



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Vicerrectoría de Posgrados e Investigación

Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

“Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro”

Para obtener el grado de:

Especialidad de Enfermería en Neonatología

Nombre de los (las) estudiantes:

LE. María Guadalupe Nito Cazares

LEO. Blanca Esther Paz Correa

LE. Martha Leticia Romero Ortiz

Nombre del asesor (a):

Dra. Gudelia Nájera Gutiérrez

Puebla, Pue. México 2020



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

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

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

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.

Contenido

	Pág.
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Problema de Investigación	1
1.1.1 Pregunta de Investigación	4
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	6
Capítulo II	
Marco de Investigación	8
2.1 Marco Conceptual	8
2.1.1 Derivación Conceptual	16
2.2 Definición de Términos	16
2.3 Revisión de la Bibliografía	18
Capítulo III	
Método	21
3.1 Enfoque Metodológico	21
3.2 Diseño de la Investigación	21
3.3 Población, Muestrea y Muestreo	21
3.3.1 Población-Características de los participantes	21
3.3.2 Procedimiento de Muestreo	21
3.3.3 Tamaño de la Muestra	22
3.4. Criterios de Selección	22
3.4.1 Criterios de Inclusión	22
3.4.2 Criterios de Exclusión	23
3.4.2 Criterios de Eliminación	23
3.5 Procedimientos de Medición de Variables y recolección de Datos	23

	Pág.
3.6 Instrumento de Medición	24
3.7 Aspectos Éticos	25
3.8 Estrategia de Análisis de Datos	28
Capítulo IV	
Resultados	29
4.1 Descripción de los Datos	29
4.1.1 Confiabilidad de los Instrumentos	29
4.1.2 Descripción de la Población de Estudio	30
4.2 Discusión	33
4.3 Conclusión	35
4.4 Recomendaciones	36
Referencias	37
Apéndices	43

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Confiabilidad del Instrumento Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro	29
Tabla 2. Confiabilidad del Instrumento Práctica del Cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro	30
Tabla 3. Factores Sociodemográficos de la Población de Estudio	31
Tabla 4. Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro	32
Tabla 5. Práctica del Cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro	32

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A. Carta de Autorización de Tema	43
Apéndice B. Carta Compromiso de Asesor Principal de Tesis	44
Apéndice C. Carta Compromiso de Co-asesor de Tesis	45
Apéndice D. Cesión de Derechos	46
Apéndice E. Oficio de Solicitud de Aplicación de Encuestas	47
Apéndice F. Carta de Consentimiento Informado	49
Apéndice G. Instrumentos de Recolección de Datos	50
Apéndice H. Cronograma de Actividades	59

Agradecimientos

A la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla por habernos aceptado ser parte de ella y por abrirnos sus puertas para estudiar la especialidad.

A la Dra. Gudelia Nájera Gutiérrez por su apoyo y paciencia brindado durante la elaboración de la tesis.

A los compañeros de trabajo que laboran en el hospital, quienes nos apoyaron con su participación en la evaluación de los instrumentos aplicados en ellos.

A nuestros familiares, padres, hermanos, hijos por su apoyarnos en cada decisión y proyectos para lograr nuestra formación académica

A Dios, por siempre acompañarnos cada fin de semana en el viaje que emprendíamos, por adquirir nuevos conocimientos para desarrollar mejor nuestra profesión, y brindar un mejor cuidado a los pacientes neonatos.

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días de vida después del último día del periodo menstrual, de ahí la importancia de brindar cuidados centrados en el desarrollo (CCD) estos son cuidados aplicados a los recién nacidos ingresados a una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y la práctica que tienen las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del recién nacido prematuro, en un hospital de 2do Nivel de San Miguel de Allende, Guanajuato.

Método: El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 32 profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión. Se utilizaron para la recolección dos instrumentos: un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de las enfermeras con una confiabilidad de K de Richardson de 0.765 y una lista de cotejo para verificar las practicas del cuidado centrado en el desarrollo del prematuro y con un Alfa de Cronbach 0.783.

Resultados o hallazgos: Los resultados reportan que el 65.6% de las enfermeras presentan un nivel de conocimiento medio sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro, el 21.9% tiene un nivel de conocimiento alto y el 12.5% un bajo nivel de conocimiento. Respecto a las practicas el 53.1% de las enfermeras realizan practica adecuada y el 46.9% realizan practica inadecuada.

Conclusiones: Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento y practica de las enfermeras sobre el cuidado centrado del desarrollo en el prematuro.

Palabras Claves: Cuidado Centrado en el Desarrollo, Conocimiento, Practica, Prematuro.

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días de vida después del último día del periodo menstrual (OMS, 2012).

A nivel mundial, se reportan 15 millones de nacimientos prematuros al año; de ellos, aproximadamente un millón mueren debido a complicaciones en el parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, en 184 países afiliados, la tasa de nacimientos prematuros va de 5 a 18 %. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

En México nacen más de 120 mil prematuros moderados al año, identificándose como causa de mortalidad neonatal en un 28.8%. En México, el Instituto Nacional de Perinatología reporta una incidencia de 19.7 % de recién nacidos prematuros, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) describe incidencias que varían desde el 2.8% hasta el 16.6% de prematurez. La prematurez representa un problema de salud pública, y a pesar de que la comprensión de la etiopatogenia del parto prematuro es una de las principales metas de las investigaciones perinatales, aún no ha sido posible disminuir su incidencia (López, Ávalos y Díaz, 2018).

En León, de los 65 mil guanajuatenses que nacen al año, arriba del 5% nacen en condiciones de prematurez, la tasa de mortalidad neonatal nacional es del 7.07 % y la estatal es de 6.99%. La Secretaría de Salud de Guanajuato dispone de cuatro Hospitales

Maternos infantiles que permiten una atención más adecuada y oportuna al bebé prematuro, además de 17 terapias intensivas Neonatales en toda la entidad (Gobierno del Estado de Guanajuato, 2016).

A nivel local en San Miguel de Allende, Gto. en el 2018 se registraron 40 recién nacidos prematuros de los cuales hubo 6 fallecimientos debido a complicaciones tales como sepsis, enterocolitis necrosante, enfermedades cardíacas, dificultad respiratoria.

En lo que va del 2019 se han registrado 30 recién nacidos prematuros de los cuales hubo 3 fallecimientos por síndrome de dificultad respiratoria y múltiples complicaciones congénitas.

Para Browne (2011) y Pallas (2014) en las últimas décadas, la supervivencia de los niños prematuros ha mejorado, fundamentalmente, gracias al transporte intrauterino, los corticoides prenatales, el surfactante y a mejores recursos tecnológicos. Sin embargo, esto no se ha acompañado de una disminución tan significativa de las secuelas a largo plazo, ya que el nacimiento antes de término interrumpe el desarrollo del sistema nervioso central en un momento de crecimiento rápido y vulnerable del mismo.

Un niño prematuro, el cerebro está en un periodo crítico de crecimiento, maduración y desarrollo sensorial. El prematuro pasa de un entorno intrauterino “ideal” a un entorno con múltiples estímulos ambientales inesperados (luz, ruido, estímulos propioceptivos) y/o nocivos (estrés, dolor). Las grandes diferencias entre los dos entornos, pueden tener un efecto negativo en el neurodesarrollo de estos pacientes, de forma que su seguimiento se ha convertido en un marcador de la efectividad de los cuidados neonatales (Harillo, Rico y López, 2017).

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido prematuro. Un recién nacido prematuro está en un periodo de crecimiento, desarrollo estado intrauterino placentero a un entorno con múltiples estímulos ambientales, posiblemente alcanzando tener un efecto negativo en su desarrollo.

En un recién nacido pretérmino que al nacer pasa a una sala de neonatología o UCIN, esta situación se altera, no encontrándose el paciente en una situación fisiológica y adecuada para el correcto desarrollo de su sistema nervioso central, pues se encuentra sobre estimulado y ello altera el proceso de apoptosis neuronal, pudiendo dar lugar a consecuencias y problemas neuropsicológicos y sensoriales a largo plazo(Alonso, 2017).

La prematuridad no solo es un componente primordial en la muerte, sino también en otros eventos adversos, como las alteraciones del neurodesarrollo. Cualquier lesión que ocurra en el cerebro del recién nacido prematuro comprometerá un tiempo crítico de su desarrollo, ya que el cerebro inmaduro cursa por un periodo de activa mielinización (Fernández, Matzumura, Gutiérrez, Zamudio, y Malgarejo, 2017).

