



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUÍZ GALLO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**CUIDADO ENFERMERO A PADRES DE NEONATOS PREMATUROS
PARA EL ALTA - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN
HOSPITAL DE ESSALUD CHICLAYO, 2017**

**PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

BACH. ENF. LEONARDO SOSA KELLY ROXANA

BACH. ENF. ZEÑA ÑAÑEZ SANDRA NOEMI

ASESORA:

DRA. TANIA ROBERTA MURO CARRASCO

LAMBAYEQUE, PERÚ.

2018

**CUIDADO ENFERMERO A PADRES DE NEONATOS PREMATUROS
PARA EL ALTA – UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN
HOSPITAL DE ESSALUD CHICLAYO, 2017**

Presentado por:

Leonardo Sosa Kelly Roxana
Autora

Zeña Ñañez Sandra Noemi
Autora

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora

Aprobada por los Miembros del Jurado

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Presidenta

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Secretaria

Mg. Dora Violeta Cieza Maldonado
Vocal

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO..... 7

2.1. Antecedentes de la Investigación..... 8

2.2. Base Teórica Conceptual 11

2.3. Marco Contextual..... 24

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 27

3.1. Tipo de Investigación 28

3.2. Abordaje de Investigación 28

3.3. Población y Muestra..... 34

3.4. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos 35

3.5. Análisis de Datos..... 37

3.6. Rigor Científico..... 39

3.7. Principios Éticos 40

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 43

CAPITULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y

RECOMENDACIONES..... 99

5.1. Consideraciones Finales..... 100

5.2. Recomendaciones..... 101

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÉNDICE

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado fortaleza, iluminar mi mente y haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte para hacer realidad este anhelado sueño.

A mis queridos padres Martín y Marleni, por ser mi guía en todos estos años, por su amor, apoyo incondicional y solvento económico que me permitió finalizar satisfactoriamente mi carrera universitaria, motivándome siempre a superarme como persona y profesional.

A mi hermanita Sheyla, por su cariño y estar siempre presente en cada momento importante de mi vida.

Kelly Roxana Leonardo Sosa

A Dios, por la vida que me dio, la oportunidad de ser lo que soy, por iluminar mi camino y darme la oportunidad de salir adelante siempre con su bendición.

A mi madre Onelia Ñañez Seclén por haber depositado su confianza en mí, velando por mi educación y bienestar. Agradecerle por su infinito amor, sacrificio y apoyo que me ha permitido ser una persona de bien y la culminación de mi formación profesional.

A mis hermanas Trilce y Dina por su comprensión y paciencia durante la etapa de mi vida universitaria, incentivando al logro de mis objetivos.

Sandra Noemi Zeña Ñañez

AGRADECIMIENTO

A Dios por regalarnos cada día la oportunidad de existir y de crecer como personas, iluminar nuestras mentes para alcanzar cada meta propuesta y haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía, así como brindarnos los medios necesarios para elaborar y ejecutar esta investigación

Un agradecimiento especial a todas las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo y a los padres; quienes aceptaron involucrarse en nuestro estudio, convirtiéndose en protagonistas del mismo ya que sin su colaboración hubiera sido imposible la realización del presente trabajo.

A nuestra querida asesora, Dra. Tania Roberta Muro Carrasco, que hizo posible la innovación de nuestros conocimientos, por razón de su apoyo y ayuda desinteresada mediante sus correcciones, orientaciones y sugerencias durante el desarrollo de nuestra investigación

A los miembros del jurado por su interés, apoyo y crítica, necesarios para la realización de este trabajo. Un especial agradecimiento por este privilegio.

Sandra y Kelly

RESUMEN

Los progenitores de neonatos prematuros suelen sentirse incapaces de cuidarlo en el hogar por falta de experiencia como cuidadores y la fragilidad que perciben de su hijo. Ésto motivó este estudio, con el objetivo: comprender cómo es el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de EsSalud, Chiclayo 2017. La investigación fue de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso. La muestra estuvo conformada por 5 enfermeras, 9 madres, 4 padres de familia y 4 registros de enfermería, obtenida por saturación y redundancia. Se recolectaron los datos por observación participante, entrevista abierta a profundidad y análisis documental. Obteniendo los siguientes resultados: la enfermera fundamenta su cuidado en nociones teóricas del paradigma de transformación y aún utiliza la concepción filosófica del paradigma de integración; son escasas las evidencias sobre la utilización de la metodología del cuidado enfermero, priorizando la fase de valoración; ausencia de diagnósticos enfermeros y un plan para el alta que incluyan el uso del lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC; la ejecución de actividades de cuidado se basa en la preparación de los padres para el cuidado de su hijo tras el alta, brindadas en su mayoría de manera verbal y registrándose sucintamente al momento del alta del prematuro; la evaluación se realiza continuamente. Existen barreras laborales que dificultan el cuidado enfermero como reducido espacio físico de la unidad neonatal, sobrecarga laboral y falta de inclusión del padre en el proceso de enseñanza.

Palabras clave: Cuidado enfermero, alta, padres, neonatos prematuros.

ABSTRACT

Parents of preterm infants often feel unable to care for them at home for lack of experience as caregivers and the fragility they perceive from their child. This motivated this study, with the objective: to understand how nurses care is to parents of preterm infants for discharge in the unit of neonatal intensive care of a Hospital of EsSalud, Chiclayo 2017. The research was of qualitative type, with case study approach. The sample was comprised of 5 nurses, 9 mothers, 4 parents and 4 nursing records, obtained by saturation and redundancy. Data were collected by participant observation, open-to-depth interview and documentary analysis. Obtaining the following results: The nurse bases her care on theoretical notions of the transformation paradigm and still uses the philosophical conception of the integration paradigm; there are few evidences on the use of nursing care methodology prioritizing the valuation phase; absence of diagnosis nurses and a plan for the high that includes the use of the standardized language NANDA, NIC and NOC; the execution of care activities was based on the preparation of the parents for the care of their child after discharge, provided at its mostly verbally and recorded succinctly at the time of discharge of the premature; the evaluation is carried out continuously. There are also labor barriers that hinder nursing care: reduced physical space of the neonatal unit, workload and lack of inclusion of the parent in the teaching process.

Key words: Nursing care, discharge, parents, preterm neonates.

CAPÍTULO I:
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El cuidado enfermero está dirigido a los seres humanos que lo requieran en cualquier etapa de su vida, considerándose la población más vulnerable los grupos etarios extremos: las personas adultas mayores y los neonatos, encontrándose en este último grupo a los neonatos prematuros.

Los nacimientos prematuros en la actualidad se han convertido en un grave problema de salud por la gran morbilidad y mortalidad que ocasiona. La prematuridad es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa anual en el mundo de nacimientos prematuros es 1 de cada 10 bebés o 15 millones de neonatos que nacen antes de tiempo¹.

El nacimiento y hospitalización del recién nacido prematuro constituye actualmente un desafío permanente para los profesionales de la salud y unidades neonatales debido al cuidado especializado que requiere este grupo vulnerable². Ante el nacimiento de un hijo prematuro los progenitores tienen que afrontar diversas dificultades entre ellas el proceso de alta, pues muchas veces se sienten incapaces de cuidarlo en el hogar por la fragilidad que perciben de su hijo y falta de experiencia como cuidadores de este grupo etéreo. Es aquí donde el profesional de enfermería interviene en la preparación de los padres centrándose en las necesidades específicas de su bebé y de las posibilidades de aprendizaje de cada familia³.

No obstante, estudios a nivel internacional revelan que la enfermera en ocasiones no imparte el cuidado requerido a los padres para el proceso del alta de su hijo prematuro. Esto se evidencia en un estudio realizado en Chile por Barrientos T. (2013), acerca de la educación brindada por la enfermera a madres de niños prematuros; en donde la mayoría de madres relatan que durante las instancias de educación que tuvieron, no sintieron la confianza de preguntar y percibieron que la disposición de los profesionales de salud no era la mejor; asimismo refieren poca claridad en la información recibida, el poco tiempo destinado y la falta de continuidad de la misma, lo cual no permitió la asimilación y comprensión de las madres⁴.

Así mismo, un estudio realizado en Colombia por Raffray, M. (2014), revela las barreras en la preparación de las familias con niños prematuros para el alta hospitalaria, como la inadecuada comunicación entre enfermera-padres relacionada con las creencias culturales, la capacidad cognitiva de los padres y la edad materna; el desinterés de algunos padres para participar activamente en el cuidado de su hijo; y los recursos humanos insuficientes (profesionales de enfermería)⁵.

A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2013, la prematuridad se ha incrementado en 3.8 puntos porcentuales del 2007 al 2013 (14.7% a 18.5%), constituyendo la primera causa de mortalidad neonatal⁶. A pesar de los avances en materia de cuidados

neonatales, que han contribuido a aumentar el índice de supervivencia de los recién nacidos prematuros, el riesgo de este grupo etario de experimentar problemas de salud y del desarrollo todavía es alto, considerándose un reto para el profesional de la salud brindar cuidados que vayan más allá de lo procedimental o científico⁷.

Dentro de la problemática en la UCIN-II del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, las investigadoras durante sus prácticas pre-profesionales, observaron que el personal de enfermería demuestra actitudes maternas y sensibilidad para el cuidado de los recién nacidos; sin embargo cuando brindan los cuidados hacia los padres de neonatos prematuros, se observa la falta de orientación oportuna para calmar sus dudas y temores.

Algunas enfermeras de esta unidad refieren: “A veces la falta de tiempo nos limita un poco para brindarles una educación a profundidad, pero si orientamos a las madres con el día a día”

Al interactuar con algunos padres demostraron preocupación y angustia, al saber que sus hijos eran de esa condición y además que en algún momento serían dados de alta y tendrían que cuidarlo en el hogar. Una madre refiere: “Las enfermeras más nos explican cómo darle el seno a nuestro hijos... pero sería bueno que nos enseñen como bañarlo, como abrigarlo cuando ya esté en casa”,

asimismo un padre refiere: “Mas le explican a mi esposa que a mí... ni sé cómo cargarlo, me da miedo, se ve muy pequeñito”

Ante esta problemática, las investigadoras se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Cómo aplica el profesional de neonatología el proceso de atención de enfermería en el cuidado a los padres de los neonatos prematuros para el alta? ¿El profesional de enfermería incorpora a los padres en los cuidados brindados a su hijo prematuro hospitalizado? ¿Se sienten preparados los padres para cuidar a su hijo en el hogar? ¿Consideran los padres que los cuidados enseñados para alta fueron suficientes?

Estas interrogantes generaron el siguiente problema de Investigación Científica: ¿Cómo es el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta - Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de EsSalud, 2017? Teniendo como objeto de estudio: El Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de EsSalud, 2017.

El objetivo que guió la investigación fue caracterizar y comprender cómo es el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de EsSalud Chiclayo, 2017

La presente investigación se justificó porque el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería y el ser humano constituye el motor de las actividades que realiza la enfermera para mejorar la calidad de vida de la persona.

En este contexto, el cuidado enfermero a los padres de neonatos prematuros garantizará el cuidado seguro y exitoso del neonato en el hogar. Por ello brindar la oportunidad a la madre y al padre de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, fortalecerá el vínculo afectivo, permitiendo al profesional de enfermería reconocer sus capacidades como cuidadores principales, orientarlos y capacitándolos continuamente sobre los cuidados de su hijo, así como aclarar las dudas, calmar sus temores.

Además el recién nacido prematuro debido a su inmadurez anatómica y funcional, presenta una serie de problemas reales o de riesgos como: la dificultad para mantener la temperatura corporal que puede conllevar a una hipotermia, el debido al débil reflejo de succión que le impide alimentarse adecuadamente, la susceptibilidad a infecciones, etc., los cuales el profesional de enfermería debe enseñar a los padres a reconocer tempranamente para brindar los cuidados apropiados o pedir ayuda de manera oportuna. La educación para la salud es función inherente a la enfermera, que debe brindarse desde el ingreso del niño al hospital, durante su hospitalización y en el momento del alta.

La importancia radica en que los resultados de la presente investigación aportarán al conocimiento en la ciencia de enfermería y sirve como evidencia científica para mejorar el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros. Asimismo será de utilidad al Hospital del EsSalud de Chiclayo y a los profesionales de enfermería, donde además de conocer la problemática a profundidad servirá como indicador acerca del cuidado que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos neonatales permitiendo planificar estrategias de intervención oportuna en relación a los datos obtenidos de la investigación, que garantice una satisfactoria transición de la hospitalización al entorno familiar y el cuidado continuado por parte de los padres en el hogar favoreciendo el sano crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro.

Finalmente, el desarrollo de esta investigación contribuye en la formación académica y humana de los estudiantes y futuros profesionales de enfermería, ya que se desarrolla el rol de la investigación en la salud, asimismo servirá como material bibliográfico y de consulta para futuras investigaciones.

CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Realizando una búsqueda minuciosa de investigaciones coherentes con nuestro objeto de investigación a nivel internacional, nacional y local, las autoras hemos considerado las siguientes por tener algún tipo de relación y que podrían servir para el análisis.

A Nivel Internacional

Gallegos J. Reyes J. Silvan C⁸, en el 2013, en México realizó una investigación cualitativa titulada “El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal” cuyo objetivo fue identificar y analizar el significado para los padres de su participación en una unidad neonatal, obteniéndose los siguientes resultados: La participación de los padres/madres en la UN (Unidad Neonatal) es limitada de diferente manera. Los padres varones vivencian distinción de género por parte del equipo de enfermería de la unidad neonatal considerando a la madre como la cuidadora principal; ambos padres se asumen por debajo de la jerarquía hospitalaria y se adaptan a las reglas de una manera no empoderada y no se conciben a sí mismos como sujetos con posibilidades de emancipación y participación activa en el cuidado de su hijo prematuro.

Barrientos T, Figueroa D⁴, en Chile en el 2012, realizó un estudio titulado: “Percepción de madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el periodo de hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo 2012”, cuyo objetivo fue describir la percepción del proceso educativo actual, impartido a las madres de recién nacidos de muy bajo peso al nacer de la Unidad de Neonatología del HBV; obteniendo los siguientes resultados: Las madres coinciden en que la información y educación brindada para el alta por el profesional de enfermería durante el periodo de hospitalización es insuficiente, si bien se dan relatos en los cuales las madres expresan tranquilidad y seguridad relacionada con los cuidados de sus hijos, concuerdan que en su gran mayoría no se dieron las instancias educativas adecuadas en relación a la cantidad y tiempo empleados. Al respecto, los profesionales de enfermería señalan que no existe una educación que se imparta de manera estructurada, esta se hace de manera informal al entregarle a la madre información de los procedimientos a realizar y capacitaciones sobre algunos cuidados de la cual no queda ningún registro, lo que genera discontinuidad y caos en el proceso educativo.

A nivel nacional no se ha encontrado antecedentes relacionados con el objeto de investigación.

A nivel regional

Jiménez E, Sosa A⁹, en el 2012, en Chiclayo, realizaron una investigación titulada “Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno en madres primerizas con hijos prematuros”, cuyo objetivo fue identificar, analizar y describir la educación que brindan las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros; llegando a la siguiente resultados: La educación impartida por la enfermera a la madre para el cuidado del recién nacido se inicia en la hospitalización y se proyecta al hogar dando prioridad a la alimentación (lactancia materna) seguridad, estimulación temprana, afectividad, vestido, higiene y el cuidado de su ambiente; con el propósito de beneficiar en lo posible el desarrollo del prematuro.

Mogollón F. Rodríguez V¹⁰, en el 2010, en Chiclayo , Lambayeque; realizaron la investigación titulada “Cuidado enfermero del recién nacido prematuro para su continuidad en el hogar desde la percepción de los padres” cuyo objetivo fue caracterizar y comprender la percepción de los padres del cuidado enfermero del recién nacido prematuro para su cuidado continuado en el hogar, llegando a las siguientes resultados: La percepción que tiene los padres acerca del cuidado dirigido al alta, es que la enfermera prepara a los padres teniendo en cuenta la satisfacción de las necesidades básicas, con énfasis en la necesidad de seguridad y protección; Lo que revela la formación biológica y recuperativa del profesional de enfermería. Asimismo existieron limitaciones para

la preparación para el alta como los horarios de visitas rígidos y la falta de organización del trabajo de enfermeras, que limitan el proceso de entrenamiento de los padres para el cuidado continuado en el hogar.

2.2. Base Teórica Conceptual

En la presente investigación para la construcción del marco teórico, se tuvieron en cuenta diversos autores para profundizar el objeto en estudio: cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros al alta.

Según Izquierdo ¹¹ “El cuidado es una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida”

Así mismo, Waldow R¹² “el cuidado, es una acción que tiene direccionalidad concreta y específica e implica un movimiento hacia algo o alguien que representa un asunto de interés o preocupación. Se trata de una acción moral que tiene como objetivo aliviar, satisfacer, ayudar, brindar consuelo y ofrecer apoyo a otra persona”

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como el conjunto de actividades que requiere de un valor personal y

profesional encaminado a favorecer, mantener y restablecer la salud de la persona, fundamentándose en la relación terapéutica enfermera-paciente. Por lo tanto, el cuidado de enfermería exige actuar con un compromiso filosófico y calidad científica, técnica, y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida de todo ser humano¹³.

El profesional de enfermería debe brindar una atención integral que involucre tanto a la persona y su grupo familiar, proporcionándoles un completo bienestar físico, social y psicológico. En tal sentido, el cuidado que brinde la enfermera en la unidad de UCIN II, no solo atenderá las necesidades del recién nacido prematuro, sino también aspectos psicosociales de los padres; el cual debe ser otorgado a través de una comunicación terapéutica, facilitando estrategias de afrontamiento efectivo durante la hospitalización de su hijo y usando técnicas educativas sobre los cuidados del neonato posteriores al alta¹⁴.

