



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
Facultad de Enfermería



UNIDAD DE POST GRADO

INFORME DE TESIS

**CUIDADO ENFERMERO A NEONATOS EN
VENTILACIÓN MECÁNICA – UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTES LAS
MERCEDES, CHICLAYO, 2017.**

Para optar el título de Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales

AUTORES:

Lic. Enf. AQUINO FLORES, JHONNY VICENTE

Lic. Enf. CURAY VIDANGOS, ELENA DEL PILAR

ASESORA:

DRA. TANIA ROBERTA MURO CARRASCO

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

Tesis: “Cuidado Enfermero a neonatos en ventilación mecánica – Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo. 2017”

Presentado por:

Lic. Enf. Aquino Flores Jhonny Vicente
Autor

Lic. Enf. Curay Vidangos Elena del Pilar
Autora

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora

Aprobado por los miembros del Jurado:

Dra. María Margarita Fanning Balarezo
Presidenta

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Secretaria

Mg. Dora Cieza Maldonado
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido lograr mis metas, y por su infinita bondad y amor.

A mis padres, por creer en mí, por darme ejemplo de superación y entrega, por impulsarme en los momentos más difíciles de mi carrera, que me permitió llegar hasta el final.

A mis hermanos, en especial a José Luis y Cory; gracias, por su apoyo y comprensión y estar a mi lado en los momentos más difíciles

A mis amigos, por compartir los buenos y malos momentos, por brindarme sus consejos y ánimos para seguir luchando y cumplir con mis metas.

A mi asesora, la Dra. Tania Muro Carrasco por creer en nosotros, por sus consejos y los momentos agradables que pasamos en las asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

Jhonny Vicente Aquino Flores

A Dios, por todas sus bendiciones, por su infinito amor y bondad, por darme salud para lograr mis objetivos y llegar al final de la meta.

A mi madre, por su apoyo, amor, ejemplo de perseverancia y constancia, sus consejos, valores y motivación, que me ha permitido salir adelante y ser una persona de bien.

A mis familiares, y amigos por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo, porque me apoyaron en los momentos más difíciles de mi vida. ¡Gracias a ustedes!

A mis docentes, por brindarme su apoyo, su tiempo y motivación para culminar nuestros estudios profesionales.

A nuestra asesora, porque creyó en nosotros y nos brindó su tiempo, apoyo y dedicación, permitiendo la culminación de la tesis.

Elena del Pilar Curay Vidangos

AGRADECIMIENTO

- A Dios por habernos dado la oportunidad de cumplir este sueño y demostrarnos tantas veces su existencia, dándonos fuerzas para seguir adelante después de cada tropiezo, por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestras mentes.

- A las enfermeras que han sido participes en esta investigación: Enfermeras del Servicio de Neonatología - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Nuestra gratitud más profunda a estas mujeres que nos permitieron aprender de ellas con su testimonio y la entrega generosa de su tiempo, sin su hospitalidad y franqueza, nunca habríamos aprendido lo que aquí exponemos.

- A las docentes de la Facultad de Enfermería de la UNPRG, que nos han acompañado durante el largo camino, brindándonos siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación.

- De manera muy especial a nuestra asesora Dra. Tania Roberta Muro Carrasco, por su paciencia, su loable labor en la realización de esta tesis que enmarca un escalón en el crecimiento profesional, por sus consejos y alegrías que nos brindó en la sesiones de asesoría y por su amistad desinteresada.

Los Autores

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN.....10

CAPÍTULO II: BASE TEÓRICA Y CONCEPTUAL.....20

2.1. Antecedentes

2.2. Marco Teórico

2.3. Marco Contextual

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....43

3.1. Tipo de investigación

3.2. Trayectoria Metodológica

3.3. Población y Muestra

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5. Análisis de los Datos

3.6. Rigor Científico

3.7. Principios Éticos

CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN.....60

4.1. Presentación de categorías y subcategorías

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES.....105

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....106

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....108

ANEXOS y APÉNDICES.....116

RESUMEN

El cuidado enfermero es un proceso interactivo enfermero-neonato, en el cual se diagnostica y trata las respuestas humanas que se relacionan con el proceso de vivir de los neonatos con problemas respiratorios que reciben oxigenación con apoyo de ventilación mecánica, de forma holística e integral utilizando el proceso de atención de enfermería (PAE), en el cuidado diario. El objetivo de la investigación fue caracterizar como es el cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica. La investigación fue cualitativa, se utilizó como trayectoria metodológica el Estudio de Caso. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad y la observación participante dirigida a siete enfermeras que laboran en la UCIN del HRDLM, dos madres y un padre de neonatos en ventilador mecánico hospitalizados. Los datos analizados temáticamente, permitieron la formación de tres categorías cada una con su respectiva subcategoría; considerando finalmente El cuidado enfermero brindado está basado en el conocimiento científico, Existe escasa evidencia de la sistematización en la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en neonatos con ventilador mecánico; Los diagnósticos y planes de enfermería según la taxonomía NANDA no son utilizados; los cuidados enfermeros brindados son de forma holística favoreciendo el vínculo afectivo, paterno filial, e integrando a la familia en el cuidado.

Palabras claves: Cuidado Enfermero, Neonato, Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), Ventilador mecánico.

ABSTRACT

Nursing care is an interactive nurses-neonate process, in which the human responses related to the living process of neonates with respiratory problems receiving oxygenation can be diagnosed and treated with the support of window mechanics, in order to holistic and integral using the process of nursing care (PAE), in daily care. The objective of the research is to characterize the care of a newborn in a mechanical emergency. The research was qualitative, it was used as a methodological trajectory in the Case Study. For the data collection, the semi-structured interview was used for the depth and observation of a student directed to seven nurses who worked in the NICU of the HRDLM, two mothers and a father of neonates in the hospitalized mechanical ventilator. The data analyzed thematically, allowed the formation of three categories each with its respective subcategory; finally, the nursing care provided is based on scientific knowledge. There is scant evidence of systematization in the application of infant care methodology in neonates with mechanical ventilators; The diagnoses and nursing plans according to the NANDA taxonomy are not used; the nursing care provided in a holistic way, favoring the bond of affection, parental relationship, and integrating the family in care.

Key Words: Nursing Care, Neonate, Neonatal Intensive Care Unit (NICU), Mechanical ventilator.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Un neonato también se denomina "recién nacido". El período neonatal son las primeras 4 semanas (28 días) de la vida de un bebé, bien sea por parto o por cesárea y representa un tiempo en el que los cambios son muy rápidos y se pueden presentar muchos eventos críticos.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal (TMN) mundial es de 21 por mil en el 2012¹.

A nivel mundial, casi una cuarta parte de las muertes neonatales fueron causadas por sepsis y meningitis (12%), neumonía (10%) o diarrea (2%) en 2012². Otro 34% de las muertes neonatales fueron causados por complicaciones de parto prematuro, cabe resaltar que un importante porcentaje de muertes neonatales se deben a problemas respiratorios como neumonías y a problemas de partos prematuros, lo cual implica inmadurez neonatal con los consiguientes problemas de enfermedad pulmonar hialina, neonatos que requieren de oxigenoterapia y de respiradores mecánicos.

Los neonatos que sufren alguna complicación respiratoria, requieren de un ventilador mecánico que administra pequeñas ráfagas de oxígeno. El médico determinará la duración y el intervalo entre las respiraciones y el ritmo natural del neonato. Estas "respiraciones" son tan pequeñas, pero son suficientes para prestar

apoyo a los pulmones todavía no desarrollados y garantizar su crecimiento general de manera continua. Sin embargo por tratarse de un procedimiento invasivo, le significa la inserción de un tubo en las vías respiratorias del neonato el cual le origina incomodidad y sufrimiento³.

En el Perú, la mortalidad neonatal como en otros países en desarrollo, sigue constituyendo un grave problema. La tendencia de las 3 principales causas perinatales se hacen más relevantes mientras que la muerte por diarrea e infección respiratoria aguda disminuyen⁴. Así, la atención se desplaza a niños con infecciones respiratorias agudas, que continúan siendo la primera causa de muerte (neumonía); y al periodo neonatal debido a las complicaciones de la inadecuada atención del recién nacido, que explica la mayoría de las muertes en menores de 1 año.

El grupo neonatal más común que requieren soporte ventilatorio están aquellos nacidos entre las 33 y 36 semanas de gestación, e inician antes de las 24 horas. La mortalidad de recién nacidos de bajo peso al nacer con soporte ventilatorio es de 37 % y se relaciona principalmente con enfermedad de membrana hialina y complicaciones como sepsis⁵.

El Hospital Regional Docente las Mercedes, es un centro de referencia de la macro región norte, donde nacen 4300 niños en promedio por año, y en el servicio de neonatología se hospitalizan 1100 recién nacidos (RN) por año en promedio,

28% de los mismos son prematuros, según el servicio de epidemiología del hospital⁶.

En el año 2013 hubo 4314 nacimientos de los cuales 18% fueron atendidos en el servicio de neonatología y el 2% fallecieron. En el año 2014, nacen en total de 4050, se hospitalizaron en el servicio de Neonatología, 1011 recién nacidos, de los cuales 29 requirieron de ventilador mecánico. En el año 2015, nacen en total de 4030 recién nacidos, se hospitalizaron en Neonatología, 763 recién nacidos, de los cuales 39 requirieron de ventilador mecánico. En el 1er trimestre 2016, nacen en total de 943 neonatos, recién nacidos, se hospitalizaron en Neonatología, 238 recién nacidos, de los cuales 15 requirieron de ventilador mecánico⁶. Dichos datos estadísticos muestran que los neonatos suelen nacer o en el trayecto pueden surgir complicaciones que alteren la necesidad de oxigenación.

Este centro de referencia cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y cuidados intermedios donde se atienden prematuros, neonatos con problemas respiratorios u otras patologías, así como malformaciones congénitas del recién nacido. En este servicio, se observa que no hay puntos de oxígeno empotrado suficientes, dificultando el cuidado oportuno. No se cuenta con suficientes corrugados para los ventiladores mecánicos, a pesar de ser descartables son rehusados, estilizándolos previamente en el mismo servicio, e incluso se les hace comprar los corrugados a los padres de los recién nacidos.

Las enfermeras se enfrentan a un número creciente de neonatos, donde la sobrevivencia y presencia de complicaciones son proporcionalmente directas a la edad gestacional, dando lugar a un incremento en la morbilidad, estancia hospitalaria y letalidad, de acuerdo a la respuesta al tratamiento y cuidados de enfermería y si se ha proporcionado la atención adecuada y su estado.⁷ La enfermera juega un rol muy importante en el cuidado del neonato, para ello debe poseer conocimientos profundos sobre la mecánica respiratoria, el funcionamiento del ventilador mecánico, las probables complicaciones y los cuidados que debe brindarle, aplicando su método de trabajo como es el proceso de cuidado enfermero.

Durante nuestras prácticas hospitalarias en la unidad de cuidados intensivos neonatales, observamos casos de manipulación del ventilador mecánico en neonatos, que no cumplen con las medidas de bioseguridad, corrugados reutilizados, saturómetros que no regulan el flujo de oxígeno, los puntos de oxígeno son compartidos entre dos neonatos, solo 1 saturómetro se encuentra en buenas condiciones y es utilizado en todos los niños, su control se realiza en un tiempo mayor de lo indicado, de igual manera su registro, no hay capacitaciones, ni se realiza supervisión en el cuidado de estos niños, todo ello podría generar complicaciones más severas como retinopatía.

En la práctica hospitalaria se pudo observar que los profesionales de enfermería se enfocan a realizar actividades centradas en la patología que presentan los recién nacidos prematuros, sin tomar en cuenta las etapas del proceso de

atención de enfermería, y la teoría que rige el cuidado correspondiente, no existe evidencia de la valoración que realiza como base de los diagnósticos enfermeros, tampoco evidencia que use la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, se evidencia la planificación de los cuidados, pero estos no son registrados en ningún documento propio de enfermería, pero se desconoce si estos son evaluados.

La oxigenoterapia⁸ es uno de los cuidados más importantes que realiza la enfermera en la UCI neonatal, donde la administración de las concentraciones de O₂ son los adecuados, además de la prevención de la retinopatía, lo cual constituye importante reto. Hasta la actualidad se ha controlado mediante la pulsioximetría, aunque tiene una serie de limitaciones que la hacen inexacta en determinadas situaciones. Para intentar conseguir mayor precisión en el aporte de O₂ se implanta la monitorización de la presión transcutánea de oxígeno (P_{tc}O₂), siendo el objetivo valorar si dicha monitorización frente a la utilización tradicional de la pulsioximetría puede reducir las concentraciones de O₂ administradas y evitar complicaciones. En las practicas se observa que la UCI Neonatal no cuenta con un protocolo de oxigenoterapia, por lo que los ajustes de oxígeno pueden variar sin que haya un control respectivo.

El armado de los ventiladores mecánicos generalmente es realizado por el personal de enfermería, quien se encarga de verificar que el ventilador esté desinfectado antes de la prepararlo y que las piezas estén estériles (corrugados, trampa, sensor de temperatura, guía metálica, cámara de humidificación), el cambio

de filtro de rama inspiratoria es diaria según norma técnica, se cubre con gasa estéril la conexión “Y”, una vez terminado el armado se coloca la etiqueta de operatividad.

Sin embargo hay oportunidades en que esta preparación lo realiza el técnico de enfermería, o también que los corrugados sean reutilizados, teniendo problema en la verificación de la trampa de agua, el cual puede ocasionar que el oxígeno ingrese puro y no humidificado, o que los corrugados se llenen de agua llegando hasta el tubo endotraqueal y por ende ocasionar complicaciones en el neonato, e incluso que esta agua llegue a la casetera del ventilador mecánico ocasionando fallas en su funcionamiento, deterioro y pérdida de materiales.

En algunas ocasiones el control de la cámara de humidificación es inadecuado, se observó que en un ventilador ésta estaba casi vacía pudiendo generar secreciones densas, y en otro casi llena, favoreciendo la retención hídrica, poniendo en riesgo al neonato al proporcionar oxígeno puro y no humidificado como lo estipula la guía de cuidados neonatales. También se observan ventiladores inoperativos, y juegos de corrugados incompletos. Ante esta problemática los investigadores nos planteamos estudiar sobre Cómo es el cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017?

