



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL

“Factores que contribuyen al estrés de los padres de los Recién Nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario”

AUTORES:

Br. Feglia, Silvia

Br. Franconeri, Stefanella

Br. Lunaz, Laura

Br. Rivero, Lorena

Br. Sastre, Claudia

TUTOR:

Lic. en Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

MONTEVIDEO, 2011

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las personas que colaboraron para el logro de este trabajo final de investigación:

- A la tutora Lic. en Enf. Mercedes Pérez.
- A la Lic. en Enf. Cecilia Callorda
- A las Autoridades de la División de Enfermería del Hospital de Clínicas.
- A la Lic. en Enf. Jefe del sector de Neonatología y a todo el personal de enfermería.
- A los padres de los RN prematuros por su gran aceptación y colaboración.
- Especialmente a nuestra familia y amigos por el tiempo y apoyo brindado.

ABREVIATURAS

Av: Avenida

Dr: Doctor

Enf: Enfermería

Etc: Etcétera

Gral: General

I/V: intravenosa

Lic: Licenciada

OMS: Organización Mundial de la Salud

Prof: Profesor

RN: Recién nacido

ROU: República Oriental del Uruguay

s/n: Sin número

SOG: Sonda orogástrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos

Ud: Usted

CONTENIDO

TUTOR.....	1
Autores.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
abreviaturas.....	3
Contenido.....	4
TEMA.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	7
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	9
RESULTADOS:.....	11
Caracterización de la población.....	11
FACTORES EXTRAPERSONALES.....	15
FACTORES INTERPERSONALES:.....	25
ANALISIS.....	35
CONCLUSION Y SUGERENCIAS.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	46
Anexo I- Protocolo.....	47
Anexo II- Instrumento de recolección de datos.....	137
Anexo III- Normas Éticas.....	145
Anexo IV- Cronograma de Gantt.....	147
Anexo V- Recursos necesarios.....	149
Anexo VI- Adaptación del Modelo de Sistemas de Neuman.....	151

TEMA

Factores estresantes que sufren los padres de los Recién Nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores estresantes que sufren los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario en el período comprendido entre el 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011?

RESUMEN

La investigación realizada tiene como objetivo principal conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario. Con el propósito de que a través del conocimiento de los mismos se puede establecer cuales de ellos pueden ser modificables, para mejorar el proceso salud-enfermedad de los padres de los RN hospitalizados en la UCIN.

El estudio se efectuó en el período de tiempo comprendido entre el 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011, en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal.

La metodología aplicada se basa en un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, donde la muestra seleccionada fueron 14 padres.

La información obtenida se recopiló a través de un cuestionario con preguntas estructuradas y con una pregunta abierta; donde se estudiaron las variables: sexo, edad, situación de pareja, ocupación, escolaridad, procedencia, religión, factores extra e interpersonales, otorgando a las mismas diferentes categorías, con sus correspondientes indicadores.

De los resultados se denota que los factores estresantes extrapersonales del ambiente fueron: los procedimientos invasivos (punciones y aspiraciones), tener una máquina respirando por sus bebés, la presencia de otros bebés en la unidad, la presencia de una máquina respirando por su bebé, tubos y equipamientos que tenía su bebé o estaban cerca de él, que sus bebés se alimentaran por vía I/V o SOG y la presencia de agujas y tubos. En cuanto a los factores estresantes interpersonales del ambiente causantes de estrés se logró determinar; no puede alimentar a su bebé, no se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos; médicos y enfermeros utilizan palabras que no entienden; (conflictivas) acerca de la condición de sus bebés; y el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca.

En general los padres encuestados refirieron que la experiencia en la UCIN fue de extremo estrés.

INTRODUCCION

El presente estudio corresponde al trabajo final de investigación, que se realizó por un grupo de cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, correspondiente al 4º ciclo, 1º módulo; con la finalidad de obtener el título de grado.

El mismo se llevó a cabo en un Hospital Universitario en el período comprendido entre el 7 octubre al 4 de noviembre de 2011.

La presente investigación trata aspectos significativos en el área materno-infantil con enfoque en salud mental.

Como objetivo a estudiar, se planteó conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros que se encuentran internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a través de una serie de variables tales como; edad, sexo, situación de pareja, ocupación, escolaridad, procedencia, religión, número de hijos, factores extrapersonales e interpersonales.

La elección del tema surgió, por la afinidad de la atención del recién nacido prematuro durante las experiencias prácticas realizadas, donde se observó que los padres de los recién nacidos críticos deben enfrentarse cotidianamente a la posibilidad de la muerte o la rápida descompensación de sus hijos, situaciones angustiantes y de incertidumbre, vínculos con el equipo de salud que no siempre son los esperados por los padres.

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia que cambia la rutina cotidiana tanto de los padres como la de toda la familia.

El nacimiento de un prematuro genera en los padres sentimientos; miedo, llanto, tristeza, debido al nacimiento inesperado, sentimientos de culpa por lo que se hizo o por lo que no se hizo, sentimientos de impotencia, enojo consigo mismos y con los demás.¹

Los padres con hijos prematuros pueden presentar estrés derivado de la imposibilidad de ejercer su rol de padres, ya que la hospitalización forzosa de un recién nacido prematuro y los horarios restringidos de la UCIN son una situación de crisis que provoca gran impacto emocional. El estrés se manifiesta

¹ Denise Defey. Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Serie mujer y maternidad. Tomo IV, Montevideo-Uruguay. Abril 1996.

en mayor grado en las madres, quienes están expuestas a la frustración, inquietud y sentimientos de incapacidad, por la imposibilidad de cuidar adecuadamente a sus hijos y sufren ante los diferentes procedimientos médicos a los que se somete a sus hijos.²

A través de la bibliografía³ consultada se pudo concluir que los padres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN presentan algún grado de estrés, por lo cual es de relevancia el estudio de factores que contribuyen al mismo; ya que a partir del conocimiento de ellos, se puede actuar y encontrar mecanismos para disminuirlos, contribuyendo a motivar a los padres en el desempeño de su rol dado que existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor del neonato como: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna.

Se interiorizó en el Servicio Neonatal donde se llevó a cabo la investigación, trabajando con los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN, lográndose los objetivos propuestos con éxito.

Los resultados obtenidos reafirman el conocimiento de la existencia de determinados factores estresantes interpersonales y extrapersonales del ambiente. Los factores extrapersonales no son modificables en nuestro estudio.

2 Jofré, V, E. Henríquez. Nivel de estrés de las madres con RN hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Ciencia y Enfermería. 2002.

3 Dr. A. Miguel Largaía, Dra. Celia C. Lomuto, Lic. M. Aurelia González. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud. 2º Edición Buenos Aires-Argentina, 2007.

ASPECTOS METODOLOGICOS

La investigación realizada fue una investigación cuantitativa, descriptiva, prospectiva y transversal. La misma se llevó a cabo en la Republica Oriental del Uruguay, en el Departamento de Montevideo, en el barrio Parque Batlle, en la UCIN de un Hospital Universitario.

El universo estuvo constituido por padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN en el organismo antes mencionado, en el período comprendido entre 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011.

La muestra estuvo compuesta por 14 padres, con la característica mencionada en el universo.

El método que utilizamos fue una entrevista que se realizó a todos los padres de los recién nacidos prematuros en la UCIN, la misma se realizó en forma anónima e individual. El instrumento a aplicarse fue un cuestionario estructurado, con una pregunta abierta. El mismo constó de cinco variables, de las cuales se desprendían distintas categorías. Cada una de ellas se evaluó a través de una escala de medición, atribuyéndole el grado de influencia que cada una de las categorías tenía sobre el estrés de los padres de los recién nacidos prematuros.

Dicha escala se describe a continuación: 0 (no lo experimentó); 1 (no ha sido estresante); 2 (mínimo estrés); 3 (moderado estrés); 4 (mucho estrés); 5 (extremo estrés).

Consta de cuatro subescalas acerca de los factores inter y extrapersonales que midieron el nivel de estrés de los padres: a) ambiente de la UCIN; b) aspecto del recién nacido; c) rol de los padres y d) comunicación con el personal.

Finalmente, la entrevista constó de dos preguntas, la primera referente a cuánto fue en general el estrés generado por la situación de tener un RN prematuro hospitalizado en la UCIN, utilizando la misma escala. La segunda, acerca de algún aspecto que los padres desearan comentar que no hubiéramos mencionado anteriormente.

Cuestionario de antecedentes biosociodemográficos: este cuestionario fue confeccionado por las investigadoras del estudio. Constó de dos partes: la primera, para recopilar los antecedentes biosociodemográficos de los padres; y

la segunda parte acerca de factores inter y extrapersonales que contribuyeron al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros.

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se realizó una prueba piloto del instrumento. Probado el instrumento, se procedió a realizar su revisión y adecuación previa a su implementación definitiva. Se procedió a aplicar el instrumento mediante la entrega individual y anónima del cuestionario, con previa explicación sobre la manera en que se debía completar, de todos modos se estuvo presente en el servicio para evacuar las dudas que surgieran.

Luego de haber finalizado el total de la muestra estipulada, se llevó a cabo el análisis de los datos recolectados.

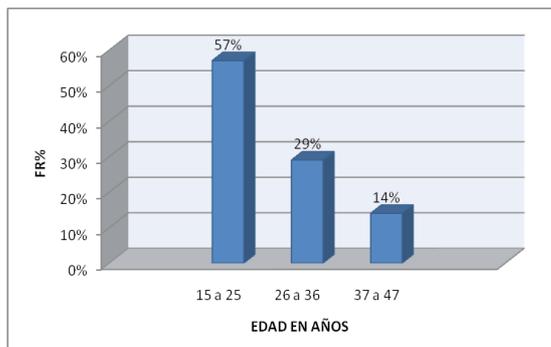
RESULTADOS:

La muestra seleccionada fue de 14 padres.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Título: Edad de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

EDAD	FA	FR%
Menor a 15 años	0	0%
15 a 25 años	8	57%
26 a 36 años	4	29%
37 a 47 años	2	14%
Mayor a 48 años	0	0%
Total	14	100%

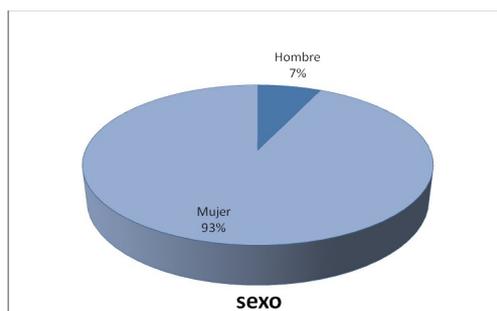


Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres se encuentra en un rango de edad de 15 a 25 años. No habiendo padres menores a 15 años ni mayores a 48 años.

Título: Sexo de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011

SEXO	FA	FR%
Hombre	1	7%
Mujer	13	93%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de u Hospital Universitario.
El 93% de los padres (que se encontraban presentes acompañando al bebé) fueron mujeres.

Título: Situación de pareja de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR%
Refiere tener pareja	11	79%
Refiere no tener pareja	3	21%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El 79% de los padres refirió tener pareja.

Título: Ocupación de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

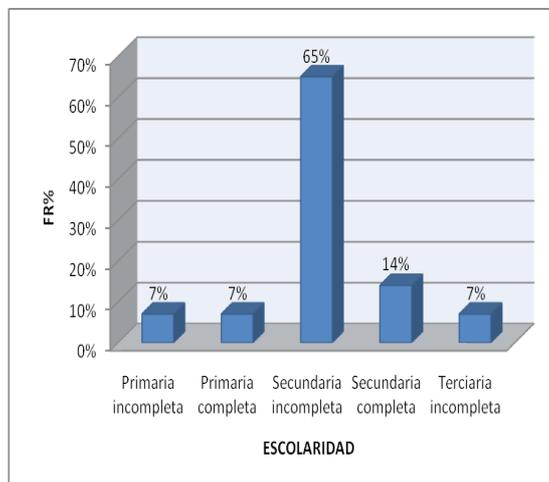
OCUPACIÓN	FA	FR%
Ocupado	4	29%
Trabajador zafra	0	0%
Desocupado	10	71%
Estudiante	0	0%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El 71% de los padres estaban desocupados y el 29% restante tenían empleo. No encontrándose padres estudiantes ni con trabajo zafra.

Título: Escolaridad de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

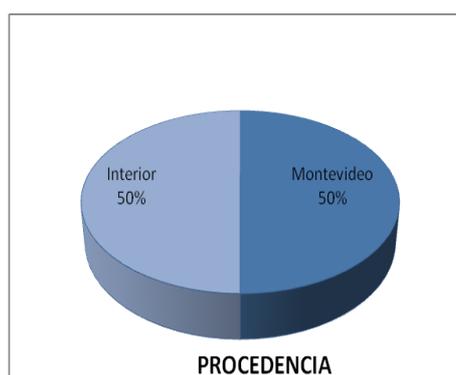
ESCOLARIDAD	FA	FR%
Analfabeto	0	0%
Primaria incompleta	1	7%
Primaria completa	1	7%
Secundaria incompleta	9	65%
Secundaria completa	2	14%
Terciaria incompleta	1	7%
Terciaria completa	0	0%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El 65% de los padres presentaban secundaria incompleta. No se encontraron padres analfabetos ni con terciaria completa.

Título: Procedencia de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

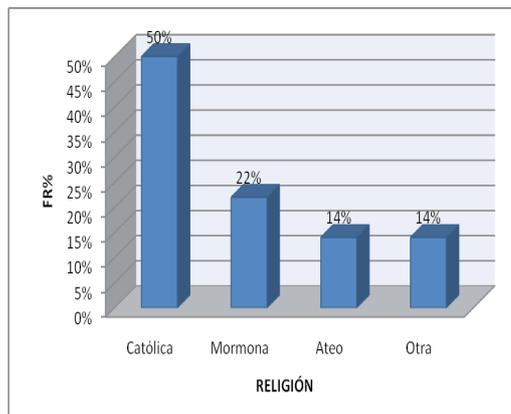
PROCEDENCIA	FA	FR%
Montevideo	7	50%
Interior	7	50%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El porcentaje de padres provenientes del Interior se iguala al porcentaje proveniente de Montevideo.

Título: Religión de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

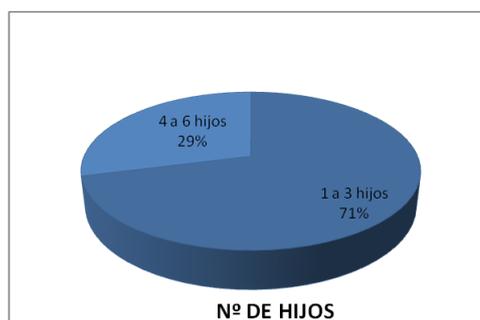
RELIGIÓN	FA	FR%
Católica	7	50%
Mormona	3	22%
Evangélica	0	0%
Testigo de Jehová	0	0%
Ateo	2	14%
Otra	2	14%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario. El 50% de los padres eran Católicos. No encontrándose Evangélicos ni Testigo de Jehová.

Título: N° de hijos de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

N° HIJOS	FA	FR%
1 a 3 hijos	10	71%
4 a 6 hijos	4	29%
Más de 6 hijos	0	0%
Total	14	100%

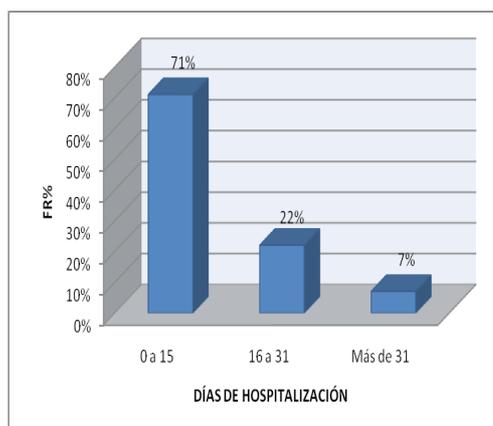


Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario. El 71% de los padres tenían de 1 a 3 hijos. No se encontraron padres con más de 6 hijos.

FACTORES EXTRAPERSONALES

Título: Días de hospitalización de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS RN HOSPITALIZADOS EN LA UCIN.	FA	FR%
0 a 15 días	10	71%
16 a 31 días	3	22%
Más de 31 días	1	7%
Total	14	100%



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 71% de los RN tenían de 0 a 15 días de hospitalización. Un 22% de 16 a 31 días. El 7% restante tenían una hospitalización prolongada mayor a 31 días.

Título: Evolución de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario (según la percepción de los padres), en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

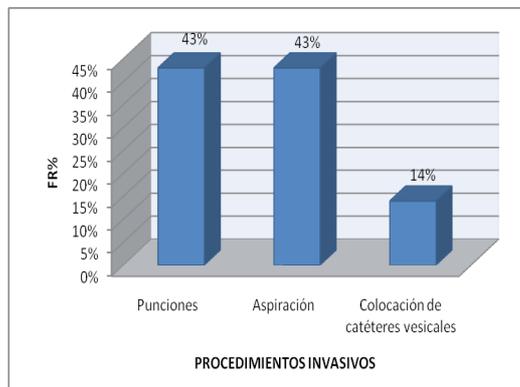
EVOLUCIÓN	FA	FR%
Favorable	14	100%
Desfavorable	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

En su totalidad los padres refirieron que sus hijos estaban evolucionando favorablemente.

Título: Procedimientos invasivos que causaron mayor estrés a los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011.

PROCEDIMIENTO	FA	FR%
S INVASIVOS		
Punciones	6	43%
Aspiración	6	43%
Colocación de vía venosa percutánea	0	0%
Colocación de catéteres vesicales	2	14%
Total	14	100%



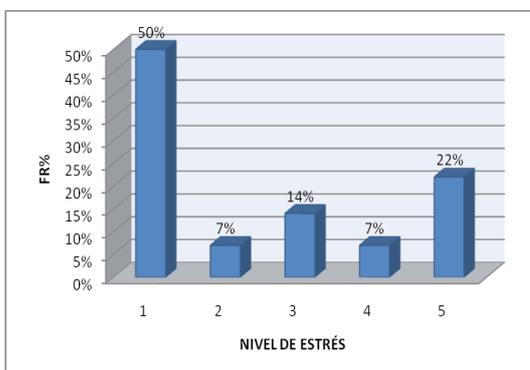
Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió que el procedimiento que les causó mayor estrés fueron las punciones, otro 43% las aspiraciones. El 14% restante la colocación de catéteres vesicales. No refirieron presentar estrés ante la colocación de vía venosa percutánea.

ASPECTOS Y SONIDO DE LA UNIDAD	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
a)	0	0%	7	50%	1	7%	2	14%	1	7%	3	22%	14	100%
b)	0	0%	8	57%	0	0%	2	14%	3	22%	1	7%	14	100%
c)	0	0%	5	36%	2	14%	2	14%	2	14%	3	22%	14	100%
d)	0	0%	4	29%	0	0%	1	7%	2	14%	7	50%	14	100%
e)	0	0%	11	79%	0	0%	2	14%	1	7%	0	0%	14	100%
f)	1	7%	3	22%	2	14%	0	0%	0	0%	8	57%	14	100%

- | | |
|---|--|
| a) Presencia de monitores y equipos | d) Otros bebés de la unidad |
| b) Constante ruido de monitores y equipos | e) Cantidad de gente trabajando en la unidad |
| c) Repentino ruido de monitores y alarmas | f) Tener una máquina (respirador) respirando por su bebé |

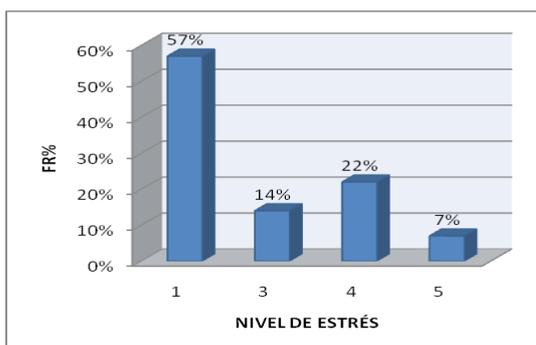
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de monitores y equipos.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres manifestó estar en el nivel 1 de estrés, un 22% en el nivel 5, un 14% en el nivel 3, los niveles 2 y 4 se igualan.

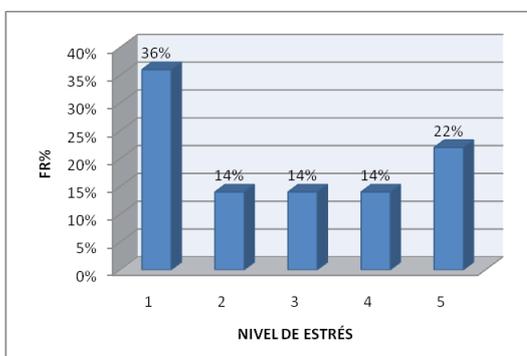
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación al constante ruido de monitores y equipos



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 1 de estrés, el 22% un nivel 4, el 14% un nivel 3 y el 7% un nivel 5.

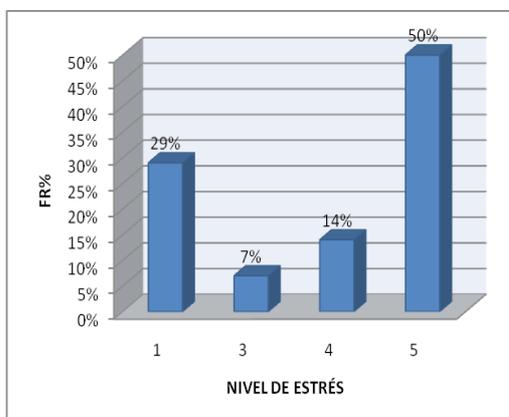
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación al repentino ruido de monitores y alarmas.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 1 de estrés, el 22% un nivel 5 y los niveles 2, 3 y 4 se igualan.