En los últimos años la atención del prematuro continúa en aumento, requiriendo contar con infraestructura, capacidad tecnológica y nivel de especialización. Se espera que el personal de salud, sea capaz de manejar y proporcionar los cuidados en un ambiente favorable para la atención del recién nacido prematuro (Inga y Gómez, 2018)

Actualmente existe una corriente en el cuidado de los recién nacidos pre término, denominada Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia (CCD). Estos se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente, que aplica al periodo neonatal, intentando optimizar tanto el macro ambiente

(ruido, luces) como el microambiente (postura, manipulaciones, dolor) en el que se desarrolla el niño, y, por supuesto, implica a la familia para potenciar su papel de cuidador principal del prematuro, de una manera activa y continua.

La implementación de estos cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. Los procesos se adaptan a las características del niño y de su familia, y no al contrario (Harillo et al., 2017)

La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente, que aplica al periodo neonatal intentando optimizar tanto el macro ambiente (ruidos, luces...) como el microambiente (posturas, manipulaciones y dolor) en el que se desarrolla el niño. La implementación de estos cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo y suponen un cambio en las actitudes que los profesionales deben adoptar en relación a los pacientes. Los cuidados centrados en el desarrollo son un modelo de atención para el niño, compuesto por una serie de intervenciones diseñadas para reducir el estrés en la UCIN (Harillo et al., 2017).

1.1.1 Pregunta de investigación

¿Qué nivel de conocimiento y práctica tienen las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del recién nacido prematuro, en un hospital de 2do Nivel?

1.2 Justificación

Se ha observado el incremento de ingresos prematuros, principalmente extremos a la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales, así como la implementación con equipos de alta tecnología y que el profesional de enfermería presta poca atención en el cuidado hacia el

recién nacido prematuro ya que este se encontraba en un ambiente de confort intrauterino y pasa a un medio extrauterino con múltiples estímulos ambientales.

Los recién nacidos prematuros fisiológicamente inmaduros y vulnerables pasan periodos bastante largos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde también están expuestos a la calidez del útero de su madre. Los monitores, respiradores, bombas de infusión, pulsímetros, continuos periodos de exposición a la luz, ruidos ambientales y procedimientos dolorosos y agotadores por las intervenciones que se les lleva acabo, determinan un ambiente súper estimulante y estresante que puede tener un impacto negativo en su desarrollo por la sensibilidad de los receptores sensoriales.

Los profesionales de enfermería, están involucrados directamente en la atención de estos recién nacidos, cuyo objetivo es brindar bienestar en todo aspecto, teniendo en consideración que los prematuros, por su corta edad, necesitan de cuidados más detallados y holísticos, ya que de ello depende, en gran parte, su recuperación. Los cuidados de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales están fundamentados en la identificación de los problemas que presenta el prematuro a través del monitoreo permanente, el seguimiento y control.

Lo que se busca con este estudio es implementar cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro, así como hacer conciencia en el personal de enfermería sobre esta población que es la más vulnerable, aplicando estrategias que proporcionen un ambiente lo más parecido al uterino.

Lo que también buscamos con este trabajo es determinar la relación entre el nivel de conocimientos que tiene el profesional de enfermería que trabaja en el servicio UCIN en relación al desarrollo de estos prematuros y si estos conocimientos los pone en práctica en

el cuidado que realiza. Los resultados obtenidos servirán para facilitar herramientas a los profesionales de enfermería de acuerdo a sus conocimientos y prácticas, para el manejo de los prematuros, disminuyendo los riesgos mencionados y aumentar su calidad de vida futura.

Así mismo involucrar a los padres de los prematuros porque a través del conocimiento que tenga el profesional de enfermería fomentará la participación activa en el cuidado mejorando su rol de cuidador y su vínculo afectivo.

De la misma manera beneficiará tanto al servicio como al hospital por que al lograr brindar un mejor cuidado con conocimiento, se disminuirán los riesgos y por ende disminuirá la estancia hospitalaria, reduciendo costos para la institución.

Por todo lo anteriormente mencionado y frente a esta realidad problemática considero de interés investigar y analizar los aspectos relacionados con los conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado centrado en el desarrollo del recién nacido prematuro.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

- Determinar el nivel de conocimiento y la práctica que tienen las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del recién nacido prematuro, en un hospital de 2do Nivel de San Miguel de Allende, Guanajuato.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el recién nacido prematuro.

- Conocer la práctica que ejerce el profesional de enfermería sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro.
- Definir si el profesional de enfermería involucra a los padres sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) considera que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días de vida después del último día del periodo menstrual. Se divide en tres subcategorías: Prematuros extremos: menos de 28 semanas de gestación, Muy prematuros: entre 28 y 32 semanas de gestación y Prematuros moderados a tardíos: entre 32 y 37 semanas de gestación.

Valoración del Neonato Prematuro.

La valoración del niño se hace a través de la exploración física que sirven para determinar la edad gestacional. El control prenatal cuidadoso se constituye en el procedimiento fundamental para valorar la Enfermera interviene en este periodo mediante procesos de orden científico y tecnológico, pero fundamentalmente humanos.

El nacimiento es el momento más crítico que tiene la persona, ya que es cuando existen cambios bruscos respecto al homeostasis, pasan de estar de la: Temperatura corporal a temperatura ambiente, Presión uterina a presión atmosférica, Medio ambiente líquido a medio ambiente aire, De oscuridad a la claridad de la luz y Respirar por medio del cordón umbilical a respirar por sus pulmones.

El RN Prematuro tiene una capacidad limitada para organizar su conducta y adaptarse al medio y es incapaz de rechazar los estímulos nocivos; en la UCIN, el recién nacido prematuro recibe un patrón de estimulación inapropiado que podría alterar el desarrollo neuronal. En las últimas semanas de la gestación es cuando se produce una actividad más intensa en el desarrollo del cerebro del feto. Esto hace que el recién nacido prematuro

cumpla esas etapas de máxima actividad y desarrollo fuera de su “hábitat natural”, es decir, en un ambiente extrauterino (Inga y Gómez, 2018).

Valoración del NIDCAP dentro de la UCIN.

El neonato está inmerso en un ambiente frío, seco, ruidoso, muy iluminado, con estímulos inapropiados y constantes, sujeto a la fuerza gravitatoria, sometido a maniobras dolorosas y continuas interrupciones del sueño.

Este modelo está basado en la capacidad que tienen los niños de comunicación a través de su comportamiento, para decirnos como se encuentran, lo que son capaces de asumir y asimilar del mundo que los rodea. El Método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental and Assessment Program), creado por la Dra. Als, se basa en la Teoría Sinactiva, que evalúa el grado de maduración del SNC de estos niños, nos ayuda a comprender cómo se organizan las distintas capacidades neuronales y cómo se comporta el feto y el recién nacido cuando estas capacidades no están maduras y tiene que hacer frente al mundo extrauterino (Harillo et al., 2017).

La Federación Internacional de NIDCAP (NFI) tiene como objetivo principal el apoyo de los padres como los cuidadores óptimos de sus bebés. La presencia de los padres, incluida la alimentación y la lactancia de piel a piel, y la colaboración activa con su bebé hospitalizado y el equipo de atención médica, mejora el desarrollo neurológico del bebé (Heidelise, 2012).

La integración de los padres en la UCIN como cuidadores naturales del neonato, es uno de los puntos clave de los CCDF. Permitir la entrada de los padres 24 horas al día y animarles a participar en los cuidados diarios del prematuro, favorece la formación del vínculo afectivo. Además, disminuye el grado de ansiedad y mejora su confianza como

cuidadores. Por otro lado, la estancia de los padres en la UCIN, favorece la práctica del método canguro y la lactancia materna (Pallás, 2014; Ruiz, 2016; y Egan, Quiroga y Chattas, 2012).

Ruido.

Según la Real Academia Española, el sonido es una sensación producida en el oído por la vibración de las ondas acústicas. Los prematuros tienen una extremada sensibilidad al ruido. La UCIN en ocasiones presenta un ambiente excesivamente ruidoso para ellos, sin ritmo diurno-nocturno. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas del prematuro, produciendo cierto riesgo de pérdida auditiva neurosensorial y pudiendo afectar a sus biorritmos.

La unidad neonatal (UN) es un área donde existe mucha estimulación para los neonatos por múltiples factores ambientales, entre los que se encuentra los altavoces, los teléfonos, el funcionamiento del equipo electro médico e incluso la conversación del personal. Esto hace que los niveles estándar de dB recomendados por la AAP: 60 dB en el día y 35 en la noche, se eleven y alcancen hasta 120 dB de presión sonora. Tal situación repercute en el crecimiento y desarrollo del recién nacido, sobre todo del prematuro al ser estimulado excesivamente, a lo cual responde fisiológicamente de diferentes maneras.

La Academia Estadounidense de Pediatría ha recomendado que el nivel de ruido de una UCIN, no sobrepase los 45 decibeles (dB) de día y los 35 (dB) de noche.

la falta de información que se tiene en cuanto a los efectos negativos provocados por los niveles de ruido en el desarrollo del neonato, junto con una inadecuada gestión de los procesos a nivel sonoro por parte del personal sanitario en sus hábitos rutinarios, generan niveles de ruidos elevados.

