

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE FACTORES
ESTRESANTES EN RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE APOYO II
SULLANA – PIURA, 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

EVONY ROSARIO LAZO RÍOS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Evony Rosario Lazo Ríos', with a stylized flourish at the end.

CALLAO – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 229

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1686-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco conceptual	9
2.3 Definición de términos	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de datos	28
3.2 Experiencia profesional	28
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	31
IV. RESULTADOS	35
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIALES	41
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

Aunque se le considera uno de los males “modernos”, el estrés se padece desde que los seres vivos habitan la tierra. Es un proceso biológico y psicológico que se origina ante exigencias y requerimientos internos o externos al organismo, frente a los cuales no tiene información para una respuesta acorde e impulsa un mecanismo de ajuste ante la emergencia.

Es en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla rápida y eficientemente y responder en forma adecuada a la demanda. (1)

Este concepto fue acuñado por Hans Selye como *Síndrome General de Adaptación, la medida del desgaste vital o estrés*, que es de origen adaptativo, pone en funcionamiento los mecanismos de alarma necesarios para la supervivencia y relaciona a todos los órganos en un síndrome, presentando tres etapas: alarma, resistencia, agotamiento.(2)

El presente informe de Experiencia Laboral Profesional, es elaborado en base a hechos vivenciales durante mi estancia laboral teniendo como propósito describir a la enfermera Neonatóloga ante el cuidado en el manejo de factores estresantes en el Recién Nacidos del servicio de Neonatología Hospital Apoyo2-II Sullana.

El papel de la enfermería en los servicios de neonatología se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un importante espacio en esta especialidad, pero se debe sistematizar la capacitación del personal de las Unidades de Cuidados Neonatales, para lograr una atención óptima en los recién nacidos, y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial.

Los cuidados de enfermería deben de ser universales y aplicables en los momentos iniciales de la vida, La neonatología ha alcanzado en los últimos años avances tecnológicos impensables, enfocados a salvar a prematuros extremos; éstos avances han hecho proliferar unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en las que el niño es aislado y su atención tecnificada es en exceso (Marrines ,2003).

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ha aumentado significativamente el índice de supervivencia de neonatos, pero esta unidad mantiene un ambiente por lo general poco apacible y a veces incluso ruidoso y molesto, que contrasta con el cálido, oscuro y dulce ambiente del útero. Los bebés están expuestos a luces brillantes, ruidos importantes, procedimientos dolorosos e incómodos, superficies relativamente duras y ausencia de un micro-ambiente de apoyo y límites protectores. Muchos de los procedimientos que realizamos, producen cambios fisiológicos en el neonato prematuro, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión arterial, disminución de la saturación de oxígeno, que puede llevar a hemorragia intracraneana en los prematuros extremos (Marrines, 2003).

El presente informe de experiencia profesional servirá para beneficiar a los estudiantes, futuros profesionales de la salud y personas que reciben un servicio de salud, que conllevan al cuidado integral y óptimo, fomentando así la investigación e interés por temas a fines que conlleven a una mejora en los servicios de Salud competentemente a Enfermería.

El informe de Experiencia Laboral Profesional: Cuidado de Enfermería en el Manejo de Factores Estresantes en Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo II -Sullana 2014-2016. Está estructurado en 7 Capítulos: Capítulo: I Planteamiento del Problema; Capítulo: II Marco Teórico o Conceptual o Referencial; Capítulo: III Presentación del Caso o Situaciones Profesionales Relevantes; Capítulo: IV Resultados; Capítulo: 5 Conclusiones; Capítulo: VI Recomendaciones o Propuestas De Afrontamiento; Capitulo: VII Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Los recién nacidos (RN), y en particular los prematuros (RNP), son susceptibles a los efectos nocivos de una respuesta intensa al estrés por sus características: no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa.

En los últimos años, a nivel mundial, se ha registrado un incremento de niños prematuros. La incidencia de niños de muy bajo peso al nacer (-1500gr) varía entre el 0.6 y el 3% de todos los nacimientos. Sin duda, estos recién nacidos de bajo peso constituyen un grupo de alto riesgo de sufrir estrés, debido a su inmadurez, por lo que necesariamente serán ingresados a la UCIN.

Se estima que, de los 130 millones de bebés que nacen al año en el mundo, puede haber entre 780 000 y 3 900 000 recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). Este grupo de neonatos es un reto para los neonatólogos que luchan por mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos "pequeños gigantes".

Desde un punto de vista global, es difícil conocer la supervivencia de este grupo de neonatos, ya que en muchas regiones de Europa, no se documentan estos nacimientos. Todo es secundario a un fatalismo y a una aceptación de la alta mortalidad de este grupo de neonatos, especialmente en países en desarrollo, que es donde se encuentra el 99% de las muertes neonatales.

En México, de los 2 300 000 nacimientos que ocurren al año, se estima que el 1.46% son de un peso menor a 1500 g; por lo que casi 40 000 bebés requerirán cuidados intensivos neonatales. (3)

Los recién nacidos prematuros, o de bajo peso al nacer, presentan un mayor riesgo de padecer trastornos cognitivos, motores y conductuales en comparación con los recién nacidos a término. Hasta el 50% de los niños

prematuros pueden presentar dichos trastornos y entre el 5 y el 15% presentarían parálisis cerebral infantil.

De aquí la tendencia que ha surgido en los últimos tiempos de abordar el manejo de los Recién Nacidos, conociendo y comprendiendo los potenciales efectos dañinos del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal.

En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los RN están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques impredecibles) y pobre o excesiva estimulación táctil, muy diferentes a los que estaría acostumbrado en el útero o con los cuidados maternos.

Para mejorar esta situación de estrés es necesario que nuestras intervenciones como personal de salud, estén dirigidas a reducir dicha estimulación al mínimo posible, con el fin de disminuir y prevenir la sobre estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC) aún inmaduro del RN, además de manejar protocolos de manipulación mínima y escalas de dolor. La analgesia y sedación en procedimientos dolorosos, son claves para la neuroprotección de un cerebro inmaduro que además atraviesa por periodos críticos en su desarrollo.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo II de Sullana, es un servicio que cuenta con una infraestructura poco adecuada para el cuidado de recién nacido delicado, pero en el transcurso de los años la Unidad de Cuidados Intensivos ha mejorado mucho en cuanto a capacitación de personal y equipos modernos lo que ha permitido que nuestro personal tome conciencia sobre el estrés del recién nacido, tema al que anteriormente no se le daba la debida importancia.

1.2 Objetivo

Describir los Cuidados de Enfermería en el Manejo de Factores Estresantes en Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo II- Sullana 2014-2016.

1.3 Justificación

El Hospital de Apoyo II - Sullana, es un hospital de referencia , el cual recepciona referencias a nivel Regional de Recién Nacidos con patologías complicadas que requieren una atención y cuidado especializado; también se admiten pacientes gestantes de alto riesgo, suscitándose partos de recién nacidos que muchas veces necesitan ser hospitalizados, los cuales son estabilizados y trasladados al Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e Intermedios Neonatal, donde continuarán su estancia hospitalaria recibiendo cuidados especializados por parte del personal de salud.

En vista que los neonatos son la población más vulnerable, en especial los Recién Nacidos Hospitalizados y que su bienestar depende mucho de la prestación de servicios y siendo la enfermera el personal de salud que con profesionalismo, ética y calidez brinda cuidados de forma holística e integral.

Todos los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques impredecibles) y pobre o excesiva estimulación táctil, muy diferentes a los que estaría acostumbrado en el útero o con los cuidados maternos.

Para mejorar esta situación de estrés es necesario que nuestras intervenciones como personal de salud, estén dirigidas a reducir dicha estimulación al mínimo posible, con el fin de disminuir y prevenir la estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC) aún inmaduro del RN, además de manejar protocolos de manipulación mínima y escalas de dolor.

