar los efectos de la relación o de las variables en las hipótesis. Estos resultados nos permitieron determinar el proceso de contrastación de la hipótesis general postulada.

Cuadro 10

Relación entre: El nivel de conocimientos de signos y alarma (1.0) y los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro (A)

1.0 / A	o	e	(o - e)	(o - e) ²	(o - e) ² /e
a	3.40	5	-1.60	2.56	0.51
b	3.20	5	-1.80	3.24	0.64
c	2.80	5	-2.20	4.84	0.96
d	3.00	5	-2.00	4.00	0.80
1,1	4.58	5	-0.42	0.18	0.04
1,2	4.20	5	-0.8	0.64	0.13
1,3	4.58	5	-0.42	0.18	0.04
Chi cuadrado χ^2					3.12

Se aplicó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum(o - e)^2}{e}$$

o = Frecuencia observada

e = Frecuencia esperada

Dónde: $\chi^2 = 3.12$ N = 7

Hipótesis Estadísticas:

- h_1 : El nivel de conocimientos de signos y alarmas se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- h_0 : El nivel de conocimientos de signos y alarmas no se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Región de Rechazo:

La h_0 será rechazada si el valor calculado de x^2 es mayor que el valor tabulado de x^2 para el nivel de significación $\alpha = 0.01$, y para $(n-1)$.

Prueba de Significación:

Considerando $\alpha = 0.01$, $n = 7$, $gl = 6$, X^2 calculado es 3.12 y X^2 tabulado es 0.872.

Interpretación:

Puesto que X^2 calculado es mayor que X^2 tabulado, en efecto se rechaza h_0 . Y se acepta la h_1 . Esto implica que: El nivel de conocimientos de signos y alarmas se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Cuadro 11

Relación entre: Nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición (1.0) y los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro (A)

1.0 / A	o	e	(o - e)	(o - e) ²	(o - e) ² /e
A	3.60	5	-1.4	1.96	0.39
B	2.60	5	-2.4	5.76	1.15
C	2.10	5	-2.9	8.41	1.68
D	1.90	5	-3.1	9.61	1.92
E	3.20	5	-1.8	3.24	0.65
1,1	4.58	5	-0.42	0.18	0.04
1,2	4.20	5	-0.8	0.64	0.13
1,3	4.58	5	-0.42	0.18	0.04
Chi cuadrado χ^2					6.00

Se aplicó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum(o - e)^2}{e}$$

o = Frecuencia observada

e = Frecuencia esperada

Dónde: $\chi^2 = 6.00$ N = 8

Hipótesis Estadísticas:

- h_1 : Nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- h_0 : Nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición no se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Región de Rechazo:

La h_0 será rechazada si el valor calculado de x^2 es mayor que el valor tabulado de x^2 para el nivel de significación $\alpha = 0.01$, y para $(n-1)$.

Prueba de Significación:

Considerando $\alpha = 0.01$, $n = 8$, $gl = 7$, X^2 calculado es 6.00 y X^2 tabulado es 1.239.

Interpretación:

Puesto que X^2 calculado es mayor que X^2 tabulado, en efecto se rechaza h_0 . Y se acepta la h_1 . Esto implica que: Nivel de conocimientos sobre la alimentación y nutrición se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Cuadro 12

Relación entre: El nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad (1.0) y los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro (A)

1.0 / A	o	e	(o - e)	(o - e) ²	(o - e) ² /e
a	2.90	5	-2.1	4.41	0.88
b	3.10	5	-1.9	3.61	0.72
c	3.20	5	-1.8	3.24	0.65
d	2.60	5	-2.4	5.76	1.15
e	2.70	5	-2.3	5.29	1.06
f	2.80	5	-2.2	4.84	0.97
g	3.00	5	-2	4.00	0.80
1,1	4.58	5	-2,29	0.18	0.04
1,2	4.20	5	-2,39	0.64	0.13
1,3	4.58	5	-2,52	0.18	0.04
Chi cuadrado χ^2					6.44

Se aplicó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum(o - e)^2}{e}$$

o = Frecuencia observada
e = Frecuencia esperada

Dónde: $\chi^2 = 6.44$ N = 10

Hipótesis Estadísticas:

- h_1 El nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- h_0 : El nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad no se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Región de Rechazo:

La h_0 será rechazada si el valor calculado de x^2 es mayor que el valor tabulado de x^2 para el nivel de significación $\alpha = 0.01$, y para $(n-1)$.