Luz.

La visión el último sentido que se desarrolla, alrededor de la semana 30-32, finalizando su desarrollo a los 3 años de edad. El recién nacido a término es capaz de enfocar a unos 20-30 cm, la distancia de la cara de su madre cuando está mamando. En el año 1992 la Academia Americana de Pediatría (AAP), recomendó una iluminación no superior a 60 lúmenes, para el cuidado perinatal.

Regulación Térmica.

De acuerdo con Martínez (2016), en el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación. Valores normales de temperatura en el recién nacido a término: Temperatura corporal central normal: Se considera a la temperatura axilar y rectal. El valor normal es de 36,5 - 37,5 °C. Temperatura de piel: Se considera a la temperatura abdominal. El valor normal es de 36,0 - 36,5 °C. Según la Academia Americana de Pediatría (AAP).

La hipotermia se puede clasificar de acuerdo a su severidad. Hipotermia leve: Temperatura corporal → 36 - 36,4 ° C. Temperatura de piel → 35,5 - 35,9 ° C Hipotermia moderada: Temperatura corporal → 32- 35,9 C. Temperatura de piel → 31,5 - 35, 4°C. Hipotermia grave: Temperatura corporal de < 32 ° C. Temperatura de piel < 31,5 ° C.

Las respuestas neonatales primarias al estrés por frío son la vasoconstricción periférica y la termogénesis química (metabolismo de la grasa parda). Por este mecanismo, el recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia (Jorrín, 2018).

Macro ambiente.

Las intervenciones están enfocadas a implementar cuidados y rutinas de trabajo para la reducción del ruido, el control de la luz, procedimientos de manipulación apropiados y apoyo a la familia que permita su el desarrollo integral del prematuro.

Luces.

- Reducción de la intensidad de la luz.
- Proteger al neonato de la luz: Utilizar cobertores sobre las incubadoras; pero deben ser cobertores más oscuros y gruesos
- Situar a los pacientes más estables en áreas donde sea posible establecer ciclos de luz día-noche
- Instaurar en la UCIN períodos de luz tenue que no interfiera con los estados de sueño-vigilia del prematuro.
- Utilizar iluminación individualizada para la observación y ejecución de los procedimientos terapéuticos (cateterización de vasos umbilicales, colocación de catéter percutáneo, exanguineo, transfusiones, etc.
- Utilizar protección visual estricto en prematuros que reciben fototerapia.
- Utilizar de preferencia la luz natural, gradual con una transición lenta, con ciclos de oscuridad que permitan un paso gradual, oscuridad/luz, para reducir el estrés (potencial causado) en el niño por el cambio súbito en la iluminación ambiental.
- Es importante permitir periodos de claridad moderada para la estimulación y maduración de la retina.
- Evitar luces intensas y brillantes
- No tapar los ojos más del tiempo necesario cuando elprematuro no recibe fototerapia.

- Utilizar bloqueadores de luz para las ventanas que dan al exterior de la UCIN.
- Promover la estimulación visual e interacción cara a cara durante el amamantamiento

o el estado de alerta del recién nacido.

Del ambiente.

Monitorizar permanentemente la temperatura ambiental: UCIN

Evitar colocar equipos o envases encima de la incubadora.

Microambiente.

Posición adecuada del prematuro:

- Promover la estabilidad fisiológica y facilitar la flexión de extremidades y del tronco.
- Favorecer el equilibrio y la capacidad de centralización, que es un movimiento que

sirve como base para otras funciones como succionar, sentarse, gatear y caminar.

- Mantener al RN lo más relajado posible disminuyendo el stress.
- Disminuir el gasto calórico.
- Prevención de la hipotermia e hipertermia
- Estimular el desarrollo motor óptimo

Disminuir iatrogenias por posición inadecuada.

Para lograr un adecuado posicionamiento y manejo del recién nacido en su microambiente se cuenta con los siguientes elementos: Rollos: principal función es la contención postural en flexión, deben ser de acuerdo al tamaño del prematuro. Nidos: usar nidos y rollos como elementos de apoyo para favorecer la estabilidad térmica y fisiológica. Se deben utilizar los nidos y barreras desde el primer día de vida y éstos deben ser proporcionales al peso del recién nacido. Utilizar los cambios de posición cada determinado

tiempo, que favorezcan la flexión global y utilizarlos aun estando en ventilación de alta frecuencia, tanto durante el transporte como la hospitalización (Inga y Gómez, 2018).

Método Madre Canguro.

Nyqvist et al. (2010) define el Método Madre Canguro (MMC) como un contacto piel a piel continuo, temprano y prolongado entre la madre y su prematuro, tanto en el hospital como al alta, con lactancia materna exclusiva y un seguimiento adecuado.

El MMC se puede llevar a cabo en recién nacidos prematuros tan pronto como sea posible y prudente y si el recién nacido puede tolerarlo. Esto se produce cuando hay una estabilización de los signos vitales o no presenta hipoxemia y/o bradicardia cuando se le manipula.

Para llevar a cabo el MMC se coloca al recién nacido prematuro sobre el pecho descubierto de su madre, padre o familiar, en posición vertical y decúbito ventral, fomentando el contacto directo piel con piel. Esta colocación debe mantenerse durante el mayor tiempo posible de forma continua, esta posición supone una fuente constante de calor para el neonato.

Un estudio realizado por Rao, Udani y Nanavati (2008) concluye que el MMC mejora el crecimiento de los recién nacidos prematuros, reduce la morbilidad asociada a un proceso de prematuridad y actúa como factor protector ante la hipotermia, la hipoglucemia y la sepsis.

Igualmente, los bebés que reciben cuidados del MMC realizan una mayor ganancia de peso por día.

Otro de los beneficios producidos por el MMC es la maduración de la organización del sueño y en última instancia el desarrollo neurológico según el estudio aleatorio y controlado de Ludington, Morgan y Abouelfetoh (2008).

Dolor Neonatal y Analgesia no Farmacológica.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia señorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en término de dicho daño”.

El 50% de los recién nacidos prematuros ingresados en la UCIN sufren dolor que, habitualmente, es causado por motivo distinto al que justifica su ingreso. La primera causa del dolor neonatal se localiza en las numerosas pruebas diagnósticas y terapéuticas a los que estos niños y niñas son sometidos llegando a causar ansiedad y sufrimiento.

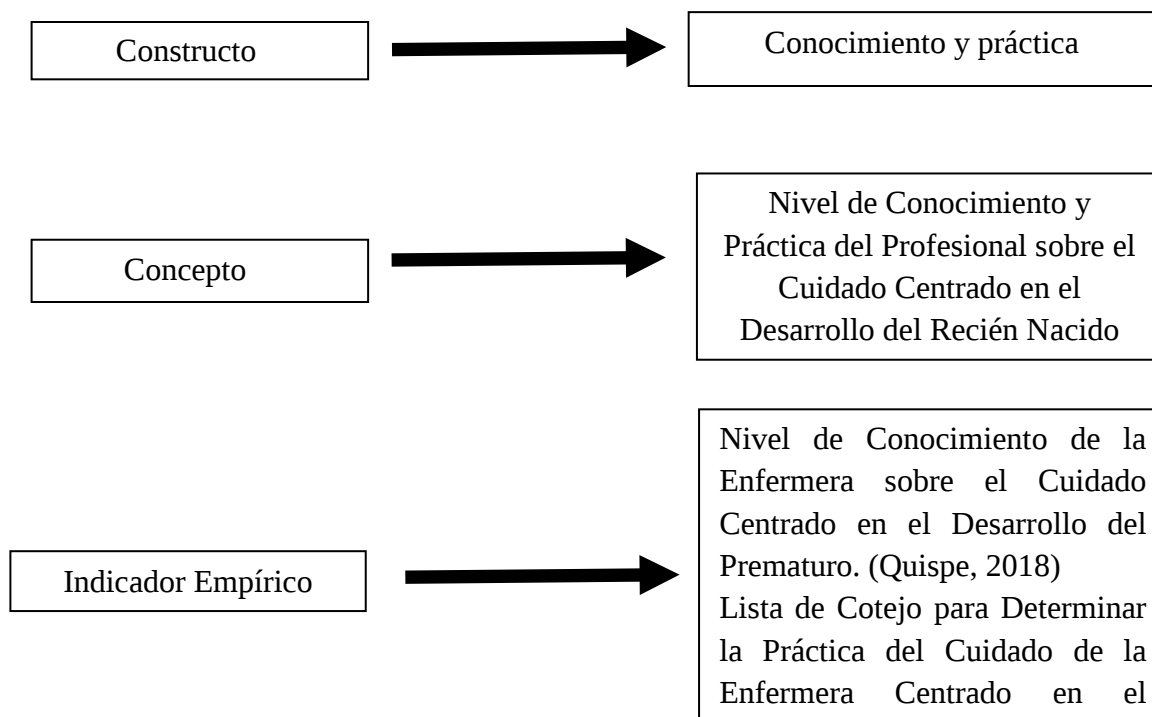
Algunos de estos neonatos requieren, debido a su estado clínico, varios meses de soporte ventilatorio, la colocación de catéteres percutáneos o la aspiración de secreciones.

