



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría
Especialidad de Enfermería en Neonatología

Título de la Tesis:

ADAPTACIÓN RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

Tesis para obtener el grado de la especialidad de Enfermería en Neonatología.

Presenta

L.E María Celina Castro Martínez.

Asesor

M.C.E Susana Cordova Diaz.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de Contenido

Capítulo I

Introducción

	Pag.
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	5
1.3 Importancia del Estudio	6
1.4 Marco Teórico	6
1.4.1 Conceptos de la Teoría	10
1.4.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría	15
1.4.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica	16
1.4.4 Estudios relacionados	18
1.5 Definición de Términos	20
1.6 Hipótesis	23

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio	23
2.2 Población, Muestreo y Muestra	23
2.3 Criterios de Inclusión	24
2.4 Criterios de Exclusión	24
2.5 Materiales	24
2.5.1 Instrumentos de Medición	26
2.6 Procedimiento	26
2.7 Ética del Estudio	26
2.8 Estrategias de Análisis	27

Capítulo III

Resultados

3.1 Presentación de Resultados con el Programa Excel	28
--	----

Capítulo IV

Discusión

4.1 Presentación de la Discusión del Trabajo de Investigación	33
---	----

Conclusión	34
------------	----

Sugerencias	35
-------------	----

Referencias Bibliográficas	36
----------------------------	----

Apéndices

A Consentimiento Informado	38
----------------------------	----

B Cuestionario	39
----------------	----

Dedicatoria

A Dios, quien me dio la fe, la fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades, por colocarme en el mejor camino, iluminando cada paso de mi vida, y por darme la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mis angelitos de Dios Jimenita, Nahumcito y Alex que son fuente de mi inspiración y superación, sobretodo por su cariño desmedido que me dan en todo momento, a mi gran amor Jesús por hacerme redoblar esfuerzos durante mi postgrado ¡los amo a todos!

A mis hermanos por su apoyo incondicional cuando más lo necesite.

A mis padres por que gracias a ellos soy quien soy.

A mis maestros y en especial a mi asesora por compartir sus experiencias, tiempo y dedicación.

A mis amigas Lorena y Erika por su amistad y los ánimos que me dan siempre.

Resumen

La presente investigación fue de tipo, cuantitativo, de diseño descriptivo y transversal, cuyo propósito fue Identificar las intervenciones de Enfermería que se aplican en el proceso de adaptación respiratoria en el recién nacido pretérmino, de la cual depende su estado fisiológico en la sala de cuidados intensivos. El modelo que se empleó fue el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy. Se realizó en un grupo de 6 Enfermeras de mayor nivel académico que laboran en los diferentes turnos, en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Tehuacán Puebla. Se encontró que las Enfermeras no previenen los factores que complican la dificultad respiratoria y tiene un conocimiento erróneo de la posición de Rossier y postura de flexión, acciones que realizan en el recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria, emplean en forma deficiente la clasificación del grado de dificultad respiratoria de acuerdo con el puntaje de Silverman-Andersen leve (83%) moderada (49.9) severa (66.6%), y no realizan el registro en la hoja de atención integral, Se encontró que la saturación de oxígeno la mantienen fuera de los límites aceptables (66.7%), se sabe que el oxígeno es una droga con efectos adversos potencialmente importantes en los recién nacido pretérmino y en especial en los menores de 1500 g y/o menores de 32 semanas de edad gestacional, Se encontró que Las Enfermeras saben que el estudio gasométrico determina el grado de insuficiencia respiratoria (100%) sin en cambio no tienen la habilidad en la toma de la muestra para determinar el problema respiratorio por lo tanto no lo realizan, Se encontró que la asistencia de Enfermería no se relaciona directamente con el nivel académico y que a mayor antigüedad en el servicio (moda 18 años), existe falta de actualización en el manejo respiratorio del recién nacido pretérmino.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La mortalidad neonatal es la más significativa dentro de la mortalidad infantil. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 24% de las muertes neonatales corresponden a las complicaciones de la prematuridad, en la República Mexicana la Secretaría de Salud reportó que se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad neonatal, la que “entre 1980 y 1985 fue de 11.6%, en el quinquenio de 1995-2000 fue de 10.9%. En el año 2000, la tasa fue de 14.4 defunciones por 1000 nacidos vivos estimados, para el 2006, 11.4 defunciones, lo que representa una disminución de 20.8%” estas cifras que tienden a la reducción de la mortalidad neonatal, son hasta cierto punto alentadoras, sin embargo se parte de premisa de que siempre es posible mejorar y ningún esfuerzo será innecesario cuando se trate de contribuir a disminuir o evitar una muerte neonatal o de reducir las causas que generan complicaciones, las cuales pueden ser daños irreversibles que afecten la funcionabilidad física, mental o social del recién nacido.

Esto implica que se definan y planifique las actividades asistenciales conforme al nivel de cuidados del recién nacido, el área asistencial, el tipo de pacientes que se atienden, el personal necesario para su adiestramiento y las normas y procedimientos a emplear, con esto la probabilidad de supervivencia de los neonatos de alto riesgo ha aumentado considerablemente en los últimos años. Sin embargo, la asistencia o el cuidado Enfermería es un factor fundamental en la evolución y sobre vida del neonato pretérmino. Como la Enfermera es el único

miembro del equipo de salud que pasa con el neonato las 24hrs del día, su cuidado debe basarse en un sistema que garantice cuidados continuos de complejidad creciente, es esencial que este cuidado sea proporcionado por personal calificado que atienda los aspectos más significativos y de mayor impacto en el desarrollo futuro del neonato, y en lo posible eliminar, las distintas circunstancias causantes de enfermedades o riesgos relacionados con su seguridad, evitando de este modo consecuencias físicas y psicosociales posteriores.

Wilson Ronny Valero Ramos 2009, demostró en su estudio que el nacimiento constituye un cambio obligado de ambiente para el recién nacido; que los procesos de adaptación que ocurren en los minutos consecutivos al parto que son de vital importancia para su supervivencia en el nuevo ambiente extrauterino, ya que su curso no perturbado contribuye a determinar el grado de morbilidad y/o morbimortalidad del neonato y su posterior desarrollo. Las principales adaptaciones inmediatas ocurren a nivel del aparato respiratorio y cardiovascular, adaptaciones que tienen que ver con la regulación de temperatura corporal y adaptaciones mediatas.

Yaneth García y Rosa María Fernández en el 2006 analizaron la supervivencia de los recién nacidos ventilados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde el 69 % ingresó por dificultad respiratoria y el 28,5 % de los ingresados necesitó ventilación asistida y se logró una supervivencia de 81,5 %. Donde el mayor número de ventilados se encontró los pre términos de 32-33.6 semanas, con el 94.7 % de supervivencia. En relación al peso, encontraron que la supervivencia fue mayor a mayor peso, y que resultaron más beneficiados los recién nacidos en el grupo de 1,500g a 1,999 g y en menor medida los nacidos con 2,500 g o más. En relación con el tiempo de duración de la asistencia

mecánica ventilatoria, en su estudio fue ventilar y retirar el ventilador precozmente, teniendo en cuenta siempre la evolución de la enfermedad que motivó la ventilación. Encontraron que a menor duración de la ventilación mayor fue la supervivencia, así cuando la ventilación se utilizó menos e igual a 72 horas, la supervivencia se mostro de 65.6 %; cuando fue hasta los 5 días, la supervivencia fue 20.5 % y por más de 5 días, la supervivencia fue de 13.9 %.encontrando resultados alentadores en este grupo de edad.