La analgesia y sedación en procedimientos dolorosos, son claves para la neuroprotección de un cerebro inmaduro que además atraviesa por periodos críticos en su desarrollo.

En la actualidad uno de los principales indicadores en los hospitales del MINSA es la calidez y cuidado en la atención de salud, aplicándolo en el campo diario de trabajo al tener contacto con el usuario o paciente Recién Nacido que esta hospitalizado en la UCIN, por tal motivo este trabajo de investigación es importante para el personal de salud que labora en el servicio de Neonatología del Hospital de Apoyo II- Sullana, porque los resultados van a contribuir a mejorar la atención integral hacia los Neonatos .

Así también la investigación permitirá que las instituciones educativas formadoras de profesionales de salud como universidades socialicen los resultados teniendo énfasis la importancia del cuidado enfermero paciente.

Finalmente, el presente estudio servirá de marco referencial de conocimientos del cuidado neonatales para la mejora de los procedimientos detallados y de rigor metodológico, donde se concreta lo que se conoce como un método científico asegurando una atención con calidez y de calidad óptima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Para el presente trabajo de investigación se recurrió a diferentes fuentes

A NIVEL INTERNACIONAL

RUIZ, E., (2014), investigó “Los Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo (CCN) del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado”, el cual tuvo como objetivo: Exponer los beneficios que producen los cuidados centrados en el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro hospitalizado y su familia, basados en la evidencia científica. Material y método: Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado artículos de la literatura científica recogida en las bases de datos MEDLINE a través de PubMed (NCBI) y Cochrane Plus, llegando a la conclusión de que la aplicación de los CCN al recién nacido prematuro produce una reducción de la necesidad de cuidados intensivos, de la estancia hospitalaria y de la ansiedad familiar, así como una mejora de los resultados del neurodesarrollo a largo plazo.

PEREZ S., Eliana (2017), realizó un trabajo titulado “Tratar el Dolor, un Acto de Amor”, trabajo cuyo objetivo fue prevenir el dolor sin utilizar fármacos, durante los procedimientos de enfermería; el cual se aplicó y evaluó estrategias educativas dirigidas al personal de enfermería, sobre los cuidados centrados en el neurodesarrollo del Recién Nacido. Teniendo como producto final de este proyecto una “Guía de Enfermería para la Analgesia no Farmacológica en los Recién Nacidos”

A NIVEL NACIONAL

NARRO, G., Josselyn; ORBEGOSO B., Diana, (2016) , realizaron una investigación sobre "Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería y Nivel de Estrés de las Madres del Neonato Prematuro Hospitalizado-Hospital Belén-Trujillo 2016", cuyo objetivo es determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería y su relación con el nivel de estrés de las madres del neonato prematuro hospitalizado en el Departamento de Neonatología, en el área de cuidados Intermedios; este estudio fue de tipo cuantitativo, en el que se concluyó que el nivel de estrés de las madres de neonatos hospitalizados, es de 61%, con estrés moderado y el 66% de madres no perciben un cuidado humanizado de enfermería en la atención de los neonatos.

A NIVEL LOCAL

Bazán, F., (2000) .Realizó una investigación sobre "Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro en el Hospital de Sullana –Piura", demostró que el profesional de Enfermería tiene un nivel de conocimiento alto en el 63% de los casos. Además se obtuvo que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en sus cuatro áreas: Cognitiva 57.4%, habilidad y destrezas 61.1%, actitudinal 96.3% y cuidar-cuidado 87%.

2.2 Marco Conceptual Referencial o Teórico

A lo largo de los años la definición clásica de estrés fue enriquecida con la incorporación de aspectos subjetivos y componentes cognitivo-emocionales.

(4)

Se lo define entonces como “una relación amenazadora o anticipatoria de recursos entre la persona y el ambiente y que pone en peligro su bienestar”.(5)

El procesamiento psicológico del estrés implica a cada sujeto:

- Reacción afectiva de preparación para responder a condiciones ambientales;
- Una serie de valoraciones sobre demandas de la situación;
- Posibilidades del individuo para enfrentarlas;
- Conjunto de esfuerzos para afrontar una situación planteada o futura.

¿QUÉ ES EL DISTRÉS?

El estrés o eustrés desaparece, como proceso adaptativo, al cesar la amenaza. Pero si se mantiene en el tiempo, se supera la capacidad de control, se rompe el equilibrio físico y/o emocional entre demanda y resistencia, y se generan consecuencias negativas.

Aparece un cuadro anormal, en general de carácter crónico, denominado distrés.

Clasificación de los desencadenantes de estrés o estresores

Los desencadenantes del estrés o estresores son psicológicos y/o biogénicos; actúan sobre núcleos neurológicos produciendo las respuestas en los planos psíquico, neurológico y endócrino.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III- R) tiene una escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial en adultos, pero no lo evalúa en niños ni en recién nacidos (RN). Como ejemplo de estrés moderado, sitúa al embarazo y como estrés grave, el nacimiento de un bebé. (5,6)

Los estresores se pueden clasificar por: (1,5)

- *Intensidad.*

- *Cambios que producen:*

1) *Estresor múltiple*: por cambios significativos, de trascendencia vital, fuera del control del individuo y de diversos orígenes.

2) *Estresor biogénico*: mecanismos físicos y químicos disparan directamente la respuesta del estrés, sin mediación de los procesos psicológicos ni la valoración cognitiva.

3) *Estresor cotidiano*: remite a problemas prácticos, fortuitos o sociales; se plasman en alteraciones de condiciones biológicas del organismo por efecto de drogas, responsabilidades domésticas, aspectos relacionados a la economía, trabajo, mantenimiento del hogar, la salud, la vida familiar, personal y social.

ESTRÉS EN RN INTERNADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

Los recién nacidos (RN), y en particular los prematuros (RNPre), son susceptibles a los efectos nocivos de una respuesta intensa al estrés por sus características: no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa.

En los RN es más difícil conservar la estabilidad metabólica por:

- Mayor superficie corporal relativa;
- Más requerimiento de generación calórica;
- Mayor necesidad de glucosa;
- Relación cerebro/ peso corporal;
- Necesidad de conservar el crecimiento somático;
- Adaptación a un medio extrauterino;
- Maduración rápida de sistemas metabólicos enzimáticos y homeostáticos.

Los RN expuestos a estrés intraútero (retardo de crecimiento intrauterino por hipoxemia prenatal) presentan menor respuesta al estrés, lo cual aumenta su susceptibilidad a posteriores factores estresantes o estresores.

En las UCIN los bebés están sumergidos en un medio altamente estresante (iluminación, ruidos, movimientos y toques impredecibles) y pobre o

excesiva estimulación táctil (muy diferentes a los que está preparado: útero y/o cuidados maternos). (7,8)

Los padres también sufren los efectos de este vendaval de inadaptaciones.

INDICADORES DE ESTRÉS EN RN

Se consideran indicadores de estrés algunas medidas fisiológicas tales como:

- Tc_{pa}O₂: muy sensible, se correlaciona significativamente con la tensión arterial de O₂;
- Variabilidades de frecuencia cardíaca (FC).
- Cambios en coloración de piel.
- Mudanzas de expresión.
- Alteración de estados de conducta.
- Comportamientos de retracción:
 - Muecas; retracción de labios.
 - Dedos separados en abanico.
 - Arqueamiento de tronco.
 - Abducción de uno o ambos brazos (en alas de avión).
 - Extensión de uno o ambos brazos (saludos).
 - Suspiros; tos; bostezos.
 - Regurgitación; náuseas; vómitos.
- Trastornos en el desarrollo: se pueden observar varios componentes:
 - *Tono postural alterado*: provoca fijaciones y/ o bloqueos que causan compensaciones; secundariamente llevan a hábitos y/o posturas viciosas. Como consecuencia, se producen contracturas y se observan patrones anormales de desarrollo.
 - *Alteraciones del tono muscular*: el tono muscular es el estado de tensión permanente de los músculos que tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general regidos por el Sistema Nervioso Central (SNC). Tiene tres componentes: *tono pasivo* (resistencia a la movilización); *extensibilidad* (mide la elongación que sufren músculos, tendones y ligamentos al alejarlos pasivamente de su punto de inserción), y *consistencia de masas musculares*

(se aprecia por palpación a mano llena de la masa muscular, se compara cada miembro por separado, es uniforme en los 4 miembros). Los RN Pret y en general los RN internados en UCIN presentan *aumento de consistencia de masas musculares* como manifestación de estrés, independientemente de su Edad Gestacional (EG). Luego de toques o masajes sistemáticos, se observa marcada disminución de la misma.