El quehacer de la enfermería tiene como marco de referencia un amplio sistema de modelos y teorías. Las teoristas fundamentan sus modelos en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen cada una acorde a su perspectiva particular. Meleis sostiene que los modelos conceptuales evitan que el cuidado se base en preconcepciones, intuiciones y rutinas ya que fortalecen la identidad de las enfermeras como disciplina y profesión al crear un pensamiento y lenguaje compartido frente a la interpretación de las diferentes situaciones de cuidado, así

como la unificación de criterios entre quienes la siguen al momento de aplicar el proceso de enfermería¹⁵.

Según K rouac, los modelos y teorías de enfermería se enmarca en una visión filosófica que se ha ido desarrollando a lo largo de la historia en tres corrientes de pensamiento, denominadas paradigmas; los cuales permiten al profesional de enfermería definir su visión de un fenómeno/situación relacionado al cuidado que realiza¹⁶. Estos paradigmas son:

El *paradigma de la categorización*, distingue dos orientaciones: la centrada en la salud pública “la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios” y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica “surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas”¹⁶.

El *paradigma de la integración*, en donde las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. Puede decirse que este paradigma reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno¹⁶. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían

la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

Finalmente el *paradigma de la transformación*, se considera la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera. Concibe a la persona, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad; la salud, como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno y se integra en la vida misma del individuo, la familia y el grupo social¹⁷.

De los modelos y teorías que se encuentran en el paradigma de la transformación, las investigadoras han considerado los propuestos por las teóricas Madeleine Leininger y Jean Watson:

Madeleine Leininger desarrollo su “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales”, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. Es la única teoría centrada en descubrir los factores globales que influyen en el cuidado humano, esto incluye factores sociales, culturales, el lenguaje, contexto ambiental y la etnohistoria¹⁸.

A continuación la definición de algunos términos que son relevantes en la teoría:

La *persona* es un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas¹⁸.

El *entorno* son todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales¹⁸.

La *salud* es el estado de bienestar o recuperación, que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas¹⁸.

El *cuidado* son las acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida¹⁸.

Enfermería transcultural insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado; es decir que el profesional de enfermería considere el aspecto religioso (espiritualidad), tecnológico, filosofía de vida, nivel educativo y socioeconómico¹⁸.

En este sentido, con la teoría de Leininger se reconocería la importancia de la estructura social de los padres que incluye aspectos religiosos, económicos, de educación, relaciones familiares, entorno, lengua y cuidados genéricos de un neonato prematuro en la construcción de su rol materno/paterno y formas de cuidado su hijo. Aspectos que deben ser considerados por el profesional de enfermería para mantener, negociar o modificar los conocimientos y prácticas de aquellos cuidados que brindarían a sus hijos después del alta.

Por lo tanto, esta teoría ayuda a descubrir y documentar el mundo de los padres y utiliza sus puntos de vista (conocimientos y prácticas) para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Jean Watson plantea con el enfoque heideggeriano el arte y ciencia del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía “cuerpo, alma y espíritu”, utilizando 10 factores de cuidados. Dentro de sus conceptos meta-paradigmáticos considera:

La *persona* como “una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza”, y describe que la “personalidad va unida a las ideas que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivo...”¹⁸.

La *salud* como “unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma”; se asocia con el “grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado”¹⁸.

El *entorno* es el espacio de la curación, reconociendo la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) ¹⁸.

El *cuidado transpersonal* es aquel donde la unión espiritual entre dos personas trasciende en persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno y esta transcendencia persona-paciente permite entrar en el campo fenomenológico del otro¹⁸.

Jean Watson considera que la persona requiere de cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. Este proceso de cuidado humano, permite que tanto la enfermera como la persona puedan compartir sus mundos subjetivos, mediante las denominadas “transacciones intersubjetivas del cuidado” el cual va más allá de la ocasión física¹⁹.

En este proceso de cuidado, la enfermera de UCIN al establecer una relación terapéutica con los padres, entra en su campo fenomenológico y le permiten

compartir su ser, su conocimiento y sus necesidades. Asimismo, en esta relación transpersonal, la enfermera expresa y comparte conocimientos, sensibilidad y habilidad técnica sobre el cuidado del neonato prematuro, procurando que los padres brinden un cuidado de calidad a su hijo en el hogar, satisfaciendo sus necesidades fisiológicas, así como, necesidades de seguridad, amor y pertenencia.

Uno de los sustentos metodológicos más importantes de la disciplina de enfermería es el proceso enfermero, el cual se fundamenta del método científico. El proceso enfermero se encuentra constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas e interrelacionadas que son cinco:

*La primera etapa, es la **valoración** la cual requiere especial atención, sabiduría y conocimiento del profesional de enfermería para detectar las respuestas humanas. Esta fase proporciona una base sólida, pues el profesional de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) realiza una valoración integral a los padres de prematuros, identificando si existen factores que influyen en el proceso de educación sobre los cuidados de su hijo²⁰.*

La enfermera de UCIN II debe tener en claro que datos son esenciales obtener para ejecutar un cuidado de calidad a los padres de neonatos prematuros. Las investigadoras hemos considerado los siguientes: El tipo de neonato prematuro de acuerdo a su edad gestacional, la edad de los padres, el grado de

instrucción de ellos, el lugar de procedencia que influye en su cultura, su nivel socioeconómico, etc.

La clasificación del R.N (recién nacido) al nacimiento, según la relación que existe entre el peso y la edad gestacional, responde a la necesidad de determinar el nivel de cuidado que necesitan considerando el riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal. Este riesgo depende en forma primordial de ambas variables, y el dato aislado de cada una de ellas puede ser insuficiente para determinar un cuidado adecuado²¹.

De acuerdo a la edad gestacional existen tres tipos de neonatos: el Pre-término (recién nacido menores de 37 semanas), De-término (está entre 37 y 42 semanas de gestación) y el Post-termino (42 o más semanas de gestación)²¹.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), de acuerdo a la incidencia y grado de prematuridad, se clasifica en: Prematuridad leve (34-36 semanas), Prematuridad moderada (30-33 semanas), Prematuridad extrema (26-29 semanas) y Prematuridad muy extrema (22-25 semanas)²¹.

*La segunda etapa, es el **Diagnóstico**:* requiere la aplicación del pensamiento crítico, es decir el profesional de enfermería tiene que tener la capacidad de identificar con precisión los problemas primarios o desviaciones en el estado normal de salud basándose en los patrones funcionales alterados, apoyados en un

sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores²⁰.

*La tercera etapa, la **Planificación**:* Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados respaldados con el uso de la NOC (Nursing Outcomes Classification). Y posteriormente la determinación de intervenciones o actividades de cuidado según NIC (Nursing Interventions Classification) para prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados; finalmente se culmina con el registro del plan elaborado²⁰.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es importante que exista un plan de cuidados para el alta, el cual debe efectuarse desde el inicio de la hospitalización del neonato, que permita a los padres la adquisición de habilidades y destrezas para el cuidado de su hijo de manera efectiva y segura en el hogar. Por lo tanto, las orientaciones y educación que la enfermera brinde a los padres debe ser clara, objetiva y de forma permanente, en relación a la técnica de lactancia materna, higiene, abrigo, cuidados del muñón umbilical, identificación de signos de alarma y fomento del vínculo afectivo, de manera que garantice la satisfacción de las necesidades del prematuro al ser dado de alta.

Según Llanos et al, la lactancia materna es parte del cuidado integral del profesional de enfermería neonatal, proporcionando numerosos beneficios a los

recién nacidos, por lo que resulta fundamental que los padres tengan a su disposición toda la información y sientan el apoyo necesario por la enfermera para conseguir una adecuada instauración, mantenimiento y producción de la leche²².

Respecto a la higiene y abrigo del prematuro, el personal de enfermería debe instruir a los padres aspectos relacionados con el baño, la técnica correcta del aseo de genitales y vestimenta adecuada. Por lo tanto, las recomendaciones deben estar dirigidas a la conservación, cuidado y protección de la piel del prematuro, ya que es un órgano que actúa como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos y regulador de temperatura²³.

Así también, en los cuidados del muñón umbilical, la enfermera no solo debe enfocarse en enseñar cómo se realiza la curación, sino que debe explicar a las madres aspectos relacionados con la evolución normal, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar²⁴.

Otro de los cuidados fundamentales que la enfermera realiza relacionada con la satisfacción de la necesidad de amor y pertenencia del prematuro es la enseñanza a los padres sobre el Método Canguro, el cual es un sistema de cuidados neonatales basado en el contacto piel a piel, que busca empoderar a los padres al transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser cuidadores primarios de su hijo. Para ello la enfermera debe informar en lo que consiste,

duración, beneficios psicoafectivos y en la repercusión positiva en el posterior crecimiento y desarrollo del bebé²⁵.

*La cuarta etapa, la **Ejecución***, es la aplicación del plan de cuidado. 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 tratada²⁰.

*La quinta y última etapa es la **Evaluación***, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado salud de las personas con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería²⁰.

Así mismo el MINSA a través de la Guía Práctica Clínica para la atención del Recién Nacido Prematuro establece criterios para el alta del neonato prematuro considerando que se encuentren en su normalidad la función metabólica, térmica y funciones vitales estables (frecuencia cardiaca y respiratoria); que la ganancia ponderal de peso sea 2,000 gr y los reflejos de succión-deglución estén coordinados²¹.

En base a todo lo expuesto anteriormente, las investigadoras concluimos con la definición de nuestro objeto de estudio: El cuidado enfermero es el conjunto de acciones, actitudes y comportamientos basados en el conocimiento científico, habilidades, calidad ética y moral que posee el profesional de enfermería de UCIN II en el proceso de atención a los padres de neonatos prematuros, a fin de que adquieran las competencias necesarias para responder satisfactoriamente a las necesidades de su hijo al ser dado de alta. Para ello la enfermera, en base a sus conocimientos conceptuales y filosofía del cuidado debe tener en cuenta las teorías de enfermería del paradigma de la transformación, destacando Jean Watson con su Teoría del Cuidado Humano y Madeleine Leininger con su Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Así mismo, el profesional de enfermería para brindar su cuidado aplicará el proceso enfermero, uno de los sustentos metodológicos más importantes de la disciplina de enfermería, el cual cuenta con 5 fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, utilizando los lenguajes estandarizados propuestos por la American Nurses Association: NANDA, NOC Y NIC.

Durante la valoración el profesional de enfermería debe tener en cuenta: el tipo de neonato prematuro de acuerdo a la edad gestacional con la que nació, la edad de los padres, su cultura, grado de instrucción, nivel socioeconómico, y la religión que profese. Acorde a las necesidades encontradas formula diagnósticos de enfermería priorizando los reales, potenciales y de bienestar.

Dentro de la planificación determina objetivos y criterios de resultado para el desarrollo de intervenciones y actividades respecto al aprendizaje sobre la alimentación, higiene y cuidado del muñón umbilical, medidas de bioseguridad, abrigo, verificación de temperatura axilar, signos de alarma, descanso y sueño del neonato, estimulación y vínculo afectivo.

Durante la preparación sobre estos cuidados, los padres deberán asumir un rol activo-participativo y ser evaluados continuamente por el profesional de enfermería de manera verbal y a través de redemostación, según sea necesario. Así mismo deberá ser documentado cada una de las fases del proceso enfermero en los registros de enfermería.

2.3.Marco Contextual

El 12 de diciembre 1956 se creó el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo. Actualmente cuenta con el Servicio de Neonatología, específicamente el área de cuidados intensivos neonatales el cual está dividido por unidades, según el caso de complejidad de cada neonato: unidad cuidados intensivos neonatales (UCI NEONATAL) y la unidad cuidados intermedios neonatales (UCIN I y II). En cuanto a los equipos y materiales con los que cuenta el servicio son: 10 incubadoras y 20 cunas dando un total para atender a 30 recién nacidos, también cuenta con 5 fototerapias.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales cuenta con 22 profesionales de enfermería de los cuales de 4 a 5 se encuentran en un turno o mañana y son

distribuidas de acuerdo a las necesidades que tenga el servicio en los diferentes sub-áreas. En el turno noche está a cargo de 4 enfermeras que se encuentran distribuidas de la siguiente manera: 2 en cuidados intensivos, 1 en cuidados intermedios I y 1 en cuidados intermedios II.

La investigación se realizó específicamente en Unidad de Cuidados Intermedios II. Esta área cuenta con 2 habitaciones, ventanas grandes que permiten el ingreso de iluminación natural, aire acondicionado, 1 lavador amplio con ingreso de agua caliente y fría. En la primera se permite el ingreso de las madres para brindar la lactancia materna y realizar el método canguro. La segunda área es donde se ubican a los recién nacidos prematuros con/sin patología en sus respectivas servocuna/cuna, realizan todos los procedimientos de acuerdo a la necesidad del servicio: administración de medicamentos, colocación de vía, colocación de sonda, etc.

En esta área existen reglas internas para su ingreso tanto de padres como del profesional. Para el profesional debe ingresar con ropa de uso estricto del servicio, tener recogido el cabello en caso ser profesional mujer, usar gorro médico, tener las uñas recortadas y sin uso de esmalte y realizar el lavado de manos para realizar las diferentes actividades de acuerdo al turno. Para las madres/padres antes del ingreso deben estar correctamente aseados, con las uñas recortadas, lavarse las manos usando jabón y toalla que deben de llevar, usar una bata para poder estar en contacto con sus bebés.

Otra de las normativas internas del hospital y servicio son los horarios de atención que de las mamás canguros son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; las madres que se quedan a dar de lactar horarios de 9:00 a.m. a 12:00am. y de 3:00 p.m. a 6:00 p.m.; las madres que llegan a informe médico y a visita es de 11:00 a.m. a 12:00 m. y de 5:00 p.m. a 6:00 p.m.

Un día en la Unidad de Cuidados Intermedios II empieza con la entrega del turno noche a las enfermeras a cargo en la mañana a las 7:00am dando el reporte de enfermería verificando así mismo el estado en el cual se encuentran los niños y el funcionamiento de las máquinas. Las diferentes actividades que se realiza la enfermera en el turno mañana son: la valoración que implica el examen físico, el baño de esponja a los RNP (Recién Nacidos Prematuros) brindándoles confort, pesar a los neonatos que tengan alguna otra patología y/o este indicado el peso diario, brindarles la leche materna extraída por la madre o dejarla pasar para que les de pecho según sea la estabilidad del neonato, preparación y administración de medicamentos, control de signos vitales, encontrarse durante la visita médica y si hay algún procedimiento preparar material y ejecutarlo.

Otra actividad que realiza la enfermera es la vigilancia permanente del lavado de manos y uso de ropa de bioseguridad al ingreso de la madre y/o padre. Y en caso de educar, es acerca de distintos tema como la lactancia materna, pasos y consideraciones para dar de lactar, extracción de leche y cuidado en la manipulación de su menor hijo, etc.

CAPÍTULO III:
MARCO METODOLÓGICO

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

La investigación que se realizó fue de tipo *cuantitativa*. Este tipo de investigación está orientada a profundizar casos específicos y no a generalizar, usando un raciocinio inductivo, recolectando datos de manera sistemática y analizando el material narrativo de carácter subjetivo, plasmando la visión y el significado que tiene el problema de estudio para los propios actores²⁶.

Con esta metodología se obtuvo respuestas detalladas de situaciones, interacciones, comportamientos observables y expresiones verbales del profesional de enfermería de UCIN II; mediante la recopilación de datos de manera sistemática, el contacto directo con la situación estudiada y el análisis de datos hallados. En este sentido las investigadoras, estudiaron la realidad en su contexto natural e interpretaron los fenómenos relacionados con el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para alta.

3.2. Abordaje de Investigación

La presente investigación se realizó empleando el abordaje de “*Estudio de caso*”. Este es un procedimiento metodológico de investigación que se desarrolla mediante un proceso cíclico y progresivo, partiendo de la definición de los temas que se requieren investigar, cuyo objetivo es estudiar a profundidad o en detalle una unidad de análisis específica²⁷.

El Estudio de Caso permitió investigar a profundidad y describir de forma detallada como se desarrolló el cuidado que brinda las enfermeras de UCIN II a los padres de neonatos prematuros para el alta, donde se analizó y comprendió los aspectos importantes para la historia, desarrollo y atención de los problemas de los sujetos.

Para el abordaje de esta investigación se tuvo en cuenta las tres fases del Estudio de Caso, según Nisbet Watt, citado por Ludke²⁸:

La Fase Exploratoria:

Es aquella en la que se especifican los puntos críticos, se establecen los contactos iniciales para entrar en el campo, se localizan a los informantes y fuentes de datos, siendo fundamental para la definición más precisa del objeto de investigación. Esta fase permitió a las investigadoras plantearse preguntas producto de las observaciones realizadas sobre la problemática en estudio, y acercamientos realizados durante las experiencias de aprendizaje en la formación.

Fase Sistemática de Delimitación de Estudio:

Se inicia con la recolección de datos de forma sistemática y ordenada, utilizando técnicas e instrumentos variados.

En esta fase las investigadoras recopilaron información relacionada al objeto de estudio, previo consentimiento del personal de enfermería de UCIN II y como fuente secundaria a los padres/madres de neonatos prematuros, utilizando diversas

técnicas como: la entrevista abierta a profundidad, observación participante, y el análisis documental.