Gran parte del cuidado de estos neonatos lo realizan las Enfermeras y son Recién Nacidos (RN) con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) continúan siendo un problema de gran envergadura para las Enfermeras que brindan atención especializada en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), debido a su frecuencia y a las complicaciones a corto y largo plazo que pueden desarrollarse; a pesar de los avances tecnológicos, la evolución de estos neonatos depende en gran medida de los cuidados oportunos. Existen pocos estudios, relacionados con la especialidad de Enfermería sobre la prevalencia y caracterización del SDR, así como los principales factores de riesgo.

Durante la vida intrauterina los alveolos pulmonares distendidos se encuentran llenos de un trasudado producido por los capilares pulmonares. El pulmón del RN sufre una serie de adaptaciones trascendentales que modifican la circulación fetal. El reemplazo del líquido pulmonar fetal por aire, es un fenómeno mecánico que requiere de la aplicación de presiones transpulmonares elevadas para lograr insuflar el pulmón en las primeras respiraciones; estas fuerzas deben superar tres elementos: viscosidad del líquido pulmonar, tensión superficial y resistencia de los tejidos. La expansión del tórax, así como el primer llanto, hacen que los bronquios aspiren aire que llena los alveolos pulmonares, se libera una sustancia tensoactiva denominada surfactante que evita el colapso alveolar con la espiración. Cualquier

alteración en estos mecanismos de adaptación, provoca alteración pulmonar y la aparición de un SDR

El cambio de la respiración intrauterina mediante la placenta, por la extrauterina a través del pulmón, le da una característica única a estos problemas, que en gran medida se produce por una alteración de la adaptación cardiopulmonar al medio externo. Hay problemas respiratorios propios del prematuro y otros que ocurren principalmente en el RN a término.

En el marco de la atención intensiva neonatal, una función importante del personal de Enfermería es mantener un menor riesgo en todas las actividades, el conocimiento, el manejo de los complejos equipos y de los accesorios mecánicos forman parte de la atención del recién nacido de pretérmino. Algunas actividades o procedimientos resultan muy invasivos para los neonatos de pretérmino, los cuales favorecen el gasto de energía y comprometen su oxigenación, glucosa, peso y sus signos vitales. El personal de Enfermería debe ser eficiente con sus actividades, de tal manera que sus intervenciones sean oportunas de habilidad y de mínima manipulación.

Dados los adelantos experimentados en este ramo, la probabilidad de supervivencia de los infantes de alto riesgo ha aumentado considerablemente en los últimos años. Este logro hace necesario conocer si la intervención de Enfermería esta directamente relacionada con la adaptación del neonato a la vida extrauterina.

El neonato de pretérmino no esta preparado para manejar el ambiente y la homeostasis debido a sus características anatómicas, fisiológicas y bioquímicas inmaduras y cualquier interferencia a este delicado equilibrio puede ser fatal, situación que puede a la vez costar tiempo y esfuerzo a Médicos, Enfermeras u

otros Trabajadores de Salud, así como de Instituciones Hospitalarias, tanto a nivel estatal como a nivel nacional.

El progreso de la tecnología ha incrementado en gran medida el número de especialistas tales como Enfermeras, Médicos y Terapeutas, que participan en la atención del neonato pretérmino. De manera inevitable acompañan a estas luces, ruidos y procedimientos invasivos, que pueden ser productores de mala adaptación en el neonato, aunque estas no siempre son necesarias. Una de las preocupaciones principales de la Enfermera en la Unidad de Neonatología es estar al tanto de como interfieren los estímulos internos y externos en la adaptación respiratoria de los neonatos de pretérmino.

Durante los últimos años se ha ampliado el campo de la neonatología; este proceso ha propiciado una evolución en los cuidados hospitalarios, de modo que en la actualidad son muchos los niveles en la asistencia de Enfermería tales como cuidados especiales, cuidados en el proceso de transición y cuidados para los neonatos de bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo, gracias a esta clasificación del riesgo de cada neonato permite utilizar los recursos adecuados a cada necesidad de forma eficiente.

1.2 Propósito

Identificar las intervenciones de Enfermería que se aplican en el proceso de adaptación respiratoria en el recién nacido pretérmino, de la cual depende su estado fisiológico en la sala de cuidados intensivos.

1.3. Importancia del Estudio

Promover la investigación en Enfermería para un conocimiento básico sustentable ya que existen pocos estudios de adaptación del recién nacido relacionados con la disciplina de Enfermería en Neonatología

La Enfermera es, dentro del equipo de trabajo multidisciplinario, la profesional más implicada en lograr el éxito de la atención del neonato y de alcanzar los objetivos. Debe nivelar su función, la cual se fundamenta en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de la salud de los neonatos.

1.4 Marco Teórico

El modelo de adaptación Sor Callista Roy ha tenido una gran influencia sobre la profesión de Enfermería. Es uno de los modelos utilizados con mayor frecuencia para guiar la investigación. La educación y la práctica Enfermera. La influencia del modelo de Roy sobre la investigación Enfermera se pone de manifiesto a través de los numerosos estudios investigación cuantitativa y cualitativa que ha guiado. El modelo ha inspirado el desarrollo de numerosas Teorías Enfermeras intermedias y el desarrollo de instrumentos de adaptación. Sor Callista Roy sigue perfeccionando el modelo de adaptación para la investigación, la educación y la práctica de Enfermería

Principales supuestos

Adaptación

En su libro más reciente, Roy (Roy y Andrews, 1999) ya definió con más detalle el concepto de adaptación para que pudiese aplicar en el siglo XXI. Según Roy, la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que las personas, que

tienen la capacidad de pensar y sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno (Roy Y Andrews, 1999).

Enfermería

Roy ofrece una descripción amplia de la Enfermería al constar que es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general (Roy y Andrews, 1999).

Persona

Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familias, organizaciones, comunidades y sociedad en general (Roy y Andrews, 1999).

Salud

La salud es el estado y proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno (Andrews y Roy, 1991).

Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con

una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales (Roy y Andrews, 1999).

Afirmaciones teóricas

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud, y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da el paso a la última adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la sobrevivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno.

Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control del entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Andrews y Roy, 1986, 1979, 1971, 1980; Roy y McLeod, 1981).

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas; b) autoestima; c) función del rol, y d) interdependencia (Andrews y Roy, 1986; Limandri, 1986; Mastal, Hammond y Roberts, 1982; Meleis, 1985,2007; Riehl y Roy, 1980; Roy, 1971, 1975).

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamientos neuronales, químicos y endocrinos (Andrews y Roy, 1991).

El subsistema relacionado, gracias a los modelos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, reacciona por medio de canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones (Andrews y Roy, 1991).