- *Desorganización de la actividad motora*: actividad motora excesiva, descontrolada, los movimientos de las extremidades son de amplio rango, lejos del cuerpo del bebé; con hiperextensión de tronco y nuca; pobres comportamientos de auto-organización; llanto incontrolable; dificultad para dormir; puede incrementar la inestabilidad fisiológica, con dificultad en la relación respiración-succión-deglución.

- *Llanto*: indica un elevado nivel de excitación si es prolongado o frecuente: Aumenta hasta 200% demanda energética, eleva el metabolismo basal, disminuye el retorno venoso de vena cava inferior, reestablece la circulación fetal y reduce la oxigenación. (7,12)

ESTRÉS MATERNO/PATerno

Sobre este tema nos referiremos en forma breve. Debido a la estrecha relación que existe entre el RN y sus padres, y cómo se realimentan mutuamente durante los momentos de crisis, no puede dejarse de lado.

En el Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá" (HMIRS) hay mucha experiencia y trabajos realizados al respecto. (13-15).

Numerosas fuentes de estrés y noxas se asocian a embarazos de riesgo, partos prematuros y nacimiento de RN prematuros o con patología, planteándoles a los padres un desafío y la demanda de gran energía.

El estrés está asociado a riesgos y problemas de índole física, emocional, ética y moral implicados en las gestaciones de alto riesgo:

- *Embarazo*: reiteradas hospitalizaciones, largos períodos en reposo, controles continuos, riesgo aumentado de patologías, medicación para la madre y el feto, etc.

- *Parto y nacimiento de RN prematuro*: posibles secuelas; angustia y dudas por probables necesidades especiales y/o discapacidad del RN; etc.
- *Post- parto y días subsiguientes*: internación del día a día en UCIN; posibilidad o no de amamantamiento; patología del RN; dificultad para la recuperación física y emocional mínima de la madre, etc.
- *Papás*: sometidos a intenso estrés que retroalimenta la situación de la díada madre bebé.
- *Cambios de vida habitual*: carga financiera; pérdida salario materno; merma de contacto cotidiano familiar, con los otros hijos, red social y gran aislamiento.

CÓMO RESOLVER O MINIMIZAR LOS EFECTOS DEL ESTRÉS

Luego de plantear el problema surge cómo resolverlo: (16-19)

a) Propuestas y recursos para reducir el estrés desde el equipo de salud:

1. Medidas en las UCIN sobre el ambiente físico:

- Reducción de luces, ruidos, etc.
- Localización de la incubadora.
- Humanización del ambiente.
- Diferenciación entre día y noche: disminución de luz y ruido ambiente.
- Organización del ciclo sueño-vigilia.
- Control de FC y/o niveles de saturación de O2.

2. Con respecto al RN:

- Procedimientos acordes a los estados de conducta del RN.
- Disminución de manipulaciones.
- Reducción de maniobras dolorosas.
- Favorecer y mejorar su confort,

- Posturas adecuadas en flexión, facilitadoras de línea media.
- Intervenciones sensoriales (visual, auditiva, táctil propioceptiva, oral), motoras, para alimentación, etc.
- Contacto madre-bebé temprana y prolongada.
- Estimulación social con participación activa de padres. (11)

Metodologías propuestas

Tienen los siguientes propósitos y resultados en común: (20)

- Intervenir durante estado de alerta activo del RN.
- Respetar parámetros fisiológicos: T_{cpaO2}; T°; cambios de color; FC y FR.
- Cuidados posturales.
- Favorecer auto-regulación (uso intermediario y/o chupete).
- Disminuir efectos del estrés (Disminución secreción de hormonas relacionadas con estrés, aumento secreción de endorfinas).
- Fomentar aumento más rápido de peso.
- Menor número de interurrencias durante la internación.
- Disminuir días de internación.

Respecto a los planes de intervención y estimulación en los RN internados en UCIN se han planteado varias líneas de trabajo.

Se emplean distintas palabras como sinónimos que no lo son y no producen acciones ni reacciones similares en los bebés: (21,22)

- Masaje o fricción.
- Sostén (*Holding*).
- Contención (*Handling*).

Adamson y Macedo (20) usan los estímulos con mucho cuidado a través de un método sistemático y unimodal de estimulación diseñado especialmente para RNPre en las UCIN: Terapia TAC-TIC (Touching and Caressing - Tender in Caring). Es el primer método sistemático, unimodal y táctil de intervención no invasiva, con toques suaves con los dedos y/o palmas, a

cargo de la familia y del equipo de salud, no significa un “bombardeo de estímulos”. Logran objetivos comunes a todas las propuestas analizadas; además, un incremento más rápido de competencia inmunitaria, y mejor desarrollo de los niños a los 7 años.

Field y Scafidi (7) emplean un método polimodal de intervención táctil, a través de masajes o toques suaves y lentos con las manos, a cargo del terapeuta, en distintas partes del cuerpo, por períodos de 1 minuto (12 toques en 5 segundos) sobre cada región con el RN en prono, manteniendo una secuencia:

- 1) desde la cabeza y la cara hacia el cuello;
- 2) desde el cuello sobre los hombros;
- 3) desde la espalda hacia el tórax;
- 4) desde el muslo hacia los pies en ambas piernas;
- 5) desde el hombro hacia la mano en ambos brazos.

El masaje se combina con otros estímulos kinestésicos (movimientos de extensión/flexión pasivas en piernas y brazos, hablarle y/o contacto visual).
(21)

Acolet (22) determina hormonas relacionadas con estrés (adrenalina, noradrenalina y cortisol) 45' antes del tratamiento, y 1 hora posterior. Encuentra disminución de cortisol; incremento en producción de endorfinas y de eficiencia metabólica; sin cambios en la oxigenación ni en requerimientos de O₂, con pequeña disminución de temperatura corporal.

Rey Martínez plantea la *técnica de “Madre Canguro” (23)* como alternativa al cuidado convencional de RN con peso menor de 2.500 grs. en países con limitación en la asistencia de salud. Consiste en contacto piel a piel entre madre-niño las 24 horas del día, en posición vertical entre los senos de la madre y por debajo de la ropa. El RN puede ser alimentado en cualquier momento y otro familiar puede compartir dicho papel cargándolo en esa posición. Para dormir, la mamá debe hacerlo en posición semisentada. El alta hospitalaria precoz es independiente del peso o de la edad gestacional,

y se mantiene hasta las 37 semanas, con controles diarios. Se continúa un seguimiento estricto hasta los 18 meses de edad corregida. Hay dos formas de aplicación según las circunstancias locales:

- 1) **Técnica Canguro alternativa al “engorde”**: en países con recursos humanos y técnicos suficientes, exclusivamente intra-hospitalaria, a fin de facilitar lactancia y promover acercamiento madre-hijo, brindando a la madre un rol más próximo y directo en el cuidado de su RN una vez que éste haya superado los problemas de adaptación a la vida extrauterina, siempre bajo supervisión y cuidados del equipo médico. (23)

- 2) **Técnica Canguro**: donde no existen otras alternativas, la madre es la “incubadora” y fuente de alimentación para ayudar a salvar la vida de algunos RN.