Fase de Análisis Sistemático y Elaboración del Informe:

La información recopilada se sistematiza, analiza, y se coloca a disposición de los interesados a través de la elaboración de un informe, para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de la problemática.

En esta fase las investigadoras transcribieron en forma narrativa la información obtenida de las diferentes fuentes de investigación (previa asignación de seudónimos: nombres de piedras preciosas a enfermeras, nombres de flores a madres y colores a padres), los cuales fueron leídos varias veces para codificar los datos y luego categorizarlos, esto permitió realizar el análisis y construir los resultados de la investigación; que culminó en la elaboración del informe.

Así mismo el presente estudio se desarrolló teniendo en cuenta los principios de estudio de caso propuesto por Menga Ludcke y André²⁸:

El estudio de caso se dirige al descubrimiento

Sostiene que el conocimiento no es algo acabado, sino una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación. El investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procurando mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio.

La presente investigación si bien estuvo centrado en el cuidado a padres de neonatos prematuros para el alta, se tuvo en cuenta los nuevos elementos o dimensiones que surgieron durante el proceso de investigación en relación al objeto de estudio.

Enfatizan la interpretación en el contexto

Para lograr una comprensión más completa del objeto es preciso tener en cuenta el contexto en que se sitúa. Pues esto permitirá comprender mejor la manifestación general del problema, las acciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deberán estar relacionados a la situación específica donde ocurren o la problemática determinada a la que están ligados.

Las investigadoras tomaron en cuenta el contexto laboral en el que se desenvuelven las enfermeras, como la infraestructura, las normas hospitalarias, la demanda de pacientes; asimismo se tuvo en cuenta el contexto social de los padres de familia, como edad, estado civil, procedencia etc. Los mismos que ayudaron a comprender a profundidad como es el cuidado que ellas brindan a los padres de hijos prematuros para el alta en el UCIN II del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda:

Consiste en estudiar la multiplicidad de las dimensiones presentes en una

determinada situación o problema, profundizando a medida que avanza la recolección de datos.

En esta investigación se consideró todos los aspectos que los entrevistados manifestaron y que estuvieron relacionados al cuidado brindado por la enfermera a los padres y madres de neonatos prematuros para el alta.

Usan una variedad de fuentes de información:

En el desarrollo del estudio el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes situaciones y con una variedad de tipos de informantes.

En la presente investigación se tuvo como fuente principal de información al profesional de enfermería de UCIN II y como fuente secundaria: los padres que tuvieron a su hijo prematuro hospitalizado en dicho servicio y registros de enfermería, utilizando como técnicas de recolección de datos: la entrevista abierta a profundidad, la observación participante y el análisis documental.

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales:

El investigador relata sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. Según Stake, la generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que éste intenta asociar datos que son fruto de sus experiencias personales.

Las técnicas de instrumentos de recolección de datos se aplicaron a los sujetos de estudio y la confrontación con la realidad, permitió establecer consideraciones finales sobre cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta.

Procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social:

Durante la entrevista a los sujetos de estudio pueden suscitar opiniones diferentes, esas divergencias son analizadas e interpretadas por el investigador, llevando incluso a dar su propio punto de vista.

En la investigación se analizaron las respuestas de las enfermeras y como fuente secundaria los padres de neonatos prematuros, identificando los diferentes puntos de vista los cuales sirvieron para la triangulación de datos.

Utiliza un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento:

Los relatos van a depender del tipo de persona a quien se destina, los cuales presentan generalmente un estilo informal, narrativo y descriptivo, por lo tanto los datos que se obtendrán, serán escritos en forma sencilla y con un lenguaje de fácil comprensión, accesible a toda persona. En el presente estudio los relatos brindados por las enfermeras y los padres/madres de neonatos prematuros, fueron narrados tal y como fueron expresados utilizando el estilo descriptivo.

3.3. Población y Muestra

- **Población:**

La población estuvo constituida por 22 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo y como fuente secundaria fueron los padres/madres que tienen su hijo prematuro hospitalizado en dicho servicio.

Criterios de Inclusión:

- Personal de enfermería de UCIN II que tuvo más de 3 meses laborando, así tendrán experiencia en cuidar a padres con neonatos en situación de alta.
- Personal de enfermería y padres/madres que desearon participar voluntariamente.
- Padres/madres de cualquier edad que tuvieron hospitalizado a su hijo recién nacido prematuro como mínimo 15 días en la Unidad de Cuidados Intermedios II
- Padres/madres que tuvieron por primera vez un recién nacido prematuro.
- Padres que estén casados o convivientes.
- Padres de Recién Nacido Prematuro de 34 a < 37 semanas de edad gestacional

Criterios de Exclusión:

- Madres solteras
- Padres/madres de recién nacido prematuro con patologías congénitas.

• Muestra:

El número de personas que participaron en el estudio fue determinado por criterios de *saturación*, cuando los discursos no aportan temas nuevos, y por *redundancia*, cuando estos son repetitivos; el cual nos permitió delimitar el tamaño de la muestra, siendo 5 enfermeras y por tratarse de un estudio de caso se recurrió a fuentes secundarias para la triangulación de datos: 9 madres, 4 padres de familia y 4 registros de enfermería, que nos permitió construir el caso de manera más cercana a la realidad.

3.4. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó:

La técnica de la *entrevista abierta a profundidad*, la cual consiste en realizar preguntas abiertas, dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta a los sujetos y permitiendo abordar diversas temáticas en relación al objeto de estudio, con el objetivo de entender y comprender el significado que los entrevistados atribuyen a preguntas y situaciones ²⁹.

En la presente investigación, se llevó a cabo de la siguiente manera: En primer lugar hubo un acercamiento tanto con el profesional de enfermería y los padres/madres de recién nacidos prematuros con la finalidad de informarle del proyecto y obtener de ellos el consentimiento para el mismo. Posterior a esto las investigadoras aplicaron como instrumento la guía de entrevista semiestructurada previamente elaborada y validada por prueba piloto, que permitió una recolección de datos fidedigna y real. (Apéndice N° 01) (Apéndice N° 02)

Otra técnica que se utilizó fue *la observación participante* Este tipo de observación “es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir la información”, para ello el investigador vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar³⁰.

Con esta técnica, las investigadoras tomaron en cuenta las características observables del profesional de enfermería durante el cuidado que brinda a los padres de neonatos prematuros para el alta. Para ello, se utilizó como instrumento la guía de observación, donde se anotó los comportamientos visualizados por las investigadoras a las enfermeras de UCIN II. (Apéndice N° 03)

Asimismo otra técnica utilizada fue el *análisis documental*, el cual contribuyó a la interpretación y análisis de fuentes documentales, en este caso los registros de enfermería, permitiendo la obtención de ideas e información fiable y fidedigna, que justificó y acreditó la realidad acerca del objeto de estudio.

Las fuentes documentales constituyen un útil recurso de información sobre las actividades y procesos llevados a cabo en el contexto social de la investigación, ya que puede contener información que actualmente no esté disponible, fenómenos y situaciones que ya no se pueden observar o valorar³⁰.

En la presente investigación, las autoras seleccionaron los registros de enfermería de UCIN II más adecuados y oportunos; luego se leyeron a profundidad y extrajeron los elementos de significado mediante la aplicación de la guía de análisis documental. (Apéndice N° 04)

3.5. Análisis de Datos

Se utilizó el *análisis temático*; el cual parte de datos contextuales, tratando de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir considerando similitudes o semejanzas que existen entre estas, en función de criterios preestablecidos³¹.

El análisis temático, según Iñiguez comprende tres etapas³¹:

Fase del proceso del Pre análisis:

Es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseña y definen los ejes del plan que permitió examinar los datos. Durante esta etapa, se procedió a escuchar las grabaciones de las entrevistas personales y se realizó el

proceso de transcripción; las notas de observación participante de las enfermeras y el análisis documentario de los registros de enfermería fueron digitados por las investigadoras.

Fase del proceso de Codificación:

Las investigadoras leyeron a profundidad los datos recolectados (discursos, observaciones y notas de enfermería), estableciendo las unidades significativas relacionadas con el objeto de estudio y asignándoles un nombre a las unidades de significado de acuerdo con el tema a que hace mención, se agrupó y codificó.

Fase del proceso de Categorización:

En esta fase se organiza y agrupa las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. Las investigadoras determinaron las categorías o subcategorías de los datos, clasificándolos con la intención de comprender la situación en estudio reservando el significado del contexto.

Así mismo teniendo en cuenta que el instrumento de recolección de datos tuvo como fuente primaria al profesional de enfermería, fuente secundaria a los padres/madres y registros de enfermería se hizo la ***triangulación de datos***. Esto implica que los datos se recojan desde puntos de vista diferentes, para realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único³².

3.6. Rigor Científico

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar, por ello se colocó en práctica el rigor científico que estuvo dado por los siguientes criterios³³:

Confidencialidad:

Se aseguró que las declaraciones dadas por el profesional de enfermería y de los padres estuvieron protegidas en todo momento, al igual que las observaciones por las investigadoras y los registros de enfermería, buscando mantener en reserva y en secreto la información, este criterio se evidencia al realizar la entrevista, la garantía de confidencialidad, permite las declaraciones más sinceras y profundas de los investigados.

Por ello, se colocó seudónimos de Piedras preciosas a las enfermeras: Diamante, Esmeralda, Amatista, Zafiro, Rubí; seudónimos de Flores a las Madres: Margarita, Clavel, Tulipán, Aleli, Orquídea, Rosa, Girasol, Ginger, Lirio; los seudónimos de Colores a los padres: Morado, Verde, Plomo, Azul. En cuanto a las observaciones estuvieron realizadas por ambas investigadoras, colocando como seudónimo: Investigadora 01 e Investigadora 02. Respecto a los registros de enfermería 01, 02, 03 y 04, cada uno corresponde a todos los documentos de enfermería en una historia clínica de recién nacido prematuro.

Credibilidad:

Se tuvo en cuenta que los hallazgos del estudio sean reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Se respetó por el valor de la verdad, evitando subjetividades de las investigadoras.

Auditabilidad:

La investigación representa el inicio para que se puedan realizar otras investigaciones, mediante este criterio se ayudara en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Si otro investigador sigue la misma ruta de investigación en situaciones similares, se espera encontrar resultados también similares

Neutralidad:

La información recolectada no se alteró ni modifíco, los resultados se obtuvieron a partir de los análisis interpretativos de las manifestaciones de los participantes, y estos no fueron alterados por las investigadoras.

3.7. Principios Éticos

Durante el desarrollo de la Investigación Científica se tuvo en cuenta los Principios Éticos del Informe Belmont³³:

Beneficencia:

Se basa en no hacer daño ya sea físico o psicológico para lo cual se tuvo especial cuidado en la formulación de las preguntas, así como los procedimientos o técnicas peligrosas informándole a las enfermeras, madres y padres cuáles son los beneficios que su participación fomentará, asegurando y garantizando a los participantes que la información que proporcionen no será utilizada en su contra.

Justicia:

Este principio se basa en un trato justo el cual permitirá que la elección de las posibles personas a investigar no tengan ningún tipo de discriminación, iniciando una confianza en base al dialogo, explicándole el tema para disipar sus dudas. Además se les comunico que su información se mantendrá en reserva estricta, por el derecho a la Privacidad.

Principio de Respeto a la Dignidad Humana:

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Comprenderá el derecho de cada participante a:

- ***Autonomía:*** El profesional de enfermería y los padres de niños prematuros decidieron participar de la investigación voluntariamente.

- ***Conocimiento irrestricto de la información:*** Las investigadoras describieron detalladamente a los sujetos la naturaleza del estudio y los derechos del que goza.
- ***Consentimiento informado:*** Este procedimiento garantiza que el sujeto de investigación exprese voluntariamente su deseo de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le proporcionó. Las investigadoras presentaron un formulario de consentimiento informado a los sujetos participantes de la investigación.
(Apéndice N° 05)

CAPÍTULO IV:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En las últimas décadas, el desarrollo de la enfermería neonatal ha permitido encontrar en el cuidado individualizado y holístico, una filosofía propia basada en la humanización de la atención. Esto implica complementar el conocimiento científico y técnico, único en todas sus dimensiones, junto a su familia, y brindarles respeto sin distinción de creencias, raza o religión.

Una unidad neonatal funciona gracias al esfuerzo y colaboración de muchos profesionales, sin embargo, la enfermera ocupa una posición privilegiada, pues son quienes acompañan a las familias durante los momentos críticos del nacimiento de un hijo prematuro. Más allá de la experiencia en cuidados especializados, el rol de la enfermería también se extiende a las necesidades emocionales y espirituales del neonato prematuro y familia.

Considerando esta nueva filosofía del cuidado neonatal, la presente investigación pretende comprender como es el cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Con este objetivo, se recolectó datos mediante la guía de entrevista semiestructurada, la guía de observación participante, y guía de análisis documental, aplicados a profesionales de enfermería de UCIN II, madres y padres de neonatos prematuros y los registros de enfermería.

Luego se realizó la transcripción de los datos obtenidos de cada entrevista, observación y análisis documental haciendo una lectura y relectura minuciosa de los mismos, para poder determinar la información más relevante relacionada con

el objeto de estudio. También para mantener el rigor científico de confidencialidad de nuestra investigación, se aseguró que las declaraciones dadas por el profesional de enfermería y los padres estuvieran protegidas en todo momento, dándoles los seudónimos de Piedras preciosas a las enfermeras: Diamante, Esmeralda, Amatista, Zafiro, Rubí; seudónimos de Flores a las Madres: Margarita, Clavel, Tulipán, Aleli, Orquídea, Rosa, Girasol, Ginger, Lirio; y seudónimos de Colores a los padres: Morado, Verde, Plomo, Azul. En cuanto a las observaciones estuvieron realizadas por ambas investigadoras, colocando como seudónimo: Investigadora 01 e Investigadora 02. Respecto al análisis de los registros de enfermería 01, 02, 03 y 04, cada uno corresponde a todos los documentos de enfermería en una historia clínica de recién nacido prematuro

Los datos obtenidos fueron analizados temáticamente, obteniéndose como resultado tres categorías, las cuales se detallan a continuación:

I. FUNDAMENTANDO EL CUIDADO EN NOCIONES TEORICAS DEL PARADIGMA DE TRANSFORMACION

II. ESCASAS EVIDENCIAS DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO

2.1. Priorizando la valoración como pilar de los cuidados enfermeros

2.1.1. Valorando la edad materna

2.1.2. Determinando antecedentes maternos

2.1.3. El nivel sociocultural, información importante para el cuidado

2.2. Falta de uso del lenguaje estandarizado NANDA – NIC – NOC en el cuidado enfermero

2.3. Ejecutando actividades de cuidado para la continuidad en el hogar

2.3.1. Fomentando la lactancia materna exclusiva

2.3.2. Garantizando la higiene y abrigo adecuado en el bebé prematuro

2.3.3. Orientando los cuidados del muñón umbilical.

2.3.4. Fomentando el vínculo afectivo a través del método canguro

2.3.5. Reconociendo los signos de alarma

2.3.6. Instruyendo a los padres sobre las medidas de bioseguridad

2.4. Evaluando y reforzando el cuidado

2.5. Registros sucintos de las actividades de cuidado para el alta

III. CUIDADO ENFERMERO DIFICULTADO POR LAS BARRERAS LABORALES

3.1. Sobrecarga laboral de la enfermera

3.2. Infraestructura inadecuada de la unidad neonatal

3.3. Consideración del rol paterno intrascendente para el cuidado

Las categorías empíricas mencionadas, se discuten a continuación a la luz del marco teórico y antecedentes.

I. FUNDAMENTANDO EL CUIDADO EN NOCIONES TEÓRICAS DEL PARADIGMA TRANSFORMACIÓN

La profesión de Enfermería, cuenta con diversos modelos y teorías como parte del cuerpo de conocimientos que posee, orientando el quehacer profesional y demostrando la naturaleza del cuidado enfermero. Esto se aplica durante el Proceso de Atención de Enfermería, mediante el cual el profesional utiliza conocimientos, habilidades y su juicio crítico, para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad¹⁶.

El sustento de estas bases teóricas proyecta la labor de enfermería más allá de la técnica, de las rutinas y la tradición; fomenta la estructura, la organización del conocimiento de enfermería; y mejora la comunicación entre los profesionales al proveer una base común de pensamiento.

El comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos, permiten claramente dar un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana. Por lo tanto, los modelos y teorías adquieren su verdadero significado cuando se es capaz de transferirlos a la práctica; motivo por el cual una de las responsabilidades que hoy tienen los profesionales de enfermería es trabajar con un fundamento que guíe las actividades que desempeña dentro su área de trabajo y a su vez esto se vea reflejado en la calidad de atención que se brinde³⁴.

Según K rouac, los modelos y teorías de enfermería se enmarca en una visión filosófica que se ha ido desarrollando a lo largo de la historia en tres corrientes de pensamiento, denominadas paradigmas¹⁶.

Los paradigmas constituyen formas de ver, comprender y explicar los fenómenos relacionados con la enfermería, a partir de los cuales se desarrolla el conocimiento científico de esta profesión. Estos paradigmas van a influir en el desarrollo del ser, saber y hacer de enfermería, permitiendo definir su visión de un

fenómeno/situación relacionado al cuidado que realiza. Se clasifican en tres: Categorización, Integración y Transformación¹⁶.