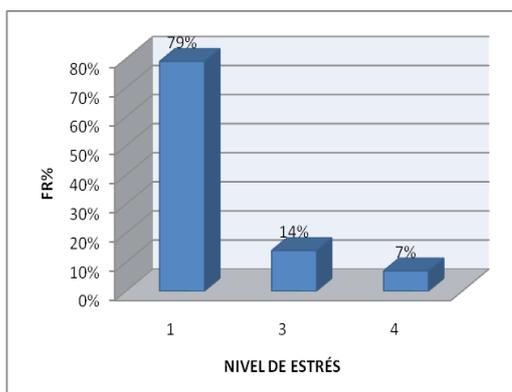
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de otros bebés en la unidad.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 29% un nivel 1, el 14% un nivel 4 y el 7% un nivel 3.

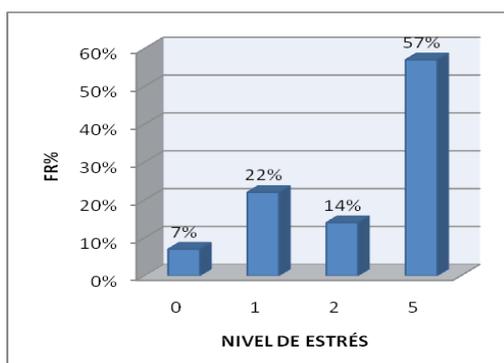
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la cantidad de gente trabajando en la unidad.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 79% de los padres refirió presentar un nivel 1 de estrés, el 14% un nivel 3 y el 7% un nivel 4.

Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de una maquina (respirador) respirando por su bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

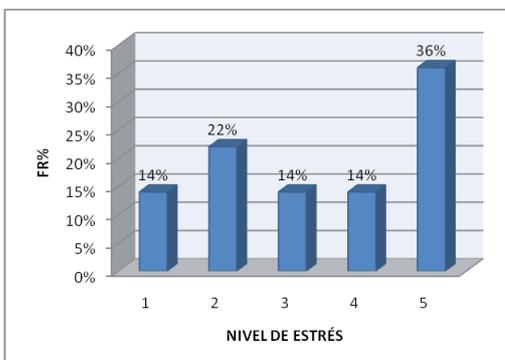
El 57% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 1, el 14% un nivel 2 y el 7% un nivel 0.

APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR
a)	0	0%	2	14%	3	22%	2	14%	2	14%	5	36%	14	100%
b)	0	0%	5	36%	2	14%	2	14%	2	14%	3	22%	14	100%
c)	2	14%	2	14%	3	22%	3	22%	2	14%	2	14%	14	100%
d)	4	29%	2	14%	1	7%	2	14%	2	14%	3	22%	14	100%
e)	0	0%	4	29%	2	14%	2	14%	1	7%	5	36%	14	100%
f)	7	50%	3	22%	0	0%	1	7%	1	7%	2	14%	14	100%
g)	0	0%	1	7%	1	7%	0	0%	3	22%	9	64%	14	100%
h)	0	0%	2	14%	2	14%	0	0%	4	29%	6	43%	14	100%
i)	2	14%	0	0%	1	7%	0	0%	5	36%	6	43%	14	100%
j)	2	14%	2	14%	3	22%	1	7%	4	29%	2	14%	14	100%
k)	8	57%	1	7%	3	22%	1	7%	1	7%	0	0%	14	100%
l)	7	50%	0	0%	3	22%	1	7%	2	14%	1	7%	14	100%
m)	5	36%	2	14%	1	7%	2	14%	1	7%	3	22%	14	100%
n)	6	43%	0	0%	3	22%	1	7%	2	14%	2	14%	14	100%

- a) Tubos y equipamiento que tiene el bebé o que están cerca de él.
b) Moretones, cortes o incisiones en el bebé
c) Color diferente de su bebé
d) Forma irregular de respirar de su bebé
e) Tamaño pequeño de su bebé
f) Apariencia arrugado de su bebé
g) Máquina para respirar (respirador) que tenía su bebé

- h) Ver agujas y tubos que tenía su bebé
i) Cuando su bebé se alimenta por I/V o SOG
j) Cuando su bebé parece estar dolorido
k) Cuando su bebé llora por largos períodos
l) Cuando su bebé parece temeroso
m) Cuando su bebé parece triste
n) Apariencia débil de su bebé

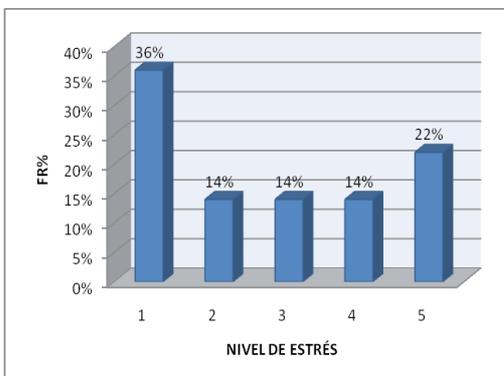
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de tubos y equipamientos que tenía el bebé o que estaban cerca de él.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 2 y los niveles 1, 3 y 4 se igualan en un 14%.

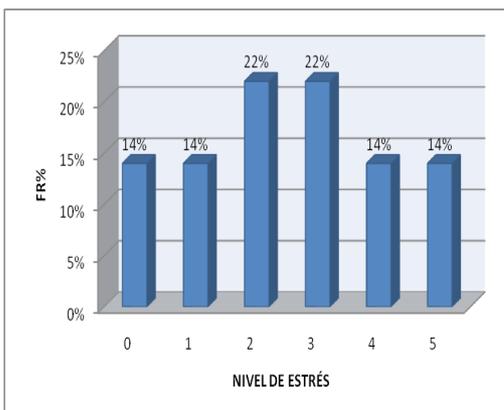
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de moretones, cortes o incisiones en el bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 1 de estrés, el 22% un nivel 5 y los niveles 2,3 y 4 se igualan en un 14%.

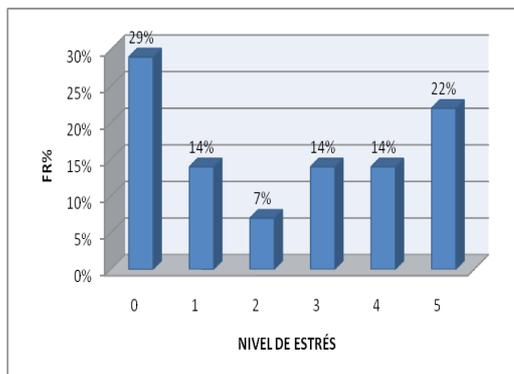
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación al color diferente de su bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

Los padres refirieron presentar niveles 2 y 3 de estrés, los cuales se igualan en un 22%, y los niveles 0, 1, 4 y 5 se igualan en un 14%.

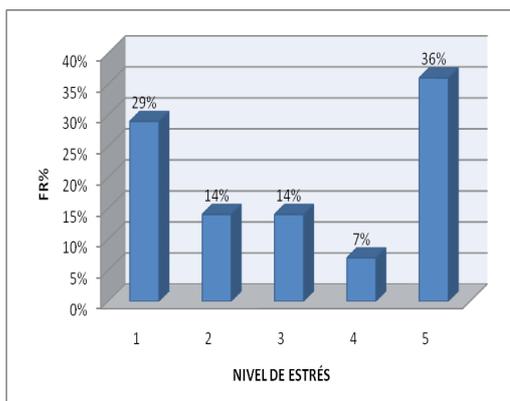
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la forma irregular de respirar de su bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 29% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 5, los niveles 1, 3 y 4 se igualan en un 14% y el 7% un nivel 2.

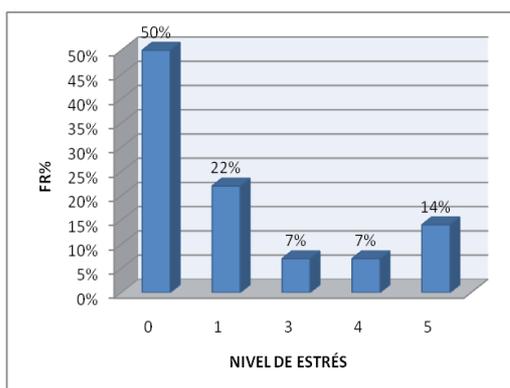
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación al tamaño pequeño de su bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 29% un nivel 1 y los niveles 2 y 3 coinciden en un 14% y el 7% un nivel 4.

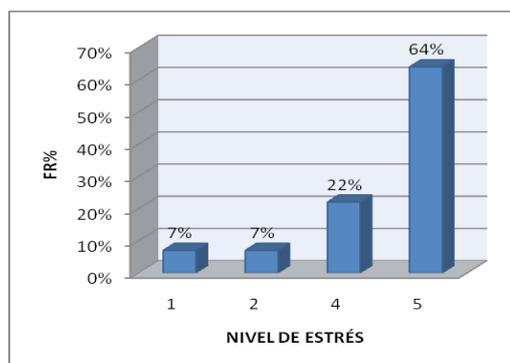
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la apariencia arrugada de su bebé



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 1, el 14% un nivel 5 y los niveles 3 y 4 coinciden en un 7%.

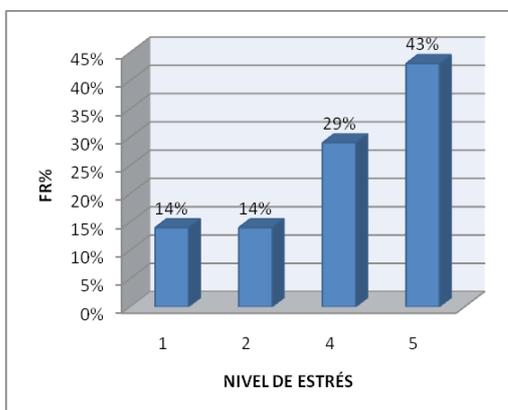
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el periodo comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de una máquina respirando por su bebé.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 64% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 4 y los niveles 1 y 2 se igualan en un 7%.

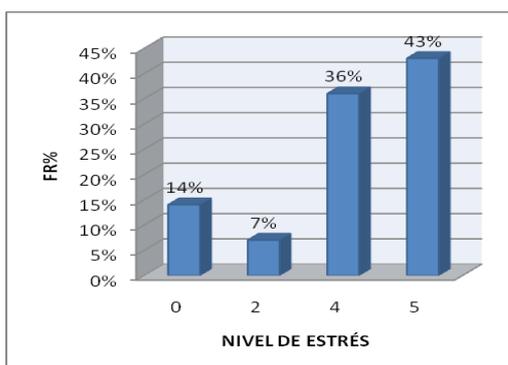
Título: Nivel de estrés los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la presencia de agujas y tubos que tenían sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 29% un nivel 4 y los niveles 1 y 2 coinciden en un 14%.

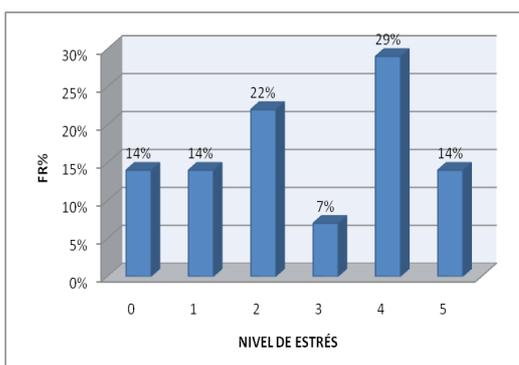
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuando sus bebés se alimentaban por I/V o SOG.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 5, el 36% un nivel 4, el 14% un nivel 0 y el 7% un nivel 2.

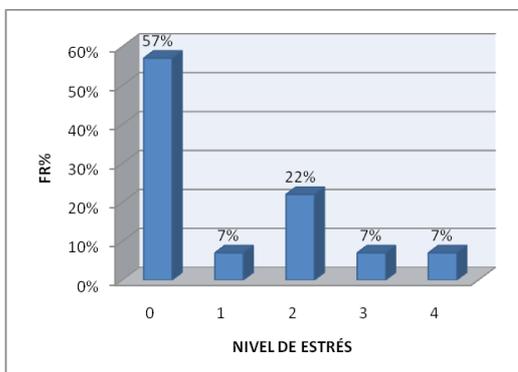
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuando sus bebés parecían estar doloridos.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 29% de los padres refirió presentar un nivel 4, el 22% un nivel 2 y los niveles 0, 1 y 5 se igualan en un 14% y el 7% un nivel 3.

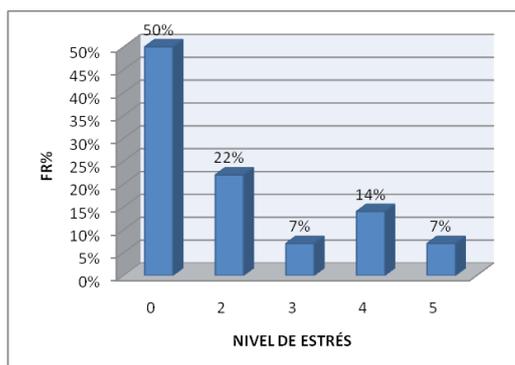
Título: Nivel de estrés los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuando sus bebés lloraban por largos periodos.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 22% un nivel 2 y los niveles 1, 3 y 4 coinciden en un 7%.

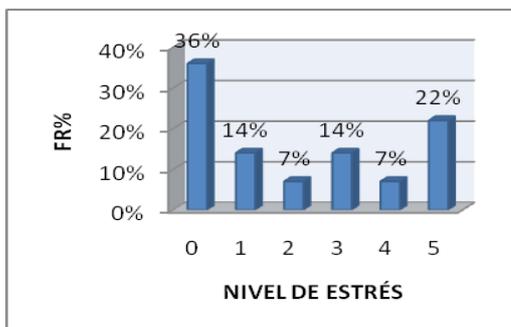
Título: Nivel de estrés los padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuando sus bebés parecían temerosos.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 22% un nivel 2, el 14% un nivel 4 y los niveles 3 y 5 se igualan en un 7%.

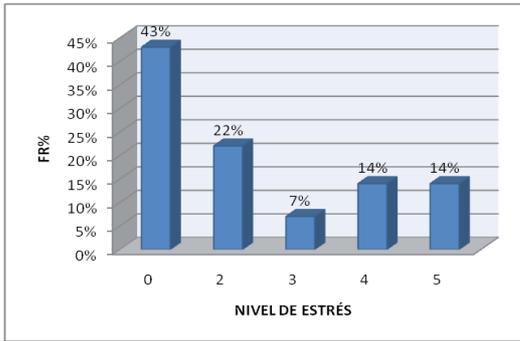
Título: Nivel de estrés los padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuando sus bebés parecían tristes.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 5, los niveles 1 y 3 coinciden en un 14%, los niveles 2 y 4 se igualan en un 7%.

Título: Nivel de estrés los padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a la apariencia débil de sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 2, los niveles 4 y 5 se igualan en un 14% y el 7% en un nivel 3.

FACTORES INTERPERSONALES:

PARTICIPACIÓN FAMILIAR	FA	FR%
La familia se compromete, acompaña y colabora	14	100%
La familia no se compromete, ni acompaña ni colabora	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El 100% de los padres refirió que la familia se compromete, acompaña y colabora.

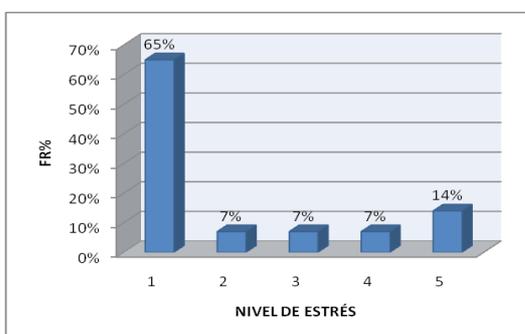
PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD	FA	FR%
El equipo de salud se compromete, acompaña y colabora	14	100%
El equipo de salud no se compromete, ni acompaña ni colabora	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.
El 100% de los padres manifestó que el equipo de salud se compromete, acompaña y colabora

CONDUCTA Y COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL	0		1		2		3		4		5		Total	
	F	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR
a)	0	0%	9	65%	1	7%	1	7%	1	7%	2	14%	14	100%
b)	5	36%	4	29%	2	14%	2	14%	0	0%	1	7%	14	100%
c)	5	36%	4	29%	1	7%	1	7%	1	7%	2	14%	14	100%
d)	6	43%	4	29%	2	14%	1	7%	0	0%	1	7%	14	100%
e)	6	43%	7	50%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%	14	100%
f)	8	57%	5	36%	1	7%	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%
g)	10	72%	2	14%	0	0%	1	7%	0	0%	1	7%	14	100%
h)	8	57%	3	22%	0	0%	1	7%	0	0%	2	14%	14	100%
i)	0	0%	9	65%	1	7%	1	7%	1	7%	2	14%	14	100%
j)	6	43%	3	22%	2	14%	2	14%	0	0%	1	7%	14	100%
k)	11	79%	2	14%	1	7%	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%

- a) Médicos y enfermeros le explican todo en forma rápida
- b) Médicos y enfermeros utilizan palabras que no entiende
- c) Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición de su bebé
- d) No le hablan acerca de los estudios y tratamientos que le realizan a su bebé
- e) No conversan con Ud. suficientemente
- f) Habla con Ud. mucha gente diferente (médicos, enfermeras, otros)
- g) Encontró dificultades en recibir información o ayuda cuando estaba en la unidad.
- h) No siente seguridad en que le van a informar acerca de los cambios en la condición de su bebé
- i) El personal se ve preocupado por su bebé
- j) El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca
- k) El personal actúa como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de su bebé

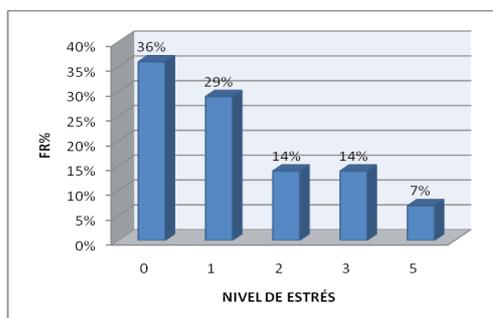
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si médicos y enfermeros les explicaban todo en forma rápida.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 65% de los padres refirió presentar un nivel 1, el 14% un nivel 5 y los niveles 2, 3 y 4 coinciden en un 7%.

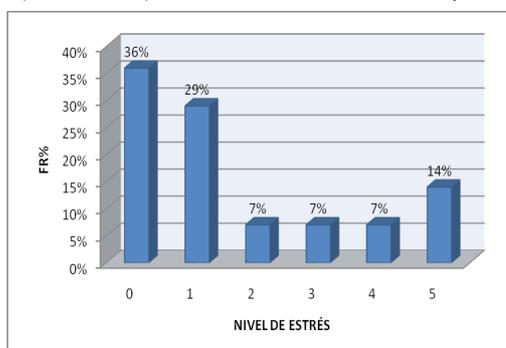
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si médicos y enfermeros utilizaban palabras que no entendían.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 29% un nivel 1, los niveles 2 y 3 se igualan en un 14% y el 7% un nivel 5.

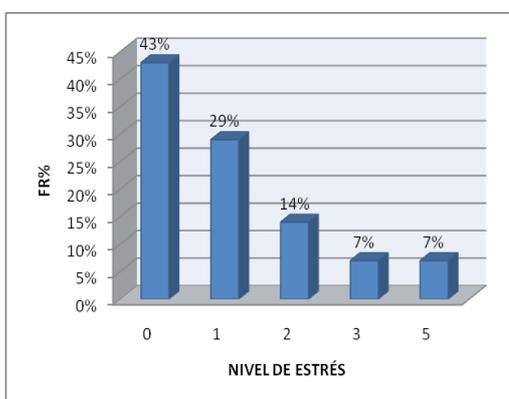
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el equipo de salud les hablaba de diferentes cosas acerca de la condición de sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros internados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 29% un nivel 1, el 14% un nivel 5 y los niveles 2, 3 y 4 se igualan en un 7%.

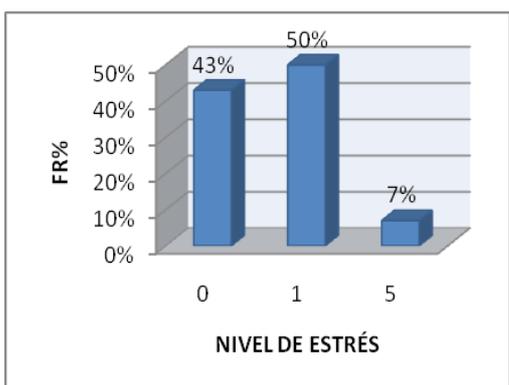
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el equipo de salud no les hablaba acerca de los estudios y tratamiento que le realizaban a sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 29% un nivel 1, en los niveles 3 y 5 se igualan en un 7%.

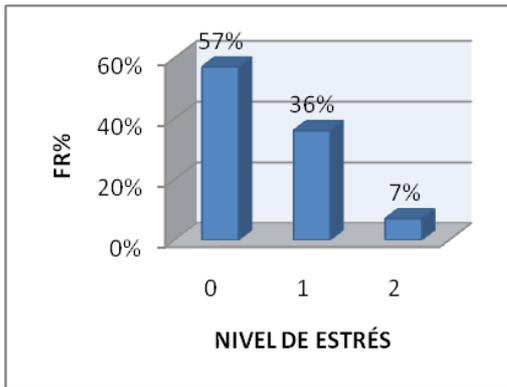
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el equipo de salud no conversaba lo suficiente.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 1, el 43% un nivel 0 y el 7% un nivel 5.

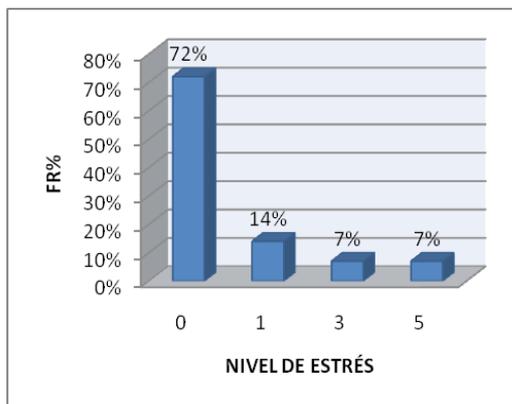
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si hablaba con ellos mucha gente diferente (médicos, enfermeros, otros).



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 36% un nivel 1 y el 7% un nivel 2.