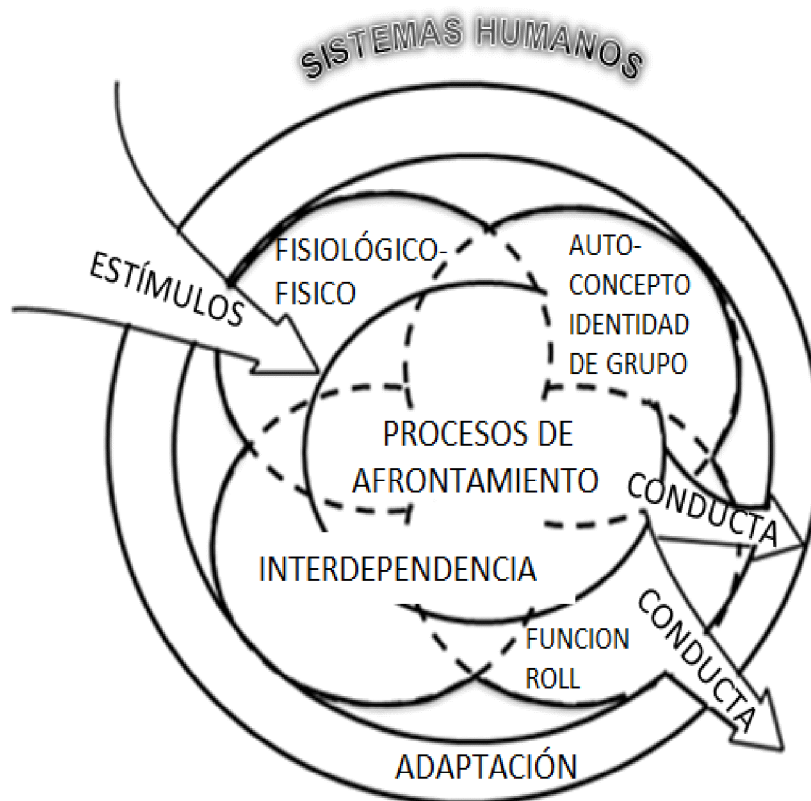


Figura1 Diagrama en el que se representa el sistema de adaptación humano. (De Roy, C., & Andrews, H (1999) The Roy adaptation model (2ª ed.). Upper River Saddle, NJ: Pearson Education, Inc.)

1.4.1. Conceptos de la Teoría

Modelo de adaptación de Sor Callista Roy

Procesos de Afrontamiento

Los procesos de afrontamiento son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno (Roy y Andrews).

Mecanismos innatos de afrontamiento

Los mecanismos innatos de afrontamiento se determinan genéticamente son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan si quiera en ellos (Roy y Andrews, 1999).

Mecanismo de afrontamiento adquirido

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares (Roy y Andrews, 1999).

Subsistema regulador

El subsistema regulador supone un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino (Roy y Andrews, 1999).

Subsistema relacionador

El subsistema relacionador es un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones (Roy y Andrews, 1999).

Respuestas de Adaptación

Las respuestas de adaptación fomentan la integridad en función de los objetivos que tienen el sistema humano (Roy y Andrews, 1999).

Reacciones ineficaces

Las reacciones ineficaces son las que no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano (Roy y Andrews, 1999).

Proceso vital integrado

El proceso de vida integrado se refiere al nivel de adaptación en que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero con el fin de cubrir las necesidades humanas (Roy y Andrews, 1999).

Modo fisiológico y físico de adaptación

El modo fisiológico y físico de adaptación está relacionado con el proceso físico y químico que participan en la función y actividades de los organismos vivos (Roy y Andrews, 1999, p.102). Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: a) oxigenación; b) nutrición; c) eliminación; d) actividad y reposo, y e) protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica (Roy y Andrews, 1999). El modo de adaptación físico es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas (Roy y Andrews,

1999). La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

Modo de adaptación del autoconcepto del grupo

El modo de adaptación del autoconcepto de grupo es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo (Roy y Andrews, 1999). El autoconcepto puede definirse como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos (Roy y Andrews, 1999). Sus componentes son: a) el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo y b) el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo de autoconcepto de identidad del grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura (Roy y Andrews, 1999). La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad (Roy y Andrews, 1999).

Modo de adaptación de función del rol

El modo de adaptación de función del rol es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad

básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar (Hill y Roberts, 1981, pp.109-110). Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento (Andrews, 1991). el comportamiento expresivo se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel (Andrews, 1991).

El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo (Andrews, 1991).

Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase de desarrollo y el papel primario (Andrews, 1991).

Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. Normalmente, los roles terciarios están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente van desde clubes sociales o aficiones personales (Andrews, 1999).

Los roles principales que uno desempeña pueden analizarse imaginando una estructura en forma de tronco. El tronco del árbol es el rol primario del individuo: a saber, el nivel de desarrollo de uno mismo, como, por ejemplo, una mujer adulta con hijos. Los roles secundarios son las ramas del papel de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres durante un tiempo. Cada uno de los tres roles desempeña en una relación en la que tienen un papel recíproco (Roy y Andrews, 1999).

Modo de adaptación de la interdependencia

El modo de independencia de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... las relaciones dependientes entre si afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que se puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (Roy y Andrews, 1999).

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta de la integridad de las relaciones (Roy y Andrews, 1999).

Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de la aplicación en la vida de los individuos. La primera relación es con los otros individuos significativos, que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo. La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo: a saber, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia (Roy y Andrews, 1999).

Se han identificado las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia: el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos comportamientos se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia (Roy y Andrews, 1999).

Percepción

La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente (Pollock, 1993). La percepción une al regulador con el relacionador y enlaza los

modos de adaptación (Rambo, 1983).

1.4.2. Ubicación del problema de investigación

Una de las teorías de enfermería que orientan al cuidado de enfermería en la adaptación respiratoria del neonato pretérmino para este trabajo de investigación es la de Sor Callista Roy.

Las respuestas adaptativas del neonato pretermino estarán en función al estímulo del entorno y del nivel de adaptación de su organismo que en este caso de encuentra disminuido por su prematurez

El entorno del cual nos habla Roy es la exposición al neonato pretérmino a las pérdidas de calor por mecanismos físicos que son convección, conducción, radiación y evaporación en el momento de su nacimiento y la cual condiciona a las pérdidas de calor y un incremento en las demandas de oxígeno y al deterioro de su patrón respiratorio.

Los factores que influyen como un estímulo focal externo y que interfiere en la adaptación del neonato de pretérmino esta dado por las intervenciones de enfermería la cual puede ser mínima, moderada o altamente invasiva.

Los estímulos contextuales de modo interno y externo son la prematurez y la edad gestacional que es la que condiciona a la inmadurez de órganos y sistemas, patología agregada y el apoyo térmico y ventilatorio que recibe forman parte de estos estímulos y que ayudan a mejorar o a empeorar su adaptación respiratoria respiratoria.

Los estímulos residuales son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del

momento. Como el estado inmunológico, atención en hospital de segundo nivel pueden ser factores que en un momento dado pueden propiciar la adaptación respiratoria del recién nacido.