El Paradigma de Transformación se considera actualmente como la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina. Entre las teóricas representativas de este paradigma tenemos: Madeleine Leininger y Jean Watson. Este enfoque filosófico, concibe que la salud va más allá de la enfermedad y considera a la persona, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad; es aquí, donde intervenir significa “estar con” la persona durante los procesos de salud/enfermedad, mostrando sensibilidad y humanidad que caracteriza la calidad del cuidado enfermero³⁵.

Lo expuesto anteriormente, se evidencia en los discursos brindados por el profesional de enfermería de UCIN II, quienes sustentan su quehacer en teorías de enfermería bajo el paradigma de transformación, siendo una de ellas La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson:

“La teoría en que baso mi cuidado es la de Jean Watson, es una teoría más completa... aparte del conocimiento y habilidad que tenemos como enfermeras especialistas, no se debe dejar de lado la parte humana... es por eso que enseñamos a los padres que el cuidado brindado a sus hijos debe ser holístico desde lo biológico como los cuidados básicos del prematuro hasta el fomento del vínculo afectivo”

Esmeralda, 28

Las investigadoras observaron que la enfermera Esmeralda enseña el método canguro para promover el vínculo afectivo padres e hijo, orienta a las madres sobre la técnica de la lactancia materna y cuidados básicos del prematuro. Sin embargo estas actividades de cuidado para el alta se da de manera unidireccional, en donde la enfermera no fomenta la expresión de emociones/dudas acerca de los cuidados aprendidos, ni la confianza necesaria para desempeñar su rol como cuidadora.

Investigadora 01 y 02

Según lo manifestado por el profesional de enfermería, la teoría que guía su actuar en el cuidado dirigido a los padres de niños prematuros para el alta es la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson. Esta teoría sostiene que el cuidado humano se establece mediante una relación de transpersonal entre la persona cuidada y el cuidador, este vínculo terapéutico trasciende diferentes dimensiones del sujeto de cuidado para promover el logro de la armonía entre cuerpo-mente-alma y la adopción de conductas que favorecen la salud¹⁸.

La teoría de Watson tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, en donde visualiza el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, afirmando que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que debe cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera¹⁸.

El proceso de cuidado según Watson, implica que se puedan establecer las «transacciones intersubjetivas del cuidado humano», que permite tanto la

enfermera como la persona que recibe el cuidado, ya sea el paciente o familia, compartir sus mundos subjetivos¹⁹. Esta relación transpersonal describe cómo la enfermera entra en el campo fenomenológico del otro, pues más allá de una evaluación objetiva, muestra preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona³⁶.

Por lo tanto, para que pueda darse esta relación transpersonal del cuidado humano, la enfermera inicialmente establecerá una relación terapéutica con el paciente basado en una relación de ayuda y confianza, fomentando la expresión de su ser, su conocimiento y necesidades, y de esta manera entrar en su campo fenomenológico¹⁹. Según las observaciones realizadas por las investigadoras no se evidencia en su totalidad la aplicación de esta base teórica en el cuidado que brinda el profesional de enfermería a los padres; a pesar que la enfermera comparte sus conocimientos y habilidad técnica para el cuidado del prematuro, también debe ser responsable de generar una relación de ayuda y confianza, estableciendo una comunicación eficaz entre enfermera-padres, aunado a la promoción y aceptación de sus sentimientos y necesidades de conocimiento en relación al cuidado de su hijo.

Otra teórica representativa del paradigma de la transformación es Madeleine Leninger, quien desarrolla la “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales”, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la

clase de cuidados que desean o necesitan. Por lo tanto, esta teoría ayuda al profesional de enfermería a descubrir y documentar el mundo de la persona y utiliza sus puntos de vista, sus conocimientos y prácticas en relación con una ética apropiada para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales¹⁴.

En este contexto, la dimensión transcultural de enfermería insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado; es decir que el profesional de enfermería considere el aspecto religioso (espiritualidad), tecnológico, filosofía de vida, nivel educativo y socioeconómico, y en esta exploración las mismas personas se comprometan con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar prepositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar³⁷.

Por tal razón, el conocer y comprender los aspectos socioculturales de la familia facilita la interacción entre enfermera-padres y proporcionar actividades de cuidado sensitivo con la cultura a la que pertenecen. Tal como se manifiesta en el siguiente discurso:

“El cuidado que brindo lo baso en la Teoría de Leininger... Ella nos habla sobre los aspectos que debemos de valorar en la persona su edad, su cultura...y al ser el Almanzor un hospital de referencia, llegan padres de diferentes puntos de la región con diversas costumbres y creencias... algunos mitos tenemos que aclararlos y otros aspectos tenemos que orientarlos, de acuerdo con la realidad que se van a encontrar para cuidar de su hijo...”

Diamante, 31

Las investigadoras observan que la enfermera Diamante valora los factores sociales, culturales y educacionales de los padres para brindar cuidados culturalmente coherentes sobre lactancia materna, satisfacción de necesidades básica del prematuro y fortalecimiento del vínculo afectivo. A pesar de ello, se limita a realizar preguntas cerradas que no permite conocer a profundidad las costumbres, creencias, contexto y medio ambiente que influirían en el cuidado de los padres a su hijo prematuro después del alta. **Investigadora 01 y 02**

Leininger refiere que esta teoría “ayuda a guiar a las enfermeras en el descubrimiento de nuevos conocimientos, y a hacer afirmaciones, tomar decisiones y realizar acciones que son beneficiosas y significativas para las personas que cuiden”. Es decir, ayuda a la enfermera a conocer cuidados culturalmente adecuados para personas de culturas diversas. Para conseguir ello propone tres formas de actuación: La preservación de los cuidados culturales: ayudan a mantener prácticas culturales de salud que sean beneficiosas; La acomodación de los cuidados culturales: aquellas acciones que en una cultura ayudan a negociar y/o a adaptarse a un estado de salud o a enfrentar la muerte; La remodelación de los cuidados culturales: acciones que ayudan al paciente a modificar su estilo de vida para potenciar su estado de salud³⁸.

Teniendo en cuenta que el cuidado enfermero surge del conocimiento de cada padre/madre frente al fenómeno estudiado; desde la perspectiva transcultural, conociendo la cultura en la que está inmersa la familia del neonato se le da sentido a las costumbres, valores y mitos que asocian los padres con el cuidado del recién nacido prematuro. Sin embargo la enfermera de UCIN II no conoce y cumple a

profundidad esta teórica como se evidencio en la observación por las investigadoras, descuidando la estructura del sol naciente que le ayudarían a predecir las decisiones y acciones que preserven, negocien o reestructuren el cuidado a la que pertenecen cada trinomio (padre, madre y neonato) dentro de la Unidad Neonatal hasta la culminación de la hospitalización del prematuro.

Los profesionales de enfermería de UCIN II que quieren aplicar esta teoría deben comprometerse a adquirir la competencia cultural para ofrecer unos cuidados culturalmente competentes, dejando de lado el etnocentrismo. El etnocentrismo puede llevar a la imposición cultural que se refiere según Leininger a la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto al ser humano³⁷.

A pesar que el profesional sustenta su cuidado bajo el paradigma de transformación, aún se evidencia que la enfermera de la unidad neonatal tiene concepciones filosóficas del cuidado del paradigma de Integración. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona, se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica, en donde el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en sus dimensiones, física, mental, y social¹⁶.

Una de las teóricas representante de este paradigma es Dorothea Orem, quien a través de su Teoría del Déficit del Autocuidado establece que las personas

están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan total o parcialmente para el autocuidado continuo. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de su autocuidado o de quienes están a su cargo¹⁸.

En su teoría Orem define que el autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo¹⁸.

Según esta teoría, los infantes poseen limitadas capacidades para atender los requerimientos de su autocuidado, siendo necesaria la intervención del profesional de enfermería. Para ello, utiliza, selecciona y combina métodos de ayuda, a través de un sistema de apoyo educacional a los padres para que adquieran la habilidad de satisfacer las necesidades de su hijo al ser dado de alta; por lo que resulta factible que el profesional de enfermería de la unidad neonatal sustente su cuidado en esta teórica, como se evidencia en el siguiente discurso:

“La teoría del autocuidado de Dorotea Orem... la ejerzo a través de la

educación a la madre para que cuide a su bebe, que es un ser totalmente dependiente de ella... que satisfaga las necesidades básicas de su hijo''

Amatista, 40

Las investigadoras observaron que la enfermera Amatista brinda apoyo a los padres para que adquieran el conocimiento y habilidades necesarias en los cuidados básicos de su hijo prematuro: alimentación, higiene y medidas de seguridad y protección.

Investigadora 01 y 02

Dentro de sus conceptos Orem hace referencia como agente de cuidado dependiente, a aquellas personas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer el autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas; definición que es acorde con lo referido anteriormente por el profesional de enfermería, que considera a los padres como los cuidadores principales del prematuro quienes son seres totalmente dependientes para su protección, bienestar y nutrición.

La implementación de este modelo en la unidad neonatal, permite la evaluación y recolección sistematizada y deliberada de datos mediante los cuales es posible determinar las responsabilidades, necesidades del cliente (padre-madre) y del paciente (recién nacido), y señalar el grado de intervención de enfermería necesaria para satisfacerlos, de manera que los padres están aptos para el cuidado en el hogar³⁹.

II. ESCASAS EVIDENCIAS DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, se realiza a través del Proceso de Atención Enfermería (PAE). El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático, racional y organizado de administrar cuidados de enfermería; su finalidad es identificar los problemas o las necesidades reales/potenciales de la persona, familia y comunidad; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades⁴⁰.

El uso del PAE aporta una estructura que facilita el razonamiento clínico, la organización y estructuración del trabajo de la enfermera, y permite tratar a la persona de forma integral y única. Asimismo esta metodología ha otorgado autonomía a la profesión, al producir estándares de cuidado. De esta manera es posible predecir y evaluar resultados propios de enfermería y generar evidencia científica en su ámbito disciplinar²⁰.

Este Proceso Enfermero consta de cinco fases, sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben seguirse consecutivamente para cumplir los objetivos. En el presente estudio se evidenció que la utilización del proceso de atención de enfermería no se cumplen a cabalidad. Es así como emergen las siguientes subcategorías:

2.1. Priorizando la valoración como pilar de los cuidados enfermeros

La valoración es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, definiéndose como un proceso organizado y sistemático de recogida de datos globales de distintos tipos y fuentes, acerca de las respuestas humanas en el proceso de salud-enfermedad que concierne a la persona, familia y entorno⁴¹.

El proceso de valoración constituye la piedra angular del trabajo enfermero, pues aporta información que permite formular el diagnóstico de enfermería y a partir de ello tomar decisiones importantes. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

En este contexto, el profesional de enfermería de UCIN II reconoce la importancia de hacer una valoración a los padres de niños prematuros, identificando aspectos que influyan en el proceso de su educación y enseñanza para brindar un cuidado de calidad a su hijo en el hogar. Es así como emerge la siguiente subcategoría:

2.1.1. Valorando la edad materna

Convertirse en madre es una experiencia que la mayoría de mujeres afrontan en algún momento de su vida y constituye uno de los acontecimientos más significativos e influyentes en el desarrollo socio-personal durante el ciclo vital. Sin embargo, no siempre se accede a la maternidad durante la adultez, sino que en

algunos casos esta importante transición evolutiva tiene lugar durante la adolescencia⁴².

Cuando se produce la maternidad a una temprana edad, la madre adquiere una actitud negativa o de indiferencia ante su nuevo rol por su inexperiencia, inmadurez emocional y psicológica, a diferencia de las madres adultas que han adquirido madurez emocional y toman conciencia del rol de madre que tienen que cumplir y aceptan su papel con suficiente satisfacción y madurez⁴³. Por lo tanto, es necesario que la enfermera valore la edad de la madre para orientarlas adecuadamente:

“Valoro la edad de la madre... en ocasiones son adolescentes y tienen miedo hasta de cargar a su hijo... desconocen mucho, entonces de a pocos voy enseñando el cuidado que debe tener con su bebe”. **Amatista, 40**

En los cuatro registros de enfermería que formaron parte de nuestra muestra, se encontró documentada la edad de las madres de los prematuros.

Registro de enfermería 01, 02, 03 y 04

Como se evidencia en los discursos, la edad materna es un factor ligado en el cuidado de los hijos, debido a que las madres más jóvenes deben asumir responsabilidades para las cuales no está preparada tanto física como psicológicamente, no siempre están identificadas con su rol y no poseen la capacidad suficiente para la crianza de un recién nacido mucho menos de un prematuro. Por otro lado las madres adultas cuya edad cronológica refleja

maduración emocional estable, adquieren mejor actitud tomando conciencia de sus responsabilidades que les permiten adoptar mejores actitudes y decisiones en la práctica llevando a cabo el cuidado del recién nacido prematuro de una manera adecuada⁴⁴.

2.1.2. Determinando antecedentes maternos

El cuidado que la madre proporcione a su recién nacido prematuro, está en relación al conocimiento y habilidad que ella tenga, pudiendo ser influenciado por diversos factores maternos, siendo uno de ellos la paridad.

Según la paridad, las primíparas manifiestan incapacidad e inseguridad en el cuidado de su hijo por falta de experiencia, agudizándose aún más si es un nacimiento prematuro, por ello es común que gran número de madres tengan sentimientos negativos frente a la satisfacción de las necesidades básicas del prematuro, caso contrario a las multíparas quienes se basan en la experiencia y destrezas adquiridas en el cuidado de sus anteriores niños⁴⁵. Por lo tanto, resulta fundamental que la enfermera valore este aspecto al momento de brindar orientación a la madre sobre los cuidados de su niño:

“Se tiene en cuenta si es madre primeriza o multigesta, porque en las primerizas hay más estrés, es su primer bebé y más aún si es prematuro”

Esmeralda, 28

“El número de gestas, una mamá primeriza desconoce mucho, es una

frustración enseñarles como es la lactancia o algún cuidado, pasa un corto tiempo y te dicen que no tienen leche o no pueden dar de mamar” Amatista, 40

Se observó que la enfermera Amatista le pregunta a la madre Margarita: “Sra. dígame su número de gestación que ha sido su hijo... ¿su primer niño prematuro?” Investigadora 01 y 02

Como se evidencia en los discursos, la enfermera valora la paridad de la madre, priorizando una madre primeriza, pues por su falta de experiencia y desconocimiento ante un nuevo rol presenta miedos, dudas e inseguridades que influyen en la realización de cuidados maternos al recién nacido prematuro.

En tal sentido, se considera importante la intervención de los profesionales de enfermería en las madres primerizas, ello permitirá incrementar y potencializar sus conocimientos y actitudes (conductas) sobre el cuidado básico del prematuro, haciendo uso de distintos métodos, técnicas y estrategias educativas motivando de esta manera a asumir un rol más activo y positivo, comprometiéndolas con el cuidado integral del neonato⁴⁶.

2.1.3. El nivel sociocultural, información importante para el cuidado

El nivel sociocultural hace referencia a los patrones culturales e intelectuales que poseen los padres, lo cual influye en la manera cómo perciben la orientación que le brinda el profesional de enfermería acerca de los cuidados de su hijo prematuro.

Por lo tanto, al momento de comunicarse la enfermera con los padres debe utilizar un lenguaje apropiado, adecuado al nivel educativo, social y cultural de ellos, a fin de poder dialogar acerca del cuidado brindado a su niño. Es muy importante que entre el profesional y los padres se logre una buena comunicación, no solo para transmitir aquello que se desea en relación con los cuidados que deberá brindarle desde la estancia hospitalaria hasta después del alta, sino también para conocer sus preocupaciones y poder brindar ayuda¹⁸. La valoración de este aspecto se evidencia en la siguiente unidad de significado:

“Se tiene en cuenta el nivel de educación... hay bebés prematuros de madres abogadas, médicas, profesoras; con ellas utilizamos un lenguaje más apropiado a diferencia de quién que no tiene estudios superiores” **Diamante, 31**

“Me ha tocado papás con otro nivel sociocultural y piden realizar papá canguro, con ellos hay mayor facilidad para ejecutarlo” **Amatista, 40**

El nivel sociocultural de los padres tiende a ser mayor en la medida en que ambos han alcanzado mayor nivel de estudios, han logrado un puesto de trabajo calificado y tienen unas elevadas expectativas sobre el servicio recibido; ello aplica en el cuidado brindado hacia sus hijos y ellos mismos, informándose sobre sus derechos y esperando se les oriente y facilite el aprendizaje del cuidado adecuado acorde con su realidad.

Un aspecto que se debe considerar durante la valoración es la cultura, Leininger define el cuidado como “los fenómenos abstractos y concretos que están

relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y facilitación o con conductas para con los demás que reflejan la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidad o la muerte”⁴⁷.

Es importante que la enfermera (o) conozca y comprenda cuál es el patrón cultural y la identidad étnica de la familia, sus creencias, costumbres y hábitos y de esta manera integrarlos en el cuidado, aspecto que se evidencia en el cuidado brindado a los padres de neonatos prematuros en el siguiente discurso:

“Hay madres que vienen referidas de diferentes puntos de la región, presentando diversas costumbres y creencias... algunos mitos tenemos que aclararlos, otros aspectos tenemos que orientarlos” **Diamante, 31**

Se observa que la enfermera Rubí pregunta a madre Alelí “¿Por qué crees que la leche en formula es mejor que la tuya? ¿Te han explicado de la técnica de lactancia?” **Investigadora 01 y 02**

La Enfermera al tener en cuenta el enfoque cultural para brindar cuidados de salud coherente con los valores culturales de los individuos o grupo bajo asistencia, ya que estos rigen el comportamiento humano, sobre todo, en términos de salud. Por lo tanto, comprender que en el nivel sociocultural de los padres acorde a su lugar de referencia influye de modo determinante con su cultura, religión, el resultado radica en la herencia de nuestras raíces y que hoy tienen vital relevancia⁴⁷.