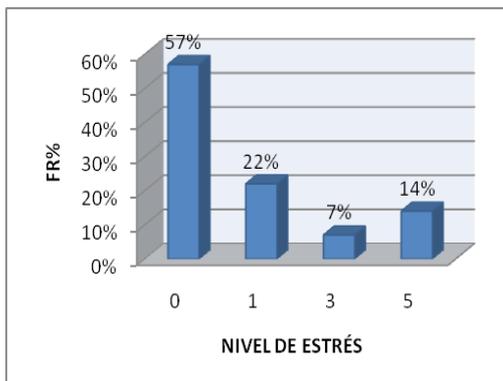
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si encontraron dificultades en recibir información o ayuda cuando estaban en la unidad.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 72% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, nivel 1, en los niveles el 14% un 3 y 5 se igualan en un 7%.

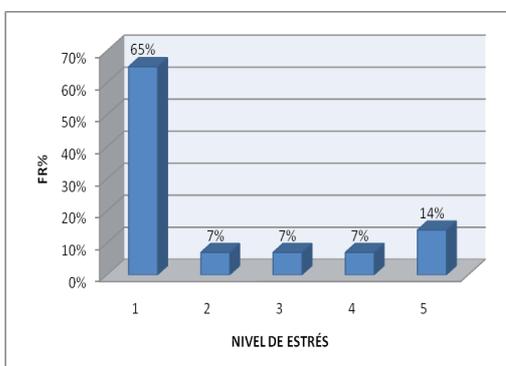
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si no sentían seguridad en que le iban a informar acerca de los cambios en la condición de sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 22% un nivel 1, el 14% un nivel 5 y el 7% un nivel 3.

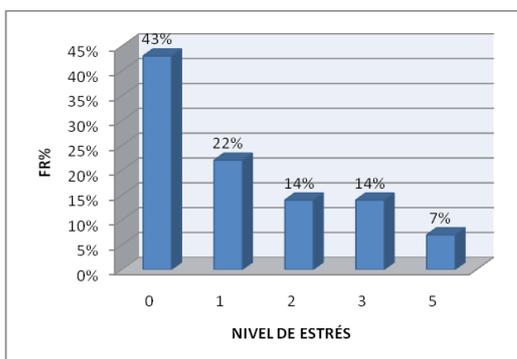
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el personal se veía preocupado por sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 65% de los padres refirió presentar un nivel 1, el 14% un nivel 5, en los niveles 2, 3 y 4 se igualan en un 7%.

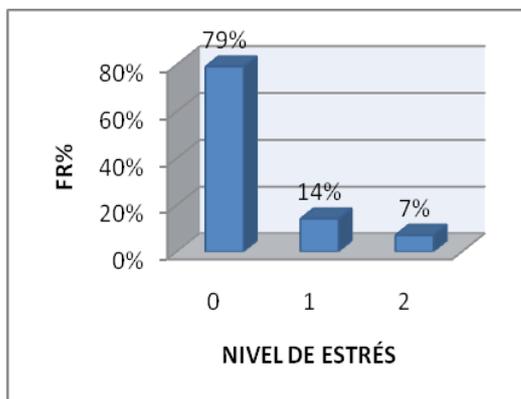
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el personal actuaba como si no los quisiera cerca.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 22% un nivel 1, los niveles 2 y 3 coinciden en un 14%, el 7% un nivel 5.

Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si el personal actuaba como si no entendieran las conductas o necesidades especiales de sus bebés.



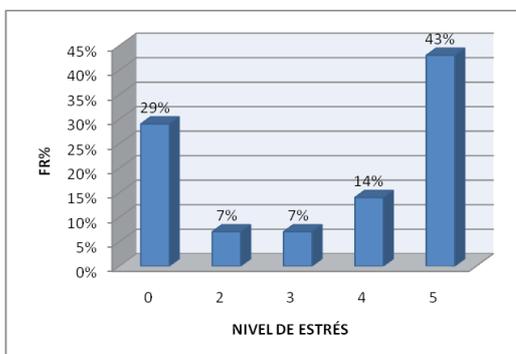
Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros internados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 79% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 14% un nivel 1 y el 7% un nivel 2.

RELACIÓN CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE PADRES	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%										
a)	4	29%	0	0%	1	7%	1	7%	2	14%	6	43%	14	100%
b)	1	7%	0	0%	3	22%	1	7%	2	14%	7	50%	14	100%
C)	1	7%	3	22%	2	14%	0	0%	1	7%	7	50%	14	100%
d)	2	14%	3	22%	0	0%	0	0%	1	7%	8	57%	14	100%
e)	11	79%	2	14%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%	14	100%
f)	2	14%	2	14%	1	7%	4	29%	0	0%	5	36%	14	100%
g)	1	7%	1	7%	1	7%	2	14%	3	22%	6	43%	14	100%
h)	7	50%	2	14%	2	14%	0	0%	0	0%	3	22%	14	100%
i)	8	57%	0	0%	1	7%	2	14%	0	0%	3	22%	14	100%
j)	5	36%	1	7%	2	14%	1	7%	3	22%	2	14%	14	100%
k)	2	14%	2	14%	2	14%	1	7%	3	22%	4	29%	14	100%

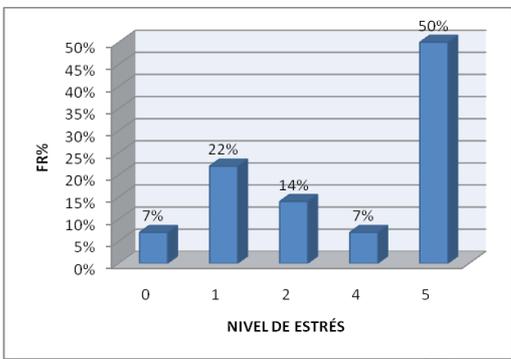
- a) Se siente separada/o de su bebé
- b) No puede alimentar a su bebé
- c) No puede cuidar a su bebé (cambio de pañales, bañarlo, etc).
- d) No puede cargar a su bebé cuando Ud. Quiere
- e) Algunas veces se olvida del aspecto físico de su bebé
- f) No se siente en privacidad con su bebé
- g) No se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos
- h) Siente temor de tocar o sostener a su bebé
- i) No se siente capaz de compartir a su bebé
- j) Se siente incapaz acerca de cómo ayudar a su bebé durante este tiempo
- k) Siente que el personal (enfermeras, médicos) están más cerca de su bebé que Ud

Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a sentirse separados de sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

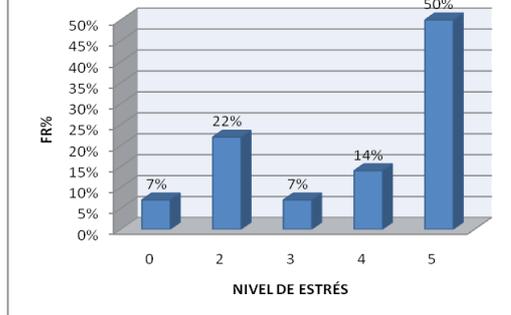
El 43% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 29% un nivel 0, el 14% un nivel 4, en los niveles 2 y 3 se igualan en un 7%.



Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a que no podían alimentar a sus bebés.

Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22 % un nivel 2, el 14% un nivel 4, los niveles 0 y 3 coinciden en un 7%.

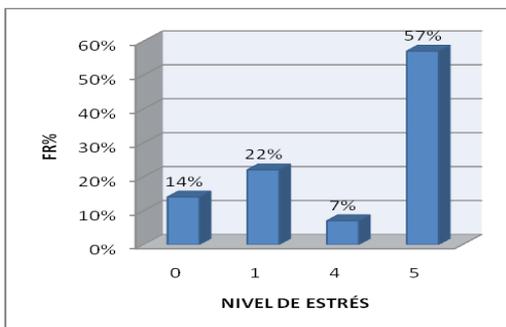


Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a que no podían cuidar a sus bebés (cambio de pañales, bañarlo, etc.).

Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 1, el 14% un nivel 2, en los niveles 0 y 4 se igualan en un 7%.

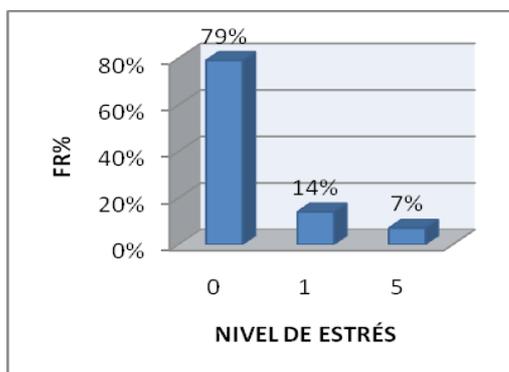
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a que no podían cargar a sus bebés cuando lo deseaban.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 5, el 22% un nivel 1, el 14% un nivel 0 y el 7% un nivel 4.

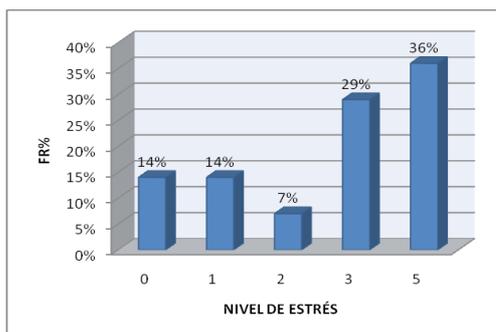
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si algunas veces se olvidaban del aspecto físico de sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 79% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 14% un nivel 1 y el 7% un nivel 5.

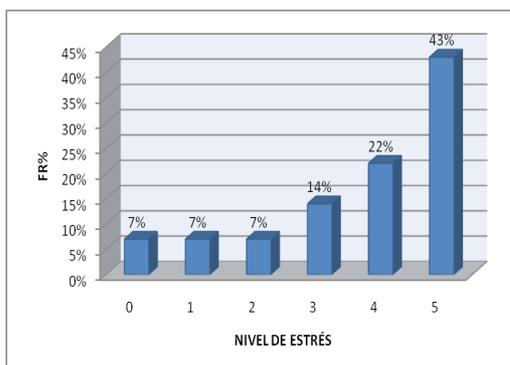
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si no se sentían en privacidad con sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 29% un nivel 3, los niveles 0 y 1 se igualan en un 14%, el 7% un nivel 2.

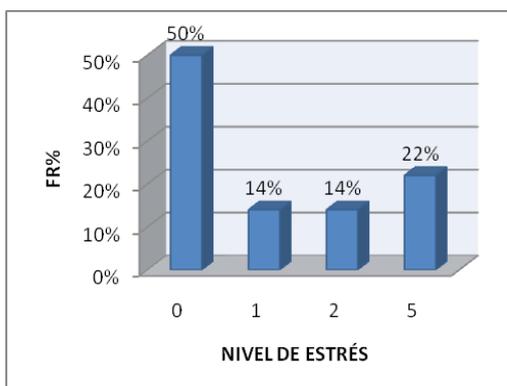
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si no se sentían capaces de proteger a sus bebés del dolor y de procedimientos dolorosos.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 43% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 4, el 14% un nivel 3, los niveles 0, 1, 2 coinciden en un 7%.

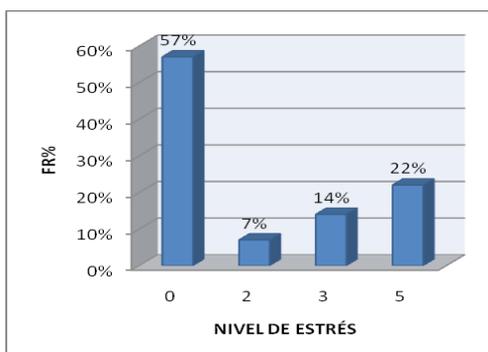
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si sentían temor a tocar o a sostener a sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 50% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 5, los niveles 1 y 2 coinciden en 14%.

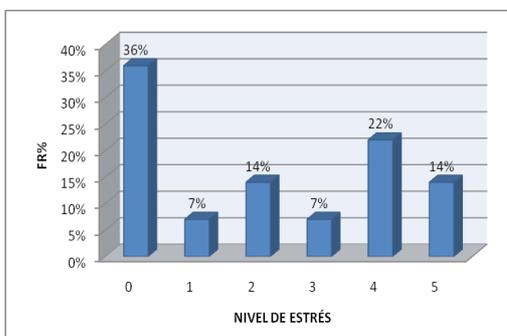
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si no se sentían capaz de compartir a sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 57% de los padres refirió presentar un nivel 0, el 22% un nivel 5, el 14% un nivel 3 y el 7% un nivel 2.

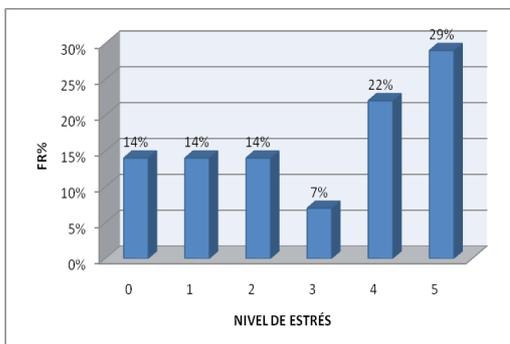
Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a sentirse incapaces de ayudar a sus bebés.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 36% de los padres refirió presentar un nivel 0 de estrés, el 22% un nivel 4, los niveles 2 y 5 coinciden en un 14%, los niveles 1 y 3 se igualan en un 7%.

Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a si sentían que el personal estaba más cerca de sus bebés que ellos.

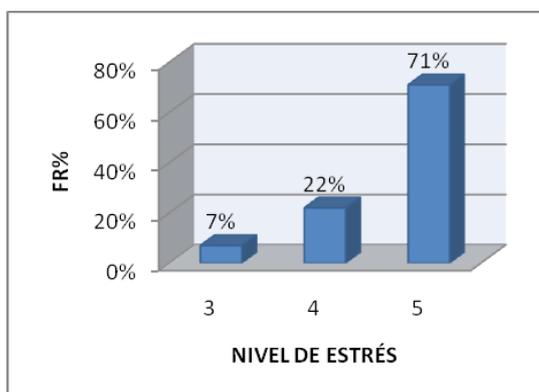


Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 29% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 4, los niveles 0, 1 y 2 coinciden en un 14%, el 7% un nivel 3.

	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%										
En general cuan estresante ha sido para Ud. la experiencia en la UCIN	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%	3	22%	10	71%	14	100%

Título: Nivel de estrés de los padres de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario, en el período comprendido entre el 7 de octubre y el 4 de noviembre del 2011, en relación a cuan estresante ha sido en general la experiencia en la UCIN.



Fuente: Padres encuestados de los RN prematuros hospitalizados en la UCIN de un Hospital Universitario.

El 71% de los padres refirió presentar un nivel 5 de estrés, el 22% un nivel 4 y el 7% un nivel 3.

ANALISIS

Durante el período de tiempo estipulado en la investigación (7/10/11 a 4/11/11), para la recolección de datos se captaron 14 padres que reunían las características necesarias para integrar la muestra.

La recolección de datos se llevó a cabo en cada unidad de los padres, mediante el llenado de los cuestionarios.

Partiendo de los resultados obtenidos del estudio de los 14 padres que conforman la muestra, el 57% se encontraban en un rango de 15 a 25 años.

De los padres, el 93% correspondió al sexo femenino y el resto al sexo masculino (7%).

Un 79% de los padres refirió tener pareja y el 50% pertenecían a la religión católica.

En cuanto a la ocupación cabe destacar que la mayoría se encontró en la clasificación de desocupado (71%) y 29% ocupados.

Según la escolaridad, cabe destacar que en su mayoría tenían secundaria incompleta (65%).

Un 50% de los padres eran procedentes de Montevideo, el 50% restante del Interior. En lo que respecta al número de hijos se encontró que un 71% tenían de 1 a 3 hijos y el 29% restante de 4 a 6 hijos.

Con respecto a los **factores extrapersonales**, dentro de las características del Aspectos y Sonido de la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal que fueron valoradas se incluyeron: la presencia de monitores y equipos, los ruidos constantes de los monitores y equipos, el repentino ruido de monitores y alarmas, la presencia de otros bebés en la unidad, la cantidad de gente trabajando en la unidad y tener una máquina (respirador) respirando por el bebé. De éstos fueron identificados como principales estresores extrapersonales para los padres *tener una máquina respirando por el bebé* (de ellos un 57% refirió extremo estrés), y los *otros bebés en la unidad* (el 50% de los padres refirió extremo estrés).

Para las características de la Apariencia y Conducta del niño fueron incluidos los siguientes ítems: tubos y equipamientos que tenía el bebé o que estaban cerca de él; moretones, cortes o incisiones en el bebé; el color diferente de su

bebé; la forma irregular de respirar de su bebé; el tamaño pequeño de su bebé; la apariencia arrugada de su bebé; la máquina (respirador) para respirar que tenía su bebé; ver agujas y tubos que tenían su bebé; cuando su bebé se alimentaba por vía I/V o SOG; cuando su bebé parecía estar dolorido; cuando su bebé lloraba por largos períodos; cuando su bebé parecía temeroso; cuando su bebé parecía triste; apariencia débil de su bebé. De ellos fueron identificados como estresores principalmente la *máquina para respirar que tenía su bebé* (el 64% de los padres refirió extremo estrés), *tubos y equipamientos que tenía su bebé o estaban cerca de él* (el 36% de los padres refirió extremo estrés), *ver las agujas y tubos que tenía su bebé* (el 43% de los padres refirió extremo estrés), *cuando su bebé se alimentaba por vía I/V o por SOG* (el 43% de los padres refirió extremo estrés).

Según los Procedimientos Invasivos que les generó mayor estrés, un 43% refirió que fueron las *punciones*, un 43% las *aspiraciones* y un 14% la colocación de catéteres vesicales. Según la literatura consultada, esto refirma que el estrés se manifiesta en mayor grado en las madres, quienes sufren ante los diferentes procedimientos médicos a los que son sometidos sus hijos.

Según los **factores interpersonales**, dentro de la Relación con el Niño y el Papel de Padres, fueron incluidos los siguientes ítems: se siente separado/a de su bebé, no puede alimentar a su bebé, no puede cuidar a su bebé (cambio de pañales, bañar, etc.), no puede cargar a su bebé cuando Ud quiere, algunas veces se olvida del aspecto físico de su bebé, no se siente en privacidad con su bebé, no se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos, siente temor de tocar o sostener a su bebé, no se siente capaz de compartir a su bebé, se siente incapaz acerca de cómo ayudar a su bebé durante éste tiempo, siente que el personal (enfermeras, médicos) están más cerca de su bebé que Ud. De los anteriores, fueron identificados como mayores fuentes de estrés interpersonales, *no puede alimentar a su bebé* (el 50% de los padres refirió extremo estrés), *no se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos* (43% de los padres refirió extremo estrés).

En cuanto a Conducta y Comunicación con el Personal incluyó los siguientes ítems: médicos y enfermeros le explican todo en forma rápida, médicos y enfermeros utilizan palabras que no entiende, le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición de su bebé, no le hablan acerca de los

estudios y tratamientos que le realizan a su bebé, no conversan con Ud suficientemente, habla con Ud. mucha gente diferente (médicos, enfermeros, otros), encontró dificultades en recibir información o ayuda cuando está en la unidad, no siente seguridad en que le van a informar acerca de los cambios en la condición de su bebé, el personal se ve preocupado por su bebé, el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca, el personal actúa como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de su bebé. De las anteriores, fueron identificados como mayores estresores interpersonales, *médicos y enfermeros utilizan palabras que no entienden* (un 14% de los padres refirió mínimo estrés y un 14% moderado estrés, sólo un 7% refirió haber experimentado extremo estrés), *le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición de su bebé* (un 14% de los padres refirió haber experimentado extremo estrés), *el personal actúa como sino quisiera a los padres cerca* (un 14% de los padres manifestó haber experimentado mínimo estrés, otro 14% moderado estrés. Sólo un 7% de los padres refirió haber experimentado extremo estrés).

Cabe destacar, en cuanto a la Conducta y Comunicación con el Personal, que la mayoría de las situaciones descritas en la escala de estrés no fueron experimentadas por los padres entrevistados o no fueron generadoras de estrés. Existe un pensamiento positivo hacia la relación con el personal que se desempeña en al UCIN.

En relación al apoyo psicosocial, el total de los padres entrevistados presentaban una red de apoyo constituida por la pareja, la familia y el equipo de salud, los cuales les brindaban contención, permitiéndoles sobrellevar dicha situación. En general, no recibían apoyo psicológico y social por parte de especialista o instituciones.

Al final del cuestionario, se incluyó un ítems donde se pidió calificar el estrés general provocado por la experiencia de tener un bebé hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo; de la entrevista se destacó que un 71% de los padres refirió haber experimentado extremo estrés durante toda la experiencia. También se incluyó al final del cuestionario un ítem para indagar si los padres experimentaron otra causa de estrés que no se haya mencionado en el mismo. Éste era contestado opcionalmente por los padres, de la entrevista se destacó que una madre manifestó sentir angustia por la separación con el resto de sus

hijos y otra cuando salía de la UCIN se sentía muy sola a pesar de estar acompañada por su familia.

Los resultados obtenidos en el estudio reafirman el conocimiento de la existencia de factores extra e interpersonales del ambiente, los cuales son fuente potenciales de estrés.

En el anexo 6 se describen los conceptos del modelo que se tomaron en cuenta para este estudio bajo la aceptación de que con el nacimiento de un hijo prematuro y su admisión al ambiente de la UCIN, se crea un rompimiento de las líneas flexibles y normal de defensa del usuario (en este caso del padre o de la madre).

Los factores del ambiente extrapersonal e interpersonal de la unidad lo exponen a experiencias inesperadas, que pueden llegar a desestabilizar su sistema completo, provocando una reacción de estrés. Cada padre, pone a funcionar sus líneas individuales de resistencia para enfrentar con variada intensidad, la experiencia.

Se acepta que están implicadas en la reacción anterior las características particulares fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales de los padres, así como el tiempo de encuentro con el estresor en el ambiente interno y externo; sin embargo, en el presente estudio se describen únicamente los factores de ambiente externo, llámense interpersonales y extrapersonales, que actúan como estresores en la UCIN.

No es el objetivo del presente estudio describir el proceso de reacción a estos estresores, ni la influencia de las características particulares (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) de los padres en su respuesta de estrés.