El modo de adaptación fisiológico del neonato pretérmino se encuentra con una necesidad de afrontamiento a la oxigenación ya que la adaptación más importante del neonato a la vida extrauterina es la habilidad respiración. Las cuales comprometen su estado fisiológico en la sala de cuidados intensivos.

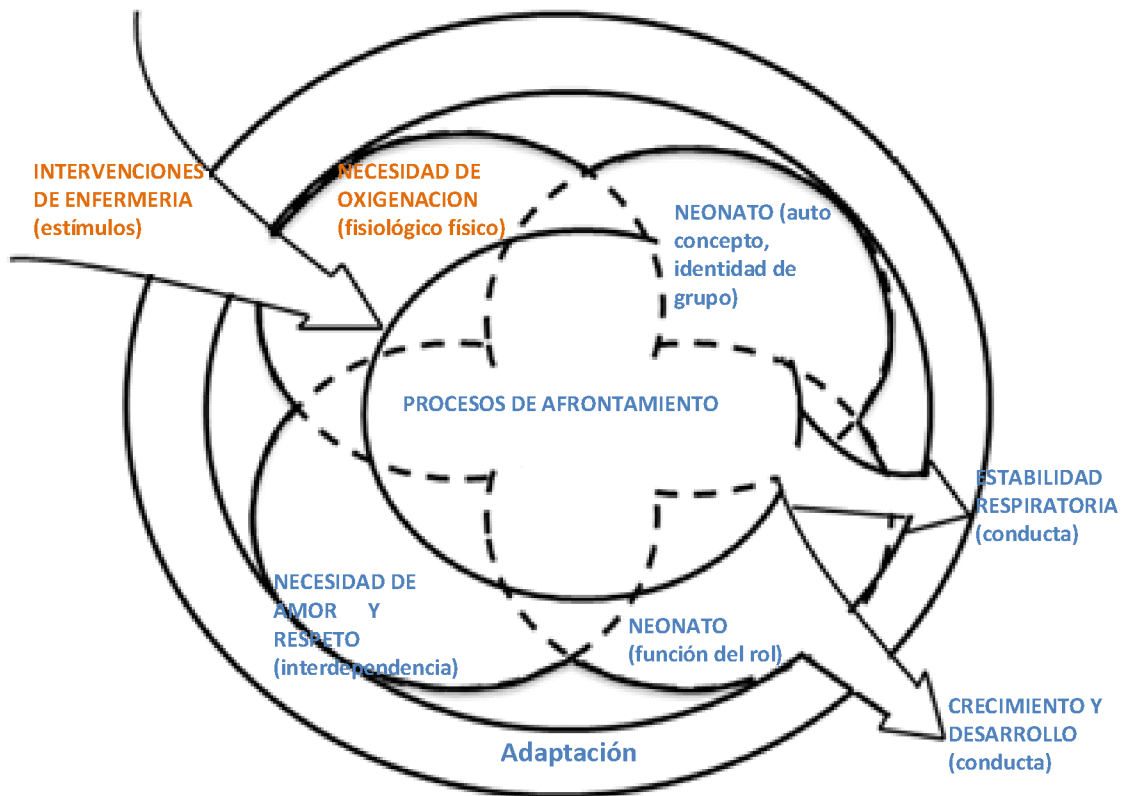


Figura 2 diagrama Callista Roy adaptado L.E María Celina Castro Martínez 2011.

1.4.3. Estructura Conceptual Teórica Empírica

Variable dependiente

Enfermera: Persona profesional que se encarga del cuidado del paciente.

Variables independientes

Intervenciones de enfermería: Acciones o actividades de las enfermeras dirigidas al neonato de pretérmino para la satisfacción de sus necesidades fisiológicas básicas tales como: alimentación, eliminación, hidratación oxigenación que resultan en grados diferentes de estimulación o invasividad e influyen en su adaptación.

Nivel académico: Denominación al rango universitario.

Antigüedad. Años de servicio prestados en la institución.

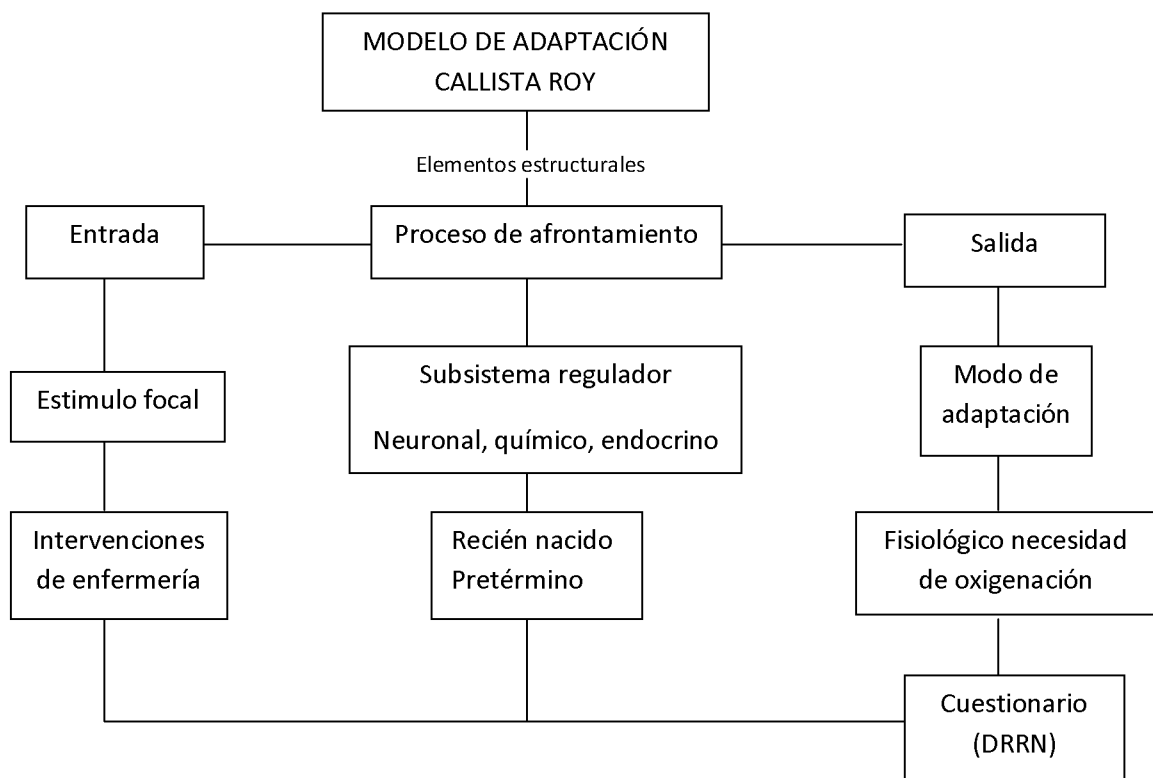


Figura 3 Diagrama Roy. Adaptado por la Lic. Enf. María Celina Castro Martínez 2011.