Valorar las creencias que los padres tendrán en el cuidado del recién nacido pretérmino es importante para favorecer una relación terapéutica con ellos a fin de ofrecer una orientación y preparación oportuna que puede tener un efecto positivo en estas familias consideradas de alto riesgo y además, disminuye los posibles reingresos al ser dados de alta de la Unidad Neonatal¹⁴.

2.2. Falta de uso del lenguaje estandarizado NANDA – NIC – NOC en el cuidado enfermero

El proceso de atención de enfermería constituye la base para brindar cuidados con calidad a pacientes y familias, sin embargo existen obstáculos para su adopción por parte de los profesionales; lo que demanda una reducción en las tareas asignadas o un menor número de pacientes a cargo con el fin de desarrollar el PAE de forma minuciosa⁴⁸.

Por ello, fue necesaria la creación de un lenguaje enfermero estandarizado que refleje las respuestas de los pacientes ante los cuidados brindados y denote el conocimiento científico enfermero. En consecuencia, permitirá mantener un lenguaje común y comprensible de la atención otorgada entre profesionales; la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente; y facilitando la evaluación y mejora de los cuidados enfermeros⁴⁹.

Es así que, para unificar un lenguaje en el personal de enfermería a utilizar

en la práctica, educación e investigación, la ANA (American Nurses Association) ha recomendado los siguientes lenguajes estandarizados: los diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las intervenciones desarrolladas en la NIC (Nursing Interventions Classification), y los resultados desarrollados por la NOC (Nursing Outcomes Classification)⁵⁰.

El uso de la NANDA en la segunda fase del proceso enfermero: Diagnóstico de Enfermería, ayuda a unificar el lenguaje enfermero en todo el mundo, definiendo los diagnósticos de mayor aceptación internacional. Durante esta fase, se analiza e interpreta de forma crítica los datos reunidos durante la valoración para llegar a una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, problemas y necesidades del paciente. Sin embargo, no existen evidencias formales de que apliquen o realicen los enunciados diagnósticos durante el proceso de atención de enfermería a los padres de prematuros para el alta:

“Ya no recuerdo como se formula un diagnóstico de enfermería....Puede ser miedo/temor... debido al temor de asumir el cuidado de su hijo” Amatista, 40

“Ansiedad... relacionado con el desempeño del rol” Esmeralda, 28

Las investigadoras observaron que ninguna enfermera formuló y registró diagnósticos enfermeros en base a la taxonomía NANDA. Investigadora 01 y 02

En los cuatro registros de enfermería que formaron parte de la muestra, no se encontró registro de diagnósticos enfermeros en relación al objeto de estudio.

Registros de Enfermería 01, 02, 03 y 04

Según la NANDA un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/ proceso vital o vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad. Por lo tanto, su formulación debe realizarse de acuerdo a los estándares establecidos, ya que con solo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente para considerarse un diagnóstico enfermero⁵¹.

Mena Navarro y colaboradores, en su estudio revelan que a pesar de que los diagnósticos ofrecen múltiples ventajas (unificación de criterios, continuidad del cuidado, planificación del trabajo), los profesionales de enfermería poco los utilizaban señalando entre otras, dificultades respecto al nivel de conocimientos⁵¹. Realidad que se asemeja a nuestro estudio, donde se evidencia el desconocimiento de la enfermera de UCIN II sobre la estructura de la formulación del diagnóstico enfermero en relación al objeto de estudio; siendo necesario que conozca las definiciones de los diagnósticos que utilizaría más frecuentemente en la unidad neonatal y conserve su formato: etiqueta (del diagnóstico enfermero) relacionado con (causas/factores relacionados) manifestado por (síntomas/ características definitorias).

Asimismo, Orozco menciona que la etapa del diagnóstico es la menos comprendida, la más polémica y el eslabón más débil de todo el proceso enfermero a causa de las dificultades en el conocimiento y aplicación de los estándares⁵¹.

Tras la identificación de las necesidades de salud alteradas y formulado el diagnóstico enfermero, se determinará los resultados esperados e indicadores, los cuales deben formularse antes de establecer y ejecutar las intervenciones para dirigir éstas hacia la consecución de objetivos. Para la formulación de resultados esperados se elaboró la Clasificación de los resultados de enfermería, también denominada Taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), teniendo como propósito servir de criterio para evaluar el progreso del paciente y plan de cuidados³⁸

A partir de ello, se realiza el plan de cuidados, que incluye las intervenciones y actividades que realizará el profesional de enfermería, las cuales se centran en prevenir, reducir, controlar y/o eliminar el problema o necesidad afectada. Su clasificación estandarizada se encuentra en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras, denominada Taxonomía NIC, que proporciona un lenguaje normalizado que facilitará la comunicación de las intervenciones dentro del equipo de salud al mismo tiempo permite realizar cuidados individualizados⁴⁹. A pesar de la importancia que resulta el uso de los lenguajes internacionales de enfermería, no se evidencia la utilización por el profesional de enfermería en la presente investigación:

En los cuatro registros de enfermería que formaron parte de la muestra, no se encontró documentado la planificación de los cuidados a los padres.

Registro de Enfermería 01, 02, 03, 04

Se observó que las enfermeras no usan los lenguajes estandarizados NOC y NIC para brindar el cuidado a padres de prematuros para el alta.

Investigadora 01 y 02

El uso de las taxonomías NOC y NIC en los planes de cuidado a padres de neonatos prematuros es de vital importancia ya que establecen un lenguaje común entre los profesionales de enfermería determinando de forma más eficaz los resultados esperados y las intervenciones de enfermería para brindar un cuidado de calidad bajo los estándares internacionales.

Teniendo en cuenta que el registro de enfermería es un documento específico de la historia clínica que forma parte importante del expediente clínico de cualquier institución de salud, es necesario la descripción de la planificación de las actividades educativas a los padres sobre los cuidados a su hijo prematuro con las taxonomías como evidencia científico-legal.

En tal sentido, la utilización del NOC facilitaría la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y marcar los resultados obtenidos con los padres y la NIC a través de un lenguaje normalizado y global describir las actividades que realizan las enfermeras de UCIN II especificando que no inhibe la práctica; sino que más bien serviría para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación⁵².

2.3. Ejecutando actividades de cuidado para la continuidad en el hogar

La esencia del profesional de enfermería es el cuidado del ser humano en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y sociocultural, que implica tanto al cliente o usuario, a su grupo familiar, como su desarrollo en el entorno¹³. En tal sentido, es posible contemplar al recién nacido prematuro como un ser humano capaz de sentir, relacionarse, e intervenir en su desarrollo, y a sus progenitores como los principales pilares de su crecimiento y desarrollo.

En este contexto, el profesional de enfermería de UCIN II centrará su cuidado en el recién nacido prematuro, así como sus padres, orientándolos sobre las prácticas de cuidado de su hijo hasta que éstos son dados de alta. Este proceso de transición desde el hospital hasta la casa es un período ansiógeno para ellos porque deben asumir la total responsabilidad sobre un niño cuyos cuidados han sido hasta ahora desempeñados por otros, que en general son percibidos como más especialistas en esa materia.

En esta categoría se evidencia que, el profesional de enfermería realiza actividades de cuidados dirigido a los padres de prematuros, preparándolos sobre los cuidados primordiales de su hijo como: alimentación, higiene y abrigo, signos de alarma, vínculo afectivo y medidas de bioseguridad, con el objetivo que sean capaces de cuidar de su bebé en forma eficaz y segura cuando sea dado de alta. Cabe resaltar en esta parte del estudio que, la enseñanza de algunos cuidados del neonato fueron a manera de información; es decir, hay ausencia de un proceso de

enseñanza activa y dinámica, las madres en ocasiones mantienen un rol pasivo en la unidad, ya que solo se dispone a recibir información verbal.

A continuación, se presentan las subcategorías que han dado lugar a esta subcategoría:

2.3.1. Fomentando la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna es la alimentación ideal para el neonato prematuro por su composición única, sus propiedades inmunológicas, la mayor biodisponibilidad de sus componentes y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento que lo protegen frente a patologías como la enterocolitis necrotizante y las infecciones nosocomiales. Además favorece el desarrollo psicomotor e intelectual y constituye uno de los pilares fundamentales para el establecimiento del vínculo afectivo entre el bebé y su madre⁵⁴.

Según Llanos et al (2013), la lactancia materna es parte del cuidado integral del profesional de enfermería neonatal, por lo que resulta fundamental que los padres tengan a su disposición toda la información y sientan el apoyo necesario por la enfermera para conseguir una adecuada instauración, mantenimiento y producción de la leche²².

Es así que, el profesional de enfermería ocupa una posición clave para ayudar a la madre a que inicie lactancia materna en la unidad neonatal, ya que es

un arte que requiere enseñanza y apoyo. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“A mí me interesa la alimentación, le enseñó la técnica adecuada, la posición, pero me enfoco en que un bebe prematuro no debe de dormir más de 3 horas, entonces la mamá primeriza no sabe que tiene que levantarlo... por eso le explico: Sra. tiene que levantarlo para darle de mamar máximo 2 a 3 horas después que haya lactado su niño” **Amatista, 40**

“Se hace énfasis en la técnica de lactancia... a veces no producen leche ya sea por el mismo estrés... no saben cómo cargar correctamente al bebe o con qué frecuencia le debe dar el seno... todo eso les explicamos” **Diamante, 31**

Este cuidado es corroborado por las madres:

“La enfermera me ha enseñado que debo estar cómoda para dar de lactar... por ejemplo en casa, mi espalda debe estar apoyada en almohadas, la cabecita de mi bebé sobre mi mano y el resto de su cuerpito sobre mi brazo... y debo levantarlo para darle de mamar cada 2 horas, estimularlo con masajitos para que despierte” **Clavel, 33**

Se observa que la enfermera Zafiro se acerca a la madre Orquídea y le dice: “Señora si usted ofrece al bebé el seno derecho, debe utilizar el brazo izquierdo para cargarlo y con la otra mano coger el seno en forma de “C” (La enfermera hace una demostración)... y continúa: “para que comience a succionar debe estimular con el pezón en los labios del bebé” **Investigadora 01 y 02**

Según los discursos, el respaldo de los profesionales de enfermería hacia las madres es muy importante, ya que les enseñan, las entrenan y capacitan sobre la técnica adecuada de lactancia materna, con la finalidad de su instauración eficaz

para favorecer su continuidad en el hogar y garantizar el crecimiento y desarrollo del prematuro durante y tras el alta hospitalaria.

El éxito de la lactancia materna depende mucho de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Como se evidencia en las unidades de significado, la enfermera educa a la madre sobre la posición que debe adoptar para el inicio de la lactancia, como es la posición transversal (la madre con la mano del mismo lado que amamanta sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca) y la posición de balón de rugby (la madre coloca el cuerpo del bebé bajo el brazo del lado que va a amamantar). Ambas posiciones son consideradas como las mejores para la lactancia materna del infante prematuro⁵⁵.

Se debe tener en cuenta que para un bebé prematuro, aprender a tomar pecho de forma efectiva es un proceso que puede conllevar días o semanas. En un inicio puede que aún no sepa interpretar sus señales de hambre y prefiera dormir, siendo necesario despertarlo y estimular la succión masajeando suavemente sus mejillas⁵⁵. Como se observa en los discursos, la enfermera hace énfasis que las tomas de leche deben realizarse con frecuencia a pesar que el bebé esté durmiendo, ya que influye en su ganancia de peso y se previene complicaciones como la hipoglicemia.

Asimismo se evidencia en los siguientes discursos que las enfermeras no solo educan a la madre respecto a la técnica de la lactancia materna, sino que resaltan la importancia de sus beneficios:

“Durante la hospitalización se les orienta a las madres que la lactancia materna debe ser exclusiva, la importancia del calostro para el bebé prematuro y cómo influye en la ganancia de peso y su desarrollo” **Esmeralda, 28**

“Hay momentos en que la madre te dice que le des fórmula a su hijo porque no tiene leche... entonces al orientarlas que la lactancia no solo nutre a su hijo sino que favorece su desarrollo emocional ya no piden fórmula, las encuentras ellas mismas amamantando su hijo, con una buena técnica” **Zafiro, 36**

Se corrobora con lo manifestado por la madre:

“Gracias a la enfermera he aprendido a dar de lactar a mi hijo... nos explican que la lactancia materna debe ser exclusiva, porque es el mejor alimento y lo estoy protegiendo de enfermedades” **Aleli, 23**

Los resultados de esta subcategoría coinciden con una investigación en Lambayeque-Chiclayo por Jiménez E, Sosa A. (2012); en donde el personal de enfermería cumple un rol primordial en la educación de la lactancia materna a madres de recién nacidos prematuros durante y tras el alta hospitalaria, informándoles no sólo acerca de la técnica, extracción y conservación de la leche sino también sobre la importancia y beneficios que ofrece la leche materna para el prematuro⁹.

Como es evidente por los resultados contrastados, la enfermera como educadora sanitaria tiene un papel fundamental en la iniciación y establecimiento exitoso de la lactancia materna en el prematuro para el alta, procurando que la madre pueda asimilar aspectos cognitivos respecto a la lactancia materna destacando los beneficios nutricionales, emocionales y enseñando la técnica adecuada, de manera que pueda llevarlo a la práctica en el cuidado maternal.

2.3.2. Garantizando la higiene y abrigo adecuado en el bebé prematuro

La conservación, cuidado y protección de la piel de los recién nacidos es un aspecto importante en la atención de la salud, por la trascendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como conexión entre el recién nacido, el medio ambiente y sus padres²³.

En tal sentido, la higiene constituye una de las necesidades básicas del prematuro, porque mantiene la integridad de la piel, ayuda a prevenir infecciones y favorece el bienestar y confort; así también, el abrigo adecuado, permite conservar su temperatura corporal⁵⁶. Para garantizar la satisfacción de estas necesidades tras el alta hospitalaria, es importante que los padres sean integrados por el profesional de enfermería en la cotidianidad de los cuidados de su hijo prematuro para que adquieran los conocimientos necesarios sobre sus cuidados básicos: el baño, higiene de genitales, abrigo, y cambio de pañal.

El baño es uno de los cuidados que se le realiza al prematuro para su limpieza y bienestar; considerándose como uno de los momentos más gratificantes y esperados por los padres, por lo tanto, es necesario enseñarles a realizarlo en forma adecuada y segura⁵⁶. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“Les hablo del baño del bebé... en casa tienen que bañarlo una vez al día en el horario que la madre elija, sin corrientes de aire, 7 a 10 minutos a lo mucho y el secado debe ser rápido”
Esmeralda, 28

“Les explicamos cómo hacer el baño en esponja al prematuro, con un pañito húmedo tibio”
Amatista, 40

La madre corrobora los manifestados:

“La enfermera me explicó que debo bañarlo una vez al día... con agua tibia, comenzando por la cabecita y luego el cuerpito”
Clavel, 33

Se observa que la enfermera Diamante orienta a la madre Ginger: “El baño debe ser diario, en un ambiente cerrado, no debe demorar mucho tiempo... el baño debe ser rápido”
Investigadora 01 y 02

Como se puede apreciar en los discursos, la enfermera explica sobre aspectos significativos del baño: frecuencia, tiempo de duración y ambiente adecuado. Esto debido, a que durante el aseo de los prematuros se produce un marcado descenso de su temperatura corporal, tanto central como periférica, a causa de la inmadurez de su centro termorregulador y escasa grasa parda que

posee, que no le permite controlar adecuadamente su temperatura corporal, pudiéndolo conllevar a una hipotermia durante el baño.

De acuerdo a lo manifestado por Meneses A (2012), En un inicio el baño del prematuro se puede limitar a tres veces a la semana con agua tibia y debe durar entre 5-10 minutos, el resto de días bastará con limpiarle con un pañito suave y húmedo la zona del pañal, cara, manos y pliegues, asimismo enfatiza que la temperatura de la habitación donde se bañe y vista al neonato prematuro se encuentre sin corrientes de aire⁵⁷.

Respecto a la vestimenta y abrigo de los prematuros es un tema mucho más complejo no solamente por la elección de tal o cual tela, sino porque los recién nacidos prematuros se enfrían rápidamente, por lo tanto necesitan vestimenta adecuada acorde con el clima y entorno. Es así, que las orientaciones del profesional de enfermería tendrán como objetivo preservar la temperatura corporal del prematuro, debido a que tienen mayor riesgo de pérdidas de calor y una menor capacidad de aumentar su producción de calor en ambientes fríos. Sin embargo, también presentan dificultad para mantener su temperatura en ambientes cálidos, estando proclives al aumento de su temperatura corporal⁷². Por lo tanto, es importante que la enfermera informe a la madre sobre las medidas necesarias para el abrigo:

“Me explicó la enfermera que no debo tenerlo demasiado abrigado en casa por el calor que hace y le colocara lo necesario... su ropita no debe ser muy ajustada para que pueda mover sus bracitos y piernitas” **Rosa, 36**

Se observa que la enfermera Zafiro explica a la madre Orquídea “En casa evita colocarle ropa polar gruesa o de lana, de preferencia ropa de algodón... cómoda para tu niño” **Investigadora 01 y 02**

Como se evidencia en los discursos, el profesional de enfermería recomienda evitar el abrigo en exceso, pues el cuerpo del bebé puede perder la capacidad de adaptación a los cambios de temperatura. En relación al ropaje, éste debe ser ligero y cómodo para permitir libertad de movimiento al neonato, asimismo recomienda de preferencia el uso de prendas de fibra natural, como el algodón, ya que absorbe la humedad y no producen irritaciones ni alergia⁵⁸.