CONCLUSION Y SUGERENCIAS

Después de analizar y discutir los resultados obtenidos en este estudio, las conclusiones obtenidas fueron:

- El perfil biosociodemográfico de los padres de los RN prematuros hospitalizados, responde a padres en un rango de edad de 15 a 25 años, en su mayoría de sexo femenino, católicos, que presentaban pareja, desocupados, con secundaria incompleta y con un número de hijos de 1 a 3. En cuanto a la procedencia se iguala el número de los procedentes de Montevideo al del Interior.
- En la subescala de Aspectos y Sonido de la Unidad: tener una máquina respirando por su bebé y los otros bebés en la unidad se identificaron como los principales estresores extrapersonales para los padres. En la subescala en Apariencia y Conducta del Niño: la máquina para respirar que tenía su bebé, tubos y equipamientos que tenía su bebé o estaban cerca de él, ver agujas o tubos que tenía su bebé y cuando su bebé se alimentaba por vía intravenosa o sonda orogástrica se identificaron como principales estresores extrapersonales para los padres. Según los Procedimientos Invasivos: aspiraciones y colocación de catéteres vesicales se identificaron como los principales estresores extrapersonales.
- Dentro de la subescala de Conducta y Comunicación con el Personal los principales estresores interpersonales para los padres: médicos y enfermeros utilizan palabras que no entiende, le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición de su bebé y el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca. Esta subescala tiene los valores promedio de estrés más bajo de las cuatro subescala significando mínimo a moderado estrés. Dentro de la subescala Relación con el Niño y el Papel de Padres los principales estresores interpersonales identificados fueron: no puede alimentar a su bebé y no

se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos.

- En general los padres entrevistados refirieron que la experiencia en la UCIN fue de extremo estrés.
- Uno de los estresores adicionales que refirieron los padres fueron; una madre manifestó sentir angustia por la separación con el resto de sus hijos y otra refirió que cuando salía de la UCIN se sentía muy sola a pesar de estar acompañada por su familia.
- El uso de los conceptos de estresores extra e interpersonales del Modelo de Sistemas de Neuman mediante la Escala de Estrés Maternal (EEM) para el estudio del estrés de los padres, permite abordar y comprender dicha problemática en una UCIN.
- Los resultados obtenidos reafirman el conocimiento de la existencia de determinados factores estresantes interpersonales y extrapersonales del ambiente.
- La literatura apoya los resultados de este estudio que sugiere que la admisión de un hijo a una UCIN es estresante para los padres.
- La existencia de factores positivos como la contención brindada por la pareja, familia y equipo de salud ayuda a sobrellevar la crisis emocional causada por la hospitalización del RN.
- La importancia de esta investigación no debe recaer solo en las conclusiones obtenidas, sino que debemos aprovechar este conocimiento y utilizarlo de la mejor forma, para crear estrategias de intervención acorde a los requerimientos y necesidades manifestadas por los padres entrevistados.

- Consideramos de importancia utilizar la escala de estrés maternal, como un instrumento que permita identificar las situaciones que aumentan los niveles de estrés de los padres y de ésta manera poder intervenir y otorgar la ayuda o apoyo específico para cada padre.

- Creemos importante implementar instancias con los padres donde se involucren distintos profesionales de salud, como psicólogos (que puedan evaluar el grado de estrés de los padres, como forma de detectar la presencia de factores estresantes precozmente), asistentes sociales e incluso instituciones u organizaciones que pudieran entregar algún tipo de apoyo.

- La experiencia resultó prospera y enriquecedora para nuestro desarrollo como futuras profesionales, para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y para los padres que en un futuro tengan a sus hijos hospitalizados en la UCIN, donde se llevó a cabo la investigación. Ya que esperamos que los datos obtenidos sean tomados en cuenta por el equipo de salud a la hora de interactuar con las familias con el fin de actuar y encontrar mecanismos para disminuir los factores que son generadores de estrés.

BIBLIOGRAFIA

Libro

- Baraibar R. Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales. 1ª ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1996.

- Cofre V, Henríquez E. Nivel de estrés de las madres con RN hospitalizados en un unidad de cuidados intensivos neonatales. Hospital Guillermo Gran Benavente de Concepción. Ciencia y Enfermería: 2002.

- Hernández de Canales F, Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

- Defey D. Mujer y maternidad: los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Montevideo: [s.n.]; 1996. Tomo III y IV.

- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2003.

- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2006.

- Larguía A, Lomito C, González M. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. 2ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2007.

- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Mosby; 2000.

- Miles MS, Funk SG. Carlson J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research.

-Rabinovich GA. Inmunopatología Molecular. Nuevas fronteras de la medicina. Un nexo entre la investigación biomédica y la práctica clínica. 1ª ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2004.

-Tapia JL, Ventura P, Juncà T. Manual de neonatología. 2ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.

-Tuzzo R. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 2000.

Material electrónico

-<http://www.asse.gub.uy>

-<http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal8091.htm>

-<http://www.rush.edu>

-<http://www.eccpn.aibarra.org>

-<http://www.medlineplus.com>

-<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

-<http://www.wikipedia.com>

-<http://www.sociedaduruguayay.com>

-<http://www.masvida/cl/portada/doc/ges/24.pdf>

-<http://escuelamed.puc.cl>

-<http://html.rincondelvago.com>

-<http://www.canalteleoperador.net>

-<http://books.google.es>

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA MATERNO INFANTIL
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE TESIS DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

*Título: Factores que contribuyen al estrés de los padres de los
Recién Nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo
Neonatal de un Hospital Universitario.*

Montevideo, 2011

INDICE:

- Planteamiento del problema.....pág 49
- Objetivos.....pág 50
- Justificación y antecedentes del problema.....pág 51
- Marco teórico.....pág 53
- Aspectos metodológicos.....pág 62
- Plan para procesamiento y análisis de datos.....pág 81
- Cronograma de Gantt.....pág 94
- Recursos necesarios.....pág 95
- Bibliografía.....pág 96
- Anexos:
 - anexo 1: Hospital Universitario.....pág 100
 - anexo 2: Decreto 6/98 Régimen del funcionamiento de las
Unidades de cuidados especializados pediátricos y neonatales... 105
 - anexo3: Bebes que necesitan cuidados especiales.....pág 120
 - anexo 4: UCIN del Hospital Universitario...pág 122
 - anexo 5: Recién nacido en estado crítico.....pág 124
 - anexo 6: Modelo de Sistemas de Neuman.....pág 135

TEMA

Factores estresantes que sufren los padres de los Recién Nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores estresantes que sufren los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario en el período comprendido entre el 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011?

OBJETIVOS

General:

Conocer cuáles son los factores ambientales que actúan como estresantes en los padres de los neonatos prematuros hospitalizados en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario.

Específicos:

- Conocer las características biosociodemográficos de la población.
- Identificar los factores estresantes extra e interpersonales del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales referidos por los padre como tales.
- Identificar el nivel de estrés que los padres experimentan en relación con la interacción del neonato en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

JUSTIFICACIÓN

La elección del tema surge, en primera instancia, por la afinidad a la atención del recién nacido crítico durante la experiencia práctica del 1er modulo, 3er ciclo realizado en el año 2009.

Fue durante este período, donde tuvimos la oportunidad de evidenciar nacimientos de niños prematuros, observando el comportamiento de los padres ante este evento inesperado. Esto ha despertado en nosotras una gran inquietud, debido a que día a día nace en el mundo una gran cantidad de niños prematuros, debiendo sus madres y familia adaptarse a dicho evento, entregando lo mejor de cada uno, para lograr un desarrollo adecuado del recién nacido, que muchas veces produce gran impacto en el ámbito familiar y social. Dado que el neonato depende completamente de sus padres para su supervivencia y óptimo desarrollo, es esencial que se haga hincapié en el proceso de creación del vínculo madre-hijo.⁴

El desarrollo emocional del niño está profundamente influenciado por el tono afectivo de sus primeros vínculos, los cuales le transmiten las primeras imágenes del mundo como un lugar disfrutable y seguro o como inestable y temible.

Denise Defey (1996) afirma que ninguna madre está preparada para ser “mama prematura” nadie piensa en un bebé prematuro ni lo imagina ⁵, por lo cual el hijo real nace en el momento del parto, este existe antes en el psiquismo de la madre haciéndose presente a través de su fantasía y ensoñaciones. El bebé imaginario, distinto al bebé real, es el bebé soñado, imaginado por la madre quien a través de este fantasear va gestando en su psiquismo un lugar para ese hijo. Su presencia en la mente de la madre se complementa con el bebé fantasmático, que está constituido por recuerdos y fantasías inconscientes de los padres anclados en un tiempo pretérito de su desarrollo psíquico y de la historia familiar. Este proceso de iniciar su vínculo con su bebé implica concomitantemente el proceso de duelo con su hijo fantaseado. Se presenta la difícil tarea de “renunciar” al hijo fantaseado y aproximarse al hijo real, cuyo aspecto no siempre concuerdan con sus expectativas.

⁴ Denise Defey. Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Serie mujer y maternidad. Tomo IV. Montevideo-Uruguay. Abril 1996.

Frecuentemente la madre del niño prematuro y muchas veces también el padre se ven invadidos por sentimientos de profunda tristeza y desvalorización, sienten que no son capaces de ayudar en la atención de su hijo. Están enojados consigo mismo y con el mundo, “buscando” diferentes culpables. Los padres están enojados porque no pudieron evitar lo que pasó y porque no tienen la certeza absoluta de una mejoría.

La separación de la madre y el niño durante la internación del mismo debe ser considerado un elemento de riesgo para el vínculo, por lo cual la madre puede y debe ser la principal aliada y colaboradora del personal que atienden al recién nacido. Es importante que participe de todas las instancias en que puede hacerlo, ya que esto le hará sentirse útil frente a su hijo y le posibilitará actuar de un modo diferente con él, disminuyendo el temor a dañarlo y propiciando un mejor encuentro madre-bebé. El equipo de salud debe posibilitar que el encuentro madre-padre-bebé sea gratificante y propiciar condiciones para que esa madre pueda “enamorar” de su bebé, cosa que hubiera hecho naturalmente si hubiera nacido a término y sin dificultades.⁵

Una de las tareas fundamentales del equipo de salud es fomentar el apego, para lo que es necesario que exista el contacto físico entre los dos miembros del par. La visión de la madre por parte del bebé, así como la modalidad táctil, auditiva y el lenguaje, constituyen formas de facilitar tal encuentro.⁶

La posibilidad de adaptarse a la idea de no tener al bebé tal como se esperaba se transita en una forma más adecuada cuando hubo un vínculo madre-padre-bebé positivo.⁷ Consideramos de vital importancia el conocer, cuál es la realidad vivencial de los padres de recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN debido a que en el Uruguay cada año nacen más de 4400 (9%) bebés prematuros, con menos de 37 semanas de gestación.⁸ Siendo la prematuridad la primer causa de muerte en niños menores de un año en el Uruguay, (el 60% de los decesos se produce en el período neonatal).⁹

5 Denise Defey. El bebé y sus padres y el hospital. Serie mujer y maternidad. Tomo III. Montevideo- Uruguay. Abril 1996.

6 Denise Defey. Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Serie mujer y maternidad. Tomo IV. Montevideo-Uruguay. Abril 1996.

7 Denise Defey. El bebé y sus padres y el hospital. Serie mujer y maternidad. Tomo III. Montevideo- Uruguay. Abril 1996.

8 <http://www.asse.gub.uy>

9 www.sociedaduruguaya.com

MARCO TEORICO

Para poder comprender el tema en estudio creemos importante mencionar diferentes conceptos relacionados con la investigación.

Se considera **recién nacido** al neonato desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, bien sea por parto o por cesárea.¹⁰ Cuando este niño es nacido antes de completar las 37 semanas de gestación es considerado como **pretérmino** o recién nacido prematuro. El objetivo principal del manejo de la prematuridad es disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal y la morbilidad. Un manejo adecuado de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro, permite prolongar la vida intrauterina, optimizando las condiciones del feto para el nacimiento.¹¹

El término RN se ajusta a nacidos pre término, a término o pos término. Según la edad gestacional al nacimiento se clasifican en:

- Pre término severo (menor de 31 semanas)
- Pre término moderado (31 a 34 semanas)
- Pre término leve (35 a 37 semanas)
- Término (38 a 40 semanas)
- Pos término (mayor o igual a 41 semanas).¹²

Luego, según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

- AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.¹³

Cuando un recién nacido presenta una alta probabilidad de padecer una enfermedad en los momentos cercanos al parto es denominado **recién nacido**

10 Dr. José Luis Tapia- Patricio Ventura-Juncá. Manual de Neonatología. 2º Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Año 2000.

11 www.masvida.cl/portada/doc/ges/24.pdf

12 Dr. José Luis Tapia- Patricio Ventura-Juncá. Manual de Neonatología. 2º Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Año 2000.

13 <http://escuelamed.puc.cl>

de alto riesgo¹⁴, siendo este derivado a una **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**. La cual combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindarles cuidados especializados a estos RN. Las unidades de este tipo, a veces cuentan con áreas de cuidados intermedios para los neonatos que no se encuentran graves, pero que necesitan cuidados de enfermería especializados.

Habitualmente los servicios de Cuidados Críticos Neonatales deben de estar situados lo más próximo a la sala de partos y/o proximidades. Se debe disponer de los medios que puedan garantizar el soporte de las necesidades vitales.¹⁵

Ya que entendemos que la participación activa de la familia es esencial en el cuidado de sus hijos, consideramos importante mencionar el **rol de los padres en la UCIN**. La mayoría de los padres descubre que involucrarse en el cuidado de su hijo les provee una sensación de control y les ayuda a fortalecer el vínculo con su bebé. Esto, por supuesto, también es importante para el bebé, ya que se siente seguro y querido. Una vez que el bebé se estabiliza, se alienta a los padres a tomarlo y acunarlo.

El personal de la UCIN puede mostrarle como cuidar a este RN de muchas maneras diferentes. Aprender estos aspectos del cuidado contribuye a su preparación para llevar a casa a su hijo.

El hecho de tener un RN en una Unidad de Intensivos Neonatales puede ser conmoviente para muchos padres. Pocos piensan que surgirán complicaciones durante el embarazo o que su bebé nacerá enfermo o prematuramente. Es natural que los padres experimenten una variedad de emociones cuando deben enfrentar las dificultades que implica un bebé enfermo.

Algunas respuestas comunes a la experiencia de tener un bebé en la UCIN pueden incluir las siguientes:

- Conmoción debido al nacimiento inesperado
- Debilidad física de la madre luego del parto
- Decepción por no tener un bebé saludable
- Sentimiento de impotencia

14 Dr. José Luis Tapia- Patricio Ventura-Juncá. Manual de Neonatología. 2º Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. Año 2000.

15 <http://www.rush.edu>

- Miedo a los procedimientos y a los estudios
- Distanciamiento del bebé
- Enojo con sí mismo y con los demás
- Sentimientos de culpa por lo que se hizo o por lo que no se hizo
- Llanto, tristeza, malestar emocional
- Temor al futuro, preocupación por los resultados a largo plazo

Las respuestas de los padres a estos sentimientos son diversas. Algunos expresan abiertamente sus preocupaciones, mientras que otros reprimen sus sentimientos. Algunos padres pueden dudar acerca de desarrollar vínculos estrechos con su bebé, o incluso postergar la elección del nombre¹⁶. Enfrentar todos estos sentimientos y todas estas emociones pueden generar **estrés**, según la OMS se define como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”.¹⁷

El estrés puede definirse como el desequilibrio que se produce en un organismo cuando estímulos físicos o psicológicos impactan en él. Una definición más precisa caracteriza al estrés como las reacciones del organismo frente a fuerzas de naturaleza perjudicial, infecciones y varios estados anormales que tienden a alterar su equilibrio fisiológico normal u homeostasis. Los estímulos que causarían tal desequilibrio se denominan estresores.¹⁸

Clasificación de agentes estresantes:

Acontecimientos traumáticos: son situaciones que exceden las experiencias habituales, por ejemplo: desastres naturales (inundaciones, incendios, etc.), accidentes, violencia física (tortura, violación, etc.), y otros. Situaciones extremas que producen graves síntomas y requieren de esfuerzos de adaptación muy costosos, tanto física como psicológicamente.

Acontecimientos vitales: tanto positivos como negativos, que requieren un ajuste importante. Surgen de situaciones personales, familiares o laborales. Se pueden ordenar de acuerdo al esfuerzo de adaptación que requieren, asignándoles un valor en virtud de la gravedad de los acontecimientos.

¹⁶ <http://www.terra.com>

¹⁷ www.canalteleoperador.net

¹⁸ <http://books.google.es>

Gabriel Adrián Rabinovich. Inmunopatología Molecular. Nuevas fronteras de la medicina. Un nexo entre la investigación biomédica y la práctica clínica. 1ª Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2004

Contratiempos cotidianos: las molestias o exigencias de la vida cotidiana cuyo efecto es acumulativo, suponiendo una carga constante de angustia, irritación o frustración. Por ejemplo, las presiones o problemáticas diarias: familiares, laborales, o académicas, que pueden tener gran impacto sobre el bienestar físico o psíquico.

Dificultades crónicas: son situaciones persistentes y desagradables que se mantienen, por ejemplo: pobreza, malas condiciones de la vivienda, trabajo no satisfactorios o en condiciones insalubres, paro prolongado, dificultades afectivas persistentes y otros.

Consecuencias del estrés:

Son de tres tipos.

a) Emocional: se manifiesta a través de un estado de irritación, ansiedad, rabia, depresión y sentimientos de culpa.

b) Alteraciones cognitivas: deterioro en el proceso de pensamiento, surgen problemas de concentración y memorización. La información se organiza en forma pobre, se dedica poco tiempo a considerar las alternativas y las decisiones se toman en forma precipitada.

c) Alteraciones fisiológicas: el estrés fuerza parámetros biológicos, con un alto costo energético, produciendo desde: un aumento del ritmo cardíaco, de la secreción endocrina, la temperatura y la tensión muscular, activación de la respiración, y las glándula sudoríparas, hiperreacción hormonal; hasta cambios estructurales de los órganos internos y ejercer un efecto inhibitorio en el sistema inmunitario.¹⁹

Son fuente potenciales de estrés los **factores ambientales de la UCIN**, estos son los elementos típicos que se dan hacia el interior de la unidad, tanto físico como psicosociales; se pueden reconocer como factores extra e interpersonales. Cuando producen estrés, se llaman estresores.

Los Factores extrapersonales son los estresores del ambiente físico de la UCIN, que son fuentes potenciales de estrés, tales como los sonidos y aspecto de la unidad y la apariencia y conducta del neonato. Los estresores extrapersonales son fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN que ocurren fuera de los límites de los padres en un rango distal.

19 Prof. Adj. Ps. Rosario Tuzzo. "Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud". 1ª Edición. Montevideo-Uruguay. Editorial Oficina del Libro AEM. Junio 2000

Los Factores interpersonales son los estresores del ambiente psicosocial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en cuanto a experiencias de los padres en las relaciones con el personal de la UCIN, y con su hijo. Los estresores interpersonales son las fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN que ocurren fuera de los límites de los padres, en un rango proximal.²⁰

Cabe destacar la importancia del **estrés de los padres y el relacionamiento con el equipo de cuidados intensivos**, ya que la hospitalización del recién nacido prematuro condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior, por lo que requiere de manera especial de su familia en conjunto con el equipo de salud, para obtener un cuidado holístico.

Cuando los padres tienen un recién nacido prematuro, se les plantea un futuro incierto, lo que demanda al equipo de salud desde el principio gran cantidad de cuidados y atención hacia ellos; ya que precisan de apoyo para aceptar su situación actual y superar la crisis situacional vivida. En términos corrientes, crisis es sinónimo de desastre o de un acontecimiento peligroso o amenazador. La crisis es una situación decisiva, Caplan la define como “un estado transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad y posibilidad de un trastorno mental”.

Con la hospitalización del recién nacido, se produce un trastorno en la vida familiar y una desorganización de los padres, pues no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, se produce un derrumbe de las conductas normales y surgen diversas necesidades de acuerdo al problema y gravedad del estado de salud del niño.

Los padres cuando se enfrentan a una situación altamente tensional o de estrés, como el caso de su recién nacido prematuro, pueden ocupar mecanismos habituales de enfrentamiento, utilizar de sus experiencias previas, tratando de solucionar así el problema y de recuperar el equilibrio perdido mediante mecanismos adaptativos. Si estos mecanismos no tienen éxito, se movilizan recursos internos y externos de emergencia en la solución de problemas. Si el problema sigue se produce una desorganización por el aumento de la tensión y existe el desequilibrio entre el problema presente y los

²⁰ [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)

recursos disponibles para solucionarlo, la madre sufre un duelo anticipado al sentir que su hijo puede morir y con esto también hay una gradual retirada del vínculo madre - hijo.

Existen factores que actúan como niveladores de este equilibrio perdido, entre los que se destacan:

-La percepción realista del acontecimiento. Ocurre cuando existe relación entre el suceso que causa el problema y el sentimiento de tensión. Si esta relación no existe, la percepción se deforma.

-Apoyos situacionales internos y externos. Entre los primeros encontramos la religión, la autoestima personal de cada uno de los padres, la autoaceptación de sí mismo y la experiencia de la madre como hija. Los segundos, pueden ser personas disponibles en el ambiente, de las que los padres pueden depender para solucionar el problema, por ejemplo: padres, hermanos o familia, amigos de la pareja, la propia pareja, y en algunos casos los profesionales de salud.

-Mecanismos de defensa. Son aquellos que la gente usa para disminuir la angustia y tensión originada por sus problemas.

La familia es el pilar fundamental del desarrollo del individuo, por lo cual el apoyo que los profesionales de la salud ofrezcan, debe ser abordado desde un enfoque integrador, globalizador, a la vez que personalizado, respecto a cada uno de sus miembros y su influencia en el sistema familiar.

El rol de la enfermera y del personal de salud es fundamental, para ayudar tanto a prevenir la aparición de la crisis como para su resolución. Así, la solución de este problema dependerá del manejo que tengan los padres de la situación, de la existencia de factores equilibradores, percepción realista de los acontecimientos vividos, del cuidado de los profesionales y apoyo de la red social en la comunidad.