Algunos de los efectos de la experiencia dolorosa en el recién nacido prematuro a corto plazo son los siguientes: llanto y agitación, alteraciones gastrointestinales, vasoconstricción, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, hipercortisolismos, estrés y depresión del sistema inmune (aumento del riesgo de infección) o muerte neuronal ex citatoria.

Por otro lado, a largo plazo podemos observar secuelas como: desórdenes del aprendizaje, comportamiento y personalidad y respuestas afectivas-funcionales exageradas antes estímulos posteriores (Jorrín, 2018).

2.1.1 Derivación conceptual.

Figura 1. (Nito, Romero, Paz y Nájera, 2020).



2.2 Definición de Términos(definición de variables)

Definición conceptual

Nivel de Conocimiento de las Enfermeras.

Es el conjunto de ideas, conceptos, hechos, principios e información almacenada mediante la experiencia del aprendizaje a lo largo de su formación académica y profesional de la enfermera. Incluye el saber humano obtenido de forma racional y consciente mediante una metodología lógica y rigurosa que forma parte de su acervo acerca de los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro (Pina, 2016).

Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro.

Son una serie de intervenciones médicas y de enfermería dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del niño, a favorecer su desarrollo neurológico y emocional, y a facilitar la integración de los miembros de la familia como cuidadores del niño (Sizun y Westrup, 2004).

RN Prematuro.

Un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días de vida después del último día del periodo menstrual(OMS, 2018).

Definición operacional.

Instrumento: Nivel de conocimiento sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. Autora: Mosqueda (2016).

Práctica de las Enfermeras sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro.

Son las intervenciones y estrategias que la enfermera emplea en la atención al prematuro valorando la conducta o funcionamiento fisiológico, así como, empleando la ciencia y la tecnología en una forma que maximice sus cuidados centrados en el desarrollo y protección de su neurodesarrollo sin aumentar riesgos(Fuente, 2016).

Definición operacional

Instrumento.

Lista de Cotejo Práctica de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. Autora: Quispe (2018).

2.3Revisión de la Bibliografía(Estudios relacionados)

Bustamante, Panta y Silva (2015) en un estudio descriptivo cuantitativo, cuyo objetivo fue,determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica, sobre el cuidado en el neurodesarrollo por las enfermeras en neonatología, en una población de 30 enfermeras cuyo resultado, fue en conocimientos 56% nivel alto y 34% nivel bajo, enprácticas 68% son inadecuadas y 32%adecuadas.

Fernández, Funes y Ladino (2015) mediante un estudio cuantitativo descriptivo, cuyo objetivo fue, determinar el grado de conocimiento de enfermería en el neurodesarrollo del recién nacido pretérmino, con una población de 50 enfermeras cuyo resultado fue, el 56% tuvo conocimiento alto, 40%no recibe capacitaciones sobre neurodesarrollo, 90% conoce sobre cuidados sobre el ruido y 40% sobre cuidados de la luz.

Godoy y Oliva (2015) en un estudio cuantitativo descriptivo transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre valoración y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatales en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Con una población de 17 enfermeras de la unidad de terapia intensiva neonatal, teniendo como resultado el 94% de sexo femenino, entre 20 a 25 años de edad, que corresponde al 41 %. En formación académica el 47 % son universitaria (os), el 53 % poseen experiencia menos de 1 año como enfermero neonatal, realizando cursos de capacitación sobre manejo de dolor el 47 %. El 82 % afirma que no existe un protocolo de manejo y control del dolor en el área de trabajo. Al investiga preguntas sobre conocimientos del dolor en el neonato prematuro el 70 % contesto correctamente.

Fonseca (2016) un estudio de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la práctica del personal de enfermería, sobre el cuidado del recién nacido y su neurodesarrollo, en una población de 86 enfermeras, la puntuación máxima era de 20 y solo diez la obtuvieron, las puntuaciones más altas fueron de 53 participantes, el 61.6% de la muestra, lo que manifiesta que se necesitan estrategias para reforzar el conocimiento del profesional.

Quispe (2018) en un estudio cuantitativo descriptivo, con el objetivo de determinar la relación entre la práctica y el conocimiento de enfermería, en el cuidado centrado en el neurodesarrollo del prematuro en una población de 24 enfermeras cuyo resultado fue el 70.8% presento un nivel de conocimientos medio, 16.5% nivel alto, 12.5% nivel bajo, 58.3% realizan practica inadecuada y 41.7% practica adecuada, encontrando una relación significativa entre el nivel de conocimiento y de la práctica.

Cuevas (2019) en estudio descriptivo correlacional, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de competencias de enfermería, sobre el cuidado del neurodesarrollo, con una población de 24 enfermeras, teniendo como resultado que, 20.8% presento nivel de conocimiento alto, 8.3% nivel medio, en prácticas 16.7% nivel alto y 12.5% nivel medio.

Sannino et al. (2016), realizaron un estudio controlado no aleatorio realizado en Italia en 2016 que incluyo a 43 recién nacidos de 32 semanas de gestación, analizó el efecto del NIDCAP respecto al apoyo a las madres durante el proceso de hospitalización en la UCIN. Los resultados se mostraron a favor del grupo NIDCAP, las madres se sienten más capaces de afrontar la situación de su hijo y el largo tiempo de estancia en la UCIN, se sienten más apoyadas en el proceso de aprendizaje de las necesidades de su hijo,

aumentando así su confianza. que los padres pensaban que el NIDCAP les había ayudado durante la estancia de su neonato en la UCIN y a cómo observar las señales del comportamiento del prematuro. Los resultados sobre los efectos del NIDCAP a corto plazo son mayoritariamente positivos.

Capítulo III

Método

3.1 Enfoque metodológico

El tipo de estudio que se utilizará en la investigación es cuantitativo pues tiene un enfoque positivista debido a que se le asignó un determinado valor numérico a los hallazgos.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de estudio a utilizar será descriptivo y transversal pues se busca especificar la relación que existe entre nivel de conocimiento y la práctica que ejerce el profesional de enfermería sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro, así mismo es de corte prospectivo en el tiempo (Polit y Tatano, 2018).

3.3 Población, Muestra y Muestreo.

3.3.1 Población- Características de los Participantes

La población de estudio está conformada por mujeres y hombres profesionales de enfermería de cualquier categoría, en el servicio de terapia intensiva neonatal, de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, de un hospital público desegundo Nivel de atención.

3.3.2 Procedimiento de Muestreo

El muestreo implica la selección de una parte de la población para representar a la totalidad. Especifica cómo se elegirá la muestra y cuantos sujetos tendrá. El objetivo es tener una muestra que refleje de modo apropiado los rasgos de la población (Polit y Tatano, 2018).

- Procedimiento para la selección de participantes: Personal de enfermería del servicio de UCIN de un hospital de 2do nivel de atención de los diferentes turnos.
- Utilizando el muestreo probabilístico, ya que es el único método viable para obtener muestras representativas. Si todos los elementos de una población tienen la misma probabilidad de ser elegidos es probable que la muestra resultante sea adecuada para representar a la población (Polit y Tatano, 2018).
- Los datos se recopilarán de un hospital de 2do nivel de atención en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en los diferentes turnos, con la participación voluntaria del personal profesional y no profesional, cumpliendo con los estándares éticos de acuerdo al reglamento que marca la institución de salud y la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

3.3.3 Tamaño de la Muestra.

La muestra estará conformada por el total de enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales siendo un total de 30 enfermeras de los diferentes turnos. Por ser una población pequeña no se utilizó fórmula para obtener la muestra de la población a estudiar.

3.4 Criterios de Selección.

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Enfermera asistencial que labore en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Enfermera que acepta participar en la investigación y posibilita la aplicación del instrumento.
- Enfermeras de nuevo ingreso al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Pasantes de enfermería.
- Personal que se encuentre de vacaciones, incapacidad o falten el día de la

aplicación del instrumento.

- Estudiantes de enfermería.

3.4.3 Criterios de Eliminación

- Instrumentos incompletos.
- Que en el momento abandonen el estudio.

3.5 Procedimientos de Medición de Variables y Recolección de Datos.

El trabajo será sometido a revisión por el comité revisor de la universidad UPAEP, una vez autorizado el protocolo de investigación se solicitará el permiso respectivo a la Dirección de Investigación y Enseñanza del Hospital General Felipe G Dobarganes para obtener la información requerida, asegurándole que los datos obtenidos serán mantenidos en absoluta reserva.