Als H. (8) propone contención del RN sin estímulos kinéticos ni táctiles; cambios en medio ambiente; observación y evaluación según estados RN, a fin de favorecer la estabilidad y la organización del desarrollo y la conducta (Teoría Sinactiva del Desarrollo de la Conducta).

P. Grynwac-Meyerhoff (16,17) describe un programa basado en la contención del RN; una intervención acorde a estados del RN a cargo del terapeuta y los padres siguiendo el Método Bobath de Neurodesarrollo; (15) cambios en medio ambiente, para mantener el equilibrio y la estabilidad neuroconductual y fisiológicos.

- El *Programa de intervención en HMIRS* para el cuidado del RN en la UCIN cuenta con *técnicas eclécticas*. Sus objetivos son: (9, 18,19)

- Preservar la estabilidad neuroconductual.
- Humanizar las UCIN.
- Favorecer el acercamiento madre-hijo,
- Reducir el estrés en la madre y en el RN.
- Estimular la auto-regulación del RN.

- Colaborar en la organización emocional materna y familiar.

En el *HMIRS* se favorece el “contacto piel a piel” bajo indicación médica, con el niño en posición simétrica y en flexión sobre el tórax, apoyado en el antebrazo de su madre, durante dos horas como máximo, vestido sólo con pañal y/ o gorro. El alta y la alimentación a pecho son indicadas cuando corresponde. (16)

Se actúa sobre el medio ambiente, el RN y su familia a fin de preservar la estabilidad neuroconductual y fisiológica del bebé, a través de:

- La comodidad: ropa cómoda y amplia (no emplear enteritos justos); vigilancia de la integridad de la piel y características de colchones (dureza, uso de corderitos, etc.).
- Supresión del dolor.
- Otorgamiento de contención y protección afectiva.
- Disminución de los estímulos nocivos y/o excesivos.
- Facilitamiento de patrones normales del desarrollo.
- Favorecimiento de experiencias sensorio-motoras apropiadas a nivel de desarrollo del RN.
- La prevención de la aparición de patrones del movimiento y posturas anormales.
- La participación activa de padres y familiares en UCIN: aprender a reconocer cuándo relacionarse con RN.
- Verificación de respuestas del bebé ante cada propuesta.
- Supresión de los procedimientos ante signos de estrés o de alejamiento.

Las técnicas empleadas incluyen:

- Disminución de la estimulación ambiental en internación y se continúa luego del alta, en el hogar (no uso de TV, jugar un solo adulto por vez, etc.).
- Estimulación sensorial unimodal (un solo estímulo por vez).

Cuadro N°1
REGLAS DE ORO SOBRE ¿QUÉ HACER Y QUÉ NO? CON RN
INTERNADOS EN UCIN.

REACCIONES FISIOLÓGICAS	
HACER	EVITAR
<p>Modular el medio ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminuir ruido y luz excesivos; -Evitar conversaciones cerca del RN; -Disminuir manipulaciones; posicionarlo de lado o en prono durante la vigilia; -Facilitar actividad mano-boca; -Ofrecer sus propios dedos o un chupete para succionar. -Flexionar sus extremidades; -Permitir tomar los dedos del cuidador; -Envolver o cubrirlo con una mantilla o una sábana. 	<ul style="list-style-type: none"> -Girarlo rápidamente de supino aproximadamente mantenerlo en supino un tiempo prolongado. -Reforzar patrones en extensión (tronco arqueado). -Tocarlo o moverlo innecesariamente. -Hablarle alto si está irritable o desorganizado. -Escuchar música a volumen elevado. -Mantener sonando las alarmas de monitores.

REACCIONES MOTORAS	
<ul style="list-style-type: none"> -Sostener extremidades flexionadas. -Envolverlo con una mantilla o sábana. -Nido facilitador de flexión. -Posiciones más adecuadas durante vigilia: prono o laterales. -Mantener el dedo del cuidador en palma del RN. -Sostén y manipulaciones suaves. 	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad motora desorganizada prolongada. - Posturas en extensión completa. Moverlo vigorosamente.
ESTADOS DE CONDUCTA Y CONCIENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> -Agrupar actividades médicas y de enfermería. -Pesar en prono y bajo fuente de calor. -Favorecer el sueño entre la alimentación. - Balancearlo y facilitar succión para promover sueño -Si es necesario despertarlo, apaciblemente: Hablarle, tocarlo y desvestirlo suavemente. -Sacarlo de la incubadora otorgando sostén postural. -Ofrecer estimulación vestibular en posición vertical. Al bañarlo, en prono y bajo fuente de calor. Anticipar verbalmente acciones a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> Despertarlo entre la alimentación. Técnicas bruscas para despertarlo: <ul style="list-style-type: none"> - Hablarle en voz alta. - Golpear la incubadora Despertar espontáneo. <ul style="list-style-type: none"> - Menearlo. - Lavar la cara con agua fría. - - Desnudarlo bruscamente. - Sacarlo de la incubadora intempestivamente.

REACCIONES DE ATENCIÓN/INTERACCIÓN	
<p>Frente a signos de estrés, suspender intervención.</p> <p>Un estímulo sensorial por vez.</p> <p>Luz tenue.</p> <p>Mantenerlo cubierto, envuelto o vestido.</p> <p>Estímulo visual a 30-40 cm de la vista.</p> <p>Eliminar estímulos innecesarios.</p> <p>Facilitar actividades mano- boca o chupete.</p> <p>Postura en flexión.</p> <p>Dar sostén y estabilidad.</p> <p>Intervención RN en alerta.</p>	<p>Mantener intervención ante signos de estrés.</p> <p>Interacción en condiciones inadecuadas.</p> <p>Más de 1 estímulo sensorial simultáneo.</p>

Fuente: Revista Iberoamericana de Psicología

Estimulación táctil propioceptiva otorgando *inputs* facilitadores de autorganización: posturas en flexión de extremidades, llevando a la línea media, con manos cerca de boca; masajes. (22)

- Cambios posturales de decúbito: facilitar el prono durante la vigilia bajo atento cuidado materno.
- Estimulación kinética-vestibular (hamacas paraguayas, balanceo del bebé sobre falda materna, etc.).
- Arropamiento anatómico y/o intermediario (rollos "nidos", etc).
- Estimulación de succión nutritiva y no nutritiva.

- Humanización de la unidad (incubadora con elementos personales, recuerdos familiares, etc.).
- Ubicación de fuentes lumínicas y/u otros estímulos (recordar que la cabeza sigue la mirada).

Los “nidos” facilitan la contención física, la promoción del estado de sueño, posición antirreflujo si es necesaria, protegen de pérdida calórica, y son dúctiles en su uso.

Los masajes o “mimos” los realiza la madre estando el bebé en estado de alerta, a ritmo lento y uniforme, con las extremidades superiores en la línea media y permitiendo el contacto manos-boca.

Se favorece la succión nutritiva durante la alimentación por sonda nasogástrica y la no nutritiva, a través de la puesta al pecho materno y/o uso de chupete o su propia mano que facilitan la autoorganización.

Se dan sugerencias sobre tetinas y chupetes más adecuados para cada niño. (8, 9,19).

b) El RN y su familia: capacidad para enfrentar y superar el estrés

Los individuos poseen en distintos grados, una característica individual denominada **resiliencia** donde intervienen factores de protección, que incluyen características individuales y del medio.

Es un proceso dinámico que se sustenta en la interacción entre la persona y el entorno, implica la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella; es lo opuesto a la vulnerabilidad.

Varía en el tiempo y se ve afectada por factores genéticos y ambientales, cualidades protectoras o factores de protección, predisposición a la salud mental, etc., dando afortunadas combinaciones entre los atributos de los niños y adultos con su ambiente familiar, social y cultural.

Se la caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio “insano”.

Es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Es la resistencia frente a la destrucción que distingue dos componentes:

- Capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión.
- Capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles. (18,19)

Sería una respuesta global en la que se ponen en juego mecanismos de protección, es decir, la dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad en cada situación específica y respetando las características personales. (20,21).