1.4.4. Estudios Relacionados

Se encontró un estudio relacionado cuyo propósito fue conocer a través del modelo de Adaptación de Roy cuales son las intervenciones de Enfermería que se presentan con mas frecuencia y como contribuyen en la respuestas fisiológicas adaptativas y los estados conductuales de los neonatos de pretérmino así como la identificación de la frecuencia en la que se realizan las intervenciones de Enfermería por hora. El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional utilizaron una guía de observación (Escala de Estado Conductual de Anderson) a la que le agregaron las respuestas fisiológicas de frecuencia cardiaca respiratoria, y saturación de oxígeno, registrando las intervenciones de Enfermería como se presentaron, las aplicaron a 30 neonatos e hicieron 82 observaciones de 3 hrs cada una, con 4 observaciones por neonato. Concluyen que el estado conductual del neonato de pretérmino que predomino fue el sueño tranquilo en un 65.7% y el resto de los estados conductuales fue de 34.3% por lo que se concluyo que los neonatos de pretérmino son poco activos y se encontró que se realizaron de 1 a 2 intervenciones de enfermería por hora presentando diferencias significativas en la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, la frecuencia cardiaca y los estados conductuales no presentaron diferencias significativas.

El propósito del estudio realizado sobre las Características del período de adaptación del recién nacido en la altura fue conocer las características del período de adaptación de los recién nacidos en la altura. Determinar la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria durante los períodos de adaptación del recién nacido en la altura. Su diseño de estudio fue de tipo prospectivo, longitudinal y analítico, estudiando a un total de 81 neonatos de ambos sexos en el hospital ESSALUD III de la ciudad de Juliaca localizada a 3 828 m.s.n.m. en Perú obtuvieron los siguientes resultados: La saturación de oxígeno se incremento

progresivamente con un promedio de 69,1 a los 5 minutos, 79,6 a los 15 minutos, 88 a los 30 minutos estabilizándose a los 120 minutos donde se tiene un valor promedio de 90,5. Se observó una disminución progresiva de la frecuencia cardiaca, habiéndose obtenido un promedio de 167,7 latidos por minuto a los 5 minutos; 162,9 a los 15 minutos, estabilizándose a partir de las 3 horas. A los 5 minutos, una frecuencia respiratoria de 68,3 respiraciones por minuto; 65,8 respiraciones por minuto a los 15 minutos: 60 respiraciones por minuto a los 30 minutos, estabilizándose a los 120 minutos con una frecuencia de 54,6 respiraciones por minuto. Concluyeron que el período de adaptación de los recién nacidos en la altura es más prolongado. La frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca muestran valores estables a partir de las 6 horas. La saturación de oxígeno que inicialmente es baja se estabiliza a partir de las 6 horas.

Pallas y Gutiérrez plantean, mantener a los neonatos cuando tienen ventilación mecánica, en un ambiente semioscuro, poco ruidosos y con cuidados de la posición, lo cual permite que desaparezca prácticamente, la necesidad de la sedación. Disminuir la intensidad de la luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento del Neonato, aumenta los periodos de sueño; disminuye la actividad motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la presión arterial y aumenta la ganancia de peso.

López, Cruz, y cols. en el 2007 realizaron un estudio con la finalidad de caracterizar las causas más frecuentes de dificultad respiratoria de origen pulmonar en los neonatos, el estudio fue retrospectivo de corte transversal, descriptivo, en un grupo de pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) del Hospital Gineco-obstétrico "Ramón González Coro", en el período de un año. Se registraron 133 neonatos con dificultades

respiratorias de origen pulmonar, para una frecuencia de 4,7 %. La mayor parte de los pacientes estudiados nacieron por cesárea (61,7 %) y el factor de riesgo materno más frecuente fue la rotura prematura de membrana (18 %). La enfermedad de la membrana hialina el recién nacido pretérmino fue la entidad respiratoria que más complicaciones reportó. El índice de ventilación fue el 18,8 % y la neumonía postnatal fue la complicación que más se observó con 8 casos (6,1 %). La tasa de mortalidad en este grupo fue el 1,7 por cada 1000 nacidos vivos.

Comprobaron que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) tiene mayor prevalencia en recién nacidos (R.N), nacidos por cesárea, aunado si la madre padece diabetes o ha recibido grandes cantidades de analgésicos durante el parto. López y cols. Coinciden con otros autores que la complicación más frecuente es la neumonía congénita y los trastornos de adaptación y el grupo de recién nacidos de pretérmino fue donde se registro la mayoría de los casos.

Tin y col. en un estudio observacional realizado en RNPT < 28 semanas, monitorizados con saturómetro, encontraron que las diferencias en la saturación no tienen impacto en la sobrevivida, pero sí en el desarrollo de RNP (6,2% vs 27 % para rangos de saturación de 70-90% y 88-98% respectivamente); la conclusión de los autores fue que la saturación "fisiológica" superior a 95%, puede ser perjudicial en RNPT.

1.5. Definición de Términos

Las variables de estudio se definen operacionalmente de acuerdo con el modelo de Adaptación de Callista Roy (1999) y la Norma Oficial Mexicana para la atención al parto, puerperio y al Recién Nacido, (NOM-07.SSA-2000)

Conceptos Principales y Definiciones del Modelo de adaptación de Sor Callista Roy

Sistema

Un sistema es un conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí.

Los sistemas también tienen entrada y salida de información y proceso de control y de realimentación (Andrew y Roy 1991).

Nivel de adaptación

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de la vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido (Roy y Andrews, 1999) el nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por, por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de adaptación (Roy, 1984).

Problemas de adaptación

Los problemas de adaptación son áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación, estas describen las dificultades que representan los indicadores de la adaptación positiva en este problema puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros basado en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las

enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación).

Estímulo focal

El estímulo focal es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta al sistema humano (Roy y Andrews, 1999).

Estímulos contextuales

Los estímulos contextuales son los estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal (Roy y Andrews, 1991), es decir, los estímulos contextuales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le representa a la persona tanto de modo interno como externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía (Andrews y Roy, 1991,).

Estímulos residuales

Los estímulos residuales son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento (Roy y Andrews, 1999)

Pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

Producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

1.6. Hipótesis

Las intervenciones de enfermería prolongan el proceso de adaptación respiratoria del neonato pretérmino en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Tehuacán Puebla.

Capítulo 2

Metodología

2.1. Diseño del Estudio

La presente investigación es de tipo, cuantitativo, de diseño descriptivo transversal, se realizó

en un grupo de enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General de Tehuacán Puebla.

2.2. Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio la constituyeron las 18 Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital General de Tehuacán Puebla.

El muestreo fue no probabilístico, aleatorio simple y por conveniencia

La muestra seleccionada fue de 6 Enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión que estuvo constituida por las Enfermeras de mayor nivel académico que laboran en cada en los diferentes turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada

acumulada de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del Hospital General de Tehuacán Puebla.

2.3. Criterios de inclusión

Se incluyeron a las Enfermeras con nivel licenciatura, postgrado y/o maestría que se encuentran asignadas a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de los diferentes turnos; matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada, y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

2.4. Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellas Enfermeras que se encontraban supliendo o de vacaciones, que no desearon participar, auxilia de enfermería, general técnica a sí como pasantes, estudiantes de enfermería y la involucrada en la investigación.