La familia se siente apoyada cuando la intervención de enfermería responde a lo que son sus prioridades, se les proporciona información regular con relación a la evolución del niño, se logra establecer una relación significativa y se les prepara educándolos para asumir un rol activo - participativo en el cuidado del niño a partir de un reconocimiento de sus propias capacidades y recursos.

El enfrentamiento del profesional en unidades de cuidados intensivos neonatal debe considerar el cuidado del cuidador como un aspecto importante para mantener la salud física y mental de ellos. Esto implica conocer las propias

capacidades, limitaciones y actitudes frente a los recién nacidos prematuros, su sufrimiento y en algunos casos la muerte de ellos. ²¹

Unas de las teorías de Enfermería mas aplicables a la situación de estrés que experimentan los padres de niños hospitalizados, **es la teoría de la Dra. Betty Neuman**. Esta teoría surgió en 1974, de observaciones, experiencias clínicas y síntesis de otros teóricos. Se deriva de las ciencias filosóficas de Chardín acerca de la totalidad de la vida, la filosofía de Marx sobre la unitaridad del hombre y la naturaleza, las teorías de campo de Corno, y de Gestalt sobre la interacción entre persona y medio ambiente.

La Teoría General de Sistemas y de sistemas abiertos de Edelson y Bertalanffy respectivamente, así como la conceptualización del estrés de Selye, sirvió como punto de partida para la implementación de la teoría de sistema de Neuman al fenómeno de enfermería.

El modelo de los sistemas de Neuman es un método de sistema abierto y dinámico, dirigido al cuidado del paciente y desarrollado con el fin de ofrecer un enfoque unificador, con el que definir los problemas de enfermería y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno.

Los supuestos principales son: persona, enfermería, entorno y salud.

En el modelo de los sistemas de Neuman el concepto de persona es el paciente/sistemas del paciente, ya que se trata de un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una entidad social. El sistema del paciente es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. En el modelo se considera que este sistema esta en un proceso de cambio o movimiento permanente, por lo que se contempla como un sistema abierto en mutua interacción con el entorno.

Neuman opina que la enfermería debe aplicarse a la persona considerada como un todo. Contempla esta disciplina como una “profesión especial, en el sentido de que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés”. Como la percepción de la enfermera afecta a la asistencia ofrecida, Neuman afirma que debe evaluarse el campo perceptivo tanto de la persona que presta los cuidados como del paciente. Con este

21 www.eccpn.aibarra.org

motivo, ha elaborado un método de valoración e intervención como ayuda en el cumplimiento de esta tarea.

El entorno y el hombre son los fenómenos básicos del modelo de los sistemas de Neuman, existiendo entre ambos una relación recíproca. El entorno se define como el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre/paciente e interaccionan con él. Dentro del concepto de entorno adquieren particular importancia los factores estresantes (intrapersonal, interpersonal, extrapersonal), que se definen como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden modificarlo. Neuman ha señalado la existencia de tres clases importantes de entorno: interno, externo y creado. El primero es intrapersonal y en él todas las interacciones tienen lugar en el interior del paciente. Por su parte, el entorno externo es interpersonal o extrapersonal y sus interacciones se producen fuera del paciente. Finalmente, el entorno creado es sobre todo intrapersonal, pero también comprende al entorno externo y el paciente desarrolla de forma subconsciente, como una “expresión simbólica de la integridad del sistema”. Los entornos internos y externo se superponen entre sí y están contenidos en el entorno creado. Este último hace intervenir a todas las variables implicadas para mantener la integridad y estabilidad del sistema del paciente. El entorno creado tiene un propósito intrínseco y actúa para proporcionar un espacio de protección seguro a dicho sistema, se somete a un ajuste permanente para aumentar o reducir el bienestar del paciente.

Neuman considera su obra como un modelo de bienestar. En este sentido, concibe la salud como un continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y que está sujeta a un proceso de cambio permanente. “El bienestar óptimo o la estabilidad es un indicio de que se han satisfecho las necesidades de todo el sistema. Un estado de bienestar menor es consecuencia de la no satisfacción de las necesidades del sistema.

En cada momento, el paciente se encuentra en un estado dinámico y gradual de bienestar o enfermedad”.²²

22 Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª Edición. Madrid- España. Editorial Mosby. Año 2000

A manera de representación simbólica de la teoría y con el fin de facilitar la comprensión ver anexo 6.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Diseño o Tipo de investigación

Se tratará de un estudio de investigación cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal.

Área de estudio

El presente estudio se realizará en la ROU, Montevideo. En una institución sanitaria pública, de un Hospital Universitario situado en Av. Italia s/n entre Gral. Las Heras y Av. Américo Ricaldoni, específicamente en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de dicho nosocomio, en el período comprendido entre 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011.



Universo

La población de estudio será constituida por los padres de los neonatos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Universitario en la ciudad de Montevideo (Uruguay).

Muestra

La muestra será de carácter no probabilístico y por conveniencia, de acuerdo con su asistencia a las horas previamente fijadas para la visita e informe médico. El tamaño de la muestra será de 14 padres. Los criterios para incluir a los sujetos serán: padre y/o madre del neonato prematuro hospitalizado en la UCIN anteriormente mencionada, en el período comprendido entre 7 de octubre al 4 de noviembre de 2011.

Los criterios de exclusión de los sujetos serán: aquellos cuyos hijos hubieran estado en una situación crítica especial en el momento de la encuesta (procedimientos invasivos, agravamiento). También se excluirá del estudio a los padres cuyos hijos fueran ingresados en la UCIN después de algunos días de nacidos o reingresados a la unidad. Estos casos serán excluidos debido a que se consideraron posiblemente expuestos a estresores intrapersonales adicionales no medidos en el estudio.

Otro criterio de exclusión serán los padres que no acepten participar de estudio.

Las variables estudiadas fueron:

Variables	Clasificación	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa	Continua
Sexo	Cualitativa	Nominal
Situación de pareja	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal
Procedencia	Cualitativa	Nominal
Religión	Cualitativa	Nominal
Número de hijos	Cuantitativa	Discreta
Factores extrapersonales	Cualitativa	Nominal
Factores interpersonales	Cualitativa	Nominal

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

➤ **Edad**

- Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Definición operacional: años cumplidos hasta la fecha.
- Categorías: menor a 15 años; 15 a 25 años; 26 a 36 años; 37 a 47 años; mayor a 48 años.

➤ **Sexo**

- Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer
- Definición operacional: Presencia de caracteres sexuales primarios y secundarios que distinguen al hombre de la mujer
- Categorías: Hombre; Mujer

➤ **Situación de pareja:**

- Definición conceptual: Estado de pareja que refiere una persona.
- Definición operacional: Estado de pareja que refieren los padres de los recién nacidos prematuros.
- Categorías: refiere tener pareja; refiere no tener pareja.

➤ **Ocupación:**

- Definición conceptual: Tarea que lleva a cabo periódicamente por la que recibe o no una remuneración económica.
- Definición operacional: Tarea que desempeña la persona actualmente
- Categorías: Ocupado; Trabajador zafra; Desocupado; Estudiante

➤ **Escolaridad:**

- Definición conceptual: Nivel máximo aprobado por el usuario mediante la educación formal.
- Definición operacional: Último grado de educación aprobado
- Categorías: Analfabeto; primaria incompleta; primaria completa; secundaria incompleta; secundaria completa; terciaria incompleta; terciaria completa.

➤ **Procedencia:**

- Definición conceptual: Región geográfica de la que proviene el individuo.
- Definición operacional: Lugar de residencia del individuo.
- Categorías: Montevideo; Interior.

➤ **Religión:**

- Definición conceptual: conjunto de creencias y dogmas que nos conduce a dar culto con respeto y veneración.
- Definición operacional: creencia religiosa que tienen los padres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN
- Categorías: Católica; Mormona; Evangélica; Testigo de Jehová; Ateo; otra.

➤ **Número de hijos:**

- Definición conceptual: cantidad de hijos que presenta una persona hasta el momento actual.
- Definición operacional: número de hijos que presentan los padres de los neonatos prematuros hospitalizados en la UCIN.
- Categorías: 1-3 hijos; 4-6 hijos; más de 6 hijos.

➤ **Factores extra personales:**

- Definición conceptual: son aquellos factores propios del ambiente físico de la UCIN.
- Definición operacional: son todos los factores del ambiente físico de la UCIN que generan estrés en los padres de los recién nacidos prematuros.
- Categorías: días de hospitalización; evolución; procedimientos invasivos; aspectos y sonido de la unidad; apariencia y conducta del niño.

❖ **Días de hospitalización:**

- Definición conceptual: percepción de los días transcurridos desde el ingreso al servicio hasta el momento actual.
- Definición operacional: dícese de la percepción de los padres sobre los días transcurridos desde el ingreso al CTI neonatal.
- Categorías: de 0 a 15 días; 16 a 31 días; más de 31 días

❖ **Evolución:**

- Definición conceptual: percepción del progreso del proceso de salud-enfermedad.
- Definición operacional: percepción de los padres sobre el progreso del proceso de salud-enfermedad de los recién nacido prematuros hospitalizados en la UCIN.
- Categoría: Favorable; Desfavorable.

❖ **Procedimientos invasivos:**

- Definición conceptual: percepción de la realización de técnicas cruentas a un individuo con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Definición operacional: percepción de los padres sobre la realización de técnicas cruentas a los recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN.
- Categorías: Punciones; Aspiración; Colocación de vía venosa percutánea; Colocación de catéteres vesicales.

❖ **Aspectos y sonido de la unidad:**

- Definición conceptual: percepción del aspecto y de sonidos de la unidad
- Definición operacional: percepción del aspecto y sonido de la unidad que tienen los padres de los RN prematuros.
- Categorías: presencia de monitores y equipos; constante ruido de monitores y equipos; repentino ruido de monitores y alarmas; otros bebés en la unidad; cantidad de gente trabajando en la unidad; tener una máquina respirando por su bebé.

❖ **Apariencia y conducta del niño:**

- Definición conceptual: percepción de la apariencia y conducta del niño
- Definición operacional: percepción de la apariencia y conducta del niño que tienen los padres de los RN prematuros
- Categorías: tubos y equipamientos que tiene el bebé o que están cerca de él; moretones, cortes o incisiones en el bebé; color diferente de su bebé; forma irregular de respirar de su bebé; tamaño pequeño de su bebé; apariencia arrugada de su bebé; máquina para respirar que tiene su bebé; ver las agujas y tubos que tiene su bebé; cuando su bebé come por vía I/V o SOG; cuando su bebé parece estar dolorido; cuando su bebé llora por largos períodos, cuando su bebé parece temeroso, cuando su bebé parece triste, apariencia débil de su bebé.

➤ **Factores interpersonales:**

- Definición conceptual: son los estresores del ambiente psicosocial de la UCIN.
- Definición operacional: factores del ambiente psicosocial de la UCIN que generan estrés en los padres de los recién nacidos prematuros.
- Categorías: Participación familiar; Apoyo del equipo de salud; Conducta y comunicación con el personal; Relación con el niño y el papel de padres.

❖ **Participación familiar:**

- Definición conceptual: percepción del grado en que la familia se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial.
- Definición operacional: grado en que la familia se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial del recién nacido prematuro hospitalizado en la UCIN.
- Categoría: La familia se compromete, Acompaña y colabora; La familia no se compromete, ni acompaña, ni colabora.

❖ **Participación del equipo de salud :**

- Definición conceptual: percepción del grado en que el equipo de salud se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial.
- Definición operacional: grado en que el equipo de salud se compromete, acompaña y colabora en el proceso asistencial del recién nacido prematuro hospitalizado en la UCIN.
- Categoría: El equipo de salud se compromete, Acompaña y colabora; El equipo de salud no se compromete, ni acompaña, ni colabora.

❖ **Conducta y comunicación con el personal:**

- Definición conceptual: percepción de la conducta y comunicación con el personal.
- Definición operacional: percepción de la conducta y comunicación con el personal que tienen los padres de los RN prematuros.
- Categorías: médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida; los médicos y enfermeras utilizan palabras que no entiende; le hablan de diferentes cosas acerca de la condición de su bebé; no le hablan acerca de estudios y tratamientos que le realizan a su bebé; no conversan lo suficiente; le habla mucha gente diferente; encuentra dificultades en recibir información o ayuda cuando esta en la unidad; no siente seguridad en que me van a informar acerca de los cambios en la condición de su bebé; el personal se ve preocupado por su bebé; el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca; el personal actúa

como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de su bebé.

❖ **Relación con el niño y el papel de padres:**

- Definición conceptual: percepción de la relación con el niño y el papel de padres.
- Definición operacional: percepción de la relación con el niño y su papel de padres de los RN prematuros.
- Categorías: se siente separada/o de su bebé; no puede alimentar a su bebé; no puede cuidar a su bebé personalmente; no puede cargar a su bebé cuando quiere; algunas veces se olvida del aspecto físico de su bebé; no se siente en privacidad con su bebé; no se siente capaz de proteger a su bebé del dolor y procedimientos dolorosos; siente temor de tocar o sostener a su bebé; no se siente capaz de compartir a su bebé; se siente incapaz acerca de cómo ayudar a su bebé durante este tiempo; siente que el enfermeras y médicos están más cerca de su bebé.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Este instrumento corresponde a una experiencia de recolección de datos para la realización de tesis. La misma será llevada a cabo para alcanzar el objetivo de conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio de Cuidados Intensivo Neonatal de un Hospital Universitario

Desde ya agradecemos su colaboración.

En el cuestionario, circule el número que exprese lo estresante que cada experiencia ha sido para usted. La escala es la siguiente:

0: no lo experimenté.

1: No ha sido estresante.

2: Mínimo estrés.

3: Moderado estrés.

4: Mucho estrés.

5: Extremo estrés.

En el cuestionario, circule el número que corresponda.

• ASPECTOS Y SONIDO DE LA UNIDAD:

1. La presencia de monitores y equipos	0	1	2	3	4	5
2. El constante ruido de monitores y equipos.	0	1	2	3	4	5
3. El repentino ruido de monitores y alarmas.	0	1	2	3	4	5
4. Los otros bebés en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
5. La cantidad de gente trabajando en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
6. Tener una máquina (respirador) respirando por mi bebé	0	1	2	3	4	5

• APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO:

1. Tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él.	0	1	2	3	4	5
2. Moretones, cortes o incisiones en el bebé.	0	1	2	3	4	5
3. El color diferente de su bebé por ej. Pálido, amarillento.	0	1	2	3	4	5
4. La forma irregular de respirar de su bebé.	0	1	2	3	4	5

5. El tamaño pequeño, de su bebé.	0	1	2	3	4	5
6. La apariencia de arrugado de su bebé.	0	1	2	3	4	5
7. La máquina (respirador) para respirar que tenía su bebé.	0	1	2	3	4	5
8. Ver las agujas y tubos que tenía su bebé.	0	1	2	3	4	5
9. Cuándo mi bebé come por vía intravenosa o sonda orogástrica.	0	1	2	3	4	5
10. Cuándo mi bebé parece estar dolorido.	0	1	2	3	4	5
11. Cuándo mi bebé llora por largos períodos.	0	1	2	3	4	5
12. Cuándo mi bebé parece temeroso.	0	1	2	3	4	5
13. Cuándo mi bebé parece triste.	0	1	2	3	4	5
14. La apariencia débil de mi bebé.	0	1	2	3	4	5

• CONDUCTA Y COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL:

1. Los médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida.	0	1	2	3	4	5
2. Los médicos y enfermeras utilizan palabras que no entiende.	0	1	2	3	4	5
3. Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición del bebé	0	1	2	3	4	5
4. No me hablan acerca de los estudios y tratamientos que realizan a mi bebé	0	1	2	3	4	5
5. No conversan conmigo suficientemente	0	1	2	3	4	5
6. Habla conmigo mucha gente diferente (médicos, enfermeras, otros)	0	1	2	3	4	5
7. Encuentro dificultades en recibir información o ayuda cuando estoy en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
8. No siento seguridad en que me van a informar acerca de los cambios en la condición de mi bebé	0	1	2	3	4	5
9. El personal se ve preocupado por mi bebé	0	1	2	3	4	5
10. El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca.	0	1	2	3	4	5

11. El personal actúa como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de mi bebé. 0 1 2 3 4 5

• RELACION CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE PADRES

1. Me siento separada/o de mi bebé 0 1 2 3 4 5

2. No puedo alimentar a mi bebé 0 1 2 3 4 5

3. No puedo cuidar a mi bebé (cambiarle los pañales, bañarlo, etc.) personalmente. 0 1 2 3 4 5

4. No puedo cargar a mi bebé cuando yo quiero 0 1 2 3 4 5

5. Algunas veces me olvido del aspecto físico de mi bebé. 0 1 2 3 4 5

6. No me siento en privacidad con mi bebé. 0 1 2 3 4 5

7. No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos 0 1 2 3 4 5

8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé 0 1 2 3 4 5

9. No me siento capaz de compartir a mi bebé 0 1 2 3 4 5

10. Me siento incapaz acerca de como ayudar a mi bebé durante este tiempo 0 1 2 3 4 5

11. Siento que el personal (enfermeras, médicos) están más cerca de mi bebé que yo 0 1 2 3 4 5

• Usando la misma calificación que en las preguntas anteriores (0 1 2 3 4 5), ¿cómo calificaría en general cuan estresante ha sido para Ud. la experiencia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal?

0 1 2 3 4 5

• ¿Hay algún otro aspecto que fue estresante para Ud. que desee mencionar?
.....
.....

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS:

Marque la opción que corresponda:

- **DATOS PERSONALES DE LOS PADRES:**

1- EDAD: menor a 15 años
de 15 a 25 años
de 26 a 36 años
de 37 a 47 años
mayor a 48 años

2- SEXO: hombre
mujer

3- SITUACIÓN DE PAREJA: refiere tener pareja
refiere no tener pareja

4- OCUPACION: ocupado/a
trabajador zafral
desocupado/a
estudiante

5- ESCOLARIDAD: analfabeto/a
primaria incompleta
primaria completa
secundaria incompleta
secundaria completa
terciaria incompleta
terciaria completa

6- PROCEDENCIA: montevideo
interior

7- RELIGIÓN: católica

mormona

evangélica

testigo de Jehová

ateo

otra

8- NÚMERO DE HIJOS: de 1 a 3 hijos

de 4 a 6 hijos

más de 6 hijos

- FACTORES INTERPERSONALES QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS DE LOS PADRES:

Marque la opción que corresponda:

1- PARTICIPACION FAMILIAR:

-la familia se compromete, acompaña y colabora

-la familia no se compromete, ni acompaña, ni colabora

2- PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD:

-el equipo de salud se compromete, acompaña y colabora.

-el equipo de salud no se compromete, ni acompaña, ni colabora.

- FACTORES EXTRAPERSONALES QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS DE LOS PADRES:

1- DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: -de 0 a 15 días
-de 16 a 31 días
-más de 31 días

2- EVOLUCIÓN: -favorable
-desfavorable

3- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS:
-punciones
-aspiración
-colocación de vía venosa percutánea
-colocación de catéteres vesicales

Gracias, Estudiantes Facultad de Enfermería

Técnica de recolección de datos:

1-Escala de Estrés Maternal (EEM). Esta escala será elaborada por las investigadoras, sobre la base de una escala de las autoras C.Margaret, S.Miles, RN Ph D. realizada en USA en 1987, denominada “Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal”, validado para población norteamericana, motivo por el cual será modificada para las características de nuestra población y de acuerdo a la realidad de nuestros servicios hospitalarios y también basada en la opinión de profesionales de enfermería docentes.²³

El método a utilizar será una entrevista, se realizará a todos los padres de los recién nacidos prematuros en la UCIN de un Hospital Universitario, la misma se realizará en forma anónima e individual. El instrumento a aplicarse será un cuestionario estructurado, con una pregunta abierta. El mismo constará de cinco variables, de las cuales se desprenderán distintas categorías. Cada una de ellas se evaluará a través de una escala de medición, atribuyéndole el grado de influencia que cada una de las categorías tiene sobre el estrés de los padres de los recién nacidos prematuros.

Dicha escala se describe a continuación: 0 (no lo experimente); 1 (no ha sido estresante); 2 (mínimo estrés); 3 (moderado estrés); 4 (mucho estrés); 5 (extremo estrés).

Consta de cuatro subescalas acerca de los factores inter y extrapersonales que midieron el nivel de estrés de los padres: a) ambiente de la UCIN; b) aspecto del recién nacido; c) rol de los padres y d) comunicación con el personal.

Finalmente, la entrevista poseerá dos preguntas, la primera referente a cuanto ha sido en general el estrés generado por la situación de tener un RN prematuro hospitalizado en la UCIN, utilizando la misma escala. La segunda, acerca de que si hay algún aspecto que los padres deseen comentar que no haya sido mencionado anteriormente.

2- Cuestionario de antecedentes biosociodemográficos: este cuestionario será confeccionado por las investigadoras del estudio. Constará de dos partes: la primera, para recopilar los antecedentes biosociodemográficos de los padres; y

²³ Miles, M. S., Funk, S. G. Y Carlson J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research.

la segunda parte acerca de factores inter y extrapersonales que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros.

Procedimiento para la recolección de la información:

Una vez finalizada la elaboración del protocolo de investigación, se solicitará la aprobación del mismo por la Cátedra de Materno Infantil, por intermedio docente tutora, Licenciada en Enfermería Mercedes Pérez.

Autorizaciones:

Se elevará una carta de solicitud de autorización para realizar la investigación, en primera instancia a la División de Enfermería del Hospital y luego a la jefa de Enfermería del sector de Neonatología Licenciada en Enfermería Silvia Taibo.

Proceso:

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procederá a aplicar el instrumento a la muestra ya mencionada. Mediante la entrega individual y anónima del cuestionario, con previa explicación sobre la manera en que debe ser completado, de todos modos se estará presente en el servicio para evacuar las dudas que surjan.

Tiempo:

Se adjudicará cuatro semanas para dicha actividad, previendo la concurrencia de los padres de acuerdo al horario de visita e informe médico, asegurándonos el 100% de la representatividad de la muestra.