Investigaciones sobre este tema han cambiado la forma de percibir al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, a un modelo de prevención y promoción sustentado en las potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

El mantenimiento de las condiciones estresoras o la frecuente activación del proceso, lleva a las fases de resistencia y agotamiento, que depende de la capacidad psicológica de tolerancia al estrés, más que del propio tiempo de presencia del propio estresor. (1)

Hay individuos más resilientes que otros: al estar insertos en una situación de adversidad, expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, son capaces de utilizar factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. (22,23)

FACTORES DE PROTECCIÓN EN FAMILIAS CON RN INTERNADOS EN UCIN

Los factores protectores son hechos o situaciones propias de individuos o del entorno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuyen la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales aún ante la presencia de factores de riesgo. (14)

Existen peculiaridades reconocibles como factores de protección en niños:

(15)

- A nivel biológico, psicológico y socioafectivo;
- De los padres;
- Del medio familiar;
- Del medio sociocultural;
- Interacciones paterno-filiales.

En los padres se han descrito diferentes tipos de variables identificables como factores de protección, que también actuarían indirectamente sobre el niño: (16- 18)

1. Estrategias de afrontamiento: procesos concretos utilizados en cada contexto y altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes.
2. Contacto bebé-madre-padre precoz, prolongado y continuo.
3. Contacto piel a piel.
4. Favorecer alimentación a pecho.
5. Visitas de hermanos y abuelos a los RN internados en las UCIN.
6. Calidad de paternaje.
7. Organización y límites indispensables para la vida cotidiana.
8. Ayuda del entorno: abuelos, amigos, vecinos.
9. Red de apoyo de familias que han pasado por su situación y/o grupos de autoayuda de padres, organizaciones nacionales e internacionales.
10. Sostén del equipo de salud.

Las dificultades que atraviesan las familias con RN internados en UCIN son muchas, algunas transitorias y otras permanentes. Actualmente, se está viendo el gran esfuerzo que los padres y los niños deben realizar para vivir bien a corto y largo plazo.

Los padres han enfrentado condiciones de vida por momentos difíciles, se han desenvuelto con recursos limitados y en un medio que no siempre sirve de apoyo; y los RN han sobrevivido a su prematurez, enfermedades y/o secuelas graves. (19-22)

TEORÍAS DE ENFERMERÍA APLICADAS EN INVESTIGACIONES PARA MINIMIZAR EL ESTRÉS EN NEONATOS.

Hay tres estudios cuantitativo en el abordaje de la disciplina: uno menciona que la práctica del masaje está basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy; el segundo señala a el Modelo de enfermería de Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers y el tercero indica que la práctica del masaje es una actividad de cuidado, considerado en la Filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson.

- El modelo de adaptación de Callista Roy fue el estudio que examinó los efectos fisiológicos y de comportamiento de un suave toque de enfermería como intervención humana en los bebés prematuros médicamente frágiles (27 a 32 semanas de edad gestacional). Los resultados sugieren que los efectos inmediatos a corto plazo de un suave toque de enfermería intervención humana, no fue agresivo o estresante para los recién nacidos prematuros de 27-32 semanas de edad gestacional. El documento presenta conclusiones de varios efectos positivos de beneficio para el comportamiento de la intervención en los recién nacidos prematuros e indica que este tipo de contacto puede ser apropiado para los niños en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Modrcin-Talbot, 2003).

Así mismo Villamizar & Duran de Villalobos (2008) establecieron el proceso para usar el modelo adaptación de Callista Roy, como guía en un ensayo clínico, donde aplicaron la estimulación multisensorial auditiva, táctil, vestibular y visual en el recién nacido prematuro, para mejorar la eficiencia en la alimentación. Los indicadores de adaptación, fueron la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno durante la alimentación, la cantidad tomada de alimento y el tiempo invertido para la toma, el número de

succiones durante la alimentación, la ganancia de peso diaria y el número de días en la transición de la alimentación por sonda a la alimentación por vía oral. A través del modelo de adaptación de Roy, mostraron la utilidad para la sustentación científica de la promoción de la salud del recién nacido prematuro y a término con una intervención de enfermería y sugirieron que sirve de guía para la práctica en las unidades neonatales.

El modelo de Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers, utilizado como base teórica asociada, hace referencia a que los toques terapéuticos son definidos como un proceso de modulación de la energía, durante el cual el profesional utiliza las manos como un instrumento en la recuperación del niño (Domínguez, 2008).

La Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson precisa que el profesional de enfermería está en posición especial para ayudar al neonato de alto riesgo a recuperarse y aminorar su estadía hospitalaria por medio del masaje terapéutico. Aplicar las artes del cuidado es gratificante para el personal de enfermería debido a que la satisfacción de necesidades no es única del usuario. Interactuar con el usuario y saber que las técnicas que se aplican son beneficiosas es de verdad gratificante. (Reina & Molano 2008).

2.3 Definición de Términos

ESTRÉS: Conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos como por ejemplo el frío, el miedo, etc.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

CUIDADO DE ENFERMERÍA: La noción de **Cuidado** está vinculada a la preservación o a la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. **Enfermería**, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia de un enfermo.

ENFERMERA NEONATAL: Profesional registrada que cuidan a los recién nacidos y los bebés prematuros en sus primeros 28 días de vida.

III. EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para realizar el presente informe se recurrió a la recolección de datos sobre los RN que ingresaron al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del libro de ingresos de los años 2014-2016, previo permiso otorgado por el Médico Jefe del Departamento de Pediatría y de la Licenciada en Enfermería Coordinadora del Servicio de Neonatología. Además, se obtuvieron datos de la Oficina de Estadística, con la debida autorización, concedida, por la Jefatura de Enfermería. Los datos fueron procesados mediante el programa Excel.

3.2 Experiencia Profesional

Inicié labor profesional, en el Hospital de Apoyo II- Sullana, Departamento de Piura, en Abril del año 2000, en el Servicio de Pediatría, pero es desde el 2002 que tengo la oportunidad de trabajar como enfermera neonatal; ya sea en cualquiera de sus niveles:

Nivel I, donde se proporcionan los cuidados básicos de un bebé sano, este nivel ha cambiado con el pasar de los años ya que la estancia, tanto de las madres como de los bebés, ahora es más corta que en el pasado y en su mayoría comparten la misma habitación.

Nivel II, ofrece atención a bebés que han nacido prematuramente o con una enfermedad, aquí, la enfermera puede proporcionar oxígeno, terapia intravenosa o alimentación especializada. En este nivel también se cuenta con dos ambientes para Mamá Canguro y uno de Mamá Acompañante.

Nivel III, esta unidad se conoce comúnmente como la unidad de cuidados neonatales intensivos (UCIN), y proporciona atención a los bebés que son prematuros, están gravemente enfermos o son demasiados pequeños. Los bebés que son ingresados a la UCIN, pueden requerir de ventiladores, incubadoras o cirugía.

En nuestro hospital, actualmente se cuenta con muy pocas enfermeras, en este servicio y muchas de nosotras aún no contamos con el registro de enfermera neonatal, motivo por el cual estamos preparándonos para obtener este título de especialización.

Las enfermeras de esta área somos conscientes que trabajamos con pacientes de muy alto riesgo de un hospital, pues estamos preparadas para proporcionar reanimación cardiopulmonar, terapia intravenosa y trabajar con equipos especializados, tales como ventiladores mecánicos, incubadoras.

Durante estos años, mi experiencia profesional, en dichos servicios ha sido y seguirá siendo, la oportunidad de poder brindar una atención integral, oportuna y eficaz a aquellos pacientes que sólo con su llanto y gestos muchas veces transmiten dolor y/ o necesidades; al estar hospitalizados en UCIN, estos ya están lidiando con mucho estrés además de no tener cerca al ser que les dio la vida, al no sentir sus caricias, ni poder escuchar su voz.