Prueba de Significación:

Considerando $\alpha = 0.01$, $n = 10$, $gl = 9$, X^2 calculado es 6.44 y X^2 tabulado es 2.088.

Interpretación:

Puesto que X^2 calculado es mayor que X^2 tabulado, en efecto se rechaza h_0 . Y se acepta la h_1 . Esto implica que: El nivel de conocimientos sobre el transporte y seguridad se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Cuadro 13

Relación entre: Nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro (1.0) y los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro (A)

1.0 / A	o	e	(o - e)	(o - e) ²	(o - e) ² /e
a	2,70	5	-2.30	5.29	1.06
b	3,10	5	-1.90	3.61	0.72
c	3,40	5	-1.60	2.56	0.51
1.1	4,58	5	-2,29	0.18	0.04
1.2	4,20	5	-2,39	0.64	0.13
1.3	4,58	5	-2,29	0.18	0.04
Chi cuadrado χ^2					2.50

Se aplicó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum(o - e)^2}{e}$$

o = Frecuencia observada

e = Frecuencia esperada

Dónde: $\chi^2 = 2.50$ N = 6

Hipótesis Estadísticas:

- h_1 : Nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- h_0 : Nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro no se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Región de Rechazo:

La h_0 será rechazada si el valor calculado de x^2 es mayor que el valor tabulado de x^2 para el nivel de significación $\alpha = 0.01$, y para $(n-1)$.

Prueba de Significación:

Considerando $\alpha = 0.01$, $n = 6$, $gl = 5$, X^2 calculado es 2.50 y X^2 tabulado es 0.554.

Interpretación:

Puesto que X^2 calculado es mayor que X^2 tabulado, en efecto se rechaza h_0 . Y se acepta la h_1 . Esto implica que: Nivel de conocimientos sobre el aseo y vestimenta del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Cuadro 14

Relación entre: Nivel de valoración de los conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro (1.0) y los procesos de atención de enfermería al recién nacido prematuro (A)

1.0 / A	o	e	(o - e)	(o - e) ²	(o - e) ² /e
A	3,10	5	-1.90	3.61	0.72
B	2,68	5	-2.32	4.64	0.93
C	2,90	5	-2.10	4.41	0.9
D	3,07	5	1.93	3.72	0.74
1.1	4,58	5	-2,29	0.18	0.04
1.2	4,20	5	-2,39	0.64	0.13
1.3	4,58	5	-2,29	0.18	0.04
Chi cuadrado χ^2					3.50

Se aplicó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum(o - e)^2}{e}$$

o = Frecuencia observada

e = Frecuencia esperada

Dónde: $\chi^2 = 3.50$ $N = 7$

Hipótesis Estadísticas:

- h_1 : El nivel de valoración de los conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los

procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

- h_0 : El nivel de valoración de los conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro no se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Región de Rechazo:

La h_0 será rechazada si el valor calculado de χ^2 es mayor que el valor tabulado de χ^2 para el nivel de significación $\alpha = 0.01$, y para $(n-1)$.

Prueba de Significación:

Considerando $\alpha = 0.01$, $n = 7$, $gl = 6$, χ^2 calculado es 3.50 y χ^2 tabulado es 0,872.

Interpretación:

Puesto que χ^2 calculado es mayor que χ^2 tabulado, en efecto se rechaza h_0 . Y se acepta la h_1 . Esto implica que: El nivel de valoración de los conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

4.4. Contrastación de Hipótesis

Cuadro 15

CUADRO GENERAL RESUMEN DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis específicas	Chi Cuadrado	Nivel de Significación		
		alfa	N	gl
h1	3.12	0.001	7	6
h2	6.00	0.001	8	7
h3	6.44	0.001	10	9
h4	2.50	0.001	6	5
h promedio	4.52	0.001	7.75	6.75
Hipótesis general	Chi Cuadrado	Nivel de Significación		
		alfa	N	gl
H	3.50	0.001	7	6

En cuanto a la hipótesis general el resultado del chi cuadrado es mayor (3.50) a lo tabulado (0,872*) entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, donde se demuestra que el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

* Bernal, César (2006). Metodología de la Investigación, Editorial Pearson Educación. México.