El objeto de la Investigación estuvo constituido por el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica y el objetivo que guió la presente investigación

fue Caracterizar como es el cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017.

La presente investigación se justifica porque el cuidado a neonatos con ventilación mecánica es función inherente a la profesión de enfermería, este cuidado debe ser bajo un paradigma de transformación, ya que no se evidencia la aplicación integral de la metodología de enfermería en el cuidado brindado.

La importancia radica en obtener evidencia científica sobre el objeto de investigación a fin de desarrollar planes de mejora en la calidad de cuidado a estos neonatos y también como antecedente para otras investigaciones y como material bibliográfico para la formación de enfermería en el pre y post grado.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I. Introducción

CAPITULO II. Base Teórica y Conceptual

CAPITULO III. Marco metodológico

CAPITULO IV. Resultados y Discusión

CAPITULO V. Consideraciones finales

CAPITULO VI. Recomendaciones

CAPÍTULO II

2.1 Marco Teórico Conceptual

2.2.1. Antecedentes de la investigación:

Haciendo una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel internacional, nacional y local, no se encontró con antecedentes relacionados al tema en sí; sin embargo podemos mencionar investigaciones centrados en el neonato.

- **A nivel internacional**

Bravo J. realizó un estudio sobre “Determinación de la calidad de atención de Enfermería en pacientes neonatales con Síndrome de Dificultad Respiratoria área UCIN Hospital Universitario Guayaquil, 2013 - 2014.” Cuyo objetivo fue determinar la calidad de atención de enfermería en el neonato con síndrome de dificultad respiratoria en el área de UCIN del Hospital Universitario de Guayaquil, llegando a la conclusión que en cuanto a los profesionales de enfermería se determinó que no tienen protocolos de atención en el área de UCIN, y sólo se basan a sus conocimientos en cuanto al proceso de atención de enfermería, esto significa que el cuidado al neonato se supeditaba al conocimiento que poseen.

Cedeño T.⁹ realizó un estudio sobre “Efectividad del proceso de atención de enfermería en la supervivencia del recién nacido ventilado del Servicio de Neonatología Prematuro Cerrado del Hospital «Carlos Manuel de Céspedes», Bayamo, 2006 al 2010. Cuyo objetivo: Determinar la efectividad del proceso de atención de enfermería, en el logro de una mayor

supervivencia del RN ventilado. Llegando a la conclusión: Las intervenciones de enfermería en el neonato ventilado ponen en evidencia el nivel de competencia y habilidades desarrolladas por este personal, lo cual asegura la supervivencia de los neonatos ventilados.

2.2.2. Base Teórica Conceptual:

La presente investigación tiene como objeto de estudio el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo, 2017, se profundizará en los siguientes temas: cuidado, cuidado enfermero, neonato, ventilación mecánica y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, porque permitirá hacer un contraste de la literatura con la realidad estudiada, lo cual permitirá fundamentar el objeto de estudio.

El cuidado es un proceso interpersonal entre una persona que es cuidada y la otra persona quien proporciona el cuidado, satisfaciendo sus necesidades¹⁰, sin distinción de religión, situación económica o política; en definitiva cuidar es realizar un rol suplementario para la persona.

El concepto de cuidado es construido a partir del conocimiento científico y empírico del profesional, de la cultura y de las creencias, tanto del profesional como del ser que es cuidado y de su acompañante, así como de la institución y del ambiente en que ellos se ubican.

Sánchez¹¹ el cuidado “es un acto de interacción humana, recíproco e integral, guía del conocimiento y fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otro individuo o grupo con necesidades reales o potenciales para atenuar su situación humana o de modo de vida”.

El cuidado enfermero es un arte porque une lo tecnológico, intelectual y creativo con lo espiritual, la enfermera al proporcionar cuidado lo crea de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente, sin subordinarse a lo mecánico debido a que, para lograrlo, se requiere una interrelación de personas con personas y no entre piezas de maquinaria en las que la enfermera transfiera su propio ser a la función que hace¹².

El Cuidado enfermero es el proceso interactivo enfermera-persona, es el compromiso sensible y profundo sobre las necesidades de las personas, es el fenómeno resultante del proceso de cuidar el cual se compone de variables. Un cuidado humanizado es un imperativo ético, profesional y legal, más aún en pacientes críticos, personas más vulnerables y débiles en el ámbito hospitalario¹³.

Teniendo en cuenta que cuidado enfermero enfoca al ser humano en forma holística, nos respaldaremos en la teórica Jean Watson, la cual define al cuidado humano de enfermería en el conjunto de conocimientos que comprenden la

salud, la enfermedad y la experiencia humana, promoción y restablecimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. La enfermera(o) que cuida, considera al otro como un ser humano pensante y que tiene emociones, acepta los sentimientos y obtiene una perspectiva de comprensión y aceptación del otro.

Watson¹⁴ afirma que su propuesta surge de sus propias creencias, valores y percepciones sobre la personalidad, la vida, la salud y la curación; es un interés de aportar nuevos significados al paradigma enfermero. Por tanto la teórica que da sustento al objeto de estudio resulta ser importante porque enfoca al neonato en forma holística. La teoría de Watson destaca seis acciones que ayudan a que las enfermeras den completamente el máximo esfuerzo y se ocupen del cuidado humano.

Establece una relación de cuidado con los pacientes, es decir se abre y se vuelve receptiva con las necesidades afectadas, poniendo más interés en el cuidado completo mediante la comunicación profunda, escuchando las preocupaciones, lo cual va reforzar el papel como una persona cuidando en sintonía con las necesidades de su paciente.

Trata a los pacientes como seres integrales. Se vuelve consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física. Hace preguntas y escucha con atención las preocupaciones físicas así como también las irrelevantes. Abarca las preocupaciones no médicas, psicológicas o

emocionales como necesidades válidas al interior del paciente y responde adecuadamente.

Muestra aceptación incondicional. Es sensible a la inseguridad del paciente que se debe a su posición vulnerable. Se esfuerza en la aceptación mediante el mantenimiento de un nivel uniforme de aprobación y cuidados, independientemente de la apariencia física del paciente, la necesidad emocional o el nivel de cumplimiento contigo o el médico.

Trata a los pacientes con una positiva consideración. Hace extensivo el respeto a través del positivismo y el estímulo. Se muestra abierta y aprende a mostrar cuidados, independientemente de la actitud del paciente o el grado de positivismo.

Promueve la salud a través del conocimiento e intervención. Se comunica con los pacientes con honestidad sobre su condición médica. Anima a comprender y explorar su salud mediante la educación y la investigación. Muestra las prácticas de salud a través de modelos. Interviene en la rutina de la salud de un paciente para reorientarlo a patrones más saludables.

Pasa tiempo ininterrumpido con el paciente. Permanece con él hasta que sus preguntas sean respondidas o hasta que la tarea que deba llevar a cabo esté completamente terminada. Escucha las preocupaciones de los pacientes sin estar mirando tu reloj. Mantén el contacto visual, incluso si sólo tienes cinco minutos

a solas con el paciente antes de realizar otras funciones, permite que el paciente se sienta singular e importante en esos cinco minutos mediante la dedicación real de toda tu atención a éste.

Las intervenciones en el cuidado requieren una intención, una voluntad, una relación y una acción. Este compromiso permite descubrir el campo fenomenológico de las personas. Sin embargo, las enfermeras (os) a lo largo del tiempo han practicado estos factores caritativos en las funciones que desempeña, usando los ingredientes que deben colocarse al cuidar.

Para desempeñarse eficientemente, la enfermera en unidades críticas debe estar preparada para cambiar su plan de acción en cualquier momento y adaptarse a nuevas situaciones, ser planificadora, intervencionista en crisis, educadora en salud, proveedora de atenciones de enfermería y administradora.

La enfermera en la práctica debe tener en cuenta la utilización de principios, técnicas y procedimientos, estar apegada a los principios teóricos inherentes a cada procedimiento, porque en caso contrario se compromete la vida del usuario, la idoneidad profesional y la responsabilidad de la institución.

La aplicación del Proceso Científico¹⁵ en los cuidados urgentes y de emergencia es lo que denota un trabajo enfermero y lo tilda de entereza y solidez individual aun entendiéndolo como parte del proceso asistencial que se lleva a

cabo bajo el esquema de un equipo asistencial del que se es una parte fundamental y en las que el paciente, su familia o la propia colectividad y su cuidado son el eje principal de todo el accionar.

Brindar un cuidado seguro, orientado al neurodesarrollo y centrado en la familia, es el desafío que debe tener todo profesional de la especialidad. En el contexto del cuidado neonatal, cada enfermero deberá ser responsable de tener una práctica basada en su nivel de educación, la mejor evidencia disponible, la aplicación de pensamiento crítico y la experiencia y competencia adquirida. Es importante reconocer que son los defensores de los derechos del recién nacido y que por lo tanto la práctica debe ser responsable moral y ética¹⁶.

Para poder responder a las necesidades de los recién nacidos, se debe brindar un cuidado holístico, identificando los riesgos e implementando todas las estrategias que logren un cuidado seguro. Así mismo, los enfermeros neonatales son los responsables de iniciar y mantener una relación profesional con el neonato, la familia, los colegas y otros empleados.

El desarrollo profesional como enfermero implica que se pueda evaluar el estado de salud de los recién nacidos, determinar el resultado de nuestras intervenciones de enfermería y registrarlas en forma apropiada. También comprende todas las actividades de educación hacia la familia, el poder de la

toma de decisiones y la participación activamente en ellas, con respecto del cuidado de los pacientes que se tiene a cargo.

Todos los enfermeros deben estar comprometidos en el desarrollo de la profesión, y en la administración de los recursos de forma eficiente y efectiva de manera tal que se alcancen las necesidades de salud del neonato. La búsqueda del perfil profesional es una construcción permanente, pero algunas habilidades son indispensables.

Entre ellas se encuentran: Tener un genuino y real interés por los recién nacidos y una excelente habilidad en las relaciones interpersonales, ya que se debe comprender empáticamente las necesidades de los padres y otros miembros de la familia.

Por las características de los pacientes es fundamental conocer y perfeccionar las habilidades de valoración tanto fisiológicas como psicológicas del recién nacido y su familia, teniendo en cuenta el valor fundamental de nuestra observación hacia el neonato que es un paciente no verbal, y que depende de todo profesional para la identificación de sus necesidades¹⁷.

El rol enfermero se dirige a la atención del recién nacido y las familias en el proceso de nacimiento. Es parte fundamental la educación hacia la familia y los colegas para la mejora continua en la calidad del cuidado tanto del recién nacido

sano como enfermo en toda las áreas de internación (recepción en sala de partos, internación conjunta, unidad de internación y seguimiento por consultorio para los recién nacidos de alto riesgo).

En el momento de implementar los cuidados basados en el proceso de atención, las etapas que fundamentan el modo de efectuarlos son: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación¹⁸. Los cuidados son brindados, para conseguir un ambiente apropiado desde el punto de vista del desarrollo, cuidado físico, alimentación y cuidado a los padres. Estos brindan protección, son generativos y centrados en la valoración de los bebés como personas y no sólo como seres biológicos.

El neonato es aquel feto o embrión que llega a cumplir todas las etapas de gestación o maduración intrauterina. El RN de riesgo, aquellos neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición de la vida extra uterina y que son susceptibles de padecer enfermedades e incluso morir a causa de trastornos físicos o complicaciones de parto¹⁹.

Los mismos se clasifican en tres grandes grupos los nacidos de más de 40 semanas de gestación, conocidos como los de post- término; los nacidos de 37 a 40 semanas de gestación, de término. Finalmente los nacidos de 33 a 36 semanas de gestación conocidos como los de pre-termino, y dentro de esta clasificación

podemos encontrar los nacidos de 24 a 32 semanas de gestación, prematuros de alto riesgo, los cuales requieren de cuidados más específicos y minuciosos. Por ello es preciso que el personal de Enfermería, tenga conocimientos correctos sobre las características que presentan los recién nacidos, al momento del nacimiento y el mes de vida.

El síndrome de dificultad respiratoria²⁰ (SDR) es una condición que provoca problemas respiratorios en los recién nacidos. Esta condición también se conoce como enfermedad de la membrana hialina. Podría comenzar de minutos a horas después del nacimiento. Es más común en los neonatos prematuros debido a que sus pulmones podrían no estar desarrollados completamente. A los neonatos afectados por el SDR usualmente los llevan a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y ser conectados al ventilador mecánico para ayudar a recibir el oxígeno adecuado y estabilizarlo.

El objeto de estudio es el cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, por lo que es importante hablar sobre este procedimiento que realiza la enfermera. La ventilación mecánica se utiliza en la población neonatal cuando hay alteraciones en la capacidad de los pulmones para mantener una ventilación adecuada²¹. Las causas de insuficiencia respiratoria más comunes se incluyen trastornos neurológicos (apnea de la prematuridad, hemorragia interventricular, anomalías congénitas neurológicas, depresión respiratoria por fármacos).

Los objetivos de la ventilación mecánica consisten en mantener y alcanzar un intercambio gaseoso adecuado, disminuir las probabilidades de lesión mecánica de los pulmones, reducir el esfuerzo respiratorio y permitir que el paciente este más cómodo. En los neonatos, el sistema de ventilación mecánica más utilizado son los aparatos limitados a presión y ciclados a tiempo. Los respiradores limitados a presión permiten la generación de flujo continuo, que es esencial para el paciente que tiene respiración espontánea. El flujo continuo pasa desde el circuito hacia el paciente; durante la inspiración, se cierra la válvula de espiración y el flujo pasa hacia el paciente.

En la actualidad se están incorporando a estos sistemas el flujo de demanda y el sistema sincronizado de flujo. En el sistema de flujo de demanda, se selecciona un flujo mecánico y se mantiene un flujo bajo entre las frecuencias mecánicas. Si, en el momento de la respiración espontánea, hay necesidad de administrar un flujo mayor, se complementa éste con el flujo de demanda.