Nosotras como enfermeras de estos servicios nos convertimos en cuidadoras, las que, en el tiempo que ellos permanezcan hospitalizados, les podremos brindar todas esas caricias y palabras determinado tiempo no podrán escuchar ni sentir de sus madres.

Por todo esto, la enfermera que trabaje en dicho servicio debe contar con un perfil, pues necesita tener cualidades únicas: ser profesional competente, cariñosa, delicada, firme en sus decisiones.

Actualmente y gracias a la coordinación de la jefa médica del área de Neonatología, del Hospital de Sullana, tenemos capacitaciones continuas que permiten actualizarnos constantemente.

En el Hospital de Apoyo II Sullana, el Servicio de Neonatología (Nivel I), funciona en un ambiente muy alejado de la de UCIN, lo que muchas veces dificulta el traslado de un bebé cuando este debe ser hospitalizado; aquí trabaja una enfermera en cada turno acompañada de una técnica de enfermería.

El ambiente de Neonatológico (Nivel II), es un área pequeña la cual alberga 7 incubadoras, de las cuales no todas cuentan con oxígeno, ni monitores de funciones vitales, lo cual dificulta el trabajo al personal que labora en esta área. Aquí laboran dos enfermeras en el turno de la mañana y una sola en el turno de la tarde y la noche con un personal técnico; los cuales también se hacen cargo de los 7 prematuros en mamá canguro y 8 bebés que están terminando tratamiento endovenoso, albergados en el ambiente que se ha denominado como mamá acompañante.

La UCIN, (Nivel III) es un ambiente aún más pequeño, capacidad para 4 incubadoras, aquí laboramos dos enfermeras por cada turno acompañadas de una técnica de enfermería, debido a la complejidad del diagnóstico que tienen los bebés. Esta unidad cuenta con equipos modernos: incubadoras, monitores, bombas de infusión y equipos de ayuda diagnóstica; aunque a veces por ser un Hospital del Estado, hay desabastecimiento tanto de insumos como de medicamentos para una atención de calidad.

No hay duda de que hemos avanzado y mejorado al pasar los años, pero también somos conscientes de que nos falta mucho, para tener un servicio adecuado para la atención de nuestros bebés. Lo que no ha de faltarles a estos “pequeños gigantes”, es la calidez en la atención por parte de nuestro personal de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Mi labor en el servicio de Neonatología, actualmente, es asistencial, y según la necesidad del servicio, brindo cuidados en los tres niveles de atención. La mayor parte del tiempo, mi labor la he ejercido en el Nivel III, área de UCIN.

El servicio de Neonatología, del Hospital de Apoyo II Sullana, consta de tres niveles, de los cuales dos conforman ellos servicios de hospitalización, la Sala de Cuidados Intermedios y la UCIN, los bebés serán ingresados según la complejidad de su diagnóstico o según crea por conveniente el médico de turno.

La sala de Cuidados Intermedios, tienen cuatro ambientes:

- Sala de Mamá Acompañante, donde se encuentran los bebés sin complicaciones y con necesidad de culminar su tratamiento antibiótico antes de ser dados de alta. Aquí contamos con 8 camas, donde las madres hacen compañía a sus bebés y son ellas quienes les brinda sus necesidades básicas, con supervisión del personal de enfermería de turno. Las necesidades en este ambiente son: el déficit de ropa de cama, no contamos con baño en esta unidad, para que las madres cumplan con las reglas de higiene, encargando a sus bebés a otras madres de la unidad para ir a lavarse las manos y bañarse, en los servicios higiénicos que se encuentran distanciados de la sala de mamá acompañante.
- Mamá Canguro, aquí contamos con dos habitaciones, en total 7 camas donde podremos encontrar a las madres haciendo el Método de Canguro, a los bebés prematuros, a cargo también del personal de turno, se les brinda educación a las madres sobre como tratar y cuidar a sus bebés ya que son más

pequeños que el resto: cómo alimentarlos (se extraen la leche y se les ofrece ésta con jeringa), cómo realizar de manera correcta el método Canguro, entre otras necesidades básicas.

Según la experiencia que tuve en esta área, las dificultades fueron; la poca colaboración de las madres, ya que por ser Sullana, una zona de calor, no desean estar con sus niños en el pecho, los visten y colocan encima de la cama, además en las horas de visita los dejan durmiendo y salen en busca de sus familiares. El poco personal que labora ahí, no se puede dar abasto para estas situaciones, y se está en constantes choques con la madre y familiares, rompiendo así, la comunicación entre la enfermera y la madre.

- Cuidados Intermedios, propiamente dicho, aquí contamos con una capacidad para 7 bebés, los cuales son recibidos en incubadoras, que en la actualidad funcionan en un 70%, esta área es la que más tiempo demanda al personal de enfermería, pues son bebés que recién ingresaron: con oxígeno, con terapia endovenosa y alimentación limitada o nula. No se cuenta con los monitores suficientes para la evaluación de signos vitales, por lo que la estadía de la enfermera es casi permanente en esta área. El estrés de los bebés que ingresan a este servicio es inminente ya que no se ha puesto en práctica las reglas de cómo disminuir dicho estrés, como: modular el ambiente (disminuir ruido y luz excesivos), disminuir manipulaciones, optar por el uso de nidos y brindarles un poco de consuelo cuando están irritables. En este sentido el personal de enfermería y médico que labora en esta área, estamos fallando y deberíamos informarnos más

sobre este tema que es de importante para disminuir la estadía de nuestros bebés.

Actualmente, estoy trabajando en el Nivel III, UCIN, aquí el ambiente es pequeño, contamos con cuatro incubadoras de última tecnología, al igual que los monitores y ventiladores, también tenemos modernas bombas de infusión, aunque todavía son insuficientes para las necesidades de nuestro servicio, tenemos material que ayuda al diagnóstico de los bebés hospitalizados en esta unidad (gases arteriales, glucómetro, electrocardiógrafo, entre otros).

El personal que labora aquí, tiene años de experiencia y tenemos, creo yo, más conciencia en lo que significa disminución de factores estresantes, aunque todavía hay cosas en las que debemos mejorar, por ejemplo agrupar actividades médicas y de enfermería, y una mejor comprensión hacia los padres que se encuentran, lejos de sus bebés. Gran dificultad también se encuentra en el desabastecimiento por largos periodos de insumos y medicamentos que en oportunidades hemos sufrido por ser nuestro hospital una institución del estado.

Hay muchos casos, que en estos años de experiencia, han causado gran relevancia. Si tuviera que citar algún caso en especial tendría que mencionar que hace algunos años, ingresó un RNPT, PEG de 32ss, el cual recibió surfactante por su inmadurez pulmonar, ingresa en MMEG, intubado, por lo que tuvo que ser conectado a un ventilador mecánico y ahí permaneció, entre ligeras mejorías, las neonatologías trataban de sacarlo del ventilador pero su patrón respiratorio no mejoraba. Con el pasar del tiempo, este bebé hizo displasia pulmonar se hacia cada vez más difícil destetarlo de la máquina. Los médicos habían perdido las esperanzas e inclusive había orden de ya no reanimar ante cualquier eventualidad. Nuestro "pequeño gran gigante" estuvo en UCIN durante 5 meses, en ventilador, muchos de nosotros nos encariñamos con él, sufriendo mucho estrés entre ruidos y luz

excesivos, punciones continuas para venopunturas, intubaciones constantes, aspiraciones por la acumulación de secreciones, entre otros.