4.5. Discusión de resultados

Cuando Buff (1999) expresa que el cuidado, más que un acto, es una actitud, abarca más que un momento de atención, de ocupación, es una preocupación. No se trata de pensar y hablar sobre el cuidado como objeto independiente de nosotros. Es pensar y hablar como el cuidado es vivido, como lo sentimos nosotros. No tenemos cuidado. Somos todo cuidado. Significa que posee una dimensión ontológica que entra en la constitución del ser humano. Es un modo-de-ser singular de hombres y mujeres. Sin cuidado dejamos de ser humanos. El cuidado es siempre preocupación y solicitud, confiere sentido a la existencia humana.

El cuidado es ayudar al otro a crecer, cualquiera sea ese otro, una persona, un ideal, una planta, una mascota. Un ejemplo cotidiano del cuidado se da en la relación padre-hijo. El cuidado básico de los padres es respetar a su hijo, ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolo y asistiéndolo en sus necesidades. Mayeroff, (1977).

Por otra parte, Arenas (2003) afirma que, en la práctica, el cuidado de la enfermera debe basarse en la independencia de la persona que goza de derechos y en la templanza y tolerancia de la enfermera al dar cuidado. La enfermera en interacción con la persona cuidada debe enseñarlo a crecer, ella posee conocimientos de la conducta humana para manejar sus debilidades y fortalezas de cuidador como de la persona cuidada. Conoce los valores que guían su acción, siendo el primero el respeto a la dignidad humana que encierra un contenido filosófico del reconocimiento a todos los derechos del ser humano, quien respeta la dignidad humana, muestra rasgos de su condición humana y reconoce ésta en los demás.

Según la OMS (2010) estima 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 concentraron 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, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. Si consideramos la participación de la madre en estos procesos de atención al bebé prematuro, entonces los objetivos se lograrán.

Con los resultados obtenidos en relación a la hipótesis del presente estudio: El nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins, son argumentos que validan la hipótesis postulada.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Se ha demostrado mediante el estudio que el nivel de conocimientos de la madre sobre el cuidado del recién nacido prematuro se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
2. Queda comprobado que el nivel de conocimientos de signos y alarmas sobre el cuidado del recién nacido se relaciona directamente con los procesos de atención de enfermería en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
3. También se establece que los conocimientos sobre la alimentación y nutrición en el cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
4. En el estudio se ha verificado que los conocimientos sobre transporte y seguridad del cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
5. Finalmente, se comprueba que los conocimientos sobre aseo y vestimenta en el cuidado del recién nacido prematuro se relacionan positivamente con los procesos de atención de enfermería del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

5.2. Recomendaciones

1. Promover programas de capacitación en las instituciones de salud para las madres, en la atención de sus recién nacidos prematuros.
2. Involucrar en los procesos de atención a las madres de los recién nacidos prematuros para garantizar su desarrollo y crecimiento.
3. Considerar como política de atención en las organizaciones de salud un nivel de comunicación entre la enfermera y la madre del recién nacido prematuro.
4. Propiciar diagnósticos situacionales en las organizaciones de salud para conocer las carencias y necesidades con respecto a la atención del recién nacido prematuro.
5. Presentar estrategias en los protocolos de atención del recién nacido prematuro para prevenir su deceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ARENAS NM. (2003)** La Enfermera(o) en la Cotidianidad del Cuidado Humano. Biblioteca Área de Estudios de Postgrado Universidad de Carabobo. Valencia- Venezuela.
2. **BOFF (1999)** Saber Cuidar. Editora Vozes. Petrópolis. Brazil
3. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos Volumen 88: 2010 Volumen 88, enero 2010, 1-80
4. **BUNGE, MARIO (1999)**. La investigación Científica. Su Estrategia y su Filosofía. Editorial Ariel. España.
5. **CAPURRO H, KONICHEZKY S, FONSECA D, CALDEYRO-BARCIA R. A (1978)**. Simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr. USA.
6. **DEL MORAL, TERESA; BANCALARI, EDUARDO (2010)**. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. BOL PEDIATR 2010; 50 (SUPPL. 1): 39-42. Department of Pediatrics. University of Miami Miller School of Medicine. USA.
7. **DOMÉNECH ME, FUSTER JP, LEÓN QC, CORTABARRÍA BC, CASTRO CJR, MÉNDEZ PA. (2005)**. Morbilidad y mortalidad de los recién nacidos según el patrón de crecimiento intrauterino. An Pediatr (Barc) ;63(4): 300-6 23. España.
8. **FABIÁN RODRÍGUEZ, DELIA HAIDE (2015)**. Nivel de satisfacción percibida y calidad del cuidado enfermero en la persona hospitalizada. hospital Jerusalén – La Esperanza, 2015. Chimbote. Perú.
9. **GALLEGOS MARTÍNEZ, JOSEFINA (2007)**. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Brasil.
10. **GARCÍA FERNÁNDEZ, DORA (2006)**. Metodología del Trabajo de Investigación. Editorial Trillas S.A. de C.V. México.
11. **GÓMEZ, MARÍA CELESTE, (2015)**. Guía para padres de bebés nacidos prematuros. La internación Interdisciplinaria, vol. 32, núm. 2, 2015, pp.