Los respiradores limitados a presión y ciclados a tiempo pueden utilizarse en las formas de ventilación mandatoria intermitente (IMV) y presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP). En el modo IMV se establece la frecuencia respiratoria, aunque no se ajusta a las demandas del neonato. No es sincronizado y es muy incómodo para el neonato, que permanece agitado. En consecuencia, mantiene un trabajo de respiración más acentuado, aumenta los requerimientos de oxígeno y metabólicos, el volumen corriente es inconstante, la presión y el

flujo son irregulares y se pueden producir neumotórax y alteraciones en la perfusión cerebral.

La ventilación intermitente mandatoria sincronizada (SIMV) es otra opción de ventilación en los neonatos. Estos aparatos tienen transductores de presión que se colocan en el abdomen del paciente, con capacidad para detectar movimientos diafrágicos, de esta forma es posible sincronizar la frecuencia respiratoria del respirador y el esfuerzo respiratorio del paciente, también permite que el neonato mantenga respiraciones espontáneas entre la ventilación mecánica²².

Este sistema evita que el paciente compita con la frecuencia respiratoria preestablecida del respirador, que lo incomoda y aumenta su agitación. En consecuencia, se altera la oxigenación adecuada y aumentan la presión intracraneal y la presión arterial sistémica.

La ventilación de alta frecuencia utiliza diversas técnicas de ventilación con las que se logra volúmenes totales menores que el espacio muerto pulmonar, con frecuencias supra fisiológicas. Uno de los principales objetivos de la ventilación de alta frecuencia es reducir el barotrauma causado por la ventilación convencional.

La ventilación de alta frecuencia utiliza un volumen corriente menor, con frecuencias mayores que 60 ciclos/min, en algunos casos pasa los 1000 ciclos/min. Estas altas frecuencias permiten la ventilación con generación de una presión intra torácica baja. El volumen corriente calculado es menor que el espacio muerto anatómico de los pulmones. Estos aparatos disminuyen el barotrauma porque permiten que la ventilación y el intercambio gaseoso se produzcan con la administración de presión baja de amplitud, aproximadamente la misma presión media de las vías aéreas en la vía aérea distal.

Los cuidados de Enfermería al neonato sometido a ventilación mecánica deben encaminarse a conseguirle la mayor comodidad física y psíquica y evitarle complicaciones²³. Estos cuidados son necesarios para conseguir un tratamiento adecuado para conseguir la recuperación de la salud con las mínimas complicaciones y secuelas posibles.

Existen numerosas características que hacen al paciente sometido a ventilación mecánica diferente de otros enfermos, entre otras podemos enumerar: El estrés que conlleva cualquier enfermedad grave, las medidas terapéuticas a la que es sometido, el aislamiento físico al que es habitualmente sometido, la incapacidad para comunicarse, la falta de movilidad, la aparatosidad de los aparatos que le rodean, las luces y ruidos que le rodean y sobre todo la dependencia del equipo sanitario y de una máquina²⁴.

Todo esto implica la importancia de la vigilancia y monitorización que se debe llevar a cabo en estos pacientes, a fin de evitar los problemas y complicaciones durante el tratamiento ventilatorio y cubrir las necesidades físicas y psicológicas de nuestros pacientes.

La ventilación mecánica en el neonato se ha desarrollado en muchos casos a partir de la experiencia de la ventilación mecánica del adulto. Sin embargo, el neonato tiene unas características físicas y fisiológicas muy diferentes que hacen que las indicaciones, aparatos, modalidades y forma de utilización de la ventilación mecánica sean con frecuencia distintas a las empleadas habitualmente en pacientes adultos.

El pediatra tiene que aplicar la ventilación mecánica en niños de muy diferente edad y peso, desde recién nacidos prematuros a adolescentes, y con enfermedades muy diversas. Además, las complicaciones de la ventilación mecánica son potencialmente más graves que en el adulto, debido a su inmadurez y a la dificultad de monitorización²⁵. Por otra parte, en los últimos años se han desarrollado nuevos aparatos, modalidades de ventilación mecánica y técnicas complementarias que se adaptan cada vez mejor a las características y necesidades del paciente.

Es por tanto necesario que los pediatras conozcan no sólo todas las técnicas de la ventilación mecánica, sino los métodos de vigilancia y monitorización. A

pesar de que la ventilación mecánica es una de las técnicas más empleadas e importantes, tanto en las unidades de cuidados intensivos pediátricos como neonatales, y que tiene una gran repercusión en el pronóstico vital del neonato críticamente enfermo, hasta el momento no se ha planteado una formación estructurada de los profesionales que la utilizan.

La ventilación mecánica es una técnica que fundamentalmente se utiliza en el quirófano y en las unidades de cuidados intensivos, pero que de manera progresiva está pasando a ser aplicada en otras unidades (urgencias, traslados, unidades de crónicos o intermedios, y en el domicilio). La ventilación mecánica es diferente de la ventilación espontánea, el empleo de un respirador acarrea consecuencias sobre la función respiratoria y sobre la hemodinámica. Las presiones puestas en juego por la respiración artificial, son distintas de las que se observan en la respiración espontánea.

Los sistemas de ventilación mecánica o respiradores, actúan generando una presión positiva intermitente mediante la cual insuflan aire o una mezcla gaseosa, enriquecida en oxígeno en la vía aérea del paciente. Las indicaciones para que sea necesario la utilización de la ventilación artificial, dependen del grado de insuficiencia respiratoria verificado por el resultado de la gasometría.

Cuando existen signos de descenso del esfuerzo respiratorio, taquicardia, cianosis, frecuencia respiratoria anómala, uso de músculos accesorios,

hipotensión, hipertensión, ansiedad y agotamiento y al ser combinados cualquiera de estos hallazgos junto a unas determinadas cifras de gasometría arterial, puede indicar la necesidad de iniciar la ventilación artificial.

El Cuidado de enfermería²⁶ al neonato con ventilación mecánica “Es un proceso interactivo enfermero- neonato, el cual va diagnosticar respuestas humanas”. El fin último del cuidado implica: Fomentar la autonomía, dignificar al ser humano, responder al llamado del cuidado del otro, vivir y crecer en el cuidado, crecer como cuidador, interactuar con otro ser en el cuidado buscando equilibrio y posterior desarrollo a su capacidad de cuidarse a sí mismo, desarrollar un cuerpo de conocimientos para enfermería, el cuidado requiere siempre de un momento, de un contexto, de un escenario.²⁷

Se tendrá en cuenta a la *Teórica de Watson*, enfocándonos en el paradigma transformador que toma en cuenta la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente.

Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior²⁸. La realización de la persona y las relaciones

interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

- Inculcación de la fe- esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

-Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión

tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

-Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

-Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el auto cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

-Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

-Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intra personales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

-Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos.

Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. Los tres primeros factores del cuidado

forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu.

La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría. Teniendo en consideración estos factores en la aplicación del cuidado en el neonato con ventilación mecánica.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida²⁹.

Por lo tanto los investigadores definimos a nuestro objeto de estudio como un proceso interactivo enfermero- neonato, en el cual se diagnóstica y trata

respuestas humanas que se relacionan con el proceso de vivir de los neonatos con problemas respiratorios y que reciben oxigenación con ventilador mecánico. Este cuidado es holístico e integral y humanizado a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería, utilizando el lenguaje internacional, que se refiere al uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, evidenciando en los registros enfermeros y en el cuidado que realiza diariamente.

Está sustentado en la teoría de Jean Watson, pues se tendrá en cuenta a la persona constituida por cuerpo, mente y espíritu y el cuidado se enfoca en buscar el equilibrio entre sus dimensiones. Se buscará que la enfermera entre en el campo fenomenológico del neonato y desarrolle esa relación transpersonal del neonato a cuidado, y utilizar una comunicación eficaz y empática cuando brinda los cuidados y será en el contexto de la UCIN del HRDLM.

2.2.3. Marco contextual:

El Hospital Regional Docente las Mercedes, es un centro de referencia de la macro región norte, donde nacen 3500 niños en promedio por año, y en el servicio de neonatología se hospitalizan 1100 recién nacidos (RN) por año en promedio, 28% de los mismos son prematuros, según el servicio de epidemiología del hospital.

El lugar elegido para realizar la presente investigación es el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” que se encuentra ubicado en la provincia de

Chiclayo - Departamento de Lambayeque, cuenta con una área disponible para la atención de prematuros, dichas áreas tienen equipamiento muy reducido, faltando materiales necesarios para la atención del neonato.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes trabajan 16 enfermeras de las cuales 9 tienen especialidad en materno infantil con mención en neonatología, 4 en pediatría y 3 en proceso de estudio en UCI Neonatal, de las cuales 12 enfermeras trabajan en la UCI Neonatal. Trabajan 6 pediatras, laboran 3 enfermeras por turno, se cuenta con 3 ventiladores mecánicos, 2 oxímetros, 15 bombas de infusión.

El servicio cuenta con una unidad de cuidados intensivos (UCIN) y cuidados intermedios donde se atienden neonatos. Los neonatos que requieren ingresar a la UCIN son atendidos por personal asistencial especializado en el área crítica neonatal, quienes contando con el apoyo de equipos con las que cuenta el área, brindan todos los cuidados que requiere el recién nacido las 24 horas. Las familias que requieren el cuidado pertenecen a la región norte del país muchos de ellos vienen de lugares lejanos de la sierra de Lambayeque.

Debido a los patrones culturales y al desconocimiento de las familias sobre ventilación mecánica, además por ser este procedimiento traumático puede existir resistencia de los familiares para autorizar el uso de los ventiladores.

CAPÍTULO III

2.2 Marco Metodológico

2.3.1. Tipo de Investigación:

La presente investigación fue de naturaleza cualitativa, ya que permitió caracterizar como es el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017, interpretando los discursos de las enfermeras y sus comportamientos, al brindar este cuidado.

2.3.2. Trayectoria metodológica:

En esta investigación se utilizó el estudio de caso. Al respecto Polit D³⁰ menciona que en el estudio de caso se proporcionará una descripción intensiva y holística; y su propósito fundamental será comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo.

Y de acuerdo con Ludke³¹ el estudio de un caso el simple y específico, bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos.

La investigación se desarrollará teniendo en cuenta los principios de Menga y Ludke, quienes explican que el método de estudio de caso presenta las siguientes características:

- Se dirigen al descubrimiento:

A pesar que los investigadores partan de algunos supuestos teóricos iniciales, se procuró mantenerse constantemente abierto a nuevos

elementos que pudieran surgir como importantes durante el estudio para la adquisición de nuevos conocimientos.

Las observaciones realizadas en la práctica diaria y el marco teórico nos sirvió de estructura básica para la elaboración del caso de estudio de la investigación, a medida que el estudio avanzaba y se incrementó nuevos aspectos, o elementos a tener en cuenta, requiriendo ser investigados y explicados, a fin de descubrir, interpretar y comprender el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

- **Enfatizan la interpretación en el contexto:**

Un principio básico de esta metodología es que, para una comprensión más completa del objeto de estudio, es preciso e indispensable tener en cuenta el contexto en que él se situará, por ello una de las exigencias de esta metodología es la accesibilidad práctica al caso elegido.

El contexto en el que se desarrolló nuestra investigación fue la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, hospital de referencia y perteneciente al MINSA que alberga a recién nacidos con ventilación mecánica, entre otros problemas de salud. Asimismo se tuvo en cuenta a los participantes, quienes formaron parte de la investigación, los profesionales de enfermería que laboran en la UCIN. El análisis de los resultados se analizó en este contexto.

- **Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda:**

El investigador procuró revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo.

En este estudio de caso se estudió una realidad compleja como es el cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica por lo que se trató de profundizar en la indagaciones de este fenómeno en sus diferentes dimensiones; los discursos fueron contrastados con las versiones que dieron los familiares al respecto y con las observaciones de los investigadores sobre como brinda la enfermera este cuidado, analizándose todo ello en el contexto del HRDLM, todo ello permitió una profundidad en la debelación del caso

- **Usan una variedad de fuentes de información:**

El investigador recurrió a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes. Para la construcción del caso nuestras fuentes de información fueron los profesionales de enfermería, los registros de enfermería, además de la observación participante y las versiones de los familiares de los neonatos; lo que permitió analizar aspectos subjetivos y objetivos.

- Revelan experiencias vicarias pero importantes y permiten generalizaciones naturales:

El investigador procuró relatar sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales. En lugar de la pregunta: ¿Qué puedo (o no) aplicar de este caso a mi situación?

En la construcción del caso las enfermeras revelaron como realizan el Cuidado enfermero a estos neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes. En el análisis los investigadores fueron incorporando sus experiencias permitiendo ir obteniendo sus conclusiones.

- Representan diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social:

Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador procuró traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

El presente estudio permitió explorar las contradicciones que puedan presentarse cuando se brinda el cuidado a un neonato con esta problemática, debido a que cada experiencia se da de diferente manera, se evidenció en la estabilidad de estos.

- **Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de la investigación:**

Los resultados de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, slide, discusiones y mesas redondas. Los relatos escritos, presentarán generalmente estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje, citas, ejemplos y descripciones.

El presente caso se realizó en estilo narrativo que permitió la comprensión, en forma clara, directa y relacionada con las experiencias de las enfermeras en el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, así mismo se tuvo en cuenta las situaciones y descripciones que surgieron conforme se desarrolló la investigación.

Según Nisbet y Watt citado por Luke³³ (1978), esta metodología consta de 03 fases.

- **Fase Exploratoria:**

Este estudio de caso comenzó con un plan muy incipiente que fue delineando más claramente en la medida en que se desarrollaba el estudio. Las preguntas o puntos críticos iniciales tuvieron origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y

declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, surgieron de un contacto inicial con las personas ligadas al fenómeno a estudiar o se derivaron de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador o grupos de investigadores.

La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio, su finalidad fue retratar una unidad en acción. Además en esta fase se localizó los informantes (enfermeras e historias clínicas, kárdex) que constituyó fuente de información para el presente estudio y de esta manera se estableció los contactos iniciales, que nos permitió delimitar la situación problemática, planteándonos preguntas orientadoras en el presente estudio.