Obtenido el permiso se procederá a coordinar con el Dr. Jefe de Pediatría y servicio de Neonatología para darle a conocer los objetivos del trabajo de investigación, hacerles firmar el consentimiento informado a los participantes y luego aplicar los instrumentos.

El instrumento sobre el Nivel de Conocimiento de la Enfermera se aplicará durante el turno que labora cada participante. Cada participante será identificado en el cuestionario con un numero asignado por la investigadora para reemplazar su apellido y permita identificarlo para aplicar la lista de cotejo, garantizando en todo momento la confidencialidad respectiva. La investigadora permanecerá durante el desarrollo del cuestionario para aclarar cualquier duda.

Para la aplicación de la Lista de Cotejo, se realizará mediante la observación indirecta de cada enfermera en los turnos mañana, tarde, guardia nocturna y jornada acumulada que le toco laborar; aplicando total discreción, para que no se sienta observada y cambie su comportamiento. Luego de recolectar los datos a través del cuestionario y la observación se procedió a procesar la información estadísticamente.

3.6 Instrumentos de Medición.

Para la recolección de la información, se utilizarán dos instrumentos:

a) Cuestionario Nivel de Conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro y b) Lista de Cotejo Practica de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro.

a) Cuestionario Nivel de Conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro consta de 2 partes, la primera contiene datos personales referenciales e incluye un código de identificación del participante en base a un número asignado por el orden alfabético de sus apellidos; la segunda parte incluye aspectos a evaluar con 20 preguntas, las cuales presentan 4 alternativas, asignándose 1 punto por cada respuesta correcta de la enfermera y 0 por la respuesta incorrecta, obteniendo así un puntaje total de 20 puntos.

Y se categorizo según la escala siguiente: Nivel de conocimiento alto: 16 a 20 puntos, Nivel de conocimiento medio: 11 a 15 puntos y Nivel de conocimiento bajo: 0 a 10 puntos.

Este instrumento ha sido utilizado en Perú con un nivel de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.813, con respuestas tipo Likert.

b) Lista de Cotejo Práctica de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. El presente instrumento está basado en los conceptos teóricos de Heidelise

(2012) definidos en el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido (NIDCAP) para verificar la práctica del cuidado centrado en el desarrollo. Incluye intervenciones dirigidas a optimizar el macro ambiente (luz y ruido), el microambiente (posicionamiento, manipulación, dolor, método madre canguro y lactancia materna) e intervenciones sobre la familia. Consta de 32 ítems, calificándose 1 punto si la enfermera realiza la intervención y 0 punto si no lo realiza. La escala de calificación tendrá la siguiente puntuación: Práctica adecuada: 20 a 32 puntos y Práctica inadecuada: 0 a 19 puntos. Con un nivel de Alfa de Cronbach de 0.762, respuestas tipo Likert.

3.7 Aspectos Éticos

El presente estudio se apegó al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud el cual menciona en el título segundo, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. La investigación deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación y deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

El sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa sobre la justificación y objetivos de la investigación, los beneficios que puedan obtenerse, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, la seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá mantener los siguientes requisitos: Será elaborado por el investigador principal, señalando la

información antes mencionada, revisado y en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

La Investigación en Grupos Subordinados: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, etc. en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad, los representantes del núcleo afectado o de las personas usuarias que participen en el Comité de Ética en Investigación, vigilarán:

Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación laboral y que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes

La presente investigación se guió de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), empleando los siguientes artículos:

Titulo segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

Capítulo I Disposiciones Comunes

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

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

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación, deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los beneficios que puedan obtenerse;

III. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda.

IV. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

V. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información.

VI. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud

II. o de su representante legal. (Diario Oficial de la Federación, 2014).

3.8 Estrategia de Análisis de Datos (Decisiones Estadísticas).

Los datos después de ser recolectados fueron tabulados manualmente. Los resultados fueron mostrados en tablas así mismo se utilizaron gráficos para la presentación de la información.

Los datos fueron procesados de manera automatizada en el software estadístico IBM SPSS versión 25 de WINDOWS.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de los Datos

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio realizado en el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, acerca del Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro

A continuación, se presenta la confiabilidad de los instrumentos, el análisis del programa SPSS de los datos sobre las características sociodemográficos de los participantes en el estudio.

4.1.1 Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por la consistencia interna mediante del coeficiente K de Richardson en el instrumento Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro y Alpha de Cronbach, en el instrumento Practica del Cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro el cual se muestra en las tablas siguientes:

Tabla 1

Confiabilidad del Instrumento Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro

No	Subescalas	Reactivos	Numero	Kde Richardson
1	Conocimiento de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro	20	1-20	0.765

*Nota:*NCECCDP (Mosqueda, 2015)n=32

En la Tabla 1 se presentan los resultados de la confiabilidad del instrumento sobre el Nivel de Conocimientos de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro con un Kde Richardson de (.765).

Tabla 2

Confiabilidad del instrumento Practica del Cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro

No	Subescala	Reactivos	Número	Alfa de Cronbach
1	Practica del Cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro	32	1-32	.783
2	Método Madre Canguro	4	23,24,25,26	.917
3	Lactancia Materna	2	27,28	.615
4	Intervención o Participación de los Padres	4	29,30,31,32	.677

Nota: NCECCDP (Mosqueda, 2015)n=32

En la Tabla 2 se presenta la confiabilidad del instrumento sobre la práctica de enfermería en el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro con un Alfa de Cronbach de .783, donde la subescala de Método Madre Canguro presento un Alfa de Cronbach de .917, en la Intervención o Participación de los Padres presenta un Alfa de Cronbach de .677 y en Lactancia Materna presento un Alfa de Cronbach de .615.

4.1.2 Descripción de la Población de Estudio

A continuación, se expone los resultados del análisis de datos del programa SPSS de las variables sociodemográficas que se utilizaron para el estudio.

Tabla 3
Factores Sociodemográficos de la Población de Estudio

No	Variable	Características	<i>f</i>	%
1	Sexo	Masculino	2	6.3
		Femenino	30	93.8
		Total	32	100.0
2	Edad	24-29	12	40.0
		30-39	14	46.6
		40-49	3	10.0
		50-59	1	3.3
		Perdidos	2	0.1
		Total	32	100
3	Preparación académica	Enf. General	12	37.5
		Licenciatura	18	56.3
		Especialidad	2	6.3
		Total	32	100
4	Tiempo laborando en UCIN	Años	24	75
		Meses	6	18.8
		Semanas	2	6.3
		Total	32	100
5	Tipo de Contrato	Base	9	29.0
		Regularizado	9	29.0
		Contrato	7	22.6
		Anexo	2	6.5
		Economías	4	12.9
		total	32	100
6	Turno	Matutino	6	18.8
		Vespertino	7	21.9
		Nocturno A	3	9.4
		Nocturno B	6	18.8
		J. Acumulada	5	15.6
		Mixto	5	15.6
		Total	32	100
7	Curso en cuidados R/N	Si	19	59.4
		No	13	40.6
		Total	32	100

Nota: Cédula de Datos Sociodemográficos (Nito, Romero, Paz yNájera, 2020). n=32

En la Tabla 3 se observan las características de la población, predominando el sexo femenino con un 93.8%, un rango de edad de entre 30-39 años con un 46.6%, la preparación del personal de Enfermería con nivel de Licenciatura es de 56.3%, laborando en el servicio por más de un año con 75% y con un contrato de base y regularizados del 29% del personal. El turno vespertino predomina con un 21.9% del personal que labora en el servicio de UCIN, el 40.6% del personal de enfermería cuenta con cursos relacionado con los cuidados del recién nacido.

Tabla 4

Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro

No	Nivel de conocimiento	<i>f</i>	%
1	Alto	7	21.9
2	Medio	21	65.6
3	Bajo	4	12.5

Nota: NCECCDP (Mosqueda, 2015n=32)

En la Tabla 4 se representa el Nivel de Conocimiento de las Enfermeras sobre Cuidado Centrado en el Desarrollo del Prematuro, se encontró que el 21.9% tiene un nivel de conocimiento alto, solo el 65.6% un nivel de conocimiento medio y el 12.5% nivel de conocimiento bajo.

Tabla 5

Práctica del cuidado de la Enfermera Centrado en el Desarrollo del Prematuro

No.	Práctica	<i>f</i>	%
1	Adecuada	17	53.1
2	Inadecuada	15	46.9

Nota: NCECCDP (Mosqueda, 2015)

n=32

En la Tabla 5 Con respecto a las prácticas de las enfermeras sobre cuidado centrado en el desarrollo del prematuro, se observó que el 53.1% realizan prácticas adecuadas, mientras que el 46.9% prácticas inadecuadas.