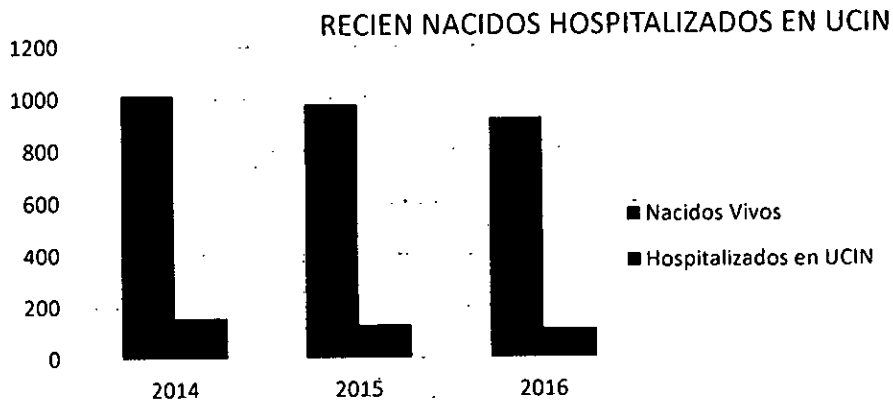
Gracias a la perseverancia del personal que labora en UCIN este lactante, en ese entonces, logró salir al fin del ventilador pasando un mes más en la Unidad de Cuidados Intermedios, ya en compañía de su madre -la cual nunca perdió las esperanzas de que su hijo se recupere-, salió de alta a los 6 meses de vida, entre alegría de muchos, a pesar que era notable el retraso que tendría en su neurodesarrollo. Recuerdo la última vez que lo vi, la madre estaba sola puesto que su esposo, la había abandonado, su bebé seguía en terapias, tenía más de un año y parecía un bebé de 6 meses, su crecimiento se había detenido, ni siquiera se podía sentar. Pero los ojos con los que su madre lo miraba era ejemplo de amor y valentía pues como ella misma dijo, "tengo a mi hijo y seguiré luchando hasta que él pueda salir adelante".

IV. RESULTADOS

GRAFICO 4.1 RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN UCIN

	RECIEN NACIDOS VIVOS	RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS	%
2014	1014	157	16%
2015	479	128	13%
2016	461	112	12%

FUENTE: LIBRO DE INGRESOS DEL SERVICIO DE UCIN



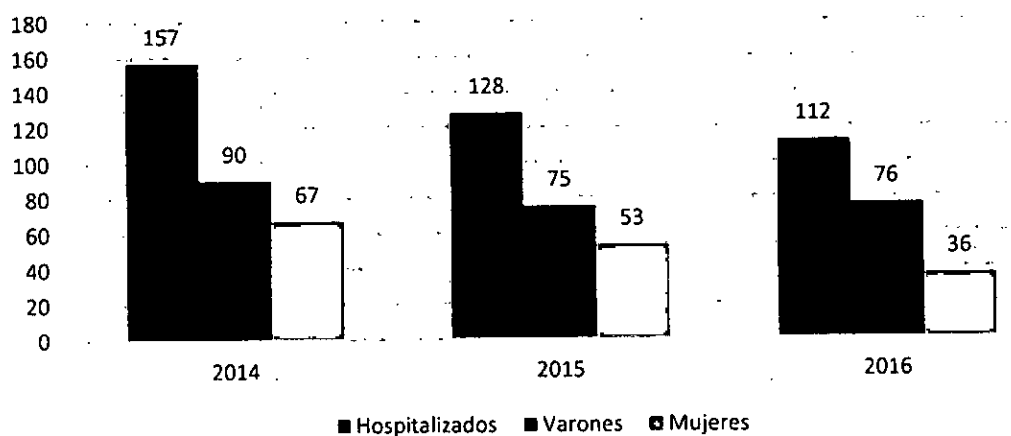
En este Grafico, observamos que en el año 2014 de los 1014 Nacimientos, 157 fueron hospitalizados, lo que representa un 16%. En el año 2015 hubo 997 nacidos vivos, de los cuales 128 fueron hospitalizados en la UCIN, y representa un 13%. En el 2016 de 922 nacidos vivos, en el Hospital de Apoyo II de Sullana, 112 fueron hospitalizados lo que representa un 12%.

GRAFICO 4.2 RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS, SEGÚN SEXO.

AÑOS	VARONES		MUJERES		TOTAL HOSPITALIZADOS (Por Año)
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
2014	90	57%	67	43%	157
2015	75	58%	53	42%	128
2016	76	67%	36	33%	112

Fuente: Libro de Registro del Servicio De UCIN

HOSPITALIZADOS SEGUN SEXO



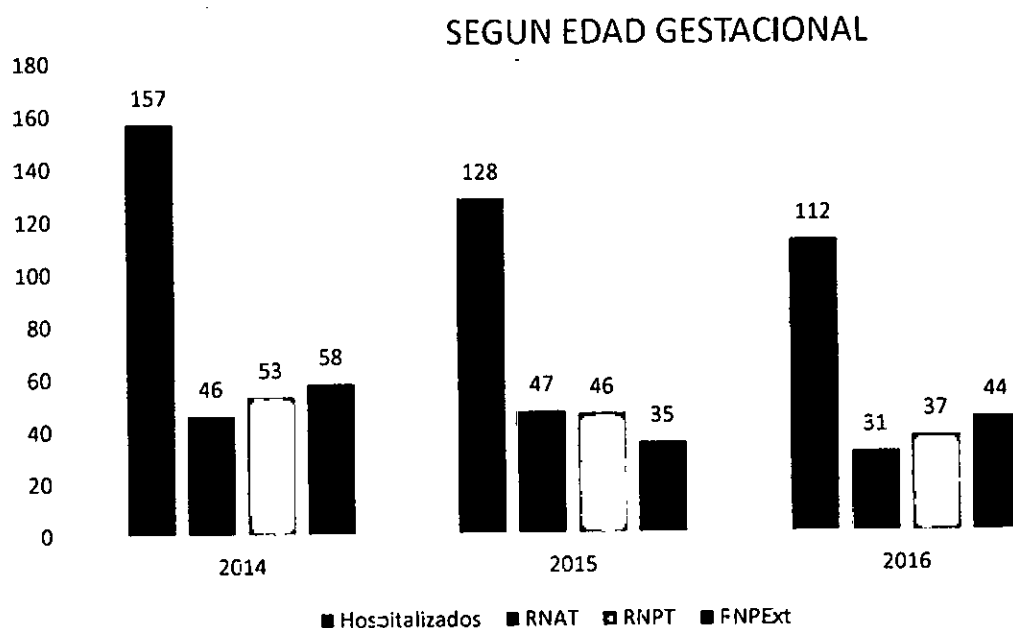
FUENTE: LIBRO DE INGRESOS DEL SERVICIO DE UCIN

En el grafico anterior, se muestran los resultados del número de hospitalizaciones, según su sexo. En el año 2014, de 157 hospitalizados 90 fueron varones (57%) y 67 mujeres (43%). En el 2015 hubo 128 hospitalizados de los cuales, 75 eran varones (58%) y 53 eran mujeres (42%). En el año 2016 de 112 hospitalizados en UCIN, 76 fueron varones (67%) y 36 mujeres (33%).