Otro de los cuidados del prematuro que brinda el profesional de enfermería para el alta, es la higiene de genitales. Es habitual que los padres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación y es preciso que el profesional de enfermería explique las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias⁵⁶. Tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“Respecto a la limpieza de genitales hacemos especial énfasis en las mujercitas sobre la técnica adecuada, en los varones realizarlo sin retraer el prepucio... también el cambio del pañal” **Diamante, 31**

Las madres corroboran lo manifestado por la enfermera:

“Para limpiarle sus genitales me dijeron que con gasa húmeda limpie su vulvita y labios de arriba hacia abajo después de sus deposiciones” Clavel, 33

Se observa que la enfermera Rubí explica a la madre Girasol: “Cada vez que tu bebé lacta, va orinar o hacer su deposición, tienes que tener en cuenta eso, para que cambies de pañal y le limpies sus genitales... así evitar escaldaduras.”

Investigadora 01 y 02

En los discursos, se observa que la enfermera explica a las madres acerca del aseo de genitales, el cual debe ser todos los días después de la micción y la defecación. Asimismo enfatiza en el caso de las niñas, realizar la higiene de arriba hacia abajo, es decir desde el área púbica hacia el ano, ya que evita la contaminación de la vagina y la uretra con gérmenes del tracto intestinal; en el caso de los varones realizar la higiene sin movilizar el prepucio pero limpiando cuidadosamente la zona del meato uretral.

Respecto al cambio de pañal la enfermera recomienda a las madres realizarlo frecuentemente para proteger y preservar la integridad de la piel. Puede realizarse principalmente luego de alimentarlo, dado que por las características del sistema digestivo del recién nacido, suele tener deposiciones mientras se alimentan o inmediatamente después de hacerlo⁵⁶.

2.3.3. Orientando los cuidados del muñón umbilical.

Uno de los cuidados fundamentales que realiza el profesional de enfermería

en UCIN es el cuidado del muñón umbilical, cuyo objetivo es mantenerlo limpio y libre de secreciones para favorecer la momificación y prevenir infecciones (onfalitis)⁵⁹.

Para garantizar la continuidad del cuidado en el hogar, es necesario que la enfermera oriente acerca de los aspectos relacionados con la evolución normal y enseñe la forma correcta de la limpieza del muñón umbilical. Esto se evidencia en los siguientes discursos del profesional de enfermería:

“A veces hacemos la demostración cuando se dispone de tiempo, por ejemplo la curación del cordón, se le cura en ese momento y se le enseña que debe ser con gasita y jabón, primero se limpia el muñón y luego alrededor”

Esmeralda, 28

“Les explicamos a las madres que la limpieza del cordón umbilical debe ser diario, para evitar que se infecte”

Amatista, 40

Se observa que la enfermera Diamante explica a la madre Girasol: “La curación del cordón umbilical debe hacerlo 3 veces al día, limpiando la base del ombligo... caerá en aproximadamente 10 a 15 días”

Investigadora 01 y 02

Sin embargo a pesar de que el profesional de enfermería manifiesta y hace énfasis en la educación que brinda a las madres, las investigadoras evidenciaron que existe una falta de preparación en algunas madres sobre el cuidado del cordón umbilical, pues manifestaron no recibir la enseñanza oportuna. Tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“La enfermera solo me dijo que la limpieza de su ombligo debe ser diario para que no se infecte...pero más aprendo de las otras madres que dicen cómo se debe hacer”

Rosa, 36

“A mí solo me dijeron que debo limpiarle 2 veces al día con gasa húmeda y jabón, pero no enseñaron como hacerlo”

Lirio, 26

Las investigadoras observaron que las enfermeras solo se limitan a explicar sobre los cuidados del muñón umbilical, no ejerciendo actividades demostrativas y redemostrativas acerca de este cuidado.

Investigadora 01 y 02

Según el discurso, las madres no saben aún como realizar la limpieza del cordón umbilical, lo cual no garantiza que los procedimientos se realicen de manera óptima en el hogar, poniendo en riesgo el bienestar del neonato.

Como se sabe, tras el nacimiento y hasta que el cordón umbilical cicatriza, los gérmenes habituales de la piel pueden provocar una infección del cordón umbilical⁶⁰. Por ello, es fundamental que la enfermera además de enseñar cómo se realiza la limpieza del cordón umbilical, debe explicar a las madres aspectos relacionados con la evolución normal del cordón umbilical, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar, así como la periodicidad de la higiene, recomendando que debe realizarse tres veces al día.

Además la enfermera debe ponerse énfasis en que no produce dolor en el bebé durante la curación del muñón, porque es un tejido sin terminaciones

nerviosas, pues este es el temor más grande que evita que muchas madres realicen la curación en forma correcta⁵⁶.

De acuerdo, con un estudio realizado en Brasil por Sebol A, Correa F (2004), el profesional de enfermería enseña a los padres la forma correcta de la limpieza del cordón umbilical mediante técnicas demostrativas, explicando que el neonato no siente dolor durante la realización del mismo por carecer de inervaciones sensitivas y que este cuidado es fundamental para la prevención de infección. Asimismo resalta la importancia de no fajar o colocar algún objeto sobre el muñón umbilical ya que desfavorece su proceso de momificación⁶¹.

2.3.4. Fomentando el vínculo afectivo a través del Método Canguro

Cuando el recién nacido prematuro ingresa a la Unidad Neonatal, junto con él se recibe a sus padres en estado de máxima desorganización interna, expuestos al impacto emocional de la hospitalización de su hijo que acaba de nacer y enfrentados a una realidad diferente de la que imaginaron⁶². Por tal razón es fundamental facilitar el contacto precoz posible entre la madre - padre con su hijo prematuro, para ello la enfermera de UCIN II anima a los padres para que toquen a su hijo, mostrándoles la forma correcta de hacerlo sin alterar el estado del neonato.

La primera y la más íntima relación del neonato con su madre sucede cuando es amamantado, genera beneficios psicológicos, debido a que la relación

afectiva es más tierna y directa, así mismo, la seguridad que proporciona los brazos de los padres, el calor, el timbre de voz, hacen que el neonato crezca sano⁶³. Esta relación y el fortalecimiento del vínculo madre-hijo es realizado por el personal que labora en el área de UCIN II, lo cual se aprecia en el siguiente discurso:

“Se explica a los padres sobre la importancia del contacto piel a piel... se enseña la técnica de mamá canguro o papá canguro, el cual debe continuar en casa para favorecer el desarrollo emocional y afectivo del bebé” **Diamante, 31**

Se observa que enfermera Zafiro orienta a madre Orquídea al momento del alta “en casa no le coloque manoplas, que tenga contacto piel a piel con usted... esto estimula su sistema nervioso, lo va a ser un niño inteligente y seguro porque se siente protegido, querido... háblale cuando le des de mamar, acarícialo” **Investigadora 01 y 02**

El contacto que realiza la madre con el neonato, a través de la forma de cargarlo, en efecto es una situación especial de conexión, de intercambio de emociones, sentimientos, y muestra de afecto, además de otros beneficios importantes para el neonato como, sentirse seguro. Según la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (2012), el bebé que está en contacto con su madre regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos²⁵.

El enfoque triada madre-padre-hijo en el área de neonatología, nos menciona que la más segura, fiable y efectiva de lograrlo es mediante la práctica

del método canguro donde los tres personajes se encuentran participando. El método canguro es un sistema de cuidados neonatales basado en el contacto piel a piel, que busca empoderar a los padres al transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser cuidadores primarios de su hijo²⁵.

Para ello la enfermera debe informar en lo que consiste, duración, beneficios psicoafectivos y en la repercusión positiva en el posterior crecimiento y desarrollo del bebé, educación que es realizada por las enfermeras en los discursos de las madres:

“Ayer los papás hicieron método canguro, mi esposo estaba presente... La enfermera a todos les comenzó a explicar porque era importante y ayudaba al desarrollo del bebe... también dijo que les hable a su bebe para que reconozca su voz, que lo acaricien” **Lirio, 29**

“Me explicó sobre el método canguro... debo colocarla a mi bebé sobre mi pecho y acariciarla para que mi hijita sienta mi cariño y afecto” **Rosa, 36**

Para Gómez (2008), es vital que los padres conozcan que la posición del método canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos para el bebé: estimulación auditiva a través de la voz materna/paterna; olfativa por la proximidad del cuerpo con el padre; vestibular-cinestésica por la situación del bebe sobre el tórax paterno; táctil a través del contacto piel con piel permanente; y visual dado que al colocarlo en posición semiincorporada (60° de inclinación vertical aprox.) le permite ver la cara y el cuerpo con el fin de animar al padre a

interactuar con su hijo mediante la expresión verbal (arrullo, canto)⁶⁴; intervención que se evidencia en el siguiente discurso:

“Al padre le decimos que debe brindar todo su cariño a su hijo, que lo acaricien y le hablen no solo cuando hacen de papá canguro... que continúen haciéndolo después del alta, en casa” **Esmeralda, 28**

Se observa que enfermera Zafiro coloca en el pecho del padre Morado a su hijo y le indica que le acaricie la espaldita y la cabecita y le hable cariñosamente” **Investigadora 01 y 02**

Los resultados encontrados, se asemejan a una investigación realizada en España por Serret M. (2014), en donde el profesional de enfermería reconoce la importancia de fomentar el vínculo y apego entre los padres/madres y su hijo prematuro durante el periodo de hospitalización en la unidad neonatal, considerando la práctica del método canguro como una de las intervenciones más útiles porque favorece el lazo afectivo, influye en el desarrollo del prematuro, e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres⁶⁵.

2.3.5. Aprendiendo a reconocer los signos de alarma

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo prematuro tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. El alta es el momento en que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace

imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia⁵⁶.

Los signos de alarma son datos básicos reconocidos por el personal de salud que pueden ser señal de alguna patología de fondo⁶⁶, siendo fundamental que los cuidadores primarios, en este caso los padres de los recién nacidos prematuros aprendan a reconocer de estos signos/síntomas para darle resolución oportuna, evitando así los riesgos de salidas precipitadas y de potenciales intervenciones diagnósticas innecesarias. En este sentido la orientación brindada por la enfermera debe ser concisa, clara y simple de entender, como se evidencia en los siguientes discursos:

“Les informamos sobre los signos de alarma... para que acuden rápidamente al hospital... por ejemplo si el bebé se pone cianótico, esta con fiebre, no lacta” **Diamante, 31**

“Se les explica sobre los signos de alarma, generalmente el prematuro en su gran porcentaje hace ictericia... Les explico su niño se pone amarillo y no quiere mamar tiene que venir inmediatamente a su control” **Amatista, 40**

Confirmando con las siguientes observaciones:

Se observó que enfermera Amatista le refiere los signos de alarma a madre Girasol: “Si presenta fiebre, no quiera lactar... si esta enrojecida y caliente al tacto la zona del muñón umbilical” **Investigadoras 01 y 02**

Se observó que enfermera Esmeralda explica a madre Ginger “Si su bebe no lacta, está con fiebre, cianótico o su piel esta de una coloración amarilla debe traerlo inmediatamente por consulta externa” **Investigadoras 01 y 02**

Según los manifestados, el profesional de enfermería en el ejercicio de su rol de educador brinda información necesaria para que los padres conozcan los aspectos a observar y vigilar en su hijo recién nacido que amerite acudir rápidamente al centro de atención más cercano. La información otorgada está en relación a: Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez); dificultad para respirar, hipertermia; disminución del apetito o rechazo de leche materna, coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares y letargo.

La importancia de este conjunto de conocimientos previos es tal, que muchas veces los padres no alcanzan a objetivar la fuerte influencia de los mismos en la cotidianidad de los cuidados de su hijo prematuro.

2.3.6. Instruyendo a los padres sobre las medidas de bioseguridad

La bioseguridad, es un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente⁶⁷. La utilización de normas de bioseguridad en servicios de neonatología es una característica común para evitar la transmisión de infecciones intrahospitalarias. El lavado de manos, el uso de guantes, uso de mandil/mandilón

son pilares fundamentales para la atención de los neonatos, ya que tienen mayor susceptibilidad a contraer infecciones durante su periodo de internación⁶⁸.

El personal enfermero de UCIN II para poder reducir riesgos de microorganismos del medio para los neonatos, dentro de sus actividades tiene como prioridad educar a la madre y padre sobre el lavado de manos, cambio de ropa antes de su ingreso al área y en caso de hacer método canguro conservar la higiene corporal. Así la enfermera evita que los padres sean vehículo de entrada y salida de microorganismos a dicha área, contribuyendo a la no complicación de la salud del neonato y la contaminación de demás personas. Esta acción preventiva se ve reflejada de la siguiente manera:

“La enfermera me ha explicado que debo lavarme las manos antes de cargar a mi bebé para evitar que se enferme o se contagie” **Rosa, 36**

“Para poder cargarlo, la enfermera me dijo que tenía que estar aseado... lavarme las manos y estar con la ropa limpia” **Verde, 32**

Se observa que ingresa el padre Morado a la unidad y la enfermera Zafiro le indica “Para que puedas hacer papa canguro debe lavarse las manos y limpiarse la región del tórax” **Investigadora 01 y 02**

Una de las prácticas de menos costo y más eficientes e importantes para evitar las infecciones es la higiene de manos. El lavado de manos es un procedimiento, el cual se realiza para eliminar la flora bacteriana transitoria por medio de la fricción y arrastre mecánico de las sustancias y partículas que se

adhieren a la piel de las manos con un antiséptico a base de alcohol, jabón normal o antimicrobiano⁶⁹.

La importancia de mantener las normas de bioseguridad al momento del alta, en esencia la higiene de manos radica en el sistema inmunitario poco desarrollado del recién nacido prematuro y por ende susceptibilidad a diferentes infecciones dérmicas, estomacales, respiratorias, etc. Siendo necesario que se forme como hábito en los padres el cumplimiento de las normas antes y durante el contacto con su menor hijo, para ello se brinda una educación detallada con una retroalimentación continúa desde el ingreso del neonato hasta su alta, lo cual se evidencia en las siguientes unidades:

“Desde que el niño ingresa a esta unidad se le explica a los padres las medidas de bioseguridad que deben tener ya sea aquí o en su hogar, como por ejemplo el lavado de manos”

Diamante, 31

La enfermera Zafiro explica a la madre Orquídea: “Tienes que lavarte bien las manos... si alguien viene de la calle y quiere cargar al bebe debe primero lavarse las manos” Se acercan ambas al lavatorio, demuestra y pide la redemostración a la mamá.

Investigadora 01 y 02

Llega la madre Margarita a la unidad por primera vez para dar de lactar a su niño, y enfermera Amatista le señala lavatorio e indica lavarse las manos y antebrazos haciendo fricción con la solución antiséptica, orientándola que debe realizarlo cada vez que vaya a tocar a su bebe.

Investigadora 01 y 02

Estos resultados coinciden con una investigación en Perú por Díaz M, Díaz A, Hurtado M. (2011) donde las enfermeras les explican a los padres la importancia del lavado de manos, demuestran y piden redemostración⁷⁰.

2.4. Evaluando y reforzando el cuidado brindado

Tras poner en marcha el plan de cuidados, comienza la fase de evaluación, que es la quinta y última fase del proceso de atención enfermería. La evaluación consiste en valorar la situación actual del paciente y compararla con los objetivos marcados, o lo que es lo mismo, con los resultados esperados. Al concluir es posible identificar tres situaciones diferentes: El objetivo se cumplió, es decir coincide con el resultado esperado; El objetivo se cumplió parcialmente, por ejemplo se ha conseguido el objetivo a corto plazo, pero todavía falta la consecución del mismo a largo plazo, El objetivo no se ha cumplido, no se cumplen los criterios descritos en los objetivos propuestos⁴⁶.

A pesar de situarla como la última etapa, se trata de una actividad planificada y continua que se debe realizar paralelamente a cada acción de enfermería. En este contexto, resulta indispensable que el profesional de enfermería evalúe progresivamente la preparación brindada a las madres hasta el momento del alta del prematuro y realice ajustes o modificaciones necesarias en el transcurso de la hospitalización, de manera que las madres se encuentren preparadas para cuidar de su hijo en el hogar. Tal como se evidencia en el siguiente discurso:

La evaluación es continua... voy observando continuamente como la madre aprende la técnica de lactancia, como carga al bebé... entonces al momento del alta yo sé que esa madre está lista para cuidar de su hijo. **Amatista, 40**

Las investigadoras observaron que las enfermeras evalúan durante su turno los conocimientos y habilidades que van adquiriendo las madres en relación a la satisfacción de necesidades de su hijo prematuro. **Investigadora 01 y 02**

Según el discurso, la evaluación continúa hasta que las madres logren los objetivos planteados en relación al aprendizaje de los cuidados de su hijo prematuro. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes y los métodos de intervención de enfermería fueron adecuados; en caso de que los resultados no se logren en su totalidad hasta el momento del alta, será necesario realizar una retroalimentación de las orientaciones brindadas^{48,62}; situación que se evidencia en los siguientes discursos:

Durante la hospitalización vamos viendo como aprende la madre y si es necesario se refuerza al momento del alta sobre los cuidados del bebe: el baño, la limpieza del cordón, los signos de alarma y la importancia de los tamizajes.