4.2 Discusión

El objetivo de estudio de este trabajo de investigación permitió identificar, el conocimiento del personal de enfermería en el cuidado centrado en el desarrollo del recién nacido prematuro en el servicio de UCIN de un hospital de segundo nivel de San Miguel de Allende Guanajuato.

La discusión que se presenta a continuación se realizó de acuerdo al objetivo general y a los objetivos específicos planteados en el trabajo de investigación y a la cedula de datos socio demográficos que caracterizaron a la población de estudio.

Con respecto a la caracterización de la población de estudio se encontró que de acuerdo a la variable sexo, el que más predominó fue el femenino con 93.8%, con respecto a la edad, el rango fue de 30-39 años, con un 46.6%, en nivel de estudios sobresale la licenciatura con 56.3%, teniendo similitud con el autor Godoy (2015) quien coincide con los resultados obtenidos, con respecto al sexo en 94%, la edad que corresponde al 41% y la formación académica en 47%, a diferencia de Fonseca(2016)que solo valora el conocimiento y la práctica

En cuanto a determinar nivel conocimiento y la práctica, de acuerdo a los resultados obtenidos, encontrando un nivel alto de 21.9%, el nivel medio, de 65.6% y el nivel bajo de 12,5%, en relación a las practicas, el 53.1% realiza practicas inadecuadas, mientras que el 46.9%, realiza practicas adecuadas, encontrando similitud, con autores como: Bustamante (2015), donde su resultado de nivel de conocimiento alto fue de, 56% y su nivel bajo de 34%, en prácticas 68%, son inadecuadas y 32% adecuadas, Quispe (2018) con un nivel alto de conocimiento del 70.8%, nivel medio 16.5% y nivel bajo de 12.5% en cuanto a la práctica, 58.3% tiene practica adecuada y 41,7% practica inadecuada, a

diferencia de Fernández (2015) donde sus resultados se inclinan más hacia la capacitación acerca del neurodesarrollo.

En relación al primer objetivo, planteado: Identificar el nivel de conocimientos de las enfermeras, sobre el cuidado centrado en el recién nacido prematuro, se obtuvo un nivel de conocimiento alto del 21.9%, nivel medio de 65.6% y el nivel bajo de 12.5%, el cual coincide con el estudio realizado en Perú, por Bustamante (2015), nivel de conocimiento alto 56%, nivel medio 34% y nivel bajo 10%.

El segundo objetivo plantea: Conocer la práctica que ejerce el profesional de salud, sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. El resultado obtenido fue, 53.1% realiza prácticas adecuadas, mientras que el 46,9% realiza prácticas inadecuadas, encontrando similitud con Quispe (2018), con un 58.3% en práctica adecuada y 41.7% en práctica inadecuada.

El tercer objetivo: Definir si el personal de enfermería involucra a los padres sobre el cuidado centrado en el neurodesarrollo del prematuro, el resultado fue que el personal de enfermería cuenta con prácticas adecuadas de 53.1%, en donde involucra a los padres a través de practicar el método madre canguro, lactancia materna e involucrarlos en el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro.

4.3 Conclusión

Los resultados de este estudio coinciden con otros estudios realizados por profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, de acuerdo a nuestra pregunta planteada aplicando la prueba estadística se concluyó que el personal de enfermería cuenta con un nivel de conocimiento medio, sobre los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro, con una práctica adecuada en los cuidados centrados en el

desarrollo del prematuro. También se evidencia que el 12.5% del profesional de enfermería tiene un conocimiento bajo, con una práctica inadecuada sobre los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro.

4.4 Recomendaciones

A la investigación

Implementar actualización continua, que permita brindar cuidados de calidad a los prematuros

A la institución

Contar con un manual de procedimientos específico que sirva de guía en los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro.

Implementar un plan de sesiones educativas, con estrategias participativas del profesional de enfermería.

A la práctica de enfermería

Supervisar el cumplimiento adecuado de la práctica de enfermería en los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro.

Promover la interacción de los padres con el neonato prematuro para fortalecer el apego.

Referencias

- Alonso, J. R. (23 de agosto de 2017). Neurodesarrollo en niños prematuros [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://jralonso.es/2017/08/23/neurodesarrollo-en-ninos-prematuros/>
- Browne, J. V. (2011). Developmental care for high-risk newborns: emerging science, clinical application, and continuity from newborn intensive care unit to community. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 719-729. doi: 10.1016/j.clp.2011.08.003
- Bustamante, D. P., Panta, S. Y. N., y Silva, T. A. (2017). *Conocimiento y prácticas de enfermeras sobre el cuidado del neurodesarrollo de neonatos del servicio de neonatología-hospital regional Lambayeque- 2015* (Tesis de Especialidad). Recuperada de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1636/BC-TES-TMP-473.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cuevas, M. I. (2019). *Competencias para el cuidado de enfermería y el nivel del neurodesarrollo del neonato prematuro hospitalizado* (Tesis de Especialidad). Recuperada de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15706/2E%20627.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Egan, F., Quiroga, A., y Chattás, G. (2012). Cuidado para el neurodesarrollo. *Enfermería Neonatal*, (14). Recuperado de <https://docplayer.es/23676528-Cuidado-para-el-neurodesarrollo.html>

- Fernández, Y., Funes, M., y Ladino, V. (2015). *Importancia del rol de enfermería en el neurodesarrollo del recién nacido pretérmino* (Tesina de Licenciatura). Recuperada de <https://core.ac.uk/download/pdf/83116557.pdf>
- Fernández, C., Matzumura, J., Gutiérrez, H., Zamudio, L., y Malgarejo, G. (2017). Secuelas del neurodesarrollo de recién prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. *Horizonte Médico (Lima)*, 12(2), 6-13. doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.01>
- Fonseca, M. (2016). *Asociación entre el conocimiento, práctica y actitud del cuidado de enfermería en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro* (Tesis de Doctorado). Recuperada de https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15670/TD_FONSECA_FONSECA_Madeline.pdf?sequence=1
- Fuente, P. (2016). El profesional de la Enfermería en las unidades neonatales y los cuidados centrados en el desarrollo. *Metas de Enfermería*, 19(7).
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2016). *SSG conmemora el Día Mundial del Prematuro 2016 con capacitación de personal en la atención de este tipo de pacientes*. Recuperado de <https://boletines.guanajuato.gob.mx/2016/11/18/ssg-conmemora-el-dia-mundial-del-prematuro-2016-con-capacitacion-de-personal-en-la-atencion-de-este-tipo-de-pacientes/>
- Godoy, A., y Oliva, A. (2015). *Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero* (Tesis de Licenciatura).

Recuperada de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8520/godoy-silvina-alejandra.pdf

Harillo, F. D., Rico, J. I., y López, A. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(4), 577-602. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>

Heidelseise, A., (2012). *Guía del programa. Prorama de evaluación y cuidado del desarrollo individualizado del recién nacido (NIDCAP). Una educación y programa de entrenamiento para profesionales del cuidado de la salud*. Recuperado de <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/11/Guia-del-programa-both-parts-rev15Jun12-sk.pdf>

Inga, R. L., y Gómez, K. Y. (2018). *Conocimiento y control de factores estresantes ambientales del recién nacido prematuro en el profesional de Enfermería del servicio de neonatología hospital III José Cayetano Heredia Piura, 2018*. (Tesis de Especialidad). Recuperada de Inga, R., & Gomez, K. (2018). Conocimiento Y Control De Factores Estresantes Ambientales Del Recien Nacido Prematuro En El Profesional De Enfermería Del Servicio De Neonatología Hospital Iii José Cayetano Heredia Piura,. (tesis Segunda Especialidad). (U. N. Callao, Ed.) Callao, Perú.