El grupo se dividirá en dos para abarcar los turnos mañana y tarde.

El tiempo estimado para completar el cuestionario será de 15 minutos.

Recursos Humanos:

5 estudiantes de la Facultad de Enfermería, las cuales son las autoras de dicho trabajo.

Recursos Materiales:

Cuestionarios y lapiceras.

PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Tabulación de datos:

EDAD	FA	FR%
Menor a 15 años		
25 años		
26 a 36 años		
37 a 47 años		
Mayor a 48 años		
Total		

SEXO	FA	FR%
Hombre		
Mujer		
Total		

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR%
Refiere tener pareja		
Refiere no tener pareja		
Total		

OCUPACIÓN	FA	FR%
Ocupado		
Trabajador zafral		
Desocupado		
Estudiante		
Total		

ESCOLARIDAD	FA	FR%
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Terciaria incompleta		
Terciaria incompleta		
Total		

PROCEDENCIA	FA	FR%
Montevideo		
Interior		
Total		

Nº HIJOS	FA	FR%
1 a 3 hijos		
4 a 6 hijos		
Más de 6 hijos		
Total		

RELIGIÓN	FA	FR%
Católica		
Mormona		
Evangélica		
Testigo de Jehová		
Ateo		
Otra		
Total		

FACTORES EXTRAPERSONALES:

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS RN HOSPITALIZADOS EN LA UCIN	FA	FR%
0 a 15 días		
16 a 31 días		
Más de 31 días		
Total		

EVOLUCIÓN	FA	FR%
Favorable		
Desfavorable		
Total		

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	FA	FR%
Punciones		
Aspiración		
Colocación de vía venosa percutánea		
Colocación de catéteres vesicales		
Total		

ASPECTOS Y SONIDO DE LA UNIDAD	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	F A	FR%
Presencia de monitores y equipos														
Constante ruido de monitores y equipos														
Repentino ruido de monitores y alarmas														
Otros bebés de la unidad														
Cantidad de gente trabajando en la unidad														
Tener una máquina (respirador) respirando por mi bebé														

FACTORES INTERPERSONALES:

PARTICIPACIÓN FAMILIAR	FA	FR%
La familia se compromete, acompaña y colabora		
La familia no se compromete, ni acompaña ni colabora		
Total		

PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD	FA	FR%
El equipo de salud se compromete, acompaña y colabora		
El equipo de salud no se compromete, ni acompaña ni colabora		
Total		

CONDUCTA Y COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Médicos y enfermeros le explican todo en forma rápida														
Médicos y enfermeras utilizan palabras que Ud. No entiende														
Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición de su bebé														
No le hablan acerca de los estudios y tratamientos que le realizan a su bebé														
No conversan con Ud. suficientemente														
Habla con Ud. mucha gente diferente (médicos, enfermeras, otros)														
Encontró dificultades en recibir información o ayuda cuando está en la unidad														
No siente seguridad en que														

	0		1		2		3		4		5		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR	FA	FR%	FA	FR%	F A	FR%
En general cuan estresante ha sido para Ud. La experienci a en la UCIN														

PLAN DE TRABAJO
CRONOGRAMA DE GANTT

Meses	5/2010	6/2010	9/2011	7/10/11	4/11/11	5/11/11	8/11/11	9/12/11	10/12/11	11/12/11
Actividades										
Elección del tema	_____									
Planificación		_____								
Aprobación del protocolo			_____							
Ejecución				_____	_____					
Plan de tabulación y análisis						_____	_____			
Elaboración tesis final								_____→		
Aprobación tesis final										_____

Recursos Materiales y Financieros:

EQUIPO	CANTIDAD	DETALLES	TOTAL (\$U)
Hojas	500	\$U 0,50	250
Lapiceras	10	\$U 6	60
Libros	6	\$U 205	1230
Viáticos (transporte y alimentos)	40	\$U 423	16920
Pendrive	2	\$U 300	600
Internet	20 horas	\$U 15	300
Impresiones	466	\$U 1,5	700
Teléfono (llamadas y sms)	60	\$U 50	3000
Fotocopias	150	\$U 0,65	98
Total		Total:	\$23158

BIBLIOGRAFIA

Libro

- Baraibar R. Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1996.

- Cofre V, Henríquez E. Nivel de estrés de las madres con RN hospitalizados en un unidad de cuidados intensivos neonatales. Hospital Guillermo Gran Benavente de Concepción. Ciencia y Enfermería. 2002.

- De Canales F, Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

- Defey D. Mujer y maternidad: Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Tomo III y IV. Montevideo: [s.n.]; 1996.

- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 3ª ed, México: Mc Graw-Hill; 2003.

- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2006.

- Larguía A, Lomito C, González M. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud, 2ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2007.

- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Mosby; 2000.

- Miles M S, Funk S G. Carlson J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research.

-Rabinovich G A. Inmunopatología Molecular. Nuevas fronteras de la medicina. Un nexo entre la investigación biomédica y la práctica clínica. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2004.

-Tapia J L, Ventura P, Juncà T. Manual de Neonatología. 2ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.

-Tuzzo R. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 2000.

Material electrónico

-<http://www.asse.gub.uy>

-<http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal8091.htm>

-<http://www.rush.edu>

-<http://www.eccpn.aibarra.org>

-<http://www.medlineplus.com>

-<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

-<http://www.wikipedia.com>

-<http://www.sociedaduruguayay.com>

-<http://www.masvida/cl/portada/doc/ges/24.pdf>

-<http://escuelamed.puc.cl>

-<http://html.rincondelvago.com>

-<http://www.canalteleoperador.net>

-<http://books.google.es>

ANEXOS

ANEXO 1

Hospital Universitario

Generalidades:

Funciona como centro de referencia para las instituciones asistenciales de todo el país.

Realiza sus actividades sobre la base del concepto de atención integral a la salud, cumpliendo funciones de docencia, asistencia e investigación. Desarrolla actividades en el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención, siendo considerado por tal motivo un hospital de alta complejidad.

Servicios del hospital.

Son los siguientes:

Un Departamento de Emergencia para la atención de heridos, traumatizados, quemados, que requieren atención inmediata.

190 consultorios externos, de clínicas de todas las especialidades.

521 camas para hospitalización en servicios clínicos de medicina, cirugía y casi todas las especialidades de la medicina, 10 camas de Cuidados de Tratamientos Intensivos(C.T.I), 22 camas para cuidados intermedios de adultos, 20 cunas para recién nacidos, incubadoras para Neonatología (C.T.I e Intermedio).

Entre los servicios de apoyo, una cocina que prepara 750 raciones completas al día, incluyendo dietas normales y especiales.

Un lavadero que lava y plancha unos 1000 Kg. de ropa por día.

Un taller de costura y una imprenta.

Una central telefónica con 40 líneas externas y 400 líneas internas.

Generadores de vapor, de electricidad para casos de emergencia, central de oxígeno líquido para aire de uso médico e industrial.

Talleres de carpintería, herrería, albañilería, sanitaria, mecánica, librería, electricidad, pintura y electro medicina.

Servicio de fotografía, dibujo y televisión científica.

Un Departamento de procesamiento de la información mediante computación.

Servicios de recursos humanos, compras, almacenes, contabilidad, y secretaría general.

Cabe destacar que dicha institución cuenta con servicios de alta complejidad como son:

Centro de Medicina Nuclear.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

Centro de Tratamiento Intensivo.

Centro de Nefrología.

Servicio de Neuropediatría.

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico.

Departamento de Emergencia.

Centro de Recuperación Pos anestésica.

Unidad de Cuidados Intermedios.

Organización dentro del sector salud

Pertenece al subsector público.

Es un hospital Universitario, ya que depende de la Facultad de Medicina y por lo tanto de la Universidad de la República.

Es un hospital General, en el que se asiste todo tipo de enfermedad, para usuarios en período de internación breve.

Brinda servicios de internación a más de 10.000 usuarios anualmente y presta servicios de consulta externa a cerca de 100.000. La emergencia atiende alrededor de 25.000 casos, lo que convierte al hospital en uno de los mayores centros de asistencia en nuestro país.

Misión.

Brindar atención a la salud de las personas, atendiendo particularmente a su bienestar con el sentido de respeto y compromiso más profundo hacia ellas.

Brindar atención a la salud de las personas en un marco de integración de las diferentes profesiones y de desarrollo armónico de las diferentes funciones académicas universitarias, que asegure la excelencia en la calidad, la integralidad, la equidad, la eficiencia y la continuidad del proceso de atención.

Contribuir a la formación de recursos humanos, integrando plena y permanentemente la docencia a la asistencia, de forma que cada acción en salud se constituya en un acto docente y un potencial objeto de investigación.

Contribuir a la creación permanente del conocimiento en salud, desarrollando políticas para la práctica activa y rigurosa de todos los planos de la investigación.

Participar activamente en actividades de extensión universitaria, promoción y educación para la salud vinculadas a su quehacer, contribuyendo al desarrollo general de la salud de la población.

Generar, practicar y someter a crítica continua un modelo asistencial, basado en el estudio y revisión permanente de las características y necesidades del sistema de salud nacional, al que pueda referir el conjunto del sistema de salud.

Constituir un ámbito académico fundado en la rigurosidad científica, la interacción multidisciplinaria y principios fundamentales de ética y excelencia, basado en todas las premisas anteriores que configuran la esencia de un Hospital Universitario

Perfil.

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quíntela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un Hospital Universitario que forma parte de esta Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y practica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud.

El Hospital funcionará como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que compete.

El Hospital estará inserto en la Red de Servicios de Salud y estará abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional.

El espectro de usuarios estará constituido, de acuerdo a las definiciones operativas acordadas y convenidas:

Por un sector determinado de la población beneficiaria de ASSE.

Por poblaciones beneficiarias de sistemas grupales de salud, como el de los funcionarios de la Universidad de la República y eventualmente otros que opten por recibir atención.

Por la población beneficiaria de ASSE de todo el país, para aquello en lo cual el Hospital es referencia.

Aquella población que con cualquier tipo de cobertura en salud opte por los servicios de medicina altamente especializada del Hospital.

Aquella población de otros servicios de salud que demanden determinada asistencia o servicio en el Hospital Universitario.

Aquella población que teniendo otra cobertura en salud, opte privadamente por atenderse en el Hospital Universitario, abonándose los servicios correspondientes.

A los efectos de profundizar la inserción en la Red de Servicios Asistenciales a nivel nacional, se promoverá una efectiva coordinación con los otros efectores del sistema, que permita evitar la duplicación de servicios, apuntando a la optimización de los recursos y a la articulación del Hospital con servicios de diferente nivel de complejidad.

Población y área de influencia.

Es un hospital general de adultos, destinado a cubrir las áreas de medicina y cirugía, y con especialidades de casi todas las ramas de la medicina. Atiende a niños solamente en algunas especialidades, para cuya asistencia se requieren recursos de alta complejidad.

Brinda atención a toda la población habilitada para la utilización de los servicios públicos, pero también a todos aquellos que requieren atención inmediata en caso de emergencia, a usuarios referidos de otras instituciones públicas o privadas por razones asistenciales.

La atención que brinda está dirigida a personas que presenten carné de asistencia otorgado por el M.S.P. ya sea aquellos que sean de la capital del país como del interior. No obstante por excepción, se puede asistir a otras personas en calidad de pagantes en los siguientes casos.

Si la asistencia ha de prestarse mediante recursos que sólo el hospital posee.

En caso de Emergencia.

El rango etario es para aquellos mayores de 14 años.

Programas de la Institución.

Programa de atención médica.

Programa de educación.

Programa de investigación.

Programa de servicios generales.

Programa de administración general.

ANEXO 2

Decreto 6/98 Régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales

Montevideo, 22 de enero de 1999.

VISTO: que por resolución de fecha 2 de febrero de 1996 se creó un grupo de trabajo con el cometido de estudiar la normativa vigente sobre Centros de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal, Título Habilitante exigible para el desempeño de tareas en las áreas de neonatología y pediatría y proponer las modificaciones que se estimen del caso;

CONSIDERANDO: I) que el desarrollo de las nuevas tecnologías exige una dinámica de funcionamiento que es necesario revisar y adecuar a las reales necesidades del servicio;

II) que el presente Decreto establece criterios de calidad de asistencia en las áreas de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales, regidos por pronósticos de calidad de asistencia, que permitan la evaluación en las diferentes Instituciones Públicas y Privadas;

III) que se establecen criterios sobre ingreso y egreso a dichas áreas que permiten el acceso de los pacientes que realmente puedan beneficiarse y que posean patologías recuperables;

IV) que la realización de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de valor probado garantiza la calidad para el paciente, se optimiza la relación costobeneficio;

V) que a tales efectos se crean las Auditorías Internas y Externas;

ATENTO: a lo dispuesto en los artículos 44 de la Constitución de la República y 2º. Ordinal 6º de la Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934 - Orgánica de Salud

Pública; EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA D E C R E T A

Artículo 1º.- El régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales se regulará por las normas del presente Decreto y las Reglamentaciones que al respecto dicte el Ministerio de Salud Pública;

Artículo 2º.- Se consideran instrumentos técnicos de la atención progresiva del paciente a las Unidades de Cuidados Especiales y como tales integran la cobertura asistencial que brindan las Instituciones de Asistencia Médica;

Artículo 3º.- Se consideran pasibles de cuidado intensivo aquellos pacientes con desequilibrios de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación pero potencialmente reversibles.

Artículo 4º.- Se consideran pasibles de cuidados intermedios aquellos pacientes con patología grave que requieren atención y controles especiales a los efectos de prevenir su posible descompensación.

Artículo 5º.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo debe contar necesariamente con una Unidad de Cuidados Intermedios; asimismo toda Unidad de Cuidado Intermedio, debe contar con una Unidad de Cuidado Intensivo. Se valorará la calidad de la asistencia de la Unidad de Cuidados Especiales tanto en lo estructural como en el proceso asistencial cuanto en los resultados. No se habilitarán áreas de Cuidados Intermedios si los Centros Asistenciales no poseen área de Cuidados Intensivos accesibles dentro de la misma planta física.

CAPITULO I

Artículo 6º.- Toda Unidad de Cuidados Especiales que se instale deberá ser previamente habilitada y autorizada por el Ministerio de Salud Pública. DEL PACIENTE

Artículo 7º.- Todo paciente que ingresa a una Unidades de Cuidados Especiales deberá ser evaluado previamente por el médico actuante y el médico intensivista en forma conjunta examinándose las indicaciones y contraindicaciones de su ingreso.

Artículo 8º.- El seguimiento de un paciente durante su estadía en una Unidad de Cuidados Especiales es de responsabilidad del equipo médico intensivista el que podrá vincularse con el médico tratante externo y especialista, a los fines de realizar interconsultas médicas habituales.

Artículo 9º.- El alta de un paciente que se encuentre en una Unidad de Cuidados Especiales deberá ser otorgada por el médico intensivista conjuntamente con el médico tratante externo de existir el mismo.-

CAPITULO II

Artículo 10º.- La ubicación de las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurar una adecuada cercanía con las vías de circulación vertical y horizontal con la Sala de Emergencia y Operaciones.

Artículo 11º.- Las Instituciones Médicas que posean Unidades de Cuidados Especiales deberán contar necesariamente con una Sala de Operaciones accesible a su planta física.- Esta disposición es aplicable incluso a las Unidades Cardiorespiratorias.

Artículo 12º.- Los reglamentos internos de las Instituciones Médicas establecerán una necesaria coordinación entre las Unidades de Cuidados Especiales con el Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Imagenología. Los mismos deberán estar instalados en áreas accesibles a aquellas en que se encuentre la Unidad, manteniendo guardias de 24 horas y contar con un Director Técnico responsable.

Artículo 13º.- Las Unidades de Cuidados Especiales contarán con espacios adecuados para el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Atención de pacientes y recepción de llamados,
- a) Enfermería limpia.
- b) Enfermería sucia.
- c) Almacenamiento de materiales.
- d) Servicios sanitarios y vestuarios
- e) Departamento de administración.
- f) Cuarto de estar para enfermería.

g) Cuarto médico compuesto por estar y dormitorio.

Artículo 14º.- El área de la Unidad de Cuidados Especiales destinada a la atención del paciente deberá con:

a) Tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal y de succión centralizada regulable.

b) Correcta iluminación.

c) Suministro de energía eléctrica de la red y otras fuentes sustitutivas, con conexión automática.

d) 6 (seis) tomacorrientes como mínimo por cama, los cuales deberán tener puesta a tierra independiente del resto de la Institución.

e) Suministro de agua fría y caliente.

f) Lavabos suficientes a razón de 3 (tres) para una Unidad que posea 6 (seis) camas en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales , y de 1 (uno) por cama en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

g) Medidas de seguridad contra electrocución, incendio y explosión.

h) Equipo de mantenimiento de la Unidad.

i) Cada área de internación de Cuidado Intensivo tendrá una distribución en la planta física que permita desde el área de control respectivo de enfermería una visualización directa del paciente y/o de los registros electrónicos del mismo para detectar alteraciones funcionales y permita una rápida acción asistencial.

j) La comunicación desde el área de Cuidado Intensivo entre enfermería y los médicos responsables de la asistencia debe realizarse a través de un sistema que permita la concurrencia del mismo al sector sin demora, cualquiera sea el lugar de permanencia. El mismo debe estar detallado en forma escrita en el sector.

Artículo 15º.- En toda Institución Pública o Privada será recomendable que exista un área de servicio informático altamente especializado dedicado a la Unidad de Cuidados Especiales.

Artículo 16ª.- Las Unidades de Cuidados Intermedios podrán contar con hasta 24 (veinticuatro) camas, deberán tener una relación de por lo menos 1 a 1 con respecto a las camas existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Artículo 17º.- La superficie por cama deberá abarcar un espacio físico mínimo de:

- a) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos, 10 m² con dimensiones no menores a 3,30 mts. X 3 mts, ubicada en un espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.-
- b) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, de 3,30 mts con dimensiones no menores de un 1,80 mts X 1,80 mts, ubicado en el espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.

Artículo 18º.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán contar en su planta física con ambientes climatizados, buena iluminación, sus paredes deberán ser lavables; y dispondrán de por lo menos un área para aislar pacientes con lavabo y disposiciones de desecho exclusivos.

CAPITULO III DEL EQUIPAMIENTO

- Artículo 19º.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico contará como mínimo con:
- a) Cardioscopio con alarma para cada cama.
 - b) Dos salidas de oxígeno y una de aire comprimido medicinal en cada cama.
 - c) Materiales de intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas pediátricas, sondas de intubación oro y naso traqueal.
 - d) Tomas de aspiración central para cada cama.
 - e) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador adecuado al tipo de paciente.
 - f) Un marcapasos necesario en el área.
 - g) Un equipo de monitoreo respiratorio integrado por: capnógrafo, oxímetro, espirómetro, manómetro para medir presión en vía de aire y cánulas traqueales.
 - h) Equipo de monitoreo de presiones directas no invasivas e invasivas con manguitos adecuados a la edad.
 - i) Bomba de infusión para uso enteral y parenteral.
 - j) Un electrocardiógrafo.
 - k) Un respirador para cada cama, aconsejándose que el 25% de ellos sean

volumétricos.

l) Aparato para hemodiálisis y hemofiltración con sus accesorios correspondientes para pacientes pediátricos en caso de no existir una Unidad de Diálisis dentro de la Institución.

m) Equipo para diálisis peritoneal.

Artículo 20°.- Toda Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal contará con el siguiente equipamiento como mínimo:

A) Para cada cama

a) Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal

b) Monitor de pO₂ transcutáneo u oxímetro de pulso.

c) Respirador ciclado por tiempos con posibilidad de IMV

d) Dos salidas de oxígeno y aire comprimido medicinal

e) Tomas de aspiración central

f) Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura

B) Para el área

a) Medidor de presión arterial no invasivo

b) Medidor de presión arterial por método invasivo intra-arterial

c) Aparatos de fototerapia incorporados a la Unidad o portátiles

d) Transiluminador de luz fría

e) Bombas de infusión continua de microgotero para soluciones parenterales y enterales

f) Electrocardiógrafo

g) Oxímetro

h) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador

i) Materiales para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de intubación oro y naso traqueal, sondas de aspiración oro y naso traqueal

j) Colchón térmico de agua para procedimientos

k) Carpas cefálicas para oxigenoterapia

l) Incubadora de traslado

Artículo 21°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán tener a su disposición las 24 horas, un equipo para determinación de gases en sangre.-

Artículo 22°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricas deberán contar con el Equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

- a) Un cardioscopio con alarma cada dos camas
- b) Un electrocardiógrafo
- c) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- d) Salida de oxígeno y aire comprimido medicinal para cada cama
- e) Toma de aspiración central en cada cama
- f) Un marcapaso transitorio
- g) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal.
- h) Un respirador de presión para uso en situaciones de emergencia
- i) Oxímetro de pulso cada tres camas
- j) Medidores de presión arterial (manguitos apropiados)

Artículo 23°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Neonatales deberán contar con el equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

A) PARA CADA CAMA

- a) Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura
- b) Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal
- c) Salida de oxígeno y aire comprimido neonatal
- d) Toma de aspiración central

B) PARA EL AREA

- a) Electrocardiógrafo
- b) Carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- c) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal
- d) Carpas cefálicas para oxigenoterapia
- e) Monitor de pO₂ u oxímetro de pulso
- f) Oxímetro
- g) Bombas de infusión continua, microgoteros para soluciones parenterales y enterales
- h) Aparatos de fototerapia.

Artículo 24°.- Las Unidades de Cuidados Especiales que por su configuración brinden distintos niveles de complejidad, complementarán su equipamiento

mínimo y específico descrito en los artículos anteriores, con aquel que se requiera según el tipo de pacientes que se traten en la misma ya sean: coronarios, quemados, nefrológicos, neuroquirúrgicos, post operatorios de cirugía cardíaca y otros.-

Artículo 25°.- La dotación de camas de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán incluir camas grandes, medianas y cuna

CAPITULO IV DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA

Artículo 26°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán poseer tres niveles de atención con los siguientes grados:

- a) Un jefe de Servicio que reúna las siguientes características:
 1. Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
 2. Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
 3. Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas
- b) Uno o más Supervisores.
- c) Médicos intensivistas de guardia, Grado 3 y 2.

Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título habilitante de Pediatría Intensivista expedida por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 27°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales deberán contar con tres niveles médicos de atención con los siguientes grados:

- a) Un Jefe de Servicio que reúna las siguientes características:
 1. Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
 2. Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
 3. Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas.
- b) Uno o más Supervisores
- c) Médicos neonatólogos de guardia, Grado 3 y 2. Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título

habilitante de Neonatólogo expedido por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 28°.- Los Jefes de Servicios de las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto pediátricos como neonatales, tendrán las siguientes competencias:

- a) Establecer la política asistencial de la Unidad aplicando los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos establecidos.
- b) Intervenir en las diferencias de conductas u opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados que provengan de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- c) Supervisar y controlar la relación de los médicos y personal de enfermería de la Unidad con respecto a los médicos tratantes de los pacientes que sean referidos por aquellos.
- d) Supervisar y controlar la relación del personal médico con el resto del equipo asistencial, así como con los diferentes servicios de apoyo.
- e) Evaluar la atención brindada en la Unidad de la que será responsable.
- f) Concurrir regularmente a la Unidad, visitando periódicamente los diferentes turnos, de manera de interiorizarse de la problemática propia de cada uno de ellos.-

Artículo 29°.- El o los Supervisores tendrán las siguientes competencias:

- a) Colaborar con el Jefe de Servicio en la política asistencial de la Unidad.
- b) Intervenir en la ausencia del Jefe de Servicio en las diferencias de conducta y opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados, y cuando se trate de pacientes que provengan de Instituciones de Asistencia Médica conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- c) Supervisar y controlar la relación existente entre los médicos intensivistas o intensivistas neonatólogos de guardia de la Unidad - según se trate de una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico o Neonatal - con respecto a los médicos tratantes externos de los pacientes allí internados.
- d) Concurrir regularmente a la Unidad visitando periódicamente aquellos turnos que no le sean habituales.
- e) Realizar la auditoría médica según lo establece la presente reglamentación sin perjuicio de la auditoría que disponga la Institución.

- f) Planificar programas de educación y capacitación del personal médico a su cargo, dependiendo de los avances realizados en el área perinatal.
- g) Será necesario un mínimo de 2 Supervisores cada 10 camas en Cuidados Intensivos o Intermedios .-

Artículo 30°.- Los Médicos Intensivistas o Intensivistas Neonatólogos de guardia - según se trate de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos o Neonatales _ tendrán la siguiente competencia:

- a) Llevar a cabo las acciones diagnósticas y terapéuticas en coordinación con el Supervisor y/o Jefe de Servicio.
- b) Actuar en los casos de emergencia efectuando las indicaciones y acciones que correspondan.
- c) Controlar la evolución clínica y asesorar en su área al médico tratante externo.
- d) La cobertura asistencial por intensivista pediátrico o intensivista neonatólogo de guardia (según el caso) será permanente, las 24 horas del día, estableciéndose en ambos casos, un mínimo de un médico cada 4 camas de Cuidados Intensivos o 6 de Cuidados Intermedios.

Artículo 31°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán de disponer de personal de enfermería con entrenamiento en Cuidados Intensivos. La organización del equipo de enfermería deberá establecer por lo menos los siguientes niveles:

- a) Enfermera Universitaria Jefe. Este cargo estará ocupado por una Enfermera Universitaria con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.
Tendrá como competencia: - establecer y mantener las normas de atención en el área de enfermería; determinar reglas de niveles de trabajo; planificar programas de educación continua para el personal; orientación del personal de enfermería a su ingreso a la Unidad de Cuidados Especiales; asegurar en todo momento la continuidad en la calidad de la atención de la Unidad .
- b) Enfermera Universitaria Asistencial. Estos cargos deberán estar ocupados por Enfermeras Universitarias con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 32°.- En la organización del equipo de enfermería en la Unidad de Cuidados Especiales deberá contarse con una dotación mínima de : una Enfermera Universitaria cada 4 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y una cada 6 en las Unidades de Cuidados Intermedios; un Auxiliar de Enfermería cada 2 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y uno cada 3 camas en las Unidades de Cuidados Intermedios.-

Artículo 33°.- En las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurarse el cumplimiento de las siguientes funciones: fisioterapeuta; archivista; dietista; mensajería y servicios generales; economato y administración; auxiliares de servicio (como mínimo uno cada seis camas).-

CAPITULO V

DEL CONTROL DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Artículo 34° . Se evaluará la calidad de la asistencia de las Unidades de Cuidados Especiales tanto sea en lo estructural, en el proceso asistencial, y en sus resultados.

Artículo 35° . El Ministerio de Salud Pública a través de sus oficinas de control comprobará los requisitos en cuanto a idoneidad y número del recurso humano en las Unidades de Cuidados Especiales, así como respecto a la integridad de recursos materiales establecidos en el presente reglamento.

Artículo 36° . El proceso asistencial, realizado según estándares diagnósticos y terapéuticos preestablecidos, será controlado a través de un proceso de auditoría inicialmente interno en cada Unidad de Cuidados Especiales. A tales efectos se establecerá una Comisión de Recomendaciones integrada por un delegado de la Dirección General de la Salud, de la Dirección General de Administración de los Servicios de Salud del Estado, la Cátedra de Medicina Intensiva Pediátrica de la Facultad de Medicina, la Cátedra de Neonatología y la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva.

A partir de la publicación de la presente reglamentación, y a través de reunión

periódica de la citada comisión, se redactarán normas de diagnóstico y tratamiento, las que servirán de base para las auditorías.

Los supervisores de cada Unidad de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales realizarán auditorías de Historias Clínicas de pacientes fallecidos, pacientes con internación mayor de 10 días y aquellos que por problemas diagnósticos y terapéuticos lo necesiten, elevando sus informes a sus jefes.

Artículo 37°. Será responsabilidad de los jefes de Servicio de las Unidades de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales evaluar la calidad de los resultados asistenciales en base a:-

uso de índices de severidad y pronósticos.

Índices de morbimortalidad de la Unidad.

Metodología utilizada en base a normas vigentes del Centro.

Resultados de auditorías internas.

Artículo 38°. El Ministerio de Salud Pública realizará auditoría independiente, rutinaria e incidental, complementaria de la auditoría interna realizada en las Unidades de Cuidados Especiales.

Artículo 39°. La Comisión de Recomendaciones mencionada en el artículo 36°. Calificará sobre la base del control de la estructura instalada y las auditorías y evaluaciones descriptas a todas las Unidades de Cuidados Especiales que quedarán clasificadas de la siguiente manera: Clase 1 - actuación sin objeciones.

Clase 2 - actuación con objeciones que deben subsanarse o corregirse en un plazo a determinar.

Clase 3 - actuación con objeciones que implica la suspensión de la habilitación hasta tanto se subsanen las causas de observaciones formulada, o los defectos encontrados.

La periodicidad de estos controles será decidida por el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO VI

DE LOS CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LAS UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES.

RELACION MEDICO - PACIENTE Y MEDICO - FAMILIARES.

Artículo 40°. Debe utilizarse el criterio de asistencia progresiva, que permita utilizar el máximo de los recursos existentes en los niveles correspondientes de asistencia, de modo que a la Unidad ingresen solo aquellos paciente que no pueden ser resueltos en otras áreas.

Artículo 41°. En el área neonatal, ingresan a CTI los recién nacidos:

Con peso igual o menor a 1000 grs. Y/o edad gestacional menor a 28 semanas.

Con síndrome de dificultad respiratoria que requiera asistencia ventilatoria (o cualquier patología que la requiera).

Apneas que requieran asistencia ventilatoria.

Exanguíneotransfuciones

Estado de mal convulsivo Malformaciones congénitas que comprometan la vitalidad y/o requieran intervención quirúrgica inmediata

Cardiopatía congénita grave con compromiso de vitalidad

Hemorragias que comprometan la vitalidad

Enterocolitis necrotizante en estadio II y III

Todo cuadro de shock

Deprimidos severos (Apgar < 3) al 1° y 5° min.

Todo paciente que de acuerdo a las normas actualizadas por la Comisión lo amerite.

En el área pediátrica el ingreso está reservado a pacientes con razonables posibilidades de recuperación. A modo de ejemplo, sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar:

pacientes neoplásicos sin posibilidad oncológica razonable de sobrevida determinada en precedentes de CTI en etapa de recuperación

Recién nacidos que requieran hidratación parenteral o corrección metabólica.

Pacientes con imposibilidad de Alimentación por vía oral

Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria que requieran oxigenoterapia

Apneas que no requieran asistencia ventilatoria

Convulsiones

Infección comprobada mediana o grave

Hemorragias que requieran repocisión

Malformaciones congénitas que requieran intervención quirúrgica para compensación preoperatoria sin compromiso vital

Deprimidos severos con Apgar < 3 al 1° min. Y menor a 6 al 5° min.

Respecto a las áreas de Cuidados Intermedios pediátricos, y sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar en ellas:

(a) Pacientes sin diagnósticos cuyo único objetivo sea el nivel de estudio.

(b) Pacientes con desequilibrios humorales cuya compensación pueda realizarse en niveles de menor complejidad.

(c) Pacientes de post-operatorios cuya vigilancia pueda realizarse en niveles habituales de menor complejidad.

Artículo 43°. Egresarán de las Unidades de Cuidados Especiales aquellos pacientes que dejen de revestir las condiciones de admisión.

Artículo 44°. Los profesionales actuantes podrán excepcionalmente apartarse de los procedimientos establecidos en este capítulo fundamentando su actitud por escrito y en cada caso, ante el superior que corresponda.

Artículo 45°. Los Comités de Ética Médica de las Instituciones en el marco de sus cometidos generales, deberán atender las situaciones planteadas en el ámbito de la asistencia de los pacientes críticos.

Artículo 46°. Disposición transitoria. Es función de la Comisión de Recomendaciones analizar la situación de las Unidades que no se adecuen a la reglamentación. Las mismas contarán con un plazo de seis meses para presentarse ante la comisión de Recomendaciones para plantear su situación. Para estos casos, como excepción, y por única vez, y en interés de la Salud Pública Nacional, se podrán habilitar Unidades de Cuidados Intensivos con el 50% de su personal Técnico según artículos 26 y 27. Se establece que quienes no reúnan las condiciones establecidas por la Reglamentación, contarán con

un plazo de 18 meses para cumplir la totalidad de los requerimientos.

Artículo 47°. El Ministerio de Salud Pública deberá integrar la Comisión de Recomendaciones referida en el artículo 36°, contando para ello con un plazo de 60 días a partir del relacionado en el artículo siguiente.

Artículo 48°. La presente reglamentación entrará en vigencia a nivel nacional, a partir de su aprobación por el Poder Ejecutivo, y una vez transcurridos 10 días de su publicación en el Diario Oficial.

ANEXO 3

¿Qué bebés necesitan cuidados especiales?

La mayoría de los bebés que ingresan a la UCIN son prematuros (es decir, nacen antes de las 37 semanas de embarazo), tienen bajo peso (menos de 2250 gramos o 5,5 libras) o padecen un trastorno médico que requieren cuidados especiales. En Estados Unidos, casi el 12 % de los bebés nacen prematuramente y muchos de ellos también tienen bajo peso. Los bebés que nacen de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, o más) con frecuencia ingresan en la UCIN, puesto que tienden a nacer antes y ser más pequeños que los bebés de partos de un único feto. Los bebés con trastornos médicos como por ejemplo, problemas cardíacos, infecciones o defectos congénitos, también reciben cuidados a la UCIN.

Los siguientes son algunos factores que pueden poner a un bebé en situación de alto riesgo y aumentar las probabilidades de su ingreso en una UCIN. Sin embargo, cada bebé debe ser evaluado individualmente para determinar la necesidad de admisión. Los factores de alto riesgo incluyen:

Los factores maternos:

Edad menor de 16 o mayor de 40 años

Consumo de drogas o alcohol

Diabetes

Hipotensión (presión sanguínea alta)

Hemorragias

Enfermedad de transmisión sexual

Gestación múltiples (mellizos, trizillos o más)

Escasez o exceso de líquido amniótico

Ruptura prematura de las membranas (también llamadas saco amniótico o bolsa de aguas)

Los factores del parto:

Sufrimiento fetal/asfixia en el nacimiento (cambios en los sistemas orgánicos debidos a la falta de oxígeno).

Parto de presentación pelviana (de nalgas) u otra presentación anómala.

Meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico).

Circular del cordón (cordón alrededor del cuello del bebé)

Parto con fórceps o por cesárea

Los factores del bebe:

Nacimiento con menos de 37 o mas de 42 semanas de gestación

Peso al nacer menor que 2500 gramos (5 libras y 8 onzas) o mayor de 4000 gramos (8 libras y 13 onzas)

Bebe pequeño para la edad gestacional

Administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos

Defectos congénitos

Dificultad respiratoria, incluida la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración).

Infecciones como por ejemplo, herpes, estreptococos grupo B, clamidia

Convulsiones

Hipoglucemias (bajo nivel de glucosa en sangre)

Necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia por vía endovenosa (I/V) o medicamentos

Necesidad de tratamiento o procedimientos especiales, como por ejemplo, transfusiones de sangre

ANEXO 4

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Universitario:

La misma se distribuye en sectores.

Primer sector:

Al entrar encontramos un armario con sobre túnicas (las mismas se las colocan los padres antes de entrar al sector de cuidados intermedios e intensivos), un perchero, una pileta con jabón líquidos antisépticos quirúrgico, secador de mano, en la pared hay un cartel que describe la técnica de lavado de mano, una heladera donde se guarda la alimentación para los recién nacidos y una repisa con distintos materiales para información. En el mismo sector y separado por una puerta esta la enfermería de limpieza donde hay una silla y mesa, y una mesada con grifo.

Segundo sector:

Encontramos 2 incubadoras limpias, de las cuales una es para traslado con todo el material necesario: balón de oxígeno, un pequeño monitor, ambú, maletín con medicación para paro, jeringas de 1 y 20 cm, guantes, sondas de aspiración y set endotraqueal de distintos tamaños, laringoscopio con pilas y dos palas y clic para el cordón.

Pileta con grifo con jabón, dos armarios, 4 sillas, microondas, archivero, teléfono, reloj de pared, computadora, y cartelera informativa.

Este sector consta con 3 tubos de luz y luz natural.

Tercer sector: (Unidad de cuidados intermedios)

El número de incubadoras puede variar de acuerdo a los ingresos y a la cantidad de recién nacidos derivados del sector de cuidados intensivos, pero la misma no supera las 4.

En este momento hay una incubadora y una cuna ocupada.

Encontramos una mesa con balanza, termocuna donde se realiza distintos procedimientos.

Material a utilizar (sondas, mariposas, guantes y gasas estériles), con fuente de oxígeno central, fuente de aspiración y máscara con ambú.

Papeleras con bolsa amarillas, una mesada con pileta con grifo, equipos a reparar y una caja con ropa y pañales, tres estantes con Hood para la administración de oxígeno.

Armario con: medicación en ampolla-ATB, dipirona, vitamina k, atropina, corodex, ranitidina.

Soluciones para nebulización, ferro C gotas, penicilina polvo y tegretol en jarabe.

Estetoscopios, formula, ropa de recién nacido.

Cada incubadora cuenta con cuatro tomacorrientes y el sector cuenta con dos tubos de luz.

Cuarto sector. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

Tiene capacidad para cinco recién nacidos, si se requieren más ingresos se aceptan a no ser que no hayan mas respiradores disponibles.

Cada unidad cuenta con: incubadora, fuente de oxigeno central, fuente de aspiración, monitores de saturación de oxigeno y frecuencia cardiaca, bombas de infusión y fuente de fototerapia si se requiere.

Encontramos armario con material de consumo estériles (guantes y gasas), mascarar faciales de distintos tamaños y una repisa con sondas de aspiración, frasco para extracción de sangre, jeringas de 20cc, 10cc, 5cc y 1cc, tubos endotraqueales, micro y macrogotos, pezoneras y mamaderas.

Hay una mesada con pileta y grifo con jabón liquido antiséptico, jarra con agua bidestilada, sanitas, bandejas con alcohol, torundas de algodón, cajas con jeringas.

Recipiente cilíndrico con sabanas estériles, descartex, recipiente de residuos contaminados y no contaminados.

ANEXO 5

Estado Crítico

Es toda aquella situación clínica en la que el paciente tiene o puede tener severamente alteradas una o más constantes vitales, por un periodo de tiempo determinado o indeterminado, en neonatología las constantes vitales que se ven alteradas con más importancia son:

- _ Frecuencia cardiaca (menor de 80 o mayor de 200 latidos por minutos).
- _ Frecuencia respiratoria (menor de 20 o mayor de 70 respiratoria por minutos).
- _ Temperatura (menor de 34 grado o mayor de 50 mmHg).
- _ Presión Arterial

Sistólica (menor de 50 o mayor de 80 mmHg)

Diastólica (menor de 30 o mayor de 50 mmHg)

A continuación vamos a describir cada una de las eventualidades clínicas que pueden producir un estado crítico en un neonato, estas son:

- _ Trastornos de ritmo cardiaco
- _ Malformaciones cardiacas graves
- _ Malformaciones que comprometan la función pulmonar
- _ Trastornos severos del Sistema Nervioso Central
- _ Problema de distocias severas durante al parto, en la que ven afectados varios órganos vitales.
- _ Bronco- aspiraciones de un contenido gástrico o de alimento.

Constantes Vitales

Frecuencia Cardiaca:

Habitualmente esta se puede obtener de forma aislada: por medio de un estetoscopio adecuado (campana neonatal) se sitúa en la parte media del esternón ligeramente hacia el lado izquierdo, justamente donde situaríamos V₃ en las derivaciones del electrocardiograma, contabilizando los latidos que se producen en un minuto o bien por medio de un monitor de ECG de forma continua: habitualmente estos monitores no dan una cifra (frecuencia cardiaca) y una curva de ECG, esta curva debe de contener las ondas: P-complejo QRS y T.

Habitualmente los electrodos se colocan: el amarillo y el rojo en los costados y el negro por debajo de la punta del esternón. Hay que procurar que se mermen

lo mas posible los artefactos, para ello es casi fundamental que se utilicen electrodos adecuados y monitores adecuados para ello.

Frecuencia Respiratoria:

Se pueden obtener por medio de observaciones (de forma aislada) de los movimientos respiratorios y medimos las contracciones torácicas que se producen en un minuto, así como también podemos observar las pausas de apnea que se realiza y evaluar el tipo de respiración. Habitualmente los monitores llevan también incorporado un modulo de medida de la respiración (de forma continua), no orientara de la frecuencia y del tipo de respiración que hace.

Temperatura:

De forma aislada la podemos tomar por medio del clásico termómetro neonatal (de forma aislada), esta toma se suele realizar de forma rectal, aunque se aconseja que sea en pliegues de la piel, pero ella reporta gran dificultad en muchas ocasiones en los servicios de neonatología o bien (de forma continua) por medio de sensores que tienen incorporadas las camas neonatales (incubadoras y cunas térmicas).

Presión Arterial:

Se toma de forma aislada con manguito neonatal, estos deben de ser adecuados de tamaño del miembro del neonato y de forma continua por medio de catéteres intraarteriales que unidos a un traductor de presión nos reflejan en dígitos y curva la presión arterial.

Para más información ir a técnica de Monitorización No Cruenta y Monitorización Cruenta.

Monitorización:

La monitorización es uno de los aspectos más importante para llevar el control del neonato, ya que con el control exhaustivo de esta podemos evidenciar los cambios que se producen respecto a la evolución como de los efectos que esta produciendo el tratamiento.

En Cuidados Críticos es imprescindible tener al menos monitorizadas la Fc, la Fr y PA, ya que el mismo concepto de estado critico así lo exige.

Monitorización Cardio-Respiratoria:

Esta debe de producirse al ingreso en la unidad de critico: se hace con el siguiente material:

Monitor con al menos una derivación que nos de una curva electrocardiográfica en la cual detectamos morfología básica de las ondas electrocardiográfica, onda P, complejo QRS y onda T. Este se prolonga hasta el neonato por medio de unos cables que llegan a unos terminales que son los que se adhieren al neonato, a estos terminales le denominamos electrodos.

Los electrodos son elementos importantes de la monitorización esto deben de ser adecuados al tamaño del bebe, se suelen colocar en las regiones anatómicas que detecten lo que nosotros deseamos, habitualmente la zonas donde los colocamos son: uno por debajo del apéndice xifoides, otro el de la línea axilar media en el quinto espacio intercostal derecho y el último la línea axilar media en el quinto espacio intercostal izquierdo. De tal forma que represente un triangulo y en el centro se encuentra al corazón. De esta forma vamos a obtener un vector resultante generalmente idóneo y vamos a tener libre la zona torácico por si tenemos que actuar sobre ella. Antes de adherir los electrodos es aconsejable eliminar con alcohol los restos de grasa de la piel para que haga contacto eléctrico con la piel y no produzca artefacto esta circunstancia, colocación de los electrodos en esta posición descrita también nos va detectar adecuadamente una curva adecuada de respiración.

Los cables habitualmente tienen tres colores (rojo-amarillo-negro), el cable rojo se adhiere al electrodo situado en la línea axilar media en el quinto espacio intercostal derecho, el cable amarillo en la línea axilar media en el quinto espacio intercostal izquierdo y el negro por debajo del apéndice xifoides.

Que vamos a tener en cuenta en este tipo de monitorización y por tanto vamos a vigilar:

- 1) ECG - Ritmo: ritmo-arrítmico
 - Frecuencia: taquicardia-bradicardia
 - Cambio en la morfología de la curva:

→ Onda P: Bloqueo. Identificar trastornos de la conducción.

→ Onda QRS: Ectopia ventriculares (QRS anchos o estrechos).

2) Es imprescindible que todo el personal sepa exactamente donde se colocan los electrodos y porque se hace así. Un cambio de un electrodo no controlado por la persona encargada de la vigilancia puede enmascarar una patología

inexistente, y de hacer cambios incontrolados puede que no se le haga caso a la evidencia del control de la monitorización de ECG.