- **Fase de delimitación del estudio:**

Una vez identificado los elementos claves y los límites aproximados del problema, los investigadores procedimos a recolectar sistemáticamente las informaciones a través de una entrevista semiestructurada a profundidad la que se realizó en tres oportunidades como mínimo.

La primera fue de coordinada con el personal de enfermería la hora, fecha y lugar de la entrevista, previo firma del consentimiento informado, la segunda se recolectó la información la entrevista estructura a profundidad y análisis documental y la tercera para que el entrevistado de su

confirmación al discurso explicado en el punto 2.3.4. Se usó una grabadora de audio como herramienta de recolección de la información.

- **Fase de análisis y elaboración del informe:**

El análisis de datos cualitativos fue construccionista, pues los segmentos se unieron para la obtención de un patrón conceptual significativo; por tal motivo, su análisis se inició con la búsqueda de temas que suelen desarrollarse al interior de sub categorías para concluir en las categorías de datos.³²

Esta fase se puso en práctica desde la fase exploratoria del estudio en donde surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste el cuidado enfermero que se brindó a los neonatos con ventilación mecánica en la UCI neonatal.

Por lo que se afirmó que estas fases no son lineales, sino por el contrario se interpusieron en varios momentos. El análisis de los datos consistió en examinar, categorizar, reorganizar de alguna manera la evidencia empírica de modo que se dé cuenta de los propósitos iniciales del estudio para la cual se procedió al tratamiento de los resultados a través del análisis temático. Posteriormente se elaboró el informe final conteniendo los resultados de la investigación, con la finalidad de poner a disposición de los usuarios del presente estudio.

2.3.3. Población y muestra:

En este caso la población estuvo conformada por 16 enfermeras que brindan cuidado a neonatos en ventilación mecánica en la UCIN de HDLM

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras que trabajen la UCIN al menos 6 meses para que puedan tener la experiencia de cuidar a estos neonatos.
- Tiempo de servicio de las enfermeras que laboran en el área de UCIN
- Los familiares de los niños inmersos en esta investigación
- Enfermeras que deseen participar voluntariamente en la investigación.

La muestra fue determinada por saturación y redundancia; es decir, se consideró el contenido de las entrevistas, las observaciones del cuidado, el análisis de los registros, hasta evidenciar que estas fueron repetitivas y no aportan mayores temas a la investigación.

2.3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Para la recolección de datos se utilizaron técnicas como:

La entrevista abierta a profundidad dirigida a enfermeras que cuidan a neonatos con ventilación mecánica en la UCIN del HRDLM, los familiares de los neonatos, para ello se utilizó una guía de entrevista abierta a profundidad (apéndice 1, 2) para enfermeras y familiares respectivamente. Estas se aplicaron en el hospital y comprendió las siguientes fases: *pre entrevista* donde se realizaron las coordinaciones para la ejecución de esta, de igual manera se obtuvo el consentimiento informado (apéndice 3).

La entrevista propiamente dicha a los sujetos de investigación tuvo una duración aproximada de 30 min para cada uno, se procuró su realización en un ambiente cómodo, libre de ruidos, dentro del hospital.

La post entrevista, tuvo por finalidad poner a consideración de los entrevistados los discursos brindados por ellos a fin de dar su conformidad o realizar observaciones.

La observación participante, la realizaron los investigadores en la UCIN a las enfermeras cuando brindaban el cuidado a neonatos con ventilación mecánica, las enfermeras fueron informadas de estas observaciones cuando se solicitó el consentimiento informado y las observaciones se realizaron posteriormente a fin de evitar cambios de comportamiento de la investigadas. Para ello se utilizó una guía de observación participante, recolectándose los datos en el cuaderno de campo. Estas se realizaron durante la recuperación de turnos de prácticas.

Análisis documental, se analizaron los registros de enfermería como son las notas y el kárdex, para ello se utilizó una guía de análisis documental, la cual incluyó los momentos en que se realizó esta observación y lo aspectos relacionados con el cuidado enfermero.

Validación: los instrumentos fueron validados por juicios de expertos se solicitó la colaboración de la coordinadora de la especialidad y 3 profesoras que laboran en el HRDLM. La prueba piloto se realizó en la UCIN Hospital Regional Cayetano Heredia- Piura.

Para ello se usó la grabadora, técnicas de profundización, resumen parafraseo, repregunta, confrontación entre otras.

2.3.5. Análisis de los Datos:

Se transmitió el contenido exacto de los discursos obtenidos en las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la UCIN y de los familiares, las cuales se leyeron, releeron, ordenaron y agruparon. Además, los discursos se contrastaron con la información obtenida a través de la observación.

Para el tratamiento de la información se utilizó el análisis cualitativo de los datos referido por Hernández³³ considerando los criterios descriptivos, analíticos y sintéticos del estudio de caso y se seguirá los siguientes pasos:

- a. Revisión del material,** en este momento se procedió a transcribir las grabaciones contenidas en el casete a hojas en blanco, procurando que sea legible y entendible. Una vez culminada la transcripción se procedió a revisar los datos con la finalidad que hayan sido transcritos en forma adecuada para el análisis respectivo.

- b. Establecer un plan de trabajo inicial**, en este análisis cualitativo, se tuvo en cuenta la amplia libertad para trabajar los datos; asimismo la elaboración del plan de trabajo, el cual llegó a sufrir alteraciones o cambios dependiendo de la evolución que siguió el mismo análisis.

- c. Codificar los datos en un primer nivel o plano**, se codificó los datos para tener una descripción más completa de estos, resumirlos y eliminar información irrelevante. La codificación tiene dos planos o niveles: el primer nivel se codificaron las unidades en subcategorías; en el segundo, se comparó las subcategorías entre sí para agruparlas en categorías. La codificación implicó clasificar y, en esencia, requirió asignar unidades de análisis a categorías de análisis.

La codificación comenzó cuando observamos diferencias y similitudes entre las unidades de análisis. En la codificación del primer plano se generó las subcategorías más concretas y en el segundo plano, de forma más abstracta. En este segundo nivel lo que se obtuvo fue categorías generales o temas.

Las categorías pueden surgir de los datos por el investigador pero siempre tiene que estar relacionados con los datos. Las categorías aparecieron conforme se revisaban las unidades de significado³⁴. Así

tomamos la primera unidad de análisis y definimos la categoría a la que pertenece, luego le damos un nombre y un código. Después tomamos la segunda unidad de análisis y definimos la categoría a la que pertenece, de inmediato le damos un nombre y un código.

Posteriormente, tomó la tercera, la cuarta y cada una de las unidades, y repetimos el proceso. En algunos casos nos encontramos con unidades de análisis que no pudieron ser ubicados de manera clara en las categorías desarrolladas. Entonces se optó por crear la categoría “otras”. Una vez que se terminó de colocar las unidades en categorías y evaluado las categorías otros, fue importante obtener evidencia acerca de la confiabilidad y validez del proceso de codificación. Esto se realizó proporcionando el material a nuestra asesora de tesis.

- d. Codificar los datos en un segundo nivel o plano**, esto implica ir refinado la codificación e involucra la interpretación del significado de las subcategorías obtenidas en el primer nivel. Entonces se comenzó la codificación en un segundo plano: identificar diferencias y similitudes entre categorías. En este punto de análisis, la meta es integrar las subcategorías en temas. Cada tema que se identificó recibió un código. Los temas son la base de las conclusiones que emergieron del análisis.

- e. **Interpretación de datos**, la descripción de la teoría implicó ofrecer una descripción completa de cada categoría y ubicarla en el fenómeno a estudiar el significado que tiene la categoría para los enfermeros, la cual fue narrada en una entrevista.

- f. **Asegurar la confiabilidad y validez de los resultados**, Con el propósito de respaldar nuestra investigación se aseguró la confiabilidad y validez de nuestro análisis, en la que se efectuó una valoración del proceso de análisis. En primer lugar, se evaluó la obtención suficiente de información de acuerdo con nuestro planteamiento del problema. En segundo lugar se obtuvo retroalimentación directa de los sujetos de la investigación, lo que significó pedirles que confronten o refuten nuestras interpretaciones y ver si se capturó los significados que ellos trataron de transmitir.

- g. **Retroalimentar, corregir y regresar al campo**, se regresó al campo de investigación con la finalidad de retroalimentar o corregir alguna unidad de análisis si el caso lo ameritaba.

2.3.6. Rigor Científico:

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar. Durante esta investigación se pondrá en práctica el rigor científico, utilizando cuatro criterios fundamentales³⁴:

- **Veracidad:**

Es la confianza que se deposita en los resultados de una investigación y en los procedimientos empleados para su realización. Al terminar la investigación uno de los elementos de mayor importancia fue demostrar la credibilidad del trabajo realizado, para ello se hizo revisiones bibliográficas de varios autores que han referido argumentos de forma apropiada y concordante con el tipo de investigación, además de la aplicabilidad del instrumento de la investigación sobre el Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del HRDLM, cuyos resultados fueron transcritos conforme se recolectaron sin alterar la información brindada por el personal investigador.

- **Aplicabilidad:**

Se logró con el diseño y previa validación de los instrumentos a utilizar, así como la descripción minuciosa de los procesos seguidos en todas las fases de la investigación, determinando la relevancia y las posibilidades de aplicación de las experiencias – interpretaciones, y que los resultados fueran concretos, lo cual permitió identificar la problemática de la investigación e interpretar los resultados de forma concreta y veraz.

- **Consistencia:**

Pretende establecer el grado de relación entre las conclusiones de una investigación y los procedimientos de recogida y análisis de información. Se cuidó al efectuar una descripción minuciosa y explicando lo más

detalladamente posible los procesos seguidos en todas las fases y actividades de la investigación, a fin de establecer una pista de revisión.

- **Neutralidad:**

Propone asegurar que los resultados de la investigación están en función del problema estudiado y no de las inclinaciones, intereses y juicios del investigador. Asimismo, este criterio se cuidará a través del proceso de tutoría de la investigación, quienes con su amplia experiencia investigadora orientarán el desempeño a lo largo de la investigación, a fin de disminuir en lo posible el sesgo natural propio de cualquier investigador.

En la presente investigación se mantuvo los datos tal cual lo exponen los criterios antes mencionados, no adulterando la información y estando en disposición de las personas que proporcionarán aportes para enriquecer la investigación.

2.3.7. Principios Éticos:

En el presente trabajo se garantizó el cuidado del respeto a los derechos de los participantes de la presente investigación, para lo cual, se tuvo en cuenta los Principios Éticos de Belmont Report³⁵:

- **Principio de Beneficencia:** Consiste en evitar daño físico o psicológico de los participantes por sobre todas las cosas en cualquier momento de la investigación, procurando que los sujetos que participaron estuvieran

motivados por el deseo de ser útiles, para lo cual, en este trabajo se brindó información, asegurando y garantizando a los participantes que la información proporcionada no será utilizada en su contra.

- **Principio de Respeto a la Dignidad Humana:** Comprende el derecho a la autodeterminación, y al conocimiento absoluto de la información, donde los participantes fueron tratados como entidades autónomas; es decir, tienen derecho a decidir voluntariamente si participarán en la investigación, sin el riesgo de represalias o a un trato perjudicado.

Este principio se evidenció en la presente investigación en el hecho que los enfermeros que participarán, lo harán de manera voluntaria; asimismo, tuvieron derecho de pedir explicaciones en caso de no entender o retirarse de la investigación cuando no se esté de acuerdo, para lo cual se brindó información detallada sobre en qué consistió su participación. Para ello firmó un “Consentimiento Informado²⁵” aceptando su participación en el estudio, además se proporcionó el número telefónico de los investigadores para cualquier inquietud y para comunicar si deseaban retirarse del estudio.

- **Principio de Justicia:** Los participantes tuvieron derecho a un trato justo y equitativo y a la privacidad antes, durante y después de su participación. Es decir, realizar una selección justa y no discriminatoria de los sujetos, trato sin perjuicios, cumplimiento de todos los acuerdos establecidos entre el investigador y el sujeto y acceso de los participantes al personal de la investigación en cualquier momento a fin de aclarar

cualquier información, acceso de los participantes a los profesionales de salud adecuados en caso de daños físicos o psicológicos, trato respetuoso y amable en todo momento.

- Este principio se aplicó, porque en todo momento se les dio un trato justo, equitativo y respetuoso a las participantes ya sea antes, durante y después de la investigación, también existió disponibilidad para aclarar las dudas que pudieron presentarse por parte de los participantes. Asimismo, la información obtenida durante la investigación se mantuvo en el anonimato.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Enfermería como disciplina profesional viene buscando la consolidación de su saber, para situar a la persona en el centro de su actuación. En las últimas décadas se incorpora al centro de su interés el cuidado, la persona, el entorno y la salud, impregnando la atención de estas categorías en las teorías y en la práctica. El foco de Enfermería como ciencia hace años está claramente definido pero es emergente la centralización de los conceptos de cuidado³⁶.

El ser humano, pierde el sentido de la vida y muere si no recibe cuidados, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin cuidados, el hombre pierde su propia naturaleza humana. Según la visión humanista, no se logra comprender al ser humano, si no es basado en el cuidado. Cuidar de alguien, a partir de su propio punto de vista, implica un interés genuino, de desvelo y solicitud, desvinculado del propio yo y centrado en el otro³⁷. Por este motivo es de interés de los investigadores estudiar cómo se realiza el cuidado a neonatos en ventilación mecánica en la UCIN.

El objeto de investigación fue el cuidado enfermero definido como un proceso interactivo enfermero- neonato- familia, en el cual se diagnostica y trata respuestas humanas que se relacionan con el proceso de vivir de los neonatos con problemas respiratorios y que reciben oxigenación con ventilador mecánico.

Este cuidado es holístico, integral y humanizado a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería, utilizando el lenguaje internacional, que se refiere al uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, evidenciando en los registros enfermeros y en el cuidado que realiza diariamente, sustentándose en la teoría de Jean Watson, quien promueve un cuidado humanizado.

El presente capítulo se constituye a partir del análisis y discusión de los discursos obtenidos de las entrevistas a enfermeras y padres así como de las observaciones a enfermeras, respecto al cuidado a neonatos en ventilación mecánica en la UCIN del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017, con la finalidad de comprender, analizar y caracterizar esta realidad.