Esmeralda, 28

Se observa al momento del alta que la enfermera Esmeralda le dice a la madre Ginger: “Recuerde mientras más succione su bebe más leche va a producir, evite las fórmulas de preferencia solo leche materna, si tu niño no quiere mamar, tiene fiebre... acude al médico” **Investigadora 01 y 02**

2.5. Registros sucintos de las actividades de cuidado para el alta

La práctica cuidadora para el profesional de enfermería es la expresión objetiva y evidente del proceso formativo científico teórico, siendo su función dar sentido y significado a la práctica mediante un sistema organizado de etapas apoyadas en un marco teórico conceptual de enfermería que valide, de sentido y fundamente de manera directa al proceso de cuidar al neonato²⁰.

Uno de los sustentos metodológicos más importantes de la disciplina de enfermería es el proceso enfermero, el cual se fundamenta del método científico, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero se encuentra constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas e interrelacionadas que son cinco, en donde inicialmente se valora la situación de salud, luego se formula un diagnóstico, se plantea objetivos y realiza un plan de cuidados, se ejecuta acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran²⁰.

El uso del proceso de enfermería como método sistemático y organizado permite brindar un cuidado continuado y de calidad a los neonatos y sus padres; cada familia es una única e indivisible que necesita una atención enfocada a mantener la dinámica natural familiar y la continuidad de los cuidados post-alta. Sin embargo las fases que constituyen la metodología del cuidado enfermero no se evidencia en los registros de enfermería de la UCIN II; en el cual solo se encontró

la redacción de manera concisa de la ejecución de actividades de cuidado a los padres al momento del alta del prematuro:

“No hay un registro donde está el proceso enfermero para el alta, todo es parte de nuestra actividad diaria, solo en las notas de enfermería queda plasmado: se va de alta, se realizó tamizaje y se educó a la madre sobre cuidados del recién nacido prematuro”
Esmeralda, 28

“En las notas de enfermería solo en el momento del alta se coloca: Educación sobre lactancia materna exclusiva y cuidados básicos del prematuro”
Amatista, 40

En la nota de enfermería al momento del alta de un prematuro: “Se brindó educación a la madre sobre cuidados del prematuro” **Registro de Enfermería 01**

Se observa en las notas de enfermería al momento del alta: educación sobre LME, signos de alarma, baño diario”. **Registro de Enfermería 02**

Los registros clínicos son parte de la actividad diaria del personal de enfermería, como instrumento básico del ejercicio de sus funciones para el cuidado del paciente; son los documentos de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la cantidad y calidad del trabajo de enfermería brindado.

Así mismo, permite supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del

personal de enfermería para dar solución a necesidades alteradas; lo cual se encuentra limitado por el registro único de las actividades ejecutadas y no la atención proporcionada de manera diaria a los padres y su respuesta ante a los cuidados recibidos.

III. CUIDADO ENFERMERO DIFICULTADO POR LAS BARRERAS LABORALES

La preparación a los padres para el alta de su hijo, es de vital importancia, pues además que adquieren conocimientos y habilidades para la satisfacción de las necesidades básicas del prematuro, se fortalece el vínculo afectivo de la tríada padre-madre e hijo.

Para brindar una atención de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los padres, se debe contar con el personal de salud altamente capacitado que brinde un cuidado integral y humano. Sin embargo, se ha identificado barreras que influyen en el quehacer del profesional de enfermería para brindar una atención de calidad, derivada de diversas fuentes: el personal de salud, los propios padres, el medio ambiente de la UCIN II y sus políticas⁷¹. Es así como emerge las siguientes subcategorías:

3.1. Sobrecarga laboral de la enfermera

La calidad en salud es definida como el uso eficiente de los recursos físicos y humanos. Sin embargo, uno de los factores que inciden en esta calidad son las

estrategias equivocadas de gestión de recursos humanos respecto a la demanda de los servicios y pacientes, ocasionando atención insuficiente e incrementando la carga de trabajo del profesional de la salud⁷².

En los servicios de neonatología se observa con frecuencia la alta demanda de atención de pacientes, como los prematuros de riesgo y la creciente complejidad que se observa en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), lo cual limita la disponibilidad del profesional de enfermería para proporcionar a los padres la enseñanza para el alta⁷³.

Esta situación se evidencia en los siguientes discursos brindados por el profesional de enfermería:

“En ocasiones no podemos educar a las madres como se debe por la demanda de bebés, a veces tengo veinte bebés que cuidar, no me alcanza el tiempo... además de los papeleos por cada uno” **Diamante, 31**

“En este servicio a veces trabajamos solitas y no nos abastecemos para todos los bebés... se orienta a los padres cuando hay oportunidad” **Amatista, 40**

Esto se corrobora con el siguiente discurso brindado por una madre:

“Yo he estado aquí bastante tiempo y veo que a veces las enfermeras no se abastecen, el mes pasado habían muchos bebés y tuvo que explicar en grupo cuando algunos se fueron de alta” **Lirio, 29**

Según los discursos, los entrevistados coinciden que la gran demanda de usuarios en el servicio y el desarrollo de actividades asistenciales y

administrativas por cada neonato, influye en el proceso de preparación para el alta en los padres; evidenciándose en la falta de disponibilidad de tiempo de la enfermera para brindar una orientación adecuada, oportuna y personalizada acorde a la situación del neonato prematuro y realidad de la familia, colocando en riesgo el bienestar del bebé al ser dado de alta.

Los resultados de esta subcategoría se relacionan con la investigación realizada en Colombia por Raffray M, Osorio S, Ochoa SC, Semenic S. (2014), que refieren que el insuficiente recurso humano (profesional de enfermería) y las cargas pesadas de pacientes, son una barrera para ayudar a los padres a prepararse para el alta hospitalaria en la UCIN⁵.

3.2. Infraestructura inadecuada de la unidad neonatal

Para Arizcun et al (2005), las zonas de hospitalización deben reservar un espacio para la presencia de los padres y eventualmente de los familiares. Según sea la situación del hijo, los padres acompañaran y convivirán con él, considerándose no sólo como un derecho social y humano, sino también como una exigencia ineludible para la formación de la díada niño-padres y el desarrollo de las capacidades parentales⁷⁴.

Sin embargo, estudios revelan que maternidades y hospitales no cuentan con espacios físicos para albergar a los padres. Muchas unidades de neonatología no cuenta con el espacio suficiente para que puedan permanecer aunque sea de pie al

lado de las incubadoras en las que están sus bebés; dificultando su participación⁷⁴. Tal como se evidencia en el siguiente discurso brindado por el profesional de enfermería:

“No hay un ambiente adecuado en la unidad... es muy reducido, a veces son muchos padres/madres y el servicio está lleno... eso dificulta un poco el proceso de enseñanza en las madres”
Esmeralda, 28

Esto se corrobora, con lo manifestado por una madre:

“A veces aquí (unidad neonatal) somos muchas mamás... todas queremos entrar a ver a nuestro bebé o darle de lactar, si hubiera un ambiente amplio, quizá fuera diferente e incluso los padres pudieran estar aquí porque también tienen derecho... y la enfermera enseñaría mejor como cuidar de nuestros hijos”
Tulipán, 32

Como se evidencia en los discursos, a pesar que la infraestructura de la unidad neonatal se adapta a la demanda de neonatos y satisfacción de sus necesidades biológicas, posee un ambiente muy reducido que a veces no se adecúa al número de padres, condición necesaria para la participación del cuidado diario de su hijo y preparación adecuada por el profesional de enfermería para el alta.

Los resultados coinciden con un estudio realizado en Perú por Mogollón T, Rodríguez V (2010), en donde se encontró que la infraestructura constituye una gran limitación en el cuidado que brinda la enfermera durante el proceso del alta, debido a que no responde a los requerimiento de los padres, restringiendo la participación de los mismos en el cuidado diario del hijo prematuro y

considerándolo como importante en la preparación para el cuidado continuado en el hogar¹⁰.

3.3. Falta de inclusión a los padres en el cuidado para el alta

La implicación de los padres en el cuidado de sus hijos recién nacidos ingresados en la UCIN es uno de los pilares básicos de la atención neonatal, dado sus diversos beneficios como: la disminución la estancia hospitalaria del prematuro, fortalecimiento de la relación de padre e hijo y el entrenamiento para el proceso del alta⁷⁵.

Sin embargo, aún la sociedad ha impuesto el rol paterno como proveedor de la familia, adjudicando los cuidados y crianza de los hijos a las madres, y esto se transmite al profesional de salud que aún no toma conciencia de la importancia del rol del padre en el crecimiento y desarrollo especialmente en recién nacidos prematuros. Por lo tanto, es necesario ampliar los cuidados en la unidad neonatal, donde se incluya al padre, quién también pasa por un momento estresante al momento de vivir el nacimiento de su hijo prematuro⁷⁵. Esto se evidencia en los siguientes discursos brindados por el profesional de enfermería:

“A los papás no se les enseña sobre cuidados del bebé, eso se le explica a la madre... es la cuidadora principal”

Amatista, 40

“Nosotras más nos centramos en las madres ya que ellas estarán más pendientes del cuidado de su niño en casa... hay ocasiones en que la madre se encuentra acompañado del esposo al momento de educarlas e indirectamente ellos escuchan la orientación que se brinda.”

Zafiro, 36

Estos discursos coinciden con las percepciones que tienen las madres:

“A mi esposo aun no lo dejan entrar, por eso le he dicho que no venga... a los padres no les explican nada solo a la mamá” **Rosa, 36**

“A mi esposo aún no le han dejado que cargue a mi bebé, solo que entre a verlo... pero voy a exigir que para el día del alta esté presente porque ahí vuelven a explicar sus cuidados... él tiene también que conocer” **Clavel, 33**

Como se evidencia en las unidades de significado, el profesional de enfermería considera a la madre como la figura central del cuidado del niño prematuro, desestimando la participación del padre en la unidad neonatal e incluso se les limita información sobre los cuidados de su hijo, lo cual influye en el proceso de interacción padre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo. Asimismo los discursos son una clara manifestación de descontento en las madres debido a la poca consideración del rol paterno en el proceso de adiestramiento de los cuidados de su hijo prematuro.

Esto conlleva a que los padres no sientan placer y gratificación con su rol, se sientan excluidos y no adquieran los conocimientos suficientes para garantizar la continuidad del cuidado de calidad en el hogar. Como se refleja en los siguientes discursos brindados por el padre:

“Yo estoy aquí todo el día y solo me llaman en el servicio cuando mi hijo necesita medicamento, pañales, los trámites...” **Verde, 32**

“Me gustaría que me dejaran ingresar al menos para poder cargar a mi hijo, que me explicara la enfermera como cuidarlo porque es un bebé prematuro, creo que necesita otros cuidados... para mi primer hijo fue todo normal porque nació sanito”

Azul, 39

Llega la enfermera Rubí y al percatarse que el padre Plomo se encuentra en la unidad al lado de su esposa e hijo, le dice: Por favor Señor retírese que las madres están dado de lactar, usted no puede estar aquí, tiene que esperar afuera... posteriormente el padre se retira

Investigadora 01 y 02

Según los relatos, la figura paterna tiende a desempeñar un papel pasivo en la unidad neonatal respecto al cuidado de su hijo, como mero observador y proveedor de insumos, en donde se ve reflejada la necesidad de educación y aprendizaje del padre. Estudios han demostrado que incluir la figura paterno en el cuidado de su hijo, lo hacen sentirse más partícipe, ayudando a disminuir el estrés que le produce el nacimiento de un bebé prematuro, teniendo como uno de los efectos positivos la adquisición de habilidades para la continuidad del cuidado⁷⁶.

Nuestros resultados coinciden con una investigación realizada en México por Gallegos J, Reyes J, Silvan C. (2013), en donde los padres varones vivencian distinción de género por parte del equipo de enfermería de la unidad neonatal donde se limita su participación del cuidado de su hijo prematuro, considerando a la madre como la cuidadora principal; asimismo los padres varones se autoperciben como poco importantes en el cuidado de su hijo prematuro⁸.

CAPÍTULO V:
CONSIDERACIONES FINALES Y
RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones Finales

Después de haber realizado el análisis de los resultados develados en la presente investigación, se llegaron a las siguientes consideraciones finales, que a continuación se presentan:

1. El profesional de enfermería de la UCIN II fundamenta su cuidado en nociones teóricas del paradigma de transformación, sin embargo no aplican íntegramente estas bases teóricas en el cuidado brindado a los padres de prematuros para el alta. Además se evidencia que aún continúa la concepción filosófica del cuidado bajo el paradigma de integración.
2. Existen escasas evidencias sobre la aplicación de la metodología del cuidado enfermero, en donde: Se prioriza la valoración como pilar de los cuidados; Hay ausencia de la formulación de diagnósticos y un plan para el alta que incluyan el uso del lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC respectivamente; La ejecución de las actividades de cuidado se basó en la preparación de los padres para la satisfacción de las necesidades de su hijo tras el alta hospitalaria, en esta fase las enfermeras se limitaron a enseñar algunas prácticas de cuidado de manera verbal, a excepción de la lactancia materna, vínculo afectivo y medidas de bioseguridad que se realizó mediante un proceso de enseñanza activa y dinámica, cabe resaltar que estas actividades se

registraron de manera sucinta al momento del alta del prematuro; Finalmente la evaluación se realizó de manera continua durante el proceso de preparación a los padres.

3. Existen barreras laborales que dificultan cuidado enfermero a los padres, entre ellas encontramos: el reducido espacio físico de la unidad neonatal que dificulta el desarrollo de técnicas educativas efectivas, la sobrecarga laboral asistencial y administrativa que acaparan un tiempo considerable del profesional de enfermería, y la falta de inclusión del padre en los procesos de enseñanza para el cuidado de su hijo, con integración menos significativa que la madre en el establecimiento del vínculo afectivo.

5.2. Recomendaciones

1. A la Enfermera Jefa de Neonatología, considere:

La elaboración de un programa educativo integral para el alta, en donde fomente el ser, saber y hacer de la enfermera con la participación activa de los padres, dándoles la oportunidad de aprender viendo, haciendo y escuchando los cuidados que debe recibir su hijo prematuro; de modo que asuman responsablemente la continuidad de la calidad del cuidado después del alta.

La implementación de un formato del alta en la historia clínica donde se visualice la metodología del cuidado enfermero (PAE) haciendo uso de taxonomías NANDA, NIC y NOC como evidencia científica del trabajo de la enfermera neonatal. Así mismo que se incluya la firma del profesional de enfermería y de los padres como evidencia legal de ambos actores.

2. A los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Neonatología, reforzar sus conocimientos sobre la ciencia de enfermería bajo un paradigma de transformación y su aplicación en el quehacer diario, especialmente con el uso de los lenguajes internacionales: NANDA, NIC y NOC.
3. A las instituciones formadoras de profesionales de enfermería, fortalecer el saber y hacer de la enfermería bajo el paradigma de transformación. Asimismo continuar a partir de este estudio con investigaciones que complementen los hallazgos presentados, a fin de ampliar el conocimiento de la realidad en otros escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud (OMS). Nacimientos prematuros. [Sitio Web]. Suiza: World Health Organization; 2015. [Consulta: 16 octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Derechos de los Recién Nacidos Prematuros: Derecho 4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad. [Internet]. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2016. [Consulta: 10 de noviembre del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Salud-Prematuros_GuiaDerecho4_WEB_final.pdf
3. Malerba M. La transición de la Unidad al hogar del prematuro y sus padres. Rev. Enfermería Neonatal. [Internet]. 2012 [Consulta: 18 mayo del 2016]; 4(12): 4-7. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2011/09/Revista-Enfermería-Neonatal---Año-IV-Nº-12.pdf>
4. Figueroa D, Barrientos T. Percepción de madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el periodo de hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, 2012 [Tesis de Licenciatura] Chile: Universidad Austral de Chile; 2013. [Consulta: 8 de

junio del 2016]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmb275p/doc/fmb275p.pdf>

5. Raffray M, Osorio S, Ochoa S, Semenic S. Barreras y facilitadores para las familias con bebés prematuros que se preparan para el alta de la unidad neonatal. Percepciones del personal de salud. Rev. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014 [Consulta: 18 mayo del 2016]; 32(3): 379-392. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300003
6. Comisión Multisectorial Permanente de implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Segundo Informe de Avances del PNAIA 2021. [Internet] Perú: MINSA; 2015. [Consulta: 20 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgnna/II-informe-avances-PNAIA-2013.pdf>
7. Carrasco M, Tavera M, Vargas J. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011- 2012. [Internet]. Perú: MINSA, Dirección General de Epidemiología; 2013 [Consulta: 22 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>
8. Gallegos J, Reyes J, Silvan, C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. Rev. Scielo. [Internet]. 2013 [Consulta: 20 de octubre del 2015]; 21(6): 1360-6

Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf

9. Jiménez E, Sosa A. Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno en madres primerizas con hijos prematuros. [Tesis para licenciatura], Chiclayo –Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [Consulta: 16 octubre del 2016]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/460>
10. Mogollón F, Rodríguez V. Cuidado enfermero del recién nacido prematuro para su continuidad en el hogar desde la percepción de los padres [Tesis de Especialidad]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería; 2010.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. España; 2009 [Consulta: 12 de mayo del 2016] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
12. Waldow R. Nuevas ideas sobre el cuidado. Rev Aquichan [Revista en línea]. 2008 [Consultado el 20 de Junio del 2016]; 8(1):85-96. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>
13. Juárez P, García M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Revista en línea]. 2009 [Consultado el 20 de junio

- del 2016]; 17(2):109-111. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
14. Cañas E. Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal. [Tesis de Magister]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012. [Consulta: 16 de enero del 2016]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8913/1/539695.2012.pdf>
15. Moreno M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Universidad de La Sabana. Rev Aquichan [Revista en línea]. 2005 [Consulta: 20 de junio del 2016]; 5(1):44-55. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2051878>
16. Bello N. Fundamentos de enfermería. Tomo I. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. [Consulta: 23 de junio del 2016]. Disponible en:
<https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/09/62287114-fundamentos-de-enfermeria-parte-i-lahabana.pdf>
17. Álvarez R, González F, Pérez M, Rodríguez B. El Paradigma de la Transformación: Escuela del Cuidado (Escuela del "Caring") [Internet]. 2014 [Consulta: 20 de junio del 2016]. Disponible en:
<https://mraquin.files.wordpress.com/2014/04/escuela-del-caring.pdf>
18. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 7ª ed. España: El Sevier; 2011.