GRAFICO 4.3 RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS, SEGÚN EDAD GESTACIONAL

AÑOS	RNAT		RNPT		RNPEExt		TOTAL HOSPITALIZADOS (Por Año)
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
2014	46	29%	53	34%	58	37%	157
2015	47	58%	46	36%	35	27%	128
2016	31	28%	37	33%	44	39%	112

Fuente: Libro de Registro del Servicio de UCIN



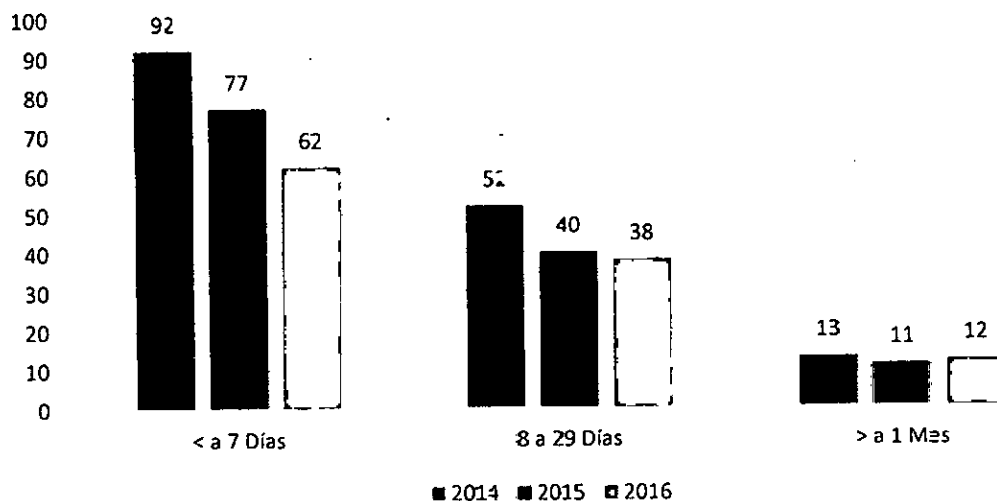
En el gráfico anterior, se observa que en el año 2014, de los 157 hospitalizados en UCIN, 46 fueron RNAT (29%), 53 RNPT (34%) y 44 RNPEExt. (37%) En el año 2015, de los 128 ingresos en UCIN, 47 fueron RNAT (37%), 46 RNPT (36%) y 35 RNPEExt. (39%). En el Año 2016, de los 112 hospitalizados, 31 fueron RNAT (28%), 37 RNPT (33%) y 44 RNPEExt. (39%).

GRAFICO 4.4 RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS, SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA	2014		2015		2016	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
< a 7 Días	92	59%	77	67%	62	55%
8 a 29 Días	52	33%	40	31%	38	34%
> a 1 Mes	13	8%	11	9%	12	11%
TOTAL DE HOSPITALIZADOS	157		128		112	

Fuente: Libro de Registro del Servicio de UCIN

SEGUN ESTANCIA HOSPITALARIA



En este gráfico podemos apreciar al total de recién nacidos hospitalizados según su estancia hospitalaria. En el año 2014 estuvieron hospitalizados con menos de 7 días, 92 RN; los cuales representan un 59%, 52 RN de 8 a 29 días que representan un 33% y 13 RN, estuvieron hospitalizados más de un mes, dando un porcentaje de 8%. En el 2015 estuvieron hospitalizados 77 RN, menos de siete días, dando un total de 60%; 40 RN estuvieron en el servicio de 8 a 29 días, con un 31% y 11 RN que corresponde a un 9%. En el año 2016, la estancia hospitalaria de los RN, fueron de 62, que representa un 55%; RN con 8 a 29 días, de hospitalización, fueron 38 con un porcentaje de 34% y con estancia de más, de un mes hubieron 12 RN lo que representa un 11%.

V. CONCLUSIONES

- a. Las intervenciones con los RN de Alto Riesgo, que son ingresados en la UCIN deben ser individualizadas y específicas para cada niño y en el momento que este lo necesite.
- b. Se debe observar siempre la respuesta del RN frente a los cambios y actividades que se realicen, para así poder preservar la estabilidad neuroconductual y fisiológica.
- c. Se debe promover la participación activa de la familia.
- d. En los últimos 3 años la estancia hospitalaria de los RN hospitalizados en UCIN, ha sido de moderada –alta puesto que en promedio un 33% de estos bebés está en constante estrés, en un periodo de 8 a 29 días.
- e. La incidencia más alta, en los ingresos al Servicio de la UCIN, se da en varones, con un promedio del 80%, que va en proporción a los nacimientos, en el Hospital de Apoyo II- Sullana, de los últimos 3 años.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Nuestro desafío es obtener la especialidad, en Neonatología. Debemos prepararnos para brindar una mejor atención individualizada y de óptima calidad, puesto que, el recurso humano nunca será reemplazado por la tecnología.
- b. Mantener una práctica asistencial que potencie los cuidados centrados en la familia del recién nacido.
- c. Optimizar las intervenciones dirigidas a mejorar el macroambiente (luces, ruidos, etc.) y el microambiente (postura, manipulación, etc), con el fin de disminuir y prevenir la sobreestimulación del SNC aún inmaduro del RN.
- d. Elaborar protocolos; de manipulación mínima, escalas de dolor. La analgesia y sedación, en los procedimientos dolorosos, son claves para la neuroprotección de un cerebro muy inmaduro; al mismo tiempo que disminuirá la estancia hospitalaria, en el servicio de UCIN.
- e. Trabajar en forma conjunta, tanto desde enfermería como el resto de profesionales de la UCIN reforzando y favoreciendo el papel central de madres y padres en los cuidados del recién nacido, por muy prematuro que este sea.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Marriner, A. (2011) Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª Ed. Barcelona, España. Elsevier Science, Mosby.
- (2) Padilla, P. (2006) *Importancia del cuidado en Enfermería*. Extraído el 09 de mayo de 2009 desde http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_22.pdf
- (3) Bazán R. (2000) Investigación sobre el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado del recién nacido prematuro en el hospital Sullana. Piura.
- (4) Ruiz, E. (2014) Estudio bibliográfico sobre Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo de los recién nacidos hospitalizados. España.
- (5) Ruiz, E. Estudio bibliográfico sobre Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo de los recién nacidos hospitalizados. España.
- (6) Schapira, Iris T. (2004) Aspres, Norma. Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardà. Vol. 23, número 3, pp.113-121.
- (7) Olza F., Ibone; Palanca M. (2014), Inmaculada. La Salud Mental del Recién Nacido Hospitalizado: Psiquiatría Infantil en Neonatología. Revista Iberoamericana de Psicopatología. Número (109).
- (8) Als, H: (1986) A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Theoretical Framework. The High – Risk Neonatal: Developmental Therapy Perspectives. Phys Occ Ther Ped; 6:3-11.
- (9) Muzaber L, (1998) et al. Parálisis cerebral y el concepto Bobath de neurodesarrollo. Rev Hosp R Sardá; 17(2): 84-90.
- (10) Zuluaga Gómez JA. (2001), Neurodesarrollo y estimulación. Ed. Panamericano, Colombia.
- (11) Gonzales MA, Benítez A, Dinerstein N. (1997), et al. Problemática de padres de recién nacidos internados en unidades de cuidados intensivos neonatales. 31º Congr Arg Ped, Mendoza.

- (12) Helman V, (2001) et al. La importancia de tomar en cuenta a los hermanos en una UCIN. Rev Hosp R Sardá; 20(4):163-167.
- (13) Charpak N. (2002), Vida piel a piel. Saludarte; 5:30-33.
- (14) Martínez J.(1993) El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor. Bs As, Ed Lidiun.
- (15) Bobath K, (2000) et al. Trastornos cerebromotores en el niño. Bs As., Panamericana.
- (16) Brundi M, (2003) et al. Evaluación de efectos a corto y largo plazo de intervenciones tempranas no invasivas en las UCIN. Comunicación personal.
- (17) Vanistendael S, (2002) et al. American Association on Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports Wash., Workbook (10th ed.).
- (18) Schalock RL (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. España, Revista Siglo Cero, marzo-abril, 32, (194): 17-27.
- (19) González-Serrano, F. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos, atención y acompañamiento al bebé y la familia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, 49 (133-152).
- (20) Maldonado -Durán, J.M., Saucedo-García, J.M., Lartigue, T., Karacostas V. (2000). La salud mental del bebé. Nuevas evidencias. Salud Mental, 25(6): 59-67.
- (21) Tarrago Rivero, R. (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, 35-36: 169-181.

- (22) Acolet D. (1993) Changes in plasma cortisol and catecholamine concentrations in response to message in preterm infants. Arch Dis Child; 68(1): 29-31.
- (23) Pérez-Mínguez, C. (2001). Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquiría peso. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, 31-32: 101-114.

ANEXOS