A partir del concepto de cuidado, se pretende mostrar como cuida la enfermera a estos neonatos, lugar desde el cual, se realizan intervenciones y actividades, que garantizan el éxito en la evolución de los neonatos durante su estadía en esta unidad.

Para cuidar el anonimato se colocó seudónimos, correspondiéndole a las enfermeras el nombre de: *Margarita 58 años de edad, 36 años de experiencia. Alelí 30 años de edad, 6 años de experiencia. Lluvia 30 años de edad, 2 años de experiencia. Girasol 45 años de edad, 19 años de experiencia. Rosa 30 años de edad, 4 años de experiencia. Azucena 52 años de edad, 15 años de experiencia. Tulipán 58 años de edad, 25 años de experiencia.*

De este análisis emergieron tres grandes categorías con sus respectivas subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

I. IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN PARA BRINDAR CUIDADO ENFERMERO

1.1. Utilizando la ciencia de enfermería en el cuidado enfermero

1.2. Brindo cuidado constantemente.

II. ESCASA EVIDENCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO

2.1. Priorizando las necesidades de supervivencia en la valoración.

2.2. Falta de evidencias de la utilización de Diagnósticos enfermeros según Taxonomía NANDA

2.3. Falta de evidencias sobre la Planificación de los cuidados enfermeros utilizando la Taxonomía NOC y NIC

2.4. Falta de evaluación en los registros del cuidado brindado

III. EJECUTANDO INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO

3.1. Procurando mantener una buena oxigenación

3.2. Garantizando el buen funcionamiento del ventilador mecánico

3.3. Enfermería como mediador del vínculo afectivo

I. IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN PARA BRINDAR CUIDADO ENFERMERO

Poseer un cuerpo de conocimientos aplicándolo en el día a día permite distinguir un enfermero experto de aquel que es un mero ejecutor de órdenes, otorga seguridad en el actuar y fortalece la autoestima profesional.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina³⁸.

Cuando los enfermeros asisten a un usuario en un servicio de urgencia, o en cualquier otra circunstancia, actúan poniendo en acción conocimientos aprendidos y la experiencia propia, capacidades personales como la intuición y principios científicos resultantes de la investigación. Estos profesionales, cuando encuentran soluciones para los problemas que emergen del contexto, en un proceso de reflexión en la acción y reflexión sobre la acción, construyen un conocimiento propio de enfermería que al ser sistematizado en este proceso, compartido y validado por sus pares, se transforma en ciencia de enfermería³⁹.

La enfermería como ciencia humana se constituye en una disciplina orientada para la práctica, firmada en el desarrollo de un relacionamiento de

cuidados entre enfermeros y usuarios, en una perspectiva de salud y de bienestar. Procesos recursivos, entre teoría y práctica, que se desarrollan en un contexto de alta complejidad, por los ambientes donde ocurre la acción de enfermería, por la relación establecida entre cuidadores y usuarios, y por las características de esas mismas intervenciones⁴⁰.

En su acción, los enfermeros utilizan un conjunto de conocimientos que recrean mientras actúan, y al recrear les van encontrar nuevas soluciones, nuevos procesos, es decir, a crear nuevos conocimientos. Estos conocimientos tienen naturaleza diversificada y se agrupan en patrones, que son: empírico, conocimiento factual, descriptivo y verificable (evidencias científicas); ético, comportando valores, normas y principios; estético, el arte que es transmitida por medio de la intuición, sensibilidad y técnica; personal, de la autenticidad de la relación recíproca con el otro⁴¹.

Es por ello que se recurre a La enfermería basada en la evidencia (EBE), la cual conduce a la toma de decisiones con base en la evidencia emanada de la investigación, en la experiencia clínica sistematizada y en la preferencia del usuario como persona única y singular intenciones que generan cambios que deben ser atravesados por el debate y el análisis de las situaciones de cuidado, la elaboración de instrumentos de evaluación y por la aplicación continua de los modelos y teorías sobre el cuidado de enfermería⁴².

La EBE se propone como un modelo en el cual se plantean preguntas de investigación procedentes de los problemas cotidianos de la práctica y cuya respuesta se evalúa sistemáticamente a partir de resultados de investigación rigurosa que oriente las mejores decisiones en beneficio del usuario, lo que significa que las actuaciones de los profesionales de enfermería no quedan relegados a la experiencia personal, a la intuición, al sentido común, a la tradición o a normas preestablecidas, sino por el contrario, son respaldadas por el rigor metodológico, partiendo de la evidencia científica disponible⁴³.

Enfermería, a través del desarrollo histórico, ha generado grandes cambios en el cuerpo de conocimientos que sustentan el pensamiento como guía epistémica de la disciplina. Es justamente dicho avance el que ha permitido pasar de la tradición oral a la escrita, en la cual, por medio de la documentación de evidencias se generan cambios en lo que comúnmente se ha practicado por tradición y cotidianeidad sin sustento científico.

Tales cambios han llevado a un salto importante en la comprobación de la práctica diaria por medio de la investigación en Enfermería, denominado en la actualidad Enfermería Basada en la Evidencia, por lo tanto en la investigación tomamos en cuenta lo observado.

Esta categoría emerge de las siguientes sub categorías:

1.1. **Utilizando la ciencia de enfermería en el cuidado enfermero**

Las enfermeras que desarrollan su labor en la UCIN, generalmente resaltan la importancia de utilizar una base científica para respaldar sus intervenciones en el cuidado, así como de mantenerse actualizadas ante el ritmo vertiginoso del avance científico en dicho servicio, de esta manera pretenden mejorar constantemente el cuidado brindado a los recién nacidos prematuros con problemas respiratorios. Este conocimiento es un aspecto básico implicado en el concepto del pensamiento crítico, ya que en base a él se desarrollan capacidades de analizar, emitir juicios y tomar decisiones, lo que permite desarrollar el método científico en el cuidado.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras

profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función.

Al respecto en las entrevistas realizadas a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - CHICLAYO, se obtuvieron las siguientes unidades de significado:

“Tengo casi 36 años trabajando en este servicio, y constantemente reviso bibliografías actuales y trato de brindarle el mejor cuidado a los neonatos en ventilador” (Margarita, 58 a, 36 a.e)

“Aspiro las secreciones con asepsia, sabiendo que mis conocimientos me ayudaran a dar una calidad de atención” (Alelí, 30 a, 6 a.e)

“Sabemos por lógica que debemos estar inmersos en conocimientos para poder actuar en el cuidado del neonato en ventilación, de lo contrario pondríamos en riesgo a éste” (Lluvia 30 a, 2 a.e)

“Los conocimientos que aplicamos en el cuidado, garantizan la calidad de atención al neonato” (Girasol, 45 a, 19 a.e)

En las observaciones realizadas por los investigadores se corroboró los discursos, tal como se presentan a continuación:

“Se observó a la enfermera de turno el cuidados al neonato en ventilación mecánica aplicando sus conocimientos en cada procedimiento y en el accionar del bebé, verificando el manejo en la aspiración de secreciones, el cuidado del ventilador cerciorándose que esté funcionando.”

(Investigador 1; Tulipán, 58a, 25 a.e)

“Los procedimientos como canalización de vía periférica, colocación de sonda orogástrica, obtención de muestras sanguíneas para análisis de laboratorio, etc... se hicieron con las medidas de bioseguridad evitando infecciones intrahospitalarias”

(Investigador 2; Girasol, 45 a, 19 a.e)

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los

cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

Watson⁴⁴. Cuando expresa que el cuidado es holístico en tanto promueva humanismo, salud y calidad en un proceso que se viene remarcando en el día a día, requiriendo fundamentos de un sistema de valores humanísticos, articulados al conocimiento científico, tecnológico que constituye el armazón del cuidar – cuidado de enfermería.

También aborda la expresión de ayuda cuando al cuidar, la enfermera infunde fe y esperanza, el cultivo de la sensibilidad y la propia percepción de uno y de los otros, desarrolla la relación de confianza, promociona y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, la asistencia con la gratificación de necesidades humanas y el apoyo de la fuerza existencial ya que existe relación entre los seres humanos y el ser espiritual, este último se refiere a la trascendencia en el que es ser humano ora, es decir, se refiere a alguien que está más allá de su marco existencial, por lo que el hombre no está solo para subsistir y existir⁴⁵.

Para los investigadores el tener presente esta teórica, ayuda mucho en su formación, ya que va a permitir tener en cuenta que en el cuidado, no solo se va enfocar en lo físico, sino que también va cuidar los demás aspectos, aplicando sus conocimientos de forma humanizada.

Considerando finalmente que en rasgos generales las enfermeras del área de UCIN poseen un amplio dominio del conocimiento científico de enfoque biomédico para respaldar sus acciones del cuidado ya sea independientes e interdependientes, esto quiere decir que su cuidado este enmarcado totalmente en el paradigma de la transformación que permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

1.2. Brindo cuidado constantemente

En la sociedad actual, los continuos cambios científicos y tecnológicos motivan que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado, siendo este uno de los aspectos en los que la formación continuada es de vital importancia, ya que los profesionales sanitarios, en este caso enfermeras y enfermeros, debemos ser capaces de mantener al día nuestras competencias, tanto en conocimientos como en actitudes y destrezas.

Según el Código Deontológico de la Enfermería, será responsabilidad de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende, y añade que la enfermera/o será consciente de la

necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional y deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de auto dirigir su propia formación⁴⁶.

La evolución de las técnicas ventilatorias en neonatos ha sido lenta, en los últimos tiempos se ha ido perfeccionando, hasta llegar a modelos de extrema precisión en cada uno de sus parámetros. A pesar de todos estos adelantos, aún ocurre un alto número de inconvenientes, que propician un amplio campo de estudio, lo que motiva a la investigación acerca del tema.

En la entrevista realizada a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - Chiclayo, las enfermeras refieren la importancia de capacitarse para brindar un cuidado en base a conocimientos actualizados, tal como se evidencia en las siguientes respuestas:

“En mi servicio manejo recién nacidos con patologías y es por ello que siempre me estoy capacitando, me capacito constantemente para brindar mejor cuidado y a la vez actualizar mi legajo”

(Rosa, 30a, 4 a.e)

“Es importante estar actualizadas, porque permitirá brindar un mejor cuidado y estar siempre a la vanguardia de los cambios en este mundo globalizado”

(Lluvia, 30 a, 2 a. e)

“El estar capacitada me permite aplicar mis conocimientos con mayor seguridad” (Azucena, 52 a, 15 a.e)

“La capacitación me ha servido para actualizarme y a la vez para educar e impartir conocimientos” (Tulipán, 58a, 25 a.e)

En los discursos realizados por los investigadores, se evidenció que el profesional de enfermería constantemente se está actualizando para mantenerse al día sobre los cambios científicos y técnicos, y sobre los cambios en la profesión de enfermería.

En las observaciones realizadas por los investigadores se encontró:

Asistencia de Azucena, al curso-taller de reanimación cardiopulmonar neonatal, organizada por el Consejo Regional IX del Colegio de Enfermeros del Perú en agosto del 2016, y a la vez su participación en la Segunda Especialidad en UCI neonatal en la UNPRG.

(Investigador 1; azucena 52ª, 15 a.e)

Se observa la asistencia de enfermeras sus clases de segunda especialidad.

(Investigador 2; Rosa 30ª, 4 a.e)

En estos discursos, se manifiesta la importancia de conocer los avances teóricos y tecnológicos en la ciencia de enfermería, el manejo de los equipos del servicio de UCIN, para dar seguridad a los neonatos.

Hernández M. señala que la información constante y actualizada debe incluir las certezas y las dudas que van suscitando las diversas posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

Los neonatos que están internados ahí, requieren una supervisión cuidadosa, al igual que los equipos e insumos que se utilizan durante su cuidado, de acuerdo a las patologías que presentan, entre ellas la respiratoria; lo que incluye conocer muy bien su uso, y lo que también está incluido dentro de la capacitación que recibe y el compromiso de actualizarse. Los conocimientos constantemente cambian, lo que permite estar siempre a la vanguardia en el cuidado, capacitándonos, para enriquecer nuestros conocimientos, habilidades y experiencias en el cuidado y manejo del neonato de la UCIN Y así poder garantizar una mejor calidad de vida. Considerando finalmente que las enfermeras de la UCIN en este hospital permanentemente se capacitan para brindar cuidados de calidad.

II. ESCASAS EVIDENCIAS SOBRE LA SISTEMATIZACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las taxonomías, como estrategia metodológica y lenguajes disciplinares, que permiten brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamentan en la interacción humana y los elementos de la filosofía de Enfermería, cuyo fin último es la transformación interactiva y recíproca de los actores del cuidado en el proceso de satisfacción de necesidades; toda vez que como indicadores empíricos, evidencian y miden los conceptos que representan los fenómenos de las experiencias del cuidado, y se articulan con otros componentes de la estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería para orientar el objeto de estudio y promover el desarrollo disciplinar.

El análisis de la utilización del PAE sugiere, además de la revisión de los fundamentos filosóficos y epistemológicos, la consideración de elementos y factores contextuales que afectan el funcionamiento de las instituciones y los relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales, que favorecen o no la realización de un cuidado con perspectiva disciplinar que les brinde satisfacción y permita obtener resultados óptimos en los pacientes⁴⁷

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de

asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo. El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, tratando a la persona como un todo. A través del PAE en la práctica asistencial se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales⁴⁷.

Esta categoría emerge de las siguientes subcategorías:

2.1. Priorizando las necesidades de supervivencia en la valoración.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería; se define como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Es el primer contacto que tenemos con el usuario.

La valoración inicial permite a la enfermera recoger datos sobre los problemas de salud que faciliten la realización de actuaciones de enfermería dirigidas al logro de unos objetivos. Al ser la valoración un proceso continuo,

los datos posteriores indican a la enfermera si ha surgido algún problema adicional en su estado de salud. Esta fase proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad. Se necesita una valoración adecuada y sistematizada para facilitar el diagnóstico enfermero y el tratamiento de las necesidades humanas ⁴⁸.