2.5. Materiales

El modelo y teoría que se uso como guía en la investigación fue el modelo de Adaptación de Callista Roy /1999.

El modelo de adaptación de Roy ha tenido una gran influencia sobre la profesión Enfermera. Es uno de los modelos utilizado con mayor frecuencia para guiar la investigación, la educación y la práctica enfermera.

Según Roy, las personas son sistemas Holísticos de adaptación y el centro de atención de la enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta su desarrollo y

conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir las personas afectan y se ven afectadas por el entorno. El entorno es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para la supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales. Los humanos dan respuestas de adaptación eficaces e ineficaces a los estímulos ambientales. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y la transformación de las personas y del entorno. Roy define a la salud como un estado para convertirse en un ser humano completo e integrado.

Se empleo el test de Silverman-Andersen para elaborar las preguntas del cuestionario en el que intervienen 5 signos clínicos donde se evalúa cada parámetro de 0 a 2 acorde con la presencia de ellos en el recién nacido, posteriormente se suman y mientras mas alta sea la puntuación mayor es la alteración del aparato respiratorio, se otorga una clasificación 1 a 2 puntos dificultad respiratoria leve, de 3 a 4 dificultad respiratoria moderada y de igual o mayor a 5 dificultad respiratoria severa de acuerdo al puntaje establecido por el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Se elaboró el cuestionario (DRRN) para el personal de Enfermería el cual se dividió en dos partes, la primera se incluyen datos generales, la segunda se incluyen 10 preguntas sobre las intervenciones de Enfermería que realizan de forma profesional en la valoración, de la oxigenación y asistencia del recién nacido de pretérmino con dificultad respiratoria. Se evaluó el resultado dando una puntuación de 10% a cada respuesta acertada y al total de respuestas acertadas el 100%, donde a mayor porcentaje, intervención oportuna en la adaptación.

respiratoria del recién nacido pretérmino y a menor porcentaje intervención deficiente en la adaptación respiratoria del recién nacido pretérmino

2.5.1 Instrumento de medición

Se empleo el cuestionario (DRRN) elaborado por la investigadora (Apéndice A)

2.6. Procedimiento

Basándose en la experiencia en el área neonatal, la investigadora hizo revisión de los registros clínicos de Enfermería que realiza diariamente la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se observa que no se reporta la valoración de la oxigenación que se le realiza al recién nacido pretérmino, por lo tanto existe la posibilidad de no intervenir en forma oportuna en la adaptación respiratoria del recién nacido pretérmino, ante este problema se decide elaborar un cuestionario con 10 preguntas para ser aplicado al personal de Enfermería . Se elaboró un oficio dirigido al director de la unidad hospitalaria (Hospital General de Tehuacán) solicitando su autorización para realizar la presente la investigación, una vez obtenida la respuesta positiva; se entrega la hoja con el escrito de consentimiento informado, a las Enfermeras involucradas en este estudio de investigación, y una vez obtenida la respuesta favorable. Se recolectar la información de manera personal mediante la entrevista, en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante su jornada laboral ante un paciente con dificultad respiratoria.

2.7. Ética del estudio

El estudio se llevó a cabo conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en atención al Título segundo, Capítulo I, de los aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos (SS, 2003). Se acata de conformidad a lo señalado en los siguientes artículos: Artículo 13, se solicitó la autorización para realizar el estudio a las autoridades correspondientes de las instituciones de salud, obteniendo su autorización; en el estudio se respetaron la dignidad y los derechos del paciente, buscando siempre su seguridad y bienestar. En relación con el Artículo 14, fracción V, la participación del estudio fue voluntaria, previa información verbal y por escrito, se le explicó a la participante que se podía retirar del estudio cuando lo considerara necesario. Artículo 16 se garantizó el anonimato; los datos son exclusivos del investigador, quien los depositó en un archivo resguardado y una vez aprobado el estudio por autoridades académicas se destruirá sin dejar rastro alguno. Capítulo II, fracción I, artículo 17, el estudio fue de riesgo mínimo para los sujetos seleccionados de la muestra de investigación, dicha investigación obedece a que sólo se realizaron procedimientos sencillos, como la aplicación del cuestionario (Apéndice A). Artículo 20: la participación de los sujetos de estudio, se logró bajo un consentimiento informado por escrito, sin presión o coerción. (Apéndice B)

2.8 Estrategias de Análisis

El análisis estadístico usado para el procesamiento de los datos fue mediante el programa Microsoft Excel y se utilizó el paquete Microsoft Word como procesador de palabras.

Para la descripción de lo datos generales de las Enfermera se utilizaron medidas de estadísticas descriptivas como: porcentaje, frecuencia, moda, mediana y media.

Se aplicó un análisis de varianza para buscar diferencias significativas entre las variables de intervenciones de Enfermería, el nivel académico y la antigüedad en el servicio.

Para las variables cuantitativas los resultados se expresaron en tablas y gráficos con valores absolutos y porcentajes.

Mediante las correlaciones de Pearson se conoció la confiabilidad de las variables implicadas en la población estudiada.

Capítulo III

Resultados

3.1 Presentación de resultados con el programa Microsoft Excel

En el Hospital General de Tehuacán Puebla se encuentran laborando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 18 Enfermeras de las cuales cuentan con nivel académico distinto y solo 6 cuentan con un nivel académico de licenciatura y especialidad en pediatría y neonatología que constituyó el objeto de estudio.

Variable: Intervenciones de Enfermería		
Cuestionario (DRRN)	No.	%
1.- ¿Cómo realiza la Valoración de la Respiración?	6	100
2.- ¿Conoce el método que evalúa el grado de dificultad Respiratoria?	4	66.7
3.- ¿Parámetros Clínicos que evalúa el Método de Silverman-Andersen?	6	100
4.- ¿Evalúa una dificultad respiratoria Moderada?	3	50
5.- ¿Evalúa una dificultad respiratoria Leve?	5	83.3
6.- ¿Evalúa una dificultad respiratoria Severa?	4	66.7
7.- ¿Posición que mejora la Ventilación?	2	33.3
8.- ¿Evita factores que complican la dificultad Respiratoria?	0	0
9.- ¿Estudio de laboratorio para conocer el grado de Insuficiencia Respiratoria?	6	100
10.- ¿Saturación de Oxígeno aceptable en el Recién Nacido Pretérmino?	2	33.3

TABLA 1
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011

Se analizaron los resultados de la evaluación (Tabla 1), se encontró que las Enfermeras realizan la valoración de las características de la respiración cuando el recién nacido esta en reposo(100%) y el método que aplican es el de Silverman-Andersen (100%),pero a pesar que conocen el nombre del método, existe deficiencia en la clasificación de acuerdo con el puntaje leve (83.3%) moderada (50%) severa (66.7%),se encontró que tienen un conocimiento erróneo de la posición de Rossier (33.3%) para proporcionar mayor distensibilidad de la caja torácica y mejorar la ventilación en el recién nacido pretérmino, a si como la prevención de los factores que son la hipotermia, hipertermia, postura en flexión, extensión máxima del cuello (0%) que complican la dificultad respiratoria. Las Enfermeras saben que el estudio gasométrico determina el grado de insuficiencia respiratoria (100%) sin en cambio no tienen la habilidad en la toma de la muestra para determinar el problema respiratorio por lo tanto no lo realizan, a si como existe deficiente conocimiento sobre los valores normales de la saturación de oxígeno (33.3%)

Variable: Antigüedad de Servicio		
Num. de Participante	Calificación (%)	Antigüedad (Años)
1	40.0	18.0
2	60.0	18.0
3	70.0	18.0
4	70.0	10.0
5	70.0	5.0
6	80.0	5.0
Media (X)	63.55	10.65
Mediana (Me)	70.00	14.00
Moda (Mo)	70.00	18.00

TABLA 2
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011

Se agruparon a los participantes por la calificación obtenida (media 63%, mediana y moda 70%) y los años de antigüedad (media 10.65 años mediana y moda 18 años) (Tabla 2) por lo que se analizó que a mayor antigüedad moda (18 años) menor calificación y a menor antigüedad (5 años) mayor calificación.