19. Vázquez C, Eseverri A. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. Rev Enferm Intensiva. [Revista en línea] 2010. [Consulta: 15 de julio del 2016]; 21 (4): 161-164. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familias-las-13187324>
20. Reina N. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Rev. Umbral Científico. [Revista en Internet] 2010. [Consulta: 1 de mayo del 2016]; (17): 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
21. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro. [Internet] 2006. [Consulta: 18 julio del 2016]; 131p. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM1041-2006%20RN%20sano%20y%20enfermo.pdf>
22. Llanos I, Llanos M, Ramírez J, Cobo M. Seguridad y efectividad en el manejo nutricional del recién nacido pretérmino en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Revista Paraninfo digital. [Revista de Internet] 2013 [Consulta: 28 de septiembre del 2016]; 7 (19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/311d.pdf>
23. Mateo S, Lasarte L. Procedimientos de Higiene del Recién Nacido. [Internet]. España; 2016 [Consulta: 20 de septiembre del 2016]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/acep/protocolo_ba%C3%B1o_HU_MV_2016.pdf

24. Pérez D, Ureta V. Cuidados del cordón umbilical. [Internet] 2014 [Consulta: 20 de julio del 2016]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>
25. Bardales N, Navarro K, Sosa E. Cuidado enfermero para la continuidad del vínculo afectivo madre – recién nacido prematuro. Hospital Nivel IV de Chiclayo. [Tesis de licenciatura]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería; 2012.
26. Hernández S, Fernández C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6^{ta} ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014.
27. Bernal C. Metodología de la investigación: Abordaje de Estudio. 3^a ed. Colombia: Editorial Pearson Educación; 2010.
28. Ludke, E. Marly, A. El estudio de caso, su potencial en educación: Abordaje Cualitativo. 3a ed. Sao Paulo – Brasil: Editorial Pesquisa en Educación; 1986.
29. Ulin, P. Tolley, E. Robinson, E. Investigación Aplicada en Salud Pública. Técnicas de recolección de datos cualitativos. 2a ed. Washington: DC.OPC; 2006.
30. Tójar, H. Investigación cualitativo: Comprender y actuar. Madrid: Editorial La Muralla. S.A; 2006
31. Iñiguez L. Métodos Cualitativos de Investigación en Ciencias Sociales: Análisis de la Información. [Internet]. México: Universidad de Guadalajara; 2008 [Consulta: el 16 de mayo del 2016] Disponible en:

<http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio/index.php/documentos/category/1-materiales?download=1: analisis-de-la-informacion>

32. Arias M. Triangulación Metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. [Revista en internet]. 2000. [Consulta: 14 de noviembre del 2015]; 18 (1): 13 – 26. Disponible en: <http://www.robert4exto.com/archivo9/triangul.htm>
33. Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. [En línea] 1979 [Consulta: 10 de octubre del 2015] Disponible en: http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf
34. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev Ciencia y Enfermería. [Revista en línea] 2011 [Consulta: 5 de agosto del 2017]; 17 (3): 11- 22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
35. Bellés A. Fundamentos de Enfermería: Grandes corrientes del pensamiento enfermero. [En Internet] España: Enfermería 21, Grupo Paradigma; 2011 [Consulta: 10 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/apuntes/>
36. Rivera L, Triana A. Cuidado Humanizado en Enfermería. Revista Actualizaciones en Enfermería [Revista en línea]. Colombia: 2017. [Consulta: 12 de agosto del 2017]; 10 (4): 6-9. Disponible en:

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

37. Reina R, Ferrer R, Toro Y, Cárdenas M. Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural. *Revista Enfermería Global*. [Revista en línea] 2010 [Consulta: 15 de agosto del 2017]; 20 (4): 1-5 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300019
38. Grupo CTO. *Disciplina enfermera. Conceptos nucleares de la enfermería. Modelos y teorías de enfermería. Características generales de los modelos: componentes y elementos. Principales teóricas*. [Internet] España: Manual CTO Oposiciones Enfermería; 2015. [Consulta: 15 agosto del 2017]. Disponible en: http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf
39. Guerrero S. Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem en la atención al recién nacido. *Rev Investigación y Educación en Enfermería*. [Revista en Internet] 2000 [Consulta: 20 agosto del 2017]; 18 (1): 71-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294005>
40. Acevedo M, García E. *Proceso de Atención de Enfermería* [Internet]. *Enfermería Comunitaria*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. [Consulta: 29 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/pagina-ejemplo/nueva-pagina/unidades/unidad-v/temas/1-valoracion/>

41. Universidad de Antioquía. Programa de Integración de Tecnología a la Docencia. PAE: Valoración. [Internet] Antioquía; 2016. [Consulta: 29 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61923>
42. Sánchez J, Hidalgo M. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. [Internet] España: Universidad de Sevilla; 2012. [Consulta: 16 septiembre del 2017]. Disponible en: http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_2_5.pdf
43. Terán N. Adopción del rol materno en relación con el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. [Tesis de licenciatura]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. [Consulta: 16 septiembre del 2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2446/1/RE_ENFE_NOELIA.TERAN_ADOPCION.DEL.ROL.MATERNO.EN.RELACION.CON.E L.NIVEL.DE.VINCULACION_DATOS.PDF
44. Ayllon A, Ramos P, Valdez L. Características y Barreras de la comunicación entre enfermeras y padres de los recién nacidos (RN) hospitalizados en unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN). [Proyecto de tesis para licenciatura] Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2013. [Consulta: 17 septiembre del 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/ayllon_daniela.pdf

45. Corales E, Sánchez M. Influencia de los factores socioculturales en el nivel de conocimiento de la madre primípara sobre los cuidados inmediatos del recién nacidos, Hospital Leoncio Prado – Huamachuco. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2014. [Consulta: 16 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5758/1588.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
46. Hualpa S, Leiva A. Conocimiento y conductas de cuidados básicos al recién nacido por madres adolescentes, usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad de Huánuco; 2016. [Consulta: 18 octubre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/207/15.-INFORME-CUIDADO-RECIEN-NACIDO%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Cisneros A, Moscol L, Pimentel L, Vásquez E. Aplicación del SOAPIE en los Registros de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora [Tesis de Licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. [Consulta: 21 de septiembre del 2017]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/721/Aplicacion_CisnerosCutipa_Analiz.pdf?sequence=1

48. Torrecilla E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera; 2015. [Tesis de Licenciatura]. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña; 2015. [Consulta: 27 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252220/TFG_Estefanía_Torrecilla_Cilleros.pdf?sequence=1
49. Bulechek G, Mc Closkey J, Maas M. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2 ed. España: Elsevier; 2007
50. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015 – 2017. 11 ed. España: Elsevier; 2015
51. Vele S, Veletanga D. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería de las Enfermeras/os, que Laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2015 [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. [Consulta: 26 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/TESIS.pdf>
52. Campus Docente Sant Joan de Déu. NIC y NOC, Dos Pilares del Conocimiento Enfermero [Pagina web] [Consulta: 28 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.santjoandedeu.edu.es/es/noticias/nic-noc-dos-pilares-conocimiento-enfermero>
53. Sánchez J. La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Murcia; 2006. [Consulta: 18 octubre del 2017]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/99/1/SanchezCaravaca.pdf>

54. University of Washington Medical Center. Lactancia materna para su bebé prematuro: Un manual para las madres recientes. [En línea] Washington: 2009. [Consulta: 18 octubre del 2017]. Disponible en: https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/Breastfeeding_Your_Preterm_Baby_SP_8_09.pdf
55. Palacios J, Moreno M, Román M, Estévez M. Guía para Madres y Padres de Bebés Prematuros tras el alta hospitalaria. [Internet]. España, Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2015. [Consulta: 20 octubre del 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/apego/guia_prematuros_tras_alta.pdf
56. Soria R. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Revist de Enfermeria Neonatal [Revista en línea]. 2012 [Consulta: 15 octubre del 2017]. 4 (13): 22-30 Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educaci%C3%B3n-a-los-padres-del-reci%C3%A9n-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
57. Meneses A. Cuidados del Recién Nacido. [Página de Internet] España; Meneses; 2012 [Consulta: 15 octubre del 2017]. Disponible en: http://gonzalez-meneses.es/Cuidados_del_RN.pdf
58. INFOGEN. Regulación de la Temperatura en el bebé recién nacido. [Internet] 2013 [Consulta: 15 octubre del 2017]. Disponible en:

<http://infogen.org.mx/regulacion-de-la-temperatura-en-el-bebe-recien-nacido/#indice-4>

59. Ministerio de Salud Chile. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicio de obstetricia y oncología. [Internet] Chile: Ministerio de Salud; 2014. [Consulta: 15 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PROCEDIMIENTOSPARALA-ATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014.pdf>
60. Pérez A, Velasco N. Cuidados del cordón umbilical. [Internet] España: Asociación Española de Pediatría; 2014 [Acceso: 20 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>
61. Sebold A, Corrêa F. A enfermagem como facilitadora da aproximação cultural da Mulher-Mãe, recém nascido e familia em alojamento conjunto, fundamentada na teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger. [Tesis para Licenciatura] Brasil: Universidad Federal de Santa Catarina; 2004. [Consulta: 23 septiembre del 2017]. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/107880/241647.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. Veiga M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados [Tesis doctoral] España: Universidad de da Coruña; 2015 [Consulta: 25 septiembre del 2017]. Disponible en:

http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16110/VeigaRodriguez_Maria_TD_2015.pdf?sequence=4

63. Cuesta M, Espinosa A, Gómez P. Enfermería Neonatal: Cuidados Centrados en la Familia. Rev. Enfermería Integral [Revista en Internet] 2015. [Consulta: 05 de agosto 2017]. (98): 36 – 40. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
64. Gómez A, Pallás C, Aguayo J. El método de la madre canguro. Rev. Acta Pediatr Esp. [Revista en línea] 2007 [Consulta: 25 Septiembre del 2017]; 65(6): 286-291. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6yb_psNXWAhUBaiYKHTfqAhcQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.actapediatrica.com%2Findex.php%2Fsecciones%2Fnutricion-infantil%2Fdownload%2F513_c9d0cda825ad0f1c698c0211fe7398f9&usq=A0vVaw2r_qiIDY9kBAOYCvy6OTkd
65. Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. [Tesis Doctoral] España: Universitat Rovira I Virgili; 2014. [Consulta: 25 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20Serret%20Serret.pdf?sequence=1>

66. Portal E. Signos de alarma en el recién nacido. [Internet] Universidad Privada Antenor Orrego: 2014. [Consulta: 24 septiembre del 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/edupomar/signos-de-alarma-en-el-recien-nacido>
67. Combol A. Bioseguridad. [Internet] Curso teórico-práctico Diagnóstico de enteroparasitosis humanas: 2017. [Consulta: 26 septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/parasito/coursep/bioseg.pdf>
68. Rey L, Mazzi E, Pantoja M. Normas de Bioseguridad en el Servicio de Neonatología del Hospital del Niño “Ovidio Aliaga Uría”. Rev Cuadernos del Hospital de Clínicas [Revista en línea] 2004 [Consulta: 26 Septiembre del 2017]; 49 (1): 37 – 43. Disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/facmed/chc2004490104.pdf>
69. Organización Mundial de Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Página de Internet]. 2012 [Consulta: 28 Septiembre del 2017] 1 – 7. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf
70. Díaz M, Díaz A. Hurtado M. Cuidar / Cuidado de las enfermeras en el área de UCIN I del servicio de neonatología de un hospital nacional del IV nivel. [Tesis para especialidad]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2011.
71. Sánchez A. Participación de los padres en las Unidades de Neonatología. [Monografía en Internet]. España: Martínez de Aguirre N; 2016. [Consulta:

29 septiembre del 2017]. Disponible en:
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19318/S%C3%A1nchez_Saez%20del%20Burgo%2C%20Andrea_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

72. Román S. Dotación de enfermeras según metodología del colegio de enfermeros, servicio de cirugía pediátrica, hospital nivel IV. Rev Per Obst Enf [Revista en Internet] 2011 [Consulta: 17 octubre del 2017]; 7(2): 106 – 115. Disponible en:

<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/665/518>

73. Mari R. Recursos humanos en las Unidades Neonatales. Rev Arch Argent Pediatr. [Revista en línea] 2010 [Consulta: 20 de octubre del 2017]; 108(6):486-489. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n6/v108n6a03.pdf>

74. Arizcun J, Arrabal M. Deficiencias, discapacidades del desarrollo y los servicios de neonatología [Internet] España: Hospital Clínico San Carlos Madrid. Servicio de Neonatología; 2005. [Consulta: 13 octubre del 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/deficiencias,_discapacidades_del_desarrollo_y_los_servicios_de_neonatologia.pdf

75. Aguas E, Gallardo M, Madrid K. Experiencia de padres de recién nacidos prematuros y del profesional de enfermería, en relación al apego paterno y su desarrollo durante el proceso de hospitalización en la unidad de neonatología del Hospital Base Valdivia. [Tesis para licenciatura] Chile: Universidad Austral de Chile; 2015 [Consulta: 28 octubre del 2017].

Disponible

en:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fma282e/doc/fma282e.pdf>

76. Cañas E, Rodríguez Y. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. Rev AQUICHAN. [Revista en línea] 2014. [Acceso: 29 de octubre del 2017]; 14 (3): 336 – 350.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n3/v14n3a06.pdf>

APÉNDICE

APENDICE N° 01



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**GUIA DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD
DIRIGIDA A ENFERMERAS DE UCIN II**

I. INFORMACIÓN BÁSICA

Objeto de investigación:

Recolectar información para la investigación “Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la unidad de cuidados intensivos, Lambayeque 2017”

II. DATOS GENERALES

- Fecha:
- Seudónimo:
- Edad:
- Tiempo que labora en el servicio:

III. DATOS ESPECIFICOS:

- ¿Cómo es el cuidado para el alta que brinda a padres de neonatos prematuros?
- ¿Cómo aplica el PAE en los padres de neonatos prematuros?
- ¿En qué teoría de enfermería basa su cuidado enfermero a los padres de neonatos prematuros para el alta?

APENDICE N° 02



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**GUIA DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD
DIRIGIDA A PADRES DE UCIN II**

Objetivo

Recolectar información para la investigación “Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la unidad de cuidados intensivos, Lambayeque 2017”

I. DATOS GENERALES

- Fecha:
- Seudónimo:
- Edad:
- Lugar de Procedencia:
- Grado de instrucción:
- Número de Hijos:
- Días de hospitalización neonato:
- Religión:
- Ocupación:

II. DATOS ESPECIFICOS:

- ¿Qué cuidados le ha enseñado la enfermera para cuando su niño se vaya de alta?



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

I. INFORMACIÓN BÁSICA

Objetivo:

Recolectar información para la investigación “Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la unidad de cuidados intensivos, Lambayeque 2017”.

II. DATOS INFORMATIVOS

- Nombre del observador:
- Actores sociales o personas observadas:
- Fecha:
- Hora de inicio: Hora de término:
- Escenario:

III. CONTENIDO:

La observación consiste en describir el cuidado de la enfermera – madre / padre en los siguientes escenarios:

- En el primer contacto de la enfermera con el padre/madre, al ingreso de su hijo en la unidad de cuidados intermedios neonatales II (UCIN II).
- Durante la vista de la madre y/o padre a su hijo recién nacido prematuro.
- En el momento del alta de su hijo recién nacido prematuro.



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO" FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

I. INFORMACIÓN BÁSICA

Objetivo

Recolectar información para la investigación “Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta en la unidad de cuidados intensivos, Lambayeque 2017”

II. DATOS GENERALES

Fecha:

Número de registro de enfermería:

III. DATOS ESPECIFICOS

Los datos obtenidos serán revisados de los registros de enfermería, buscando encontrar el proceso enfermero a padres de neonatos prematuros de manera documentada, abarcando los siguientes aspectos:

- *Valoración:*
- *Diagnósticos*
- *Planificación* (Educación para el alta al ingreso, durante la estancia hospitalaria y al momento del alta.)
- *Ejecución:*
- *Evaluación*
- *Otros:* (Ha brindado algún aspecto del proceso enfermero, pero no de manera detallada.

APÉNDICE N° 05



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo,....., de..... años de edad, identificado (a) con mi D.N.I..... acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: "Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta - Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de EsSalud, 2017"

Además, admito haber sido informado (a) sobre los siguientes aspectos:

1. El objetivo de la presente investigación de forma clara, precisa y suficiente.
2. Mi participación será espontánea y brindare datos veraces.
3. Me considero informada que en cualquier momento a partir de hoy, las investigadoras podrán observar como brindo el cuidado a los padres motivo de esta investigación
4. La información obtenida será tratada bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
5. Se hará uso de una grabadora para mantener la originalidad de los datos obtenidos en esta entrevista.
6. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.
7. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
8. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre el entrevistado y las investigadoras.

Firma del entrevistado