Los signos vitales son la manifestación externa de funciones vitales básicas tales como la respiración, la circulación y el metabolismo, los cuales pueden ser evaluados en el examen físico y medirse a través de instrumentos simples. Sus variaciones expresan cambios que ocurren en el organismo, algunos de índole fisiológica y otros de tipo patológico. Los cuatro principales signos vitales son: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, y pulsioximetría⁴⁹.

Al respecto se obtuvieron las siguientes unidades de significado:

“Valoro siempre sus signos vitales para ver si se mantienen normales o varían”

(Rosa, 30 años, 4 a.e).

“Controlo saturación y funciones vitales para saber en qué condiciones encuentro a mi bebé”

(Tulipán, 58ª, 25 a.e).

“Además de la funciones vitales, valoramos la nutrición y eliminación que son importantes porque nos indicaran la función metabólica del bebe”.

(Girasol, 45 años, 19 a.e)

Las enfermeras, sujetos de investigación en su quehacer diario, priorizan la valoración de las necesidades de supervivencia, tal como se evidencia en la obtención de datos:

“Valoro el estado neurológico del neonato”

(Margarita, 58 años, 36 a)

“Valoro la alimentación enteral y parenteral de los bebes de acuerdo al peso y edad”.

(Lluvia, 30 años, 2 a)

“Se brinda confort y seguridad del neonato”

(Azucena, 52 años, 15a)

En la observación participante realizada por los investigadores, se evidenció:

“.... Enfermera recibe el turno y se cerciora de encontrar estable al recién nacido según el reporte, inicia su turno valorando signos vitales, signos de alarma, y realiza el examen físico al momento de baño en la mañana y cambios posturales tarde y noche.....

(Investigador 1: Azucena, 52 a)

“Se observa que utiliza la hoja CLAP, formato establecido en el servicio, en la cual se registra la valoración del RN en cada turno”

(Investigador 2: Tulipán, 58 a, 25 a.e)

De los discursos de las enfermera y observaciones de los investigadores se deduce que las enfermeras realizan la valoración del neonato priorizando las necesidades de supervivencia como son las necesidades respiratorias, de eliminación urinaria o alimentación, nutrición, reposo, confort, etc.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación.

Por lo tanto enfermería es muy cuidadosa en su trabajo con los neonatos, ya que destaca las necesidades prioritarias y trata de satisfacerlas de una forma humanitaria. Llegando a la conclusión que las enfermeras realizan una valoración minuciosa, manteniendo preocupación y acercamiento con el neonato a su cuidado, teniendo en cuenta el PAE y las necesidades que están siendo afectadas, de una forma humanizada tal y conforme la señala la teórica en la cual basamos nuestros cuidados.

2.2. Falta de evidencias de la utilización de Diagnósticos enfermeros según Taxonomía NANDA

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales

o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son de responsabilidad de la enfermera⁵⁰.

El Instituto Catalán de la Salud señala que la taxonomía NANDA y la NIC están bien asumidas, siendo la NOC la menos utilizada, ya que ha sido la última en incorporarse al programa. Y no porque no se crea de utilidad, sino que lo que sí es cierto es que es la más desconocida. Incluso en nuestra práctica diaria, tenemos muy claras las intervenciones que debemos practicar a nuestros paciente, pero no tan claro proponer indicadores de resultados.

Según Sparks, la NANDA posee una serie de funciones para facilitar la atención a los profesionales de enfermería, estas son: Proporcionar a las enfermeras un lenguaje estandarizado para describir su práctica que puede usarse para comunicarse entre ellas en diversas especialidades y culturas, con los miembros de otras disciplinas de los cuidados de la salud, y con los consumidores de cuidados de salud⁵¹. La taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC) para la práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos años para unir los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras⁵².

Estas nomenclaturas son instrumentos para mejorar la fiabilidad, la validez y la utilidad de la enfermería documentación. El lenguaje debe ser estandarizado para que no sucedan ambigüedades. La preocupación con la estandarización del

diagnóstico de enfermería comenzó con la creación de la Clasificación de Diagnóstico de Enfermería, por la North American Nursing Diagnosis Association.

El uso de este lenguaje estandarizado ha posibilitado la normalización de la práctica enfermera y el conocimiento de esta, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias. También permite una mejor evaluación de la eficacia de la atención prestada, y mejora de la comunicación y la interdisciplinaridad⁵³.

En el ámbito hospitalario, a veces nos cuesta ver la necesidad de planificar los cuidados según nuestras funciones. Las actividades derivadas de nuestro rol de enfermera no siempre quedan registradas en la historia clínica, y sin embargo, sí que registramos aquellas tareas que se desprenden de nuestro rol interdependiente.

Es cierto que “la presión asistencial” hace que con frecuencia dediquemos gran parte del tiempo en la ejecución de tareas derivadas de la pauta médica. La diferencia que puede existir en el ámbito de la atención primaria es que tenemos la oportunidad de planificar nuestro trabajo y nuestro tiempo, y esto da una gran ventaja para cumplir con el trabajo derivado de nuestra profesión.

Sin embargo por uno u otro motivo en la práctica estas no se aplican tal como se observa en las unidades de significado siguientes:

“En nuestro servicio no se utiliza el NANDA, por el tiempo y porque no hemos sido capacitadas” (Girasol, 45 años, 19a)

“Cuando nosotros estudiábamos utilizábamos el proceso de enfermería, y nuestro cuidado lo describíamos en los registros” (Margarita, 58 a, 36 a.e)

“Nos hablaron que nos capacitarían en la utilización del NANDA, NIC, NOC, pero se quedó en palabras, tengo el conocimiento, pero no lo aplicó”
(Rosa, 30 a, 4 a.e)

“Los cuidados los registramos de forma narrativa, recién he venido a conocer sobre taxonomía NANDA, NIC, NOC en mi especialidad.”
(Alelí, 30 a, 6 a.e)

Actualmente la enfermería cuenta con un lenguaje de uso universal como es la Taxonomía NANDA, que considera los diagnósticos enfermeros de utilización actual. Un diagnóstico enfermero es definido como una respuesta humana que se relaciona con el proceso de vivir y morir, en este caso de los neonatos en ventilación mecánica. Sin embargo muchas enfermeras aún desconocen al respecto o se rehúsan a utilizarlos, o si los utilizan no hay evidencia de ello, tal como se observó:

“En la observación se evidencia que las enfermeras del servicio de la UCIN, no hacen uso de diagnósticos según la taxonomía NANDA NIC NOC, utilizando la hoja CLAP en el cual va los cuidados de forma narrativa”.

(Investigadores 1,2)

Podemos resaltar que las enfermeras no están todavía familiarizadas con los diagnósticos, actividades y resultados de enfermería. La mayoría no están tan seguras de que la enfermería haya evolucionado gracias al trabajo realizado por la NANDA, sino que todo hubiese seguido igual. Desde el punto de vista enfermero solo se ha conseguido añadir más carga de trabajo al personal, y restándole tiempo a los cuidados realizados tanto al paciente como a la familia.

La enfermería en las últimas décadas está evolucionando hacia una mejor disciplina, y que con el paso del tiempo será cada vez más reconocida como lo que realmente es, sin tener la sombra de la medicina. Para ello tenemos que contribuir todos para que no cese esta evolución y beneficiar a quién más lo necesita, que son nuestros pacientes junto con sus familiares.

La taxonomía NANDA NIC NOC, nos va permitir elaborar los diagnósticos de acuerdo a las necesidades alteradas; nuestra investigación está basado en la teórica de Jean Watson, la cual se basa en el cuidado humanizado, esta guía sirve de mucho para poder identificar y priorizar nuestro cuidado utilizando esta taxonomía y facilitando la identificación de las necesidades, sin embargo en nuestra

realidad, no se usan por desconocimiento o falta de práctica, observándose que se utiliza un formato elaborado por el servicio en el cual se registra solo el cuidado sin ningún diagnóstico.

Sin embargo la observación permitió que los investigadores identifiquemos diagnósticos y planes de cuidado, que no son registrados, tales como: Patrón respiratorio Ineficaz, deterioro del intercambio gaseoso, perfusión tisular inefectiva, limpieza ineficaz de vías aérea, respuesta disfuncional al destete del ventilador, riesgo a infección, riesgo a lesión, dolor agudo, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, interrupción de los procesos familiares.

Se concluye que no se utiliza la taxonomía NANDA NOC NIC en el servicio de la UCIN, debido a desconocimiento de éste o falta de capacitación de su aplicación, por parte del personal que labora en dicho servicio.

2.3. Falta de evidencias sobre la Planificación de los cuidados enfermeros utilizando la Taxonomía NOC y NIC

Después de la valoración, se identifica las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Por lo tanto se establece prioridades en los cuidados, ordenando jerárquicamente los problemas detectados y se determina criterios de resultado. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

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

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

Enfermería dentro de su metodología de trabajo cuenta con un lenguaje de uso universal como son las Taxonomías NOC y NIC, que considera los resultados y las intervenciones enfermeros, de utilización universal, en este caso de los neonatos con ventilación mecánica. Sin embargo aún desconocen al respecto o se rehúsan a utilizarlos, o si los utilizan no hay evidencia de ello, tal como se deduce en los siguientes discursos y observaciones:

“Planificamos nuestros cuidados del turno, pero no usamos el NIC NOC”.

(Rosa, 30 años, 4 a)

“Sé que últimamente los cuidados están siendo guiados por la taxonomía NNN, pero no lo usamos, porque no somos hábiles en aplicarlo”

(Girasol, 45 a, 19 a.e)

“La planificación está, pero no tenemos una guía que nos ayude a registrarlos”
(Tulipán, 58 a, 25 a.e)

“Se hace un plan de cuidados simple y mental, sin apoyo de la taxonomía NNN”

(Alelí, 30 a, 6 a.e)

“A pesar de que no usamos la taxonomía NNN, hemos comprobado que algunas veces coincidimos en algunos criterios de resultado, en lo particular si conozco sobre el tema, pero es difícil aplicarlo porque la mayoría de colegas está acostumbrada a hacer un registro simple”. (Lluvia, 30 a, 2 a.e)

Tras el análisis y revisión de las fuentes de información, se eligió los diagnósticos, problemas de colaboración y de autonomía que se consideraron más adecuados para la realización del plan de cuidados, procurando la continuidad de cuidados en todo el proceso de cuidado al neonato con ventilador mecánico.

Aun así, es una tarea difícil por la peculiaridad que engloba al cuidado del neonato y por qué no, también por el rechazo de los profesionales, por el concepto generalizado de inaplicabilidad clínica de los diagnósticos de enfermería. No sólo se trata de aplicar los diagnósticos que proporciona la NANDA, sino de proporcionar unos cuidados coherentes, basados en el buen juicio clínico de la enfermería y apoyados por la metodología. Es necesario investigar, pues la investigación genera nuevos diagnósticos, y puede poner al descubierto vacío de conocimiento.

La taxonomía NNN nos permite elaborar diagnósticos, identificando las necesidades alteradas según la patología que presenta el neonato, es muy importante tener criterio en el momento de brindar el cuidado individualizado, porque de acuerdo a esto, planificaremos y ejecutaremos; lo ideal es contar con un formato

que nos permita identificar los diagnósticos ya establecidos por el servicio según NNN. Sin embargo por falta de conocimientos e implementación en el dicho servicio solo se cuenta con una hoja del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la cual registra los cuidados ejecutados en el neonato sin contar con los diagnósticos según la taxonomía.

Concluyendo, que solo utilizan su hoja CLAP elaborada por el servicio donde anotan sus cuidados al neonato.

2.4. Falta de evaluación en los registros del cuidado brindado

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente cuidado.

Al realizar un registro del cuidado, debe consignarse toda la información del turno relativa a un paciente y resumir todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir registrar lo que se pensó, dijo o se hizo acerca del paciente.

Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a

un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.

En la entrevista realizada a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - CHICLAYO, se obtuvieron las siguientes respuestas:

“Guio mi método de trabajo, en protocolos y guías de atención del recién nacido”. (Tulipán, 58 a, 25 a.e)

“Uso el método descriptivo en las anotaciones de enfermería”
(Margarita, 58 años, 36 a)

“En el servicio se usa la hoja CLAP, para plasmar nuestros cuidados del neonato en ventilador mecánico” (Lluvia, 30 a, 2 a.e)

De ahí se deriva su importancia: intentar describir el problema del paciente, orientar la terapéutica, poseer un contenido científico investigativo, adquirir carácter docente, ser un importante elemento administrativo y finalmente tener implicaciones legales por la falta de registros que describan los problemas que enfrentan los profesionales de enfermería en su práctica y los efectos de sus intervenciones, es imposible identificar y constatar lo imprescindible y específico que aportan a la atención de la salud de las personas, evaluar la naturaleza, eficacia, calidad y valor de los cuidados de enfermería.

Se observa solo el registro de las actividades realizadas más no la evaluación de dichas actividades. Concluyendo: La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

III. EJECUTANDO INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO

El cuidado, es el centro del quehacer de la profesión de enfermería, siendo el criterio fundamental que nos diferencia de otras disciplinas del campo de la salud, este es un proceso interactivo entre enfermera – persona cuidada, donde se evidencia una ayuda mutua, dentro de un espacio y un tiempo con un fin determinado para dar bienestar. Hablar de cuidado hace referencia al ser, saber y hacer de la enfermería. El objeto de trabajo de la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas que se relacionan con el proceso de vivir y, morir de los neonatos.

La esencia de la Enfermería es el cuidado integral de las personas, familias y comunidades. Siendo el núcleo de actuación las necesidades básicas, las metas, la autonomía y el bienestar. Las consideraremos autónomas o independientes cuando están capacitadas para su auto cuidado. Está determinada por convicciones, valores y necesidades profundamente arraigadas

en la organización personal, es decir, tiene que ver con lo que pensamos, con lo que sentimos y con lo que hacemos, es decir, tiene que ver con lo que somos⁵⁵.

El profesional de enfermería, brinda su cuidado de forma integral, ubicando a Enfermería como la disciplina que armoniza lo más complejo de los aspectos científicos con lo más refinado del arte, en un contexto de profundo sentido humanitario.