Variable: Nivel Académico del Personal de Enfermería en relación al Resultado de la Evaluación			
Nivel Académico	Num. de Enfermeras	%	Calificación (%)
Licenciatura	2	33.0	60.0
Postgrado	4	66.7	60.7
Total	6.0	100.0	60.4

TABLA 3
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011

Se analizó el nivel académico y la calificación obtenida en las enfermeras con nivel licenciatura (60%) y las de postgrado (60.7%) se obtuvo una varianza de 0.70 (Tabla 3), por lo que se observa que la asistencia de Enfermería no se relaciona directamente con el nivel académico.

Variable: Jornada laboral en relacion al Resultado de Evaluación		
Turno	Num. de Enfermeras	Calificacion (%)
Matutino	2	50.5
Vespertino	1	60.0
Jornada Acumulada	1	70.0
Nocturno	2	70.5
Total	6.0	62.8
TABLA 4		
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011		

Se analizó la relación del turno y el resultado de la evaluación obtenida (Tabla 4) matutino (50.5%), vespertino (60%) Jornada acumulada (70%) Nocturno (70.5%) obteniendo una calificación promedio de (62.8%) por lo que existe falta de actualización en el manejo respiratorio del recién nacido pretérmino.

Variable: Valoración de la Escala Silverman-Andersen en relación al Nivel Académico					
Grado de Dificultad Respiratoria	Nivel Académico				Total (%)
	Licenciatura	%	Postgrado	%	
Leve	1.0	16.6	4.0	66.6	83.2
Moderada	2.0	33.3	1.0	16.6	49.9
Severa	1.0	16.6	3.0	50.0	66.6

TABLA 5
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011

Variable: Factores que Complican la Dificultad Respiratoria del Recien Nacido Pretermino en Relación al Nivel Académico						
Factores o Eventos	Nivel Académico				Num. de Enfermeras	Total (%)
	Licenciatura	%	Postgrado	%		
Posición de Rossier	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
Postura en Flexión	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
Hipertermia	2.0	33.3	4.0	66.7	6	100.0
Hipotermia	2.0	33.3	4.0	66.7	6	100.0

TABLA 6
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011

El índice de Enfermeras que clasifican el grado de dificultad respiratoria de acuerdo con el puntaje de Silverman-Andersen (Tabla 5) y realizan la clasificación leve; nivel licenciatura (16.6%) nivel postgrado (66.6%) clasificación moderada, licenciatura (33.3%) postgrado (16.6%) clasificación severa, licenciatura (16.6%) postgrado (50%), se determinó que el 83.2 % de las enfermeras clasifican la dificultad respiratoria leve, el 49.9% clasifican la dificultad respiratoria moderada y un 66.6% realizan la clasificación moderada. Se evaluó que existe deficiencia en el empleo de los parámetros que evalúa el método de Silverman-Andersen.

Las intervenciones que realiza la enfermera para evitar eventos que complican la dificultad respiratoria se encontró que la posición de Rossier y la postura de flexión (0%), por lo que se determinó que existe un conocimiento erróneo sobre estas posiciones ya que la siguen empleando para mejorar la ventilación.

Variable Saturación de Oxígeno Aceptable en el Recien Nacido Pretérmino en Relación a la Antigüedad de Servicio			
Antigüedad (Años)	Saturación de Oxígeno (STO2)		
	88-93	90-98	90-100
5.0	1.0	1.0	0.0
10.0	0.0	1.0	0.0
18.0	1.0	1.0	1.0
Total de Enfermeras	2.0	3.0	1.0
Total (%)	33.3	50.0	16.7
TABLA 7			
Fuente: L.E. Ma. Celina Castro Martínez; H.G.T. 2011			

Se analizó si dentro de las intervenciones que realiza la enfermera mantiene la saturación de oxígeno dentro de los niveles normales encontrando solo un 33.3% de las enfermeras mantiene la saturación normal del recién nacido de pretérmino, y en relación a la antigüedad, la de menor y mayor, si la mantienen dentro de los parámetros aceptables.

Capítulo IV

Discusión

4.1 Presentación de la Discusión del Trabajo de Investigación

Los resultados del presente estudio sugieren que las intervenciones que realiza la enfermera durante el periodo de adaptación que inicia con la primera respiración y termina aproximadamente a las 15 horas es este periodo se encuentra sensible a los estímulos y hay inestabilidad vasomotora por lo que puede complicarse y prologar su adaptación respiratoria, son de vital importancia y que exige la asistencia continua del cuidado por la enfermera.

De acuerdo a la hipótesis propuesta en esta investigación fue positiva ya que los hallazgos obtenidos fueron que las Enfermeras no previenen los factores que complican la dificultad respiratoria (0%) tiene un conocimiento erróneo de la posición de Rossier y postura de flexión, acciones que realizan en el recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria, emplean en forma deficiente la clasificación del grado de dificultad respiratoria de acuerdo con el puntaje de Silverman-Andersen leve (83%) moderada (49.9) severa(66.6%) este método evalúa el grado de dificultad respiratoria del R.N con un puntaje de 0 a 10. Generalmente se aplica a partir de los 10 minutos de vida y se repite posteriormente cada 10 minutos, cuando la puntuación sea menor de 4. Se encontró que la saturación de oxígeno la mantienen fuera de los límites aceptables (66.7%) el oxígeno es una droga con efectos adversos potencialmente importantes en los recién nacido pretérmino y en especial en los menores de 1500 g y/o menores de 32 semanas de edad (EG). Es necesario evitar la hipoxia, pero sin causar hiperoxia, que conduce a injuria y stress oxidativo. Actualmente se sabe que niveles de FiO₂ suficientes para mantener saturación entre 95 y 100 % son potencialmente peligrosos. Además, los

episodios reiterados de hiperoxia/hipoxia producen alteración del tono vascular en RN inmaduros. Evitar estos episodios podría disminuir los riesgos en el lecho vascular en desarrollo.

Estos resultados de investigación concuerdan con la teoría de Calixta Roy (1999) donde nos dice que la enfermera cuando interviene en la asistencia del recién nacido Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control del entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Andrews y Roy, 1986, 1979, 1971, 1980; Roy y McLeod, 1981).