Jorrín, C. (2018). Cuidados centrados en el desarrollo y la familia en el recién nacido prematuro (Tesis de licenciatura). Recuperada de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14122/JorinBengoecheaC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- López, B., Ávalos, N., y Díaz, N. B. (febrero, 2018). Incidencia De Prematuros En El Hospital General Naval De Alta Especialidad 2015-2017. *Revista de Sanidad Militar*, 72(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2018/sm181d.pdf>
- Ludington, S. M., Morgan, K., Abouekfettoh, A. (mayo, 2008). A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more week's postmenstrual age. *Advances in neonatal care*, 8(3S). Recuperado de https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=799983&an=00149525-200806001-00002&Journal_ID=675992&Issue_ID=799980
- Martínez, M. S. (2016). *Termorregulación en el recién nacido*. Recuperado de http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_4.pdf
- Mosqueda, R. (2016). *Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología* (Tesis de Doctorado). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/38925/1/T37710.pdf>
- Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ibe, O., Ludington, S., Mendoza, S., Pallás, C., Ruiz, C., Sizun, J., Widström, A. M. (2010). Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first European conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Actapediátrica. Nurturing the child*, 99(6), 820-826. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Born too soon. The global action report on preterm birth*. Recuperado de https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (19 de febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Pallás, C. R. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(2), 62-67. doi: [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70170-2](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70170-2)
- Pina, P. J. (2016). El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3), e20160079. doi: 10.5935/1414-8145.20160079
- Polit, D. F., y Tatano, C. (9ª Ed.). (2018). *Investigacion en Enfermería: Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la Enfermería*. España: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruíz, E. (2016). Cuidados centrados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. *Revista Enfermería Castilla y León*, 8(1). Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/177/148>
- Quispe, A. Y. (2018). *Conocimiento y práctica de las enfermeras sobre cuidado centrado en el desarrollo del prematuro hospitalizado*. (Tesis de Especialidad). Recuperada de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11714/2E542.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rao, S., Udani, R., y Nanavati, R. (enero, 2018). Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Research papers*, 45. Recuperado de <http://www.indianpediatrics.net/jan2008/17.pdf>
- Sannino, P., Gianni, M. L., De Bon, G., Fontana, C., Picciolini, O., Plevani, L., Fumagalli, M., Consonni, D., y Mosca, F. (2016). Support to mothers of premature babies using NIDCAP method: a non-randomized controlled trial. *Early Human Development*, 95, 15-20. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.01.016
- Sizun, J., y Westrup, B. (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal edition*, 89, F384-F389. doi: 10.1136/adc.2003.025114



Apéndice A

Carta de Autorización de Tema



Apéndice B

Carta Compromiso de Asesor Principal de Tesis

Puebla, Pue. Marzo 2020

H. Comité Académico del Posgrado

Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del **C. Nombre (s) Apellido** que en caso de ser aceptado en el Programa académico: Especialidad **en Enfermería en Neonatología**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Conocimientos del Profesional de Enfermería sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo del Recién Nacido Prematuro.**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante la asignatura optativa que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente
Dra. Gudelia Nájera Gutiérrez
 ID 31204
 Doctorado en Ciencias de la Enfermería
 Catedrático UPAEP / Catedrático BUAP
 9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla.
 2299400 ext. 7713

C.c.p. Coordinación de Investigación
 Archivo



Apéndice C

Carta Compromiso de Co-asesor de Tesis

Puebla, Pue. a ____ de ____ de 2016

H. Comité Académico del Posgrado

Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C.
_____, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico:

Especialidad de Enfermería en: Enfermería en Neonatología

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es:

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante la asignatura optativa que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

Nombre y Firma.

ID

(Grado académico, puesto, Institución, dirección y teléfono)

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP

21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 224 2200
www.upaep.mx

Apéndice D

Cesión de Derechos

Asunto: Cesión de Derechos

Puebla, Pue., México a _____

Comité Académico de Investigación
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado _____ es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

Que es un trabajo original.

Que no ha sido previamente publicado en algún medio.

Que no ha sido remitido para su publicación.

Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.

Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.

Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.

Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Nombre y firma del Estudiante (s)

Nombre y firma del Asesor (es)

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Directora de Posgrados en Enfermería

Representante del Comité Académico de
Investigación

C.c.p. Coordinación de Investigación



Apéndice E

Oficio de Solicitud de Aplicación de Encuestas

Universidad Popular Autónoma Del Estado De Puebla
Vicerrectoría De Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Posgrados en Investigación

Formato de datos para solicitar oficio de permiso en el levantamiento de encuestas

Objetivo: Recabar los datos relevantes del proyecto de investigación a través de la cedula de datos para asegurar la gestión en la aplicación del instrumento.

1. Nombre del estudiante:	Blanca Esther Paz Correa, María Guadalupe Nito Cazares, Martha Leticia Romero Ortiz
2. Matricula:	16480162, 16480165, 16480163
3. ID:	3462565, 3461804, 3462958
4. Especialidad o Maestría	Especialidad en Enfermería en Neonatología
5. A quien va dirigido: (Grado Académico, Nombre y cargo)	Doctor Raúl Alejandro Núñez Torres Presidente del Comité de Ética en Investigación
6. Con Atención a: (grado académico, nombre y cargo)	
7. Institución donde se realiza la encuesta:	Hospital General Felipe G. Dobarganes
8. Nombre del proyecto:	Conocimiento del Profesional de Enfermería sobre Cuidados Centrado en el Desarrollo del Recién Nacido Prematuro.
9. Objetivo del proyecto:	Determinar el Nivel de Conocimiento y la Practica que tienen las Enfermeras sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del Recién Nacido Prematuro.
10. Nombre del instrumento (s) y (Autor del instrumento y año)	Se utilizaran dos instrumentos: 1ero. Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. Consta de 20 preguntas a evaluar. Con un alfa de Cronbach de 0.813. 2do. Valoración del NIDCAP. Consta de 32 ítems. Con un alfa de Cronbach de 0.762

	Alonso, J. (23 de agosto de 2017). <i>Neurodesarrollo del prematuro</i> . Obtenido de https://jralonso.es/2017/08/23/neurodesarrollo-en-ninos-prematuros/
11. Periodo de aplicación:	10 demarzo del 2020
12. Población:	Personal de Enfermería que se encuentre en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
13. C.c.p.	

Elaboró: Romero Soriano José Alfredo



Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Carta de Consentimiento Informado

Fecha: Marzo 2020

Título del Proyecto: Conocimiento del Profesional de Enfermería sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo del Recién Nacido Prematuro

Investigador Responsable: Nito Cazares María Guadalupe, Paz Correa Blanca Esther y Romero Ortiz Martha Leticia

Prologo:

Propósito del Estudio:

Descripción: Si Usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, y contestar un instrumento, los cuales se le serán aplicados dentro de su unidad de trabajo con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde se lleva a cabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación en el estudio. Si Usted se siente incómodo, incapacitado o simplemente no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: No existe ningún beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar en el conocimiento de la carga mental de trabajo en los profesionales de enfermería, para con ellos implementar medidas que prevengan y/o contrarresten los efectos posibles de este riesgo psicosocial.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para uso y distribución de la información: La única persona que conocerá la información recabada será el responsable del estudio, y será utilizada exclusivamente por él. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del Participante

Nombre y Firma del Primer Testigo

Nombre y firma del investigador



Apéndice G

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Instrumentos de Recolección de Datos

Nivel de Conocimiento de la Enfermera sobre el Cuidado Centrado en el Desarrollo del
Prematuro
(Mosqueda, 2015)

No. del Instrumento: _____

Instrucciones: El presente cuestionario tiene como finalidad determinar el conocimiento que tienen las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro; es importante contar con su colaboración ya que contribuirá al desarrollo de la profesión con los resultados obtenidos. El cuestionario es anónimo por lo que se le pide la mayor sinceridad posible.

DATOS PERSONALES:

- 1.- Edad..... 2.- Tiempo de experiencia laboral en UCIN.....
3.- Nivel Académico: Enf. General () Licenciada () Especialista () 4.- Sexo: M () F ()
4.- Tipo de contrato:..... 5.- Turno:.....
6.- Cuentas con algún curso o diplomado en el cuidado del recién nacido:.....

ASPECTOS A EVALUAR: Marque con una (X) la respuesta que considere correcta.

1. Respecto a la maduración cerebral, señalar la afirmación correcta:

- a) Los cerebros de los niños prematuros por el impacto ambiental que sufren tienen un periodo de inactividad.
- b) Los niños prematuros tienen impacto del ambiente en la maduración cerebral y en la calidad de las conexiones.
- c) En los niños muy prematuros se producen 1000 nuevas sinapsis al día.
- d) Los niños prematuros tienen plasticidad cerebral que quiere decir que pueden aparecer neuronas que sustituyan a las dañadas.

2. Los cuidados centrados en el desarrollo son:

- a) Los cuidados integrales dirigidos a los prematuros enfermos en la UCIN

- b) Los cuidados holísticos dirigidos a los prematuros extremos.
- c) Los cuidados para favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del prematuro.
- d) Ninguna de las anteriores.

3. Los cuidados centrados en el desarrollo comprenden intervenciones:

- a) Intervenciones dirigidas a optimizar el macro ambiente (luz y ruido).
- b) Intervenciones dirigidas a optimizar el microambiente (postura, manipulación, dolor, etc.).
- c) Intervenciones sobre la familia: facilitar al máximo su papel de cuidador.
- d) Todas las anteriores.

4. Los beneficios de la práctica del cuidado centrado en el desarrollo del prematuro son:

- a) Mejora el vínculo afectivo entre padre e hijo.
- b) Podemos reconocer cualquier signo de alarma.
- c) Evitar daños posteriores (hemorragia interventricular y parálisis cerebral).
- d) Proporciona al prematuro mejores oportunidades de desarrollo.