- 347-366. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Buenos Aires, Argentina
12. **GORDON M. (2003)** Manual de diagnósticos enfermeros. 10a. ed. Elsevier. España.
 13. **HEIDEGGER M. (1989)**. Being and time. Harper& Row. NewYork. USA
 14. **HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO (2002)**. Metodología de la Investigación. Tercera Edición McGraw-Hill/ interamericana Editores S. A. México.
 15. **HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO. (2006)**. Fundamentos de Metodología de la Investigación. Tercera Edición McGraw-Hill/ Interamericana Editores S. A. México.
 16. **HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO (2010)**. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill/ interamericana Editores S. A. México.
 17. **IYER, P. Y OTROS (1986)**. Proceso de Enfermería y diagnósticos de enfermería. Ed. Interamericano. México.
 18. **KERLINGER, FRED N. (1983)**. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología, 2ª. ed., Ed. Interamericana, México.
 19. **LEE, SANTOS (2003)**. Mortalidad perinatal en un segundo nivel de atención. Rev Med IMSS;41(1):31-36. México.
 20. **MATA MÉNDEZ; SALAZAR BARAJAS; HERRERA PÉREZ (2009)**. En revista Enfermería. Instituto Mexicano, Seguro Soc.Nº17.México.
 21. **MAYEROFF M. (1977)**. A Arte de Servir a Próximo Para Servir a si mismo Editora, Record-Brazil.
 22. **MCCLOSKEY J, BULECHEK M. (2002)**. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Elsevier. España.
 23. **MELGAREJO SOLÍS, GIANNINA (2013)**. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay - SBS, 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
 24. **MEJÍA, E. (2005)**. Metodología de la investigación científica. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

- 25. MOTTA ROBAYO, CLAUDIA (2014).** Significado para la madre de su participación en el cuidado al neonato prematuro hospitalizado. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- 26. OMS (2015).** Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros.
- 27. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998).** Promoción de la Salud Glosario. Ginebra.
- 28. PAVA LAGUNA, CAROLINA (2013).** Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- 29. PISCOYA, LUIS (2003).** Investigación científica y educacional, un enfoque epistemológico Amaru Editores. Perú.
- 30. POPPER, KARL (1994).** La lógica de la investigación científica. Editorial. Tecnos. España.
- 31. RÍOS DE JUAN, MÓNICA. (2016).** La experiencia de los padres ante la separación física de su hijo prematuro durante el ingreso de este último en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Universidad Autónoma. Madrid. España.
- 32. RODRIGUEZ RIVAS, MANUEL (1991).** Teoría y diseño de la investigación científica, Ediciones Atusparia. Perú.
- 33. RODRIGUEZ RIVAS, MANUEL (2002).** La ciencia, Fondo editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú.
- 34. ROQUÉS, VICENTE Y OTROS (1999).** Manual para padres con niños prematuros. Ibáñez&Plaza Asociados S.L. IMGRAF S.L. Impreso en España.
- 35. SALINAS RAMÍREZ, NANCY ELIZABETH (2015).** Efectividad del programa educativo cuidados del recién nacido y conocimiento de las gestantes adolescentes. Centro médico ESSALUD Coishco, 2012. Universidad Católica los Ángeles Chimbote. Perú
- 36. SALVADOR H., MERCADO. (2003).** ¿Cómo hacer una Tesis? 3^a Ed. Limusa Noriega Editores. México.
- 37. SÁNCHEZ CARAVACA, JUAN (2006).** La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. Estudio sobre los

efectos de un programa de Atención Temprana en niños prematuros en su primer año de vida. Murcia. España.