3) La morfología de la curva de respiración es tan importante como la del ECG, siempre y cuando cumpla con su función, no orienta en la profundidad de la respiración y como no en la ritmicidad de esta.

4) El control de la monitorización es responsabilidad de la enfermera, por tanto debe de conocer los cambios que se producen en todo momento, y comunicarlos de inmediato a medico responsable para que conozca el cambio que se ha producido.

5) La monitorización no tiene por objeto solo el control de si hay o no bradicardias o taquicardias, tiene muchas utilidades si se controla adecuadamente.

6) La enfermera debe de conocer toda la eventualidad clínicas que se pueden producir durante la monitorización tanto cardiaca como respiratoria y debe de identificar:

Taquicardia

Bradicardia

Arritmia con repercusión hemodinámica

Arritmia sin repercusión hemodinámica

Apnea

Bradipneas

Taquipneas

Monitorización Presión Arterial:

La monitorización de la presión arterial puede ser:

No Cruenta: esta se realiza por medio de manguitos neumáticos que abrazan uno de los miembros: tercio inferior de la piernas y tercio superior de los brazos. Esta medición se realiza por medio de aparatos electrónicos, y habitualmente esta puede ser programada por los aparatos hasta cada cinco minutos hasta cada tres horas.

Los manguitos van numerados por tamaño, van desde 0 al 5 para neonatología. Se colocan donde la flecha coincide con una arteria principal, principalmente, arteria humeral y arteria tibial. Se monitoriza PA sistólica, PA diastolica, PA media.

Cruenta: consiste en introducir un catéter arterial en una luz de una arteria, generalmente una de las arterias umbilicales y de no poder alcanzar arteria umbilical, se puede canalizar arteria femoral, arteria radial o arteria pedia. Estas son conectadas a un sistema de alta presión que va conectada a un sensor de monitorización y este a su vez a un sistema de transcripción de presiones. Dando como resultado una curva en la que el límite superior es la presión sistólica y el límite inferior es la presión diastólica. Esta monitorización siempre es continua y se suele utilizar para casos donde el estado hemodinámico está muy deteriorado o pudiese estarlo.

Habitualmente en los estados críticos la presión arterial se monitoriza continuamente por medio de medición de presiones cruentas y de no poder existir es la posibilidad al menos de debe de registrar por medio de la no cruenta al menos cada hora.

Monitorización de Saturación de oxígeno y pulso:

Esta se suele hacer con un Terminal con una luz que transcribe una onda de pulso y nos da cifras de oximetría en el capilar. Esta célula de luz debe ser colocada en superficie que traspase bien la luz (habitualmente en partes más distales del organismo) dedos de los pies, dedos de la mano, cara anterior del pie en la raíz del primer dedo del pie o de la mano y en casos de poco volumen incluso en el lóbulo de la oreja. Esta se monitoriza constantemente y hoy día se puede considerar como una monitorización básica en neonatología.

Monitorización de la Presión Venosa Central:

Esta mide la presión de llenado de la aurícula derecha, así que el catéter que mide esta presión debe de estar situado en las proximidades de la aurícula derecha al menos en territorio que incluya la cavidad torácica. Se puede hacer mediante una técnica manual por medio de una regla centimetrada colocándose el 0 a nivel de la línea media asilar, se coloca un sistema de goteo sobre la regla milimetrada y se llena la columna de agua con suero hasta llegar 15cc de agua, debemos de observar que la columna de agua al conectarla con el paciente exclusivamente (no infundir ningún líquido mientras se realiza la medición ya que esta podría ser alterada al alza) observando que la columna de agua fluctúa con los movimientos del tórax, se deja que baje la columna de agua hasta que se estabilice en un nivel, cuando esto ocurre en PVC (presión venosa central). Cuando disponemos de sensores de presión estos pueden ser

utilizados de igual modo que los de la presión arterial, algunos de estos aparatos las cifras nos la dan en mmHg el factor de conversión a cm³ de agua es de 1.6.

El Entorno:

Se disponen de ventiladores mecánicos.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales deben tener las siguientes características:

Personal altamente cualificado.

Personal bien retribuido respecto a su nivel de responsabilidad real.

Zona de acceso restringido.

Cada box debe tener al menos diez metros cuadrados.

Estar bien ventilada, con luz natural.

Exenta de ruidos tediosos para los pacientes.

Zonas de almacenamiento.

Zonas de instrucción para el personal de nueva incorporación.

El ambiente debe ser calido y acogedor: pinturas adecuadas de color pastel, temperatura rondando los 26 grados centígrados, nivel de humedad por encima del 35%, música ambiental, etc.

Cada box debe contener un lavadero para lavarse las manos antes y después de tocar al paciente.

Cada box debe de contener al menos:

_ material para monitorización (ECG, respiración, presión arterial, temperatura, etc.).

_ ventilador mecánico neonatal.

_ cuna térmica o incubadora (a ser posible las dos).

_ bolsa de resucitación adecuada.

_ alargaderas de oxígeno.

_ tomas de gases: dos tomas de oxígeno, dos tomas de vacío y un toma de aire.

_ monorreductor de oxígeno.

_ sistema de vacío.

_ material específico según circunstancia clínica.

Los box deben de estar bien delimitados en el espacio y bien señalizados.

Dotación de aislamientos cerrados para infecciosos e inmunodeprimidos.

Sala de hemodinámicas.

Se debe indicar cual es la correcta circulación del personal en la unidad: puertas de entrada y salida.

A ser posible la enfermera debe de controlar no más de un paciente en estado crítico.

En ningún caso debe de controlar mas de dos pacientes críticos, de no ser así su trabajo podría comprometer mucho la calidad que deben de recibir estos pacientes.

En casos donde el control sea extremadamente comprometido la ratio puede llegar incluso hasta dos a tres enfermeras por pacientes.

Ubicación de asientos para las visitas de los padres.

Papel del profesional de críticos neonatales.

El personal de enfermería que deben de estar en estos servicios deben ser los mas preparados para atender neonatos, es imprescindible que al menos tenga una experiencia de dos años con el manejo de niños ingresados en sala de Neonatología. La pericia más importante que debe de tener un enfermero en Cuidados Críticos Neonatales es: Identificar Problemas y Resolverlos Claramente, por tanto, debe:

Conocimientos:

_anatomía y fisiología fetal y neonatal.

_fisiología neonatal:

- nervioso
- cardio-circulatorio
- equilibrio acido-base
- metabólico
- pulmonar
- digestivo
- excretor
- tegumentos

_nivel de expertos en RCP básica y avanzada.

_ventilación asistida en su utilización.

_tratamiento avanzado del sistema respiratorio.

_tratamiento avanzado del sistema neurológico.

_tratamiento avanzado del sistema digestivo.

- _tratamiento avanzado del sistema cardio-circulatorio.
- _tratamiento avanzado del sistema excretor.
- _conocimientos avanzados de monitorización.
- _conocimientos en electrocardiografía básica.
- _fisioterapia respiratorio.
- _control aparatos utilizados.
- _valoración avanzadas de Enfermería del paciente neonatal es estado crítico.
- _seguimiento del paciente neonatal en estado critico.
- _manejo de medicación neonatal avanzado.
- _conocimientos avanzados de proceso enfermero en neonatología.
- _estadística básica/media.
- _epidemiología básica en el entorno neonatal.
- _resultados analíticos frecuentes.

Habilidades

- _canalización de catéter corto a nivel del experto.
- _canalización de catéter largo a nivel de experto.
- _sondajes gástricos.
- _sondajes vesicales.
- _modalidades de monitorización.
- _control y manejo de mecanismo de infusión.
- _control y manejo de monitorización.
- _control y manejo de mecanismos para mejorar la ventilación.
- _control y manejo del paciente neonatal grave.
- _control y manejo de camas neonatales.
- _entender rápidamente una situación critica.
- _control y manejo del proceso enfermero en neonatología.
- _control y manejo de la vía aérea.
- _control y manejo de punciones capilares.
- _control y manejo de punciones arteriales.
- _control y manejo del ingreso.
- _control y manejo del alta.
- _control y manejo de la medicación prescrita.
- _control y manejo de la documentación del neonato.
- _manejo y extracción de muestras biológicas.

Actitudes

- _altas prestaciones humanistas.
- _desarrollo de aprendizaje continuo.
- _alto grado de resolución de problema.
- _metódico en el trabajo.
- _alto grado de capacitación para el trabajo en equipo.
- _alto grado de compromiso con el equipo.

Cuidado específico en neonatos es estado crítico.

El neonato en cuidados críticos tiene los siguientes cuidados específicos:

Sistema Circulatorio

- _monitorización ECG: vigilancia de arritmias.
- _monitorización presión arteria cruenta: vigilancia de estados comprometidos.
- _monitorización presión venosa central: vigilancia de estados comprometidos.
- _monitorización del pulso y sus cualidades.

Sistema Respiratorio

- _vigilancia y control de dificultades respiratoria: Test de Silverman.
- _vigilancia de la monitorización respiratoria:
 - frecuencia de la respiración.
 - simetría de la respiración.
 - vigilancia de los parámetros del ventilador:

volumen minuto

volumen tidal

presiones de aire

resistencias

compliance

presiones medias en la vía aérea

- vigilancia del equilibrio acido-base.

O₂

pCO₂

pH

SaO₂

- _control de la rehabilitación pulmonar:
 - sistemas de conducción de gases:

tubuladuras

sistemas de humidificaciones de aire

filtros antibacterianos

- administración de gases medicinales: óxido nítrico.

Sistemas Termorregulador y Tegumentario:

_control de la piel

_relleno capilar

_control de la integridad de la piel en zonas de riesgo:

- ostomías: cuidado y control
- occipucio
- lóbulos de las orejas
- zona sacra
- codos y rodillas
- zonas trocánteres
- zonas ano-genitales

_control de la temperatura de piel y de la temperatura central cuando sea necesario.

_control de la mucosa haciendo hincapié en zonas de riesgo:

- comisuras labiales
- cavidad oral
- fosas nasales
- zona genital externa en la mujer y prepucio y glande en los varones

Sistema Nervioso

_control del perímetro craneal

_control de las fontanelas

_control de la integridad de los reflejos

_control de las pupilas:

- tamaño
- reacción a la luz intensa

_estado de consciencia: Escala Glasgow modificada para lactantes

_control del dolor: Escala de Susan Givens

Sistema Excretor

_control cuantitativo de la orina

_control cualitativo de la orina

_control de anomalías de excreción (glucosuria, cetonuria y proteinuria)

_control de los dispositivos de excreción de orina (sondas)

Sistema Digestivo

_control del aporte de alimentos: cantidades y concentraciones

_control de sondas

_control del reflejo de succión

_tamaño del abdomen

_medición de retenciones alimenticias: cantidad y calidad

Metabólico

_control nutricional parenteral:

- cantidad

- características (aporte energético)

_control del peso

_control del equilibrio ácido-base e iones

- pH

- bicarbonato

- exceso de bases

- sodio en sangre

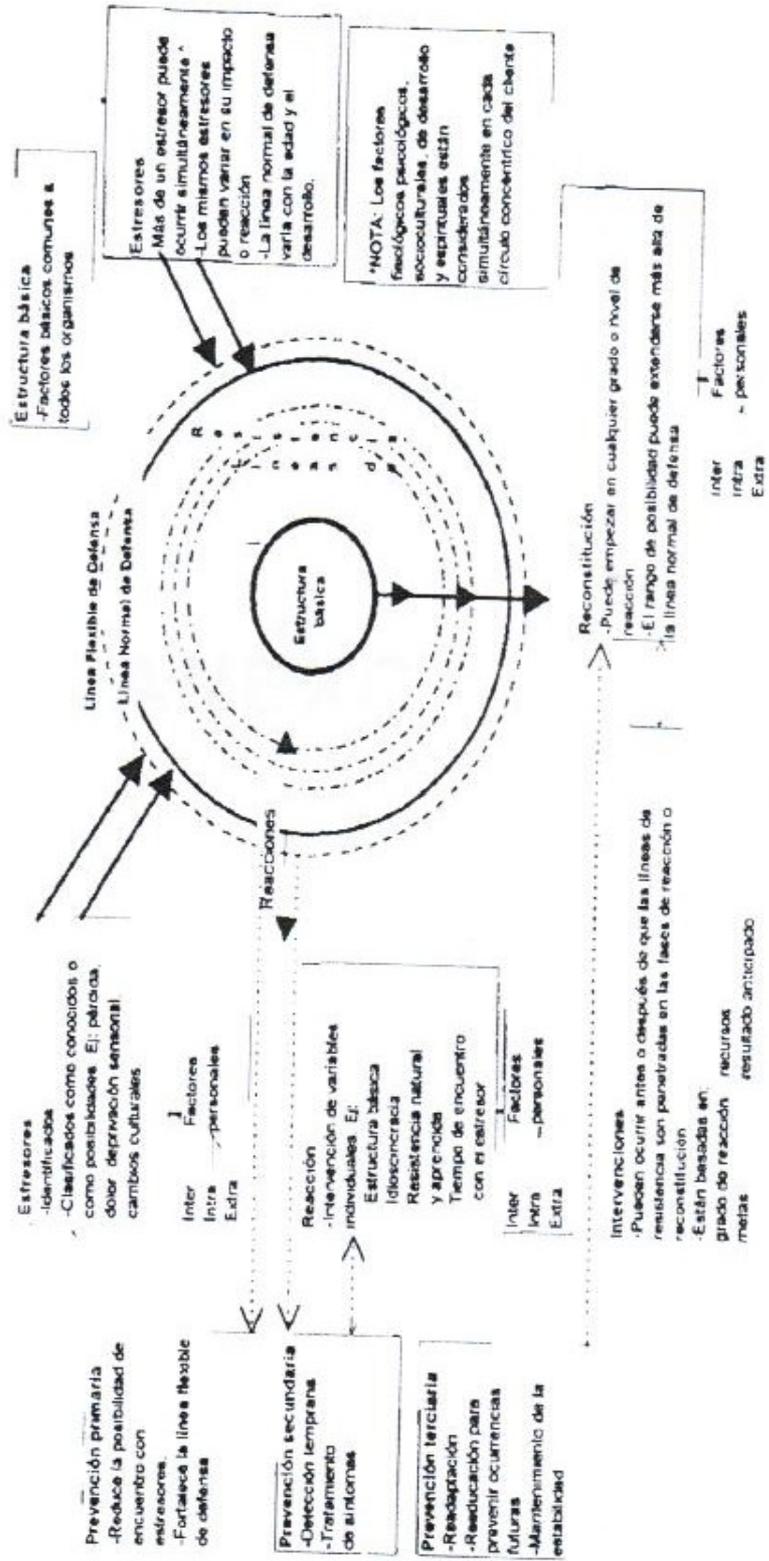
- potasio en sangre

- calcio en sangre

Control de la Bilirrubinemia.

Anexo 6: Modelo de Sistemas de Neuman

ANEXO 6 MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN



ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Este instrumento corresponde a una experiencia de recolección de datos para la realización de tesis. La misma será llevada a cabo para alcanzar el objetivo de conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros en el Servicio de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Desde ya agradecemos su colaboración.

En el cuestionario, circule el número que exprese lo estresante que cada experiencia ha sido para usted. La escala es la siguiente:

0: no lo experimenté.

1: No ha sido estresante.

2: Mínimo estrés.

3: Moderado estrés.

4: Mucho estrés.

5: Extremo estrés.

En el cuestionario, circule el número que corresponda.

• ASPECTOS Y SONIDO DE LA UNIDAD:

1. La presencia de monitores y equipos	0	1	2	3	4	5
2. El constante ruido de monitores y equipos.	0	1	2	3	4	5
3. El repentino ruido de monitores y alarmas.	0	1	2	3	4	5
4. Los otros bebés en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
5. La cantidad de gente trabajando en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
6. Tener una máquina (respirador) respirando por mi bebé	0	1	2	3	4	5

• APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO:

1. Tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él.	0	1	2	3	4	5
2. Moretones, cortes o incisiones en el bebé.	0	1	2	3	4	5
3. El color diferente de su bebé por ej. Pálido, amarillento.	0	1	2	3	4	5
4. La forma irregular de respirar de su bebé.	0	1	2	3	4	5

5. El tamaño pequeño, de su bebé.	0	1	2	3	4	5
6. La apariencia de arrugado de su bebé.	0	1	2	3	4	5
7. La máquina (respirador) para respirar que tenía su bebé.	0	1	2	3	4	5
8. Ver las agujas y tubos que tenía su bebé.	0	1	2	3	4	5
9. Cuándo mi bebé come por vía intravenosa o sonda orogástrica.	0	1	2	3	4	5
10. Cuándo mi bebé parece estar dolorido.	0	1	2	3	4	5
11. Cuándo mi bebé llora por largos períodos.	0	1	2	3	4	5
12. Cuándo mi bebé parece temeroso.	0	1	2	3	4	5
13. Cuándo mi bebé parece triste.	0	1	2	3	4	5
14. La apariencia débil de mi bebé.	0	1	2	3	4	5

• CONDUCTA Y COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL:

1. Los médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida.	0	1	2	3	4	5
2. Los médicos y enfermeras utilizan palabras que no entiende.	0	1	2	3	4	5
3. Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición del bebé	0	1	2	3	4	5
4. No me hablan acerca de los estudios y tratamientos que realizan a mi bebé	0	1	2	3	4	5
5. No conversan conmigo suficientemente	0	1	2	3	4	5
6. Habla conmigo mucha gente diferente (médicos, enfermeras, otros)	0	1	2	3	4	5
7. Encuentro dificultades en recibir información o ayuda cuando estoy en la Unidad.	0	1	2	3	4	5
8. No siento seguridad en que me van a informar acerca de los cambios en la condición de mi bebé	0	1	2	3	4	5
9. El personal se ve preocupado por mi bebé	0	1	2	3	4	5
10. El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca.	0	1	2	3	4	5

11. El personal actúa como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de mi bebé. 0 1 2 3 4 5

• RELACION CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE PADRES

1. Me siento separada/o de mi bebé 0 1 2 3 4 5

2. No puedo alimentar a mi bebé 0 1 2 3 4 5

3. No puedo cuidar a mi bebé (cambiarle los pañales, bañarlo, etc.) personalmente. 0 1 2 3 4 5

4. No puedo cargar a mi bebé cuando yo quiero 0 1 2 3 4 5

5. Algunas veces me olvido del aspecto físico de mi bebé. 0 1 2 3 4 5

6. No me siento en privacidad con mi bebé. 0 1 2 3 4 5

7. No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos 0 1 2 3 4 5

8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé 0 1 2 3 4 5

9. No me siento capaz de compartir a mi bebé 0 1 2 3 4 5

10. Me siento incapaz acerca de como ayudar a mi bebé durante este tiempo 0 1 2 3 4 5

11. Siento que el personal (enfermeras, médicos) están más cerca de mi bebé que yo 0 1 2 3 4 5

• Usando la misma calificación que en las preguntas anteriores (0 1 2 3 4 5), ¿cómo calificaría en general cuan estresante ha sido para Ud. la experiencia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal?

0 1 2 3 4 5

- ¿Hay algún otro aspecto que fue estresante para Ud. que desee mencionar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS:

- **DATOS PERSONALES DE LOS PADRES:**

1- EDAD: menor a 15 años
de 15 a 25 años
de 26 a 36 años
de 37 a 47 años
mayor a 48 años

2- SEXO: hombre
mujer

3- SITUACIÓN DE PAREJA: refiere tener pareja
refiere no tener pareja

4- OCUPACION: ocupado/a
trabajador zafral
desocupado/a
estudiante

5- ESCOLARIDAD: analfabeto/a
primaria incompleta
primaria completa
secundaria incompleta
secundaria completa
terciaria incompleta
terciaria completa

6- PROCEDENCIA: montevideo
interior

7- RELIGIÓN: católica
mormona
evangélica
testigo de Jehová
ateo
otra

8- NÚMERO DE HIJOS: de 1 a 3 hijos
de 4 a 6 hijos
más de 6 hijos

- FACTORES INTERPERSONALES QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS DE LOS PADRES:

Marque la opción que corresponda:

1- PARTICIPACION FAMILIAR:

- la familia se compromete, acompaña y colabora
- la familia no se compromete, ni acompaña, ni colabora

2- PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD:

- el equipo de salud se compromete, acompaña y colabora.
- el equipo de salud no se compromete, ni acompaña, ni colabora.

- FACTORES EXTRAPERSONALES QUE CONTRIBUYEN AL ESTRÉS DE LOS PADRES:

1- DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: -de 0 a 15 días
-de 16 a 31 días
-más de 31 días

2- EVOLUCIÓN: -favorable
-desfavorable

3- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS:
-punciones
-aspiración
-colocación de vía venosa percutánea
-colocación de catéteres vesicales

Gracias, Estudiantes Facultad de Enfermería

ANEXO III

NORMAS ÉTICAS

En la investigación no se realizaron procedimientos directos con seres humanos, se realizó recolección de datos en base a cuestionarios.

Para el acceso a dicha información se realizó carta de solicitud al Servicio correspondiente con la finalidad de obtener autorización para la realización de la misma.

ANEXO IV

PLAN DE TRABAJO
CRONOGRAMA DE GANTT

Meses	5/2010	6/2010	9/2011	7/10/11	4/11/11	5/11/11	8/11/11	9/12/11	10/12/11	11/12/11
Actividades										
Elección del tema	_____									
Planificación		_____								
Aprobación del protocolo			_____							
Ejecución				_____	_____					
Plan de tabulación y análisis						_____	_____			
Elaboración tesis final								_____→		
Aprobación tesis final										_____

ANEXO V

Recursos Materiales y Financieros:

EQUIPO	CANTIDAD	DETALLES	TOTAL (\$U)
Hojas	500	\$U 0,50	250
Lapiceras	10	\$U 6	60
Libros	6	\$U 205	1230
Viáticos (transporte y alimentos)	40	\$U 423	16920
Pendrive	2	\$U 300	600
Internet	20 horas	\$U 15	300
Impresiones	466	\$U 1,5	700
Teléfono (llamadas y sms)	60	\$U 50	3000
Fotocopias	150	\$U 0,65	98
Total		Total:	\$23158

ANEXO VI

AMBIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