5. En relación con el ruido en las Unidades Neonatales, señale lo correcto:

- a) El sistema auditivo comienza a desarrollarse antes que la vista.
- b) A partir de las 24 semanas de gestación, los ruidos ya afectan la conducta.
- c) Su disminución evita aumentos de presión intracraneal e hipoxemia y protege del estrés.
- d) Todas son ciertas.

6. El nivel máximo de ruido en las Unidades Neonatales para el prematuro recomendado por la Academia Americana de Pediatría es:

- a) 80dB de día y 55dB de noche.
- b) 60dB de día y 35dB de noche
- c) 40dB de día y 20dB de noche
- d) Ninguna es correcta.

7. Respecto al desarrollo del sistema visual, señale lo correcto:

- a) Es el primer sentido en desarrollarse y menos maduro al nacimiento.

- b) Su desarrollo precisa de estímulos exógenos y endógenos.
- c) Los párpados están fusionados hasta las 24-25 semanas de edad gestacional y el mecanismo primario de protección son los conos y bastones.
- d) El recién nacido prematuro precisa para el correcto desarrollo visual recibir estímulos luminosos intensos.

8. La importancia de la iluminación cíclica en la unidad neonatal es: excepto

- a) Evitar la retinopatía en el pre término de menor edad gestacional.
- b) Reducir el estrés neonatal.
- c) Aumentar los periodos de sueño y mejorar los patrones de comportamiento.
- d) Regular el ritmo circadiano en el prematuro mayor de 32 semanas.

9. Los niveles de luz en las unidades Neonatales recomendados para el prematuro según la Academia Americana de Pediatría son:

- a) Durante el día uso de luz natural intenso.
- b) Por la noche, luz artificial mayor a 200 lux.
- c) Iluminación no superior a 60 lúmenes en cuna o incubadora.
- d) Mayor de 60 lux en la cuna o incubadora, independientemente de la edad gestacional.

10. Una postura contenida y confortable del prematuro permite:

- a) Mejorar la estabilidad fisiológica y menor consumo de energía.
- b) Un mayor hiperextensión de cuello y retracción escapular.
- c) Una mejor visualización del niño y acomodación de catéteres, drenajes.
- d) Largos periodos en estado alerta y cortos periodos de sueño.

11. Los principios de un posicionamiento correcto incluyen:

- a) Flexión y contención.
- b) Flexión, comodidad y contención.
- c) Mantenimiento de la línea media, flexión y contención.
- d) Flexión, contención, comodidad y mantenimiento de la línea media.

12. El beneficio que produce la posición prona en el prematuro es.

- a) Facilitar los procedimientos y la visualización del prematuro.

- b) Favorecer el vaciamiento gástrico.
- c) Reducir el riesgo de muerte súbita.
- d) Facilitar la flexión y la oxigenación.

13. las principales ventajas que aporta al prematuro la posición lateral son:

- a) Facilita las medidas de autoconsuelo, como el movimiento mano-boca, agarrarse, juntar las manos.
- b) Favorece la estimulación auditiva y visual.
- c) Favorece la flexión, autorregulación y la simetría.
- d) Todas son ciertas.

14. La finalidad de concentrar los cuidados que se le da al prematuro es:

- a) Aumentar el gasto cardiaco
- b) Mantener el descanso y ganancia de peso.
- c) Disminuir el riesgo de hemorragia interventricular y sepsis.
- d) Favorecer el sueño del prematuro.

15. El contacto piel a piel del prematuro permite.

- a) Mejorar los parámetros fisiológicos y disminuye el estrés.
- b) Mejorar la observación y el cuidado.
- c) Realizarlo cuando el prematuro se encuentre en condiciones estables.
- d) Ninguna es cierta.

16. Respecto al dolor del recién nacido prematuro. Señale la respuesta correcta.

- a) Las vías inhibitorias del dolor están maduras y les ayudan a tolerarlo mejor.
- b) No sienten dolor porque tienen su SNC aún inmaduro.
- c) No sienten dolor porque no tienen memoria y por tanto no son capaces de recordar.
- d) Sí sienten dolor y sufren sus consecuencias ya que su sistema nociceptivo está formado a partir de la 20 semana de gestación.

17. Las alteraciones a largo plazo que puede provocar la exposición al dolor son:

- a) Alteraciones cognitivas, del aprendizaje y la conducta.

- b) Alteraciones en la personalidad.
- c) Alteraciones en la tolerancia del dolor.
- d) Todas son ciertas.

18. Los beneficios del método madre canguro son: excepto

- a) Fomenta el vínculo afectivo y disminuye el estrés de los padres.
- b) Promueve la lactancia materna a distintos niveles.
- c) Evita las hipoglucemias.
- d) Ganancia de peso.

19. Los beneficios de la lactancia materna directa para el prematuro son:

- a) Fomenta el vínculo afectivo
- b) Favorece el desarrollo neurosensorial y emocional.
- c) Nutritiva e inmunológica
- d) Todas las anteriores

20. La participación de los padres del recién nacido prematuro en la UCIN contribuye a:

- a) Incorporar a los padres en el cuidado de su recién nacido prematuro.
- b) Disminuir la estancia hospitalaria y sepsis del recién nacido prematuro.
- c) Disminuir las infecciones intrahospitalarias
- d) Evitar hemorragia intraventricular del prematuro.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!



Apéndice G

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación

Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Instrumentos de Recolección de Datos

Lista De Cotejo Para Determinar La Práctica Del Cuidado De La Enfermera Centrado En
El Desarrollo Del Prematuro
(Quispe, 2018)

OBJETIVO: Recopilar información a través de la observación sobre el cuidado de la enfermera centrado en el desarrollo del prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General Felipe G Dobarganes, San Miguel de Allende, Gto.

Enfermera observada..... Fecha de Observación:.....

Turno: Mañana () Tarde () Noche () Jornada Acumulada ()

INDICADORES	SI	NO
CONTROL DE LUZ		
1. Cubre la incubadora con un cobertor oscuro y grueso.		
2. Utiliza protección visual del prematuro en procedimientos.		
3. Proporciona ciclos de luz/oscuridad, transición en ciclos para el día y la noche.		
4. Usa la luz natural en lo posible durante la atención.		
CONTROL DE RUIDO		
5. Abre y cierra las incubadoras suavemente.		
6. Evita apoyar elementos ruidosos sobre la superficie de la incubadora.		
7. Mantiene conversaciones lejos del prematuro en tono suave.		
8. Disminuye al mínimo el volumen de las alarmas o usa modo visual y silencio lo antes posible.		

9. Mantiene su celular en modo vibrador y no lo utiliza dentro de la unidad.		
CUIDADO POSTURAL		
10. Usa el nido como dispositivo de contención para mantener al prematuro en flexión con las manos próximas al tronco.		
11. Mantiene en línea media la cabeza-tronco-cadera del prematuro.		
12. Mantiene en posición de decúbito lateral, y para intervención decúbito dorsal pero con contención.		
13. Durante la alimentación coloca al prematuro de lado o posición prona, de frente o semisentado.		
14. Realiza cambios posturales cada 3-4 horas que favorezcan la flexión global.		
MANIPULACION MINIMA		
15. Agrupa las intervenciones en horarios fijos. (Periodos de descanso y recuperación).		
16. Manipula de forma lenta y suave durante los procedimientos.		
17. Manipula al prematuro conservando la flexión en posición prona o lateral.		
18. Respeta los periodos de sueño, no manipula si prematuro está dormido.		
CONTROL DEL DOLOR O REDUCCION		
19. Utiliza succión no nutritiva, nutritiva (pecho) o acunamiento en procedimientos dolorosos.		
20. Aplica medidas de contención para mantener en posición de		

flexión y en línea media durante los procedimientos.		
21. Manipula al prematuro durante procedimientos dolorosos con apoyo de otra persona.		
22. Usa la escala de PIPP para determinar el grado de dolor.		
METODO MADRE CANGURO		
23. Facilita el contacto "piel a piel" temprano, prolongado y continuo de mamá-papá-hijo (madre canguro).		
24. Favorece la técnica en bebés con o sin dispositivos de oxigenoterapia.		
25. Ofrece ayuda y guía cuando los padres lo necesitan, sin interferir con la privacidad durante el procedimiento.		
26. Informa a los padres sobre las ventajas que proporciona el método.		
LACTANCIA MATERNA		
27. Promueve el contacto a través del amamantamiento lo más pronto posible.		
28. Informa a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna para el desarrollo del prematuro.		
INTERVENCIONES O PARTICIPACION DE LOS PADRES		
29. Permite la entrada de la madre en cualquier momento del día y del padre una vez por turno.		
30. Involucra a los padres en los cuidados básicos de su hijo (cambio de pañal, alimentación, Tª, baño)		
31. Explica a los padres sobre el estado y los cuidados que se les proporciona a su hijo.		

32. Incentiva a los padres a interactuar(hablar, acariciar) con su hijo cuando el estado del prematuro y las condiciones médicas lo permiten.		
TOTAL		