Se reconoce que, en una institución hospitalaria de alto nivel, son las intervenciones de enfermería las que más honda repercusión tienen, en última instancia, sobre la calidad del cuidado y las que mejor son percibidas por la comunidad representada por el paciente y sus allegados. Es decir, que su actuación es interpretada, más que la de ningún otro de los participantes, como indicador de calidad por excelencia.

Los recién nacidos prematuros tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo, además deben estar centrados en la familia.

Esta categoría emerge de las siguientes sub categorías:

3.1. Procurando mantener una buena oxigenación

El oxígeno es un gas muy utilizado en medicina con fines benéficos, especialmente en caso de urgencias, pero en neonatología, específicamente en

los recién nacidos prematuros, este debe ser monitorizado, sobre todo en las unidades de cuidado intensivo, ya que su toxicidad en esta etapa de la vida es muy alta.

Con la administración de oxígeno, buscamos aumentar el aporte de este elemento en los tejidos, y para esto se debe utilizar al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, ya que el oxígeno se fija a la hemoglobina en su mayor parte hasta saturarla, con el fin de aumentar la presión parcial de oxígeno alveolar⁵⁶.

El contenido y la entrega de oxígeno deben ser mayores al consumo de para asegurar una buena oxigenación tisular.

La aplicación de la ventilación mecánica como medio de soporte de la función respiratoria es uno de los grandes logros de la medicina moderna en los cuidados de los enfermos críticos. En el ámbito de la neonatología, su introducción contribuyó de manera especial al aumento espectacular en la supervivencia de los grandes inmaduros y en otras patologías propias del recién nacido a término. Sin embargo es un procedimiento exigente en recursos. Precisa para su correcta aplicación de personal altamente cualificado y una vigilancia continua de las constantes vitales, por lo que es la técnica por excelencia que caracteriza y justifica la creación de las unidades de cuidados intensivos⁵⁷.

En la entrevista realizada a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - CHICLAYO, ellas manifiestan cuidan la oxigenación:

“El cuidado empieza desde el contacto con el neonato..., evitando alterar las necesidades de oxigenación que requiere”. (Tulipán, 58 años, 25ª.e)

“Brindo el FIO adecuado, según lo necesita para su adecuada oxigenación”. (Alelí, 30 años, 6 a.e)

“Aseguro la permeabilidad de vías aérea y aspiro secreciones para que haya un buen paso de oxígeno a los pulmones”. (Margarita, 58 años, 36ª)

“Aseguramos una buena oxigenación al bebe después del destete del ventilador mecánico, para evitar que vuelva a él”.

(Girasol, 45 años, 19 a.e)

En las observaciones realizadas por los investigadores se corroboró estos discursos, tal como se presentan a continuación:

“...Observamos como la enfermera, al recibir el turno se cerciora si hay secreciones en tubo endotraqueal, boca, signos vitales; además del funcionamiento del ventilador mecánico, confirmando el FIO dado en el reporte, para confirmar si hay una buena oxigenación para el neonato...”

(Investigador 1, Girasol, 45 años, 19 a.e)

“Observamos que la enfermera al iniciar sus actividades, asegura una buena oxigenación, aspirando secreciones del bebé, mejorando su postura y que el ventilador mecánico tenga los parámetros adecuados en el aporte de oxígeno.”

(Investigador 2, Tulipán, 58 años, 25^a.e)

Es una realidad bien documentada que la mayoría de los neonatos ventilados mecánicamente realizan respiraciones espontáneas. Se piensa que la sincronización de los esfuerzos respiratorios del paciente con la fase inspiratoria del respirador haría posible un correcto intercambio gaseoso con menores presiones en la vía aérea, reduciéndose de esta manera el riesgo de barotrauma y consecuentemente las fugas aéreas y la lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica⁵⁸.

En recién nacidos prematuros el uso de CPAP nasal es efectivo en la prevención del fallo respiratorio tras la extubación, aunque no evita la reintubación ni la necesidad de oxígeno.

Concluyendo que los profesionales de enfermería en la UCIN tienen como objetivo principal procurar mantener una óptima oxigenación

3.2. Garantizando el buen funcionamiento del ventilador mecánico

La ventilación artificial mecánica se emplea comúnmente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con el objetivo de ofrecer soporte ventilatorio al neonato con insuficiencia respiratoria, y más recientemente se

preconiza su utilización para asistir la ventilación de éstos, por el concepto de que su reserva pulmonar y energética suele estar reducida y se hace necesario optimizar su oxigenación si bien múltiples investigadores afirman que el pronóstico de los neonatos con insuficiencia respiratoria aguda mejora considerablemente con el uso de estas técnicas, también se reconoce que no son inocuas y determinan una serie de limitaciones y complicaciones que hacen necesario su reconocimiento⁵⁹.

La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico de soporte vital, que ha contribuido decisivamente en mejorar la sobrevida de los pacientes en estado crítico, sobre todo aquellos que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA)El principal beneficio consiste en la mejora del intercambio gaseoso y la disminución del trabajo respiratorio.

Por lo tanto, la complejidad del cuidado neonatal y la sobrevida de los recién nacidos prematuros cada vez más pequeños exigen de los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, cuidados cada día más eficientes, integrales y con una óptima utilización de los recursos.

En la entrevista realizada a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - Chiclayo se obtuvieron las siguientes respuestas:

“Estoy al pendiente que el ventilador mecánico esté funcionando bien....

(Azucena, 53 años, 14 a)

“Realizo la prueba de estanqueidad al iniciar su uso, para confirmar el buen funcionamiento del ventilador mecánico”. (Lluvia, 30 años, 2 a)

“Realizo el cambio de corrugados cada 7 días, para asegurar el correcto paso del oxígeno por el tubo endotraqueal al niño”. (Alelí, 30 a, 6 a.e)

“Verifico que los corrugados estén bien sellados al igual que sus accesorios, que no tengan concentración de agua para evitar aspiración por esta, o fugas de aire”. (Tulipán, 58 a, 25 a.e)

“Antes del ingreso del niño a la UCIN realizamos el armado correcto de los accesorios del ventilador mecánico, hacemos la prueba del tubo para confirmar que el ventilador mecánico esté funcionando correctamente.”

(Girasol, 45 a, 19 a.e)

Los investigadores al respecto observamos:

Las enfermeras de la UCIN, se preocupan por el cambio de corrugados del ventilador mecánico, para evitar una condensación de agua en estos y una posible infección por la sobrecarga de bacterias.

(Investigador 1, Tulipán, 58 a, 25 a.e)

Hay una correcta verificación del buen funcionamiento del ventilador mecánico y vigilancia de sus parámetros, para mejorar el cuidado del neonato.

(Investigador 2, Azucena, 53 años, 14 a)

Como se evidencia en los discursos anteriores el profesional de enfermería utiliza de la mejor manera el recurso con el que cuenta, para poder lograr un objetivo dirigido al neonato, en este caso los neonatos en ventilación mecánica, la cual es superar la situación de salud por la que atraviesa.

La ventilación asistida en el neonato, hoy día, constituye una terapia indispensable en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La ventilación temprana suele ser útil, sobre todo en el recién nacido pre término con demanda de oxígeno elevada y una capacidad de reserva pulmonar y energética disminuida; el inicio temprano de la ventilación mecánica contribuye a evitar la insuficiencia respiratoria⁶⁰.

Por tanto es responsabilidad del personal de enfermería aplicar sus conocimientos y cuidados en el manejo del ventilador mecánico, para garantizar una correcta ventilación al neonato y así mejorar su calidad de vida.

3.3. Enfermería como mediador del vínculo afectivo

La enfermera tiene un papel fundamental en la participación de los padres en las actividades de la UCIN, principalmente a partir de orientaciones en la primera visita. El profesional debe propiciar sistemas de apoyo a fin de disminuir la ansiedad y el miedo que los padres del recién nacido sienten, ofreciendo condiciones mínimas de confort, tratando de responder a las preocupaciones y ofreciendo informaciones sobre el estado de salud del recién nacido, el tratamiento y los equipamientos utilizados.

Es necesario que la enfermera utilice un abordaje centrado en el niño y en los familiares de éste, a partir de una visión holística, identificando a la familia del recién nacido como la primera responsable por los cuidados de salud de sus miembros. Por lo tanto, debe considerar los problemas, necesidades, intereses, recursos, potencialidades y expectativas de toda la familia en el cuidado de la salud del recién nacido.

Esta categoría analiza la importancia de mantener el vínculo afectivo entre neonato y la familia así como el significado que tiene el recién nacido para la enfermera. Además, se manifiesta el desconocimiento de los padres sobre las verdaderas acciones de cuidado que brindan las enfermeras.

La labor de Enfermería a través de intervenciones que contribuyan a la adaptación del binomio es fundamental para permitir la vinculación de los padres en el cuidado de sus prematuros y contribuir con su bienestar. Es indispensable que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia empírica aportada por Enfermería. El personal de Enfermería que trabaja en la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) tiene como meta favorecer la adaptación a través de los cuidados ofrecidos y ser un recurso indispensable durante los esfuerzos del prematuro y su familia en la etapa de crisis⁶¹.

La labor desempeñada diariamente por Enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal es ejemplar, se puede decir que son los únicos profesionales que permanecen en contacto directo durante las 24 horas del día con el recién nacido pre término, por ello favorecen el proceso de adaptación, etapa ardua en la cual se consigue la madurez neurológica y fisiológica que puede tardar varias semanas o meses.

La vinculación de los padres en el cuidado de sus hijos prematuros ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, permitiendo fortalecer la esperanza de vida que tienen los padres acerca de sus hijos pretérmino que necesitan más que de la alta tecnología, una atención enfatizada en el amor.

En la entrevista realizada a las enfermeras, se obtuvieron los siguientes discursos:

“Sé les permite a los padres estar en contacto con su bebe y se crea un ambiente de confianza en la que participamos nosotras y ellos”

(Tulipán, 58 a, 25 a.e)

“Incentivo la conducta del apego con la madre y entorno familiar”

(Azucena, 53 a, 14 a.e)

“Ayudo al bebe hablándole, acariciándole, realizando masajes en los cambios de posturales”

(Lluvia, 30 a, 2 a.e)

Esto es corroborado por los padres de los neonatos:

“La enfermera me permite, tocar, acariciar, hablarle a mi bebe, y así yo siento que ya no se va sentir solo, va a reconocer mi voz, y esto le ayudará a mejorar rápido”

(Madre 1)

“Yo si veo que atienden a mi bebe y le dan sus cuidados, aunque no todas porque algunas son renegonas y malas”

(Padre)

"Me da mucha alegría cuando las enfermeras me permiten acercarme a mi bebe, porque yo lo extraño, ya que estuvo dentro de mí, y al verlo conectado a los equipos (llora) me da tristeza y preocupación que le vaya a pasar algo malo”

(Madre 2)

En los discursos anteriores la hospitalización del neonato produce una intensa sacudida emocional en los padres, lo cual pueden llegar a presentar reacciones tales como: negación, proyección e irritabilidad o enojo, situaciones que explicarían el rechazo al diagnóstico, la atribución de la responsabilidad de la enfermedad a sí mismos, como mecanismos de enfrentamiento del miedo y la impotencia propia de esta circunstancia.

Watson categoriza el cuidado humanizado en las siguientes dimensiones: sentimientos del paciente se inicia con la comunicación, reconociendo sentimientos del paciente, escuchar, comprender lo que siente y ponerse en su lugar, estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana; características

de las enfermeras, el trato al paciente debe ser cálido, respetuoso, agradable, cordial y brindar estímulos positivos para así establecer una relación terapéutica donde pueda salir de la crisis física o emocional por la que está atravesando; el apoyo emocional es aquel apoyo que la enfermera brinda a través de un trato cordial y amistoso, que da comodidad y confianza y que deriva en sentimientos de bienestar; el apoyo físico cuando la enfermera entra en contacto con los pacientes, como son mirarlo a los ojos, tomarle de la mano y cubrir sus necesidades físicas⁶².

La hospitalización no sólo afecta a los padres y al recién nacido, la familia también se involucra activamente; sus sentimientos y esperanzas puestas en el nuevo ser que hace parte de sus vidas se transforman en incertidumbre, produciendo cambios en la conducta, los patrones de vida y sus relaciones con los demás.

La labor de Enfermería a través de intervenciones que contribuyan a la adaptación del binomio es fundamental para permitir la vinculación de los padres en el cuidado de sus neonatos y contribuir con su bienestar. Es indispensable que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia empírica aportada por Enfermería.

Se presenta una visión global de la relación terapéutica y su relevancia en la profesión enfermera, se quiere demostrar la importancia de la adquisición de

habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación de ayuda. Una de las características de la enfermería es el concepto del cuidado a través del cual damos significado a la profesión. Entre las necesidades de los cuidados encontramos la más importante de ellas que es la necesidad de establecer una correcta relación terapéutica.

En la entrevista realizada a las enfermeras que laboran en el área de UCIN del HRDLM - CHICLAYO, se obtuvieron los siguientes discursos:

“Permitimos que los padres estén ahí con ellos, evitando que disminuya el vínculo afectivo, que le dará seguridad a estos pequeños”.

(Azucena 53 años, 14 a.e)

“Permito la visita de los padres, para que le hablen, para contribuir al bienestar del recién nacido”.

(Lluvia, 30 años, 2 a.e)

“Escucho explico claramente alguna pregunta o aclarándole dudas a los padres”.

(Alelí, 30 años, 6 a.e)

Mediante la comunicación y la observación el enfermero conoce a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida.

La comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado. La dependencia de otras personas no se limita al plano físico, también involucra la toma de decisiones.

El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas tales como: autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, consciencia de las propias facultades y límites es fundamental para conseguir el bienestar del paciente. Estas son necesarias para establecer una comunicación efectiva con el paciente.