Conclusión

Con los resultados del presente Trabajo se aprueba la hipótesis y se concluye que las intervenciones que realiza la enfermera al recién nacido pretérmino interfieren y prolongan su proceso de adaptación respiratoria fisiológica ya que existe un déficit en la intervención preventiva para la complicaciones respiratorias que se presentan en este periodo de adaptación del recién nacido pretérmino, debido a que en estos niños el proceso de adaptación es más lento que puede complicarse si no se toman las medidas preventivas con minuciosidad. Cabe mencionar que la secuencia cronológica de estos cambios que ocurren en este periodo de adaptación se altera en los recién nacidos inmaduros o que tienen dificultad respiratoria comprobada después del parto, también dependerá lo prolongado y difícil del trabajo de parto; del grado de estrés que sufrió el feto durante el parto; si se obtuvo por cesárea; de la medicación y/o anestesia de la madre y de otros factores.

Sugerencias

En el Hospital General de Tehuacán donde el ingreso de los prematuros es elevado, se requiere de una unidad con infra estructura apegada a la organización, funcionamiento de las unidades neonatales; contar con guías de organización y normalización básicas de la asistencia neonatal donde la Enfermera neonatal es la más implicada en la atención para alcanzar los objetivos. Por lo que se exige del personal de Enfermería de un amplio conocimiento en las diferentes disciplinas científicas ya que son un sustento teórico que van a permitir abordar la problemática del neonato de manera holística de el despliegue de habilidades practicas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten ejecutar con eficiencia las intervenciones de Enfermería.

Se propone se emplee la escala de Silverman-Andersen en el registro clínico de enfermería en el recién nacido con dificultad respiratoria y en el recién nacido durante su periodo de transición, así como la toma de gasometría arterial para mantener la saturación aceptable en estos niños y evitar daños irreversibles. También se propone reforzar la asistencia en los cuidados de enfermería mediante la capacitación continua.

Referencias Bibliográficas

*Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Barcelona, España: Editorial Elsevier; 2011.

*American Psychological Association. Manual de Estilo de Publicaciones. Washington, D.C: Editorial El manual moderno; 2002.

*Wayne D. Bioestadística Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud. México, D.F: Editorial limusa Wiley; 2006.

*Espinosa I. Instituto Nacional de Perinatología. Cuidados Avanzados en el Neonato. México, D.F: Editorial INPer 2010.

*Acevedo Ortiz A, Matos Toledo AC. Asistencia respiratoria mecánica a niños con muy bajo peso al nacer. MEDISAN. 2006; 10(2).

*García Fernández Y, Fernández Ragi RM, Rodríguez Rivero M, Pérez Moreno E. Supervivencia en el recién nacido ventilado. Rev Cubana de Pediatr. 2006; 78(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192007000300005&script=sci_arttext&ting=encargo

*Ramos V. Ronny W. Características del período de adaptación del recién nacido en la altura. Acta méd. Peruana. jul. /set. 2009, vol.26, no.3, p.151-155. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917. Citado 26 Octubre 2011.

*García Y. Supervivencia en el recién nacido ventilado. Rev. Cubana Pediatra, Habana. v. 78, n. 4, dic. 2006.

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312006000400002&lng=es&nrm=iso>. Consultado el 27 oct. 2011.

*Programa de seguimiento del prematuro Chile: Comisión Nacional Seguimiento de Prematuros Guía clínica SDR neonatal. Marzo 2006. Disponible en:http://www.prematuros.cl/webmarzo06/guiasSDR/indice_sdr.htm. citado enero 3, 2007

(Apéndice A)



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de posgrados
Especialidad en Neonatología

Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Fecha _____ del 20 ____

Al instante de firmar este documento, acepto participar, de manera voluntaria, en ésta investigación, en donde se me esta informando que tiene como propósito indagar las intervenciones de Enfermería que se realizan al recién nacido durante su periodo de adaptación respiratoria. Se me comunica que no corro ningún riesgo, que puedo retirarme cuando yo así lo decida. Se me aseguró que se me respetará mi privacidad y mis derechos como ser humano. La información que facilitaré será confidencial, a la que tendrá acceso únicamente la investigadora.

Por lo que doy mi autorización a la Licenciada en Enfermería María Celina Castro Martínez, quien llevará a cabo la investigación mencionada, para que realice las preguntas necesarias del cuestionario que me van a aplicar, en los que se recabará la información sobre las intervenciones de Enfermería que realizo de forma profesional en el recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria durante su periodo de adaptación, el cual contestaré de conformidad.

Firma del informante.

Firma del Investigador.

(Apéndice B)



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de posgrados

Especialidad en Neonatología

Cuestionario (DRRN)

En este cuestionario, te presento una serie de preguntas relacionadas con la valoración y asistencia de la oxigenación en el recién nacido pretérmino, intervención que realiza la enfermera de forma profesional.

Datos Generales

Nombre _____ Turno _____

Nivel académico en Enfermería

Técnico ____ licenciatura ____ Maestría o postgrado ____ Antigüedad (años) _____

Instrucciones: Lee detenidamente y marca con una X la respuesta correcta.

1. La valoración de las características de la respiración de un neonato debe realizarse cuando el bebe está:

a) Reactivo b) llorando c) en reposo

2. ¿Método que evalúa el grado de dificultad respiratoria en el recién nacido?

a) Apgar b) Silverman c) Capurro

3. ¿Cuántos parámetros clínicos evalúa el método del grado de dificultad respiratoria en el recién nacido?

a) 8 parámetros b) 5 parámetros c) 10 parámetros

4. Según el método de valoración del grado de dificultad respiratoria en el recién nacido se considera dificultad respiratoria moderada cuando la calificación es de:

a) ≥ 5 puntos b) 1 a 3 puntos c) 3 a 4 puntos

5. Según el método de valoración del grado de dificultad respiratoria en el recién nacido se considera dificultad respiratoria leve cuando la calificación es de:

a) 3 a 4 puntos b) 5 a 10 puntos c) 1 a 2 puntos

6. Según el método de valoración del grado de dificultad respiratoria en el recién nacido se considera dificultad respiratoria severa cuando la calificación es de:

a) 1 a 4 puntos b) ≥ 5 puntos c) 3 a 6 puntos

7. La posición que facilita la mayor distensibilidad de la caja torácica permitiendo mejor ventilación es:

a) Semi-fowler b) Prona c) Rossier

8. Qué factores complican la dificultad respiratoria en el recién nacido pretérmino.

a) Hipertermia	b) Hipertermia	c) Hipertermia
Hipotermia	Hipotermia	Hipotermia
Postura de flexión,	Postura prona	Posición de olfateo
Posición de rossier	Extensión del cuello	Extensión máxima del cuello

9. Estudio de laboratorio que se realiza para conocer el grado de insuficiencia respiratoria

a) Hemoglobina b) hematocrito c) gasometría arterial

10. Valores de saturación de oxígeno que se debe mantener en el recién nacido pretérmino.

a) 90 a 100% b) 90 a 98% c) 88 a 93%