38. SÁNCHEZ CARLESSI, HUGO (2009). En artículo de la Universidad Ricardo Palma. Perú.

39. SÁNCHEZ CARLESSI, HUGO Y REYES MEZA, CARLOS (2009). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima: Editorial Visión Universitaria. Perú.

40. SÁNCHEZ CARLESSI, HUGO (1998). Metodología y Diseño de la investigación Científica. Editorial Mantaro. Perú.

41. TAMAYO, M (2005). Metodología formal de la investigación científica. 2ª ed. Limusa. México.

42. VENTURA, JP. (2003). Prematuridad y bajo peso de nacimiento. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

ANEXOS

ANEXO N.º 01

**V₁ APRECIACIÓN SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE
SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO**

INDICADORES DE ESTUDIO	ESCALA VALORATIVA				
CONOCIMIENTOS DE SIGNOS Y ALARMAS					
En la alimentación	1	2	3	4	5
En el sueño	1	2	3	4	5
En la respiración	1	2	3	4	5
En la temperatura corporal	1	2	3	4	5
CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN					
Sobre la lactancia materna	1	2	3	4	5
Sobre la lactancia artificial	1	2	3	4	5
Sobre la alimentación intravenosa	1	2	3	4	5
Sobre la alimentación por sonda	1	2	3	4	5
Sobre las técnicas de amamantamiento	1	2	3	4	5
CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRANSPORTE Y SEGURIDAD					
Sobre el traslado de la incubadora	1	2	3	4	5
Sobre el uso de la cama térmica	1	2	3	4	5
Sobre el cuidado 'canguro'	1	2	3	4	5
Sobre la seguridad personal y posturas del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Sobre la seguridad de contagios o contaminación del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Sobre la forma de sostenerlo	1	2	3	4	5
Sobre la regulación de la temperatura	1	2	3	4	5
CONOCIMIENTOS SOBRE EL ASEO Y VESTIMENTA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO					
Sobre el baño del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Sobre la aplicación de los pañales al recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Sobre el empleo de los calzones, fajas, almohadas	1	2	3	4	5

ESCALA VALORATIVA

ÍNDICE	RANGO	PUNTAJE
A	Siempre	5
B	Casi siempre	4
C	Regularmente	3
D	Casi nunca	2
E	Nunca	1

ANEXO N.º 02

V₂ APRECIACIÓN SOBRE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INDICADORES DE ESTUDIO	ESCALA VALORATIVA				
ATENCIÓN EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO					
En el mantenimiento de la termorregulación del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
En mantener el estado respiratorio del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
En el cuidado de la piel del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
En el cuidado del peso del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Observar la frecuencia, el ritmo y la intensidad del latido	1	2	3	4	5
Manejo de vías aéreas: aspiración	1	2	3	4	5
Vigilancia de la posición	1	2	3	4	5
ATENCIÓN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO					
Mantener el estado nutricional del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Monitorizar el neurodesarrollo del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Atención y control del crecimiento físico del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Atención del desarrollo psicológico del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Manejo y control de líquidos y electrolitos	1	2	3	4	5
NIVELES DE PREVENCIÓN DE RIESGO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO					
Control del dolor del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Protección contra las infecciones del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Ayuda en la lactancia materna del recién nacido prematuro	1	2	3	4	5
Cuidados canguro	1	2	3	4	5
Protección de riesgos usuales: hipertermia, hipoglucemia, hiperbilirrubremia	1	2	3	4	5
Mantener las incubadoras con una concentración del oxígeno adecuada	1	2	3	4	5
Medir y registrar el volumen urinario (antes y después)	1	2	3	4	5
Observar y registrar el número de micciones y color de la orina	1	2	3	4	5
Manipulación mínima	1	2	3	4	5

ESCALA VALORATIVA

ÍNDICE	RANGO	PUNTAJE
A	Siempre	5
B	Casi siempre	4
C	Regularmente	3
D	Casi nunca	2
E	Nunca	1