Por lo que se considera finalmente que la enfermera busca el bienestar del neonato en ventilador mecánico y promueve el vínculo afectivo entre padres y neonatos, brindando un apoyo emocional y terno cordial a estos.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

- El cuidado enfermero que brinda las enfermeras a neonatos con ventilador mecánico en la ucín del HRDLM es basado en el conocimiento científico, para ello las enfermas se capacitan permanentemente.
- Existe escasa evidencia de la sistematización en la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en neonatos con ventilador mecánico, en la valoración se priorizan las necesidades de supervivencia, registrándose solamente las funciones vitales.
- En relación a los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA las enfermeras no los utilizan, en algunos casos por la falta de tiempo y en otros porque no han sido capacitados; en los registros no se observan diagnósticos enfermeros según esta taxonomía, tampoco se evidencia planes de cuidados utilizando la taxonomía NOC y NIC, en relación a la evaluación de los registros no se encuentra la evolución de los cuidados dados a los neonatos.
- La enfermera brinda cuidados enfermeros procurando una buena oxigenación, garantizando una buena ventilación mecánica, favoreciendo el vínculo afectivo, paterno filial, e integrando a la familia en el cuidado

RECOMENDACIONES

- ❖ A la jefa del servicio para que asuma la gestión en la capacitación de las enfermeras en la metodología del PAE utilizando la taxonomía NANDA NIC NOC e implementando formatos que permitan el registro del cuidado enfermero aplicando el PAE en sus 5 fases.
- ❖ Al jefe de departamento coordinar con jefa del servicio de neonatología la actualización de los formatos de enfermería utilizando el lenguaje enfermero NANDA NIC-NOC, para mejorar los registros de enfermería uniformizándolos.
- ❖ De la misma manera que se establezca la relación terapéutica con los padres del neonato en ventilador mecánico, comprometiéndose en su cuidado el tiempo necesario para favorecer su desarrollo psicomotor. Así mismo tomar en cuenta los factores culturales de cada familia para poder entender su punto de vista ante la situación que atraviesa por la hospitalización del neonato
- ❖ Al personal de salud a mantener informado sobre el diagnóstico, el tratamiento y la evolución del neonato en ventilador mecánico a los padres, para hacerlos participes en el cuidado del mismo, de la misma forma establecer una buena relación terapéutica que permita mantener un buen contacto enfermera-paciente.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas G. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Lima 2013.
2. MINSA. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011 – 2012. [internet] Perú: Diciembre 2013. [consultado 9 octubre 2016]. Disponible: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>
3. Velasco M, Ulloa E, López J. Ventilación mecánica. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid: Publimed, 2001
4. MINSA/OGE-004/010. Oficina General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud en Perú 2005. [Internet][consultado 23/08/16]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/componente__Estadistico.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet] Perú Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2012 nacional y departamental. [citado 3 abr 2013][consultado 16 set 2016]. disponible: https://www.unicef.org/peru/spanish/componente__Estadistico.pdf
6. Libro de registros del área de neonatología. Centro estadístico. Hospital Regional Docente Las Mercedes 2016.
7. Gonzales G, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra C. El cuidado Humano como valor en el ejercicio de los profesionales de salud. [Internet][consultado 30 de agosto 2016]. Disponible en: <http://es.scribid.com/doc/16008571/cuidado-humano>.

8. Servera E, Escarrabill J, Cresencia V. Oxigenoterapia. Prevención y Rehabilitación en Patología Respiratoria. Madrid: Panamericana; 2001.
9. Cedeño T. Efectividad del proceso de atención de enfermería en la supervivencia del recién nacido ventilado. [Internet][consultado 16/04/17] en línea: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/107/364>
10. Acuña L. Humanización en el cuidado de enfermería. Plan De Cuidados En Terapia Intensiva. An Pediatr. [En línea]. [Consultado: 12/07/16]. Disponible en: <http://www.cymasa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion.pdf>
11. Sánchez B., Barrera L., Chaparro L., Carrillo G. Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
12. Mata M. Cuidado enfermero en recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [internet] 2009; 17(1): 45-54. [consultado el 23 /05/11].(disponible en:) <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2009/eim091h.pdf>
13. Tamez S. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. 3^{ra} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana S. A; 2008.
14. Watson J. Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. Creat Nurs.[Internet] 2008 [citado julio 2016];14(2):54-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18655513>
15. Ibarra A. Manual de enfermería en neonatología. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [En línea]. Consultado 20/07/11. Disponible en: <http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo2/default.htm>

16. Guerra J, Ruiz C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. Revista de avances en Enfermería Vol. 26, No 2. [Aprobado: 10-10-08]. [En línea], disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901/13661>
17. Castillo U. Dorian A, Itsmary H. Tendencia a la Estandarización. 3ra. ed. El Salvador: editorial San Salvador; 2004.
18. Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier España. 6ª edit. Madrid; 2007.
19. Ceriani J., Cernadas. Neonatología Práctica. 4ta Edición, Editorial Panamericana. S.A. Año 2009
20. Goldsmith J., Karotkin E., ventilación asistida neonatal, 4ª edición, Colombia: Distribuna; 2005.
21. Roqués J, Cortell I, Galbis, J. y López A, Alteraciones en la función pulmonar en el período posnatal y preescolar. Rev Neumológica Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia. España. Fecha de acceso: 20 de mayo del 2016.
22. Gallardo J. Cuidados del paciente en ventilación mecánica. Barcelona: Ed. MASSON; 2003.
23. Klamburg, J. Ventilación mecánica: principios básicos. En Libro de Texto de Cuidados Intensivos G. Ginestral. Cap. 31. Barcelona: De. Salvat; 2009.
24. Lemaire F. Ventilación artificial. En técnicas de reanimación. Barcelona: Masson; 2002.
25. Hoyos A, Guías neonatales de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Colombia: Distribuna; 2007.

26. Brunner y Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica, 2 vols. 12ª Ed. México D.F.: Interamericana. McGraw-Hill; 2013.
27. Alarcón J, Forero J, Cassalet G. Cuidado intensivo pediátrico y neonatal, Colombia: Distribuna; 2007.
28. Heylighen F, Cognitive-Systemic Reconstruction of Maslow's Theory of Self-Actualization. Behavioral Science[internet]. 2012[consultado setiembre 2017]. Vol. 37, 39-56. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bs.3830370105>
29. Polit D, H y Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta.ed. Madrid. Mc. Graw Hill interamericana; 2000.
30. Ludke M, Pesquisa E. Abordaje Cualitativas. Sao Paulo: edit; 2007
31. Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México: Edit. Mc. Graw Hill Interamericana; 2006.
32. Bernal C. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: Pearson; 2006.
33. Sierra B. Técnicas de investigación social. 8va. Madrid. Edit. Paraninfo; 2006.
34. Lincoln Y, Guba E. Métodos de investigación. El diseño de la investigación: Problemas, casos y muestras. Barcelona: Paidós; 2001.
35. Mata-Méndez M, Salazar M, Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (1): 45-54 [Internet] (Fecha de acceso: 17 de Noviembre del 2016). México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/nr/rdonlyres/6588a3c7-6754-400e-8365e071f850a21f/0/re1200908cuidadoenfermero.pdf>

36. Waldow V, Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev. Latino-am Enfermagem [Internet].2008 [fecha de acceso 16 de Marzo de 2017]; 16(4) (Fecha de última actualización: 08 de diciembre del 2015) Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php> el cuidado es la esencia humana del ser.
37. Universidad de la Sabana. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan [internet]2017 (Revisado 10 Octubre 2017, 01:05 Horas). En línea: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123/247>
38. Salazar Hernández AC, Martínez Torres J, Hernández Montesinos AR. Mortalidad neonatal en un hospital general de zona/ Neonatal mortality at a zone General hospital. Rev Med IMSS 2001; 39(4):359-364
39. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 2008
40. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixao Pela Terra. 4ta Ed. Brasil: Vozes; 2009
41. Sola A, Urman J. Cuidados intensivos neonatales: fisiopatología y terapéutica. 4ª. ed. Buenos Aires: Científica Interamericana, 2001.
42. Ochoa M. A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2005, 23 de Septiembre] : [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215403011>> ISSN 0120-5307

43. Watson J. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Consultado el 24 de noviembre de 2017] [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
44. Gonzales M. Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería. [en línea] 2011. [fecha de consulta:17 de noviembre de 2017] disponible: <http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Metodolog%C3%ADa%20Enfermera/Gu%C3%ADa%20de%20Metodolog%C3%ADa%20y%20Diagn%C3%B3sticos%20de%20Enfermer%C3%ADa.pdf>
45. Portillo A. Transcripción de cuidado integral en enfermería. [en línea] 2016. [Revisado 08 Octubre 2017] disponible en : <https://prezi.com/upwxmo8uihkm/cuidado-integral-en-enfermeria/>
46. Beltrán-Salazar, O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan [en línea] 2008, 8 (abril) : [consulta: 25 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108106> ISSN 1657-5997
47. Gómez M, Fernández E. Identidad enfermera: hacia un lenguaje común. Enfermería docente. [en línea] 2003; 78: 5-13. [Revisado 9 Octubre 2017] disponible: <http://enferlic.blogspot.pe/2012/05/signos-vitales.html>
48. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2007-2008. Barcelona: Elsevier; 2008. pag. 334-345
49. Tirado G, Hueso C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC,

- NIC. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades. 2011; 20 (1-2): 111
50. Sparks R. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005- 2006. Madrid: Elsevier; 2007.
51. Sánchez R. Solano J. Administración del oxígeno en el periodo neonatal. Recomendaciones sobre ventiloterapia convencional neonatal. https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-D.pdf
52. Bueno I. Calderón gema y colbs. Guía para la Ventilación Mecánica del Recién Nacido. En línea: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Ventilacion.pdf>
53. E. Burón Martínez y Grupo de RCP Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Reanimación del recién nacido. An Esp Pediatr 2006;65 (5):470–477
54. Prado F, Salinas P, Pizarro G, Campos C, Zenteno D. Asistencia ventilatoria no invasiva en pediatría. Rev Chil Pediatr [En línea] 2008; 79(6):580-592. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-ventilacion-mecanica-no-invasiva-vmni/>
55. Gonzalo ME. Ventilación Mecánica Básica, Procedimientos Respiratorios. Tratado de Enfermería de Cuidados Críticos y Neonatales. 2007 [en línea] disponible:<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo82/capitulo82>.
56. Ferreira, Augusto. Enfermería: Cuidados humanizados. Enfermería (Montev.) - Vol. 3, nº 1 - junio 2014 - ISSN: 1688-8375

57. R. Vidal. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Vol 8, n° 3. 2008. [En línea]: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311>
58. Tehortúa S. La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2005.
59. Hernández D., Flores S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. México. 2012
60. Perapoch J. Información y apoyo a la familia del recién nacido prematuro. Hospital Valle d'Hebron. Barcelona. (Fecha de acceso: 26/06/17). Disponible en: [http:// www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
61. Antón J. Escritos de Enfermería. [Internet] (Fecha de acceso: 2 de marzo del 2017). (Fecha de última actualización: 15 de diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num012/escrits.html>

ANEXOS Y APENDICES



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... Enfermero (a) del
Servicio de..... del Hospital.....

Declaro; que habiéndome informado de forma clara, precisa y suficiente sobre mi participación, así como de los objetivos y fines que persigue la presente investigación, acepto participar de la investigación titulada Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017

Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto anonimato y fielmente relatadas por los investigadores. También podré retirarme del estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que se realice la entrevista abierta a profundidad.

Lambayeque,..... Mayo del 2017

Firma de la colaboradora
DNI:

Firma de la investigador(a)
DNI:



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 2

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD
DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DE UCIN**

- La presente investigación tiene como objetivo recolectar datos para la investigación:
“Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017”
- Los resultados se utilizarán solo con fines de investigación, se mantendrán en anonimato, por lo que se recomienda responder con la mayor veracidad.

I. DATOS GENERALES

- Seudónimo: - Sexo:.....
- Edad:.....
- Tiempo de Experiencia Laboral en el servicio de UCIN:

II. DATOS ESPECÍFICOS:

- ¿Cómo cuida usted al neonato con ventilación mecánica?
- ¿Cómo aplica el método de trabajo para el cuidado del neonato? ¿En que se basa?



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 3

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD DIRIGIDA A
LAS MADRES DE NEONATOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN
LA UCIN**

- La presente investigación tiene como objetivo: recolectar información para la investigación: “Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017”
- Los resultados se utilizarán solo con fines de investigación, se mantendrán en anonimato, por lo que se recomienda responder con la mayor veracidad.

I. DATOS GENERALES

- Seudónimo: - Grado de instrucción:.....
- Edad:.....

II. DATOS ESPECÍFICOS:

- ¿Cómo es el cuidado que brinda la enfermera a su bebe?



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ANEXO N° 4

GUÍA DE OBSERVACIÓN

- Objetivo: recolectar información para la investigación: “ Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017”

1.- Datos Informativos:

Fecha:..... Hora de inicio:..... Hora de término:.....

Escenario:.....

Actores sociales o personas observadas:.....

1.1.- Contenido:

En la observación se tomará en cuenta los siguientes ítems:

1. Cuidado enfermero:

a. A la entrega del servicio:

.....
.....

b. Durante el turno:

.....
.....

c. En la entrega del servicio:

.....
.....

2. Observar la aplicación de la metodología del proceso del cuidado:

a. La valoración, técnicas y herramientas que utiliza (examen físico, anamnesis, entrevista, análisis documental)

.....
.....

b. Emisión de diagnósticos enfermeros en los documentos de enfermería (kárdex y notas de enfermería)

.....
.....

c. Características de los diagnósticos de enfermería:

.....
.....

d. Planificación y registro de los cuidados de enfermería:

.....
.....

e. Ejecuta los cuidados enfermeros planificados

.....
.....

f. Evalúa los resultados de acuerdo con lo planificado

.....
.....

3. Cómo se da la relación de ayuda entre enfermera, madre o familiar cuidado?



.....
**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 5

GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

- Objetivo: recolectar información para la investigación: “ Cuidado enfermero a neonatos en ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2017”

1.- Datos Informativos:

Fecha:..... Hora de inicio:..... Hora de término:.....

Escenario:.....

2.- Datos específicos:

Se observará y analizará:

- Notas de enfermería:

.....
.....
.....

- Kárdex:

.....
.....
.....

- Registro de valoración de diagnósticos:

- a. Valoración:

.....
.....

b. Planificación:

.....
.....

c. Ejecución:

.....
.....

d. Evaluación:

.....
.....