

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722

TESIS

RECIÉN NACIDO PRETERMINO

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBTETRICIA

ARACELI DÍAZ SOLORIO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mis padres: Nereida Solorio Regalado y Heraclio Díaz Cerrillo porque me dieron la vida y me permitieron seguir estudiando, brindándome su apoyo y amor en todo momento y ni con nada podré pagar sus sacrificios para ver realizada como profesionista.

A Dios porque nunca permitió que perdiera la fe en el y siga adelante.

A mi director de Tesis David Mendoza Armas por darme asesoría, tener paciencia y dedicar tiempo extra a su asesoría ya que sin el esta investigación no hubiera sido posible.

A mi abuelita Gumersinda Regalado Vázquez y a mi abuelito Elías Díaz Reyes porque la vida no les permitió seguir conmigo en este mundo pero siempre los tendré en mi corazón y donde quiera que estén les digo que los amo y nunca los olvidare.

AGRADECIMIENTO.

Quiero dar las gracias a mi familia por confiar en mí y demostrarme su comprensión y su apoyo todos los días de mi vida, a mis padres, hermanas y sobrinos. A la srita. Martha Alcaraz porque siempre me ha apoyado desde que entre en la escuela y me ha brindado sus conocimientos. A sor Teresa Méndez por confiar en mí y no dejarme que desertara de la escuela y darme la oportunidad de viajar en las vacaciones a mi casa. A Osiris Omar Heredia Quezada por demostrarme su amor y confianza además de apoyarme en toda mi carrera sin condición alguna por eso mil gracias.

INDICE GENERAL.

Paginas

Preliminares	
Portada	
Portadilla -----	ii
Dedicatoria -----	iii
Agradecimiento -----	iv
Índice general -----	v
Introducción -----	viii

CAPITULO I

1.1 Introducción -----	2
1.2 Antecedentes -----	3
1.3 Objetivos -----	5
1.3.1 Objetivo general -----	6
1.3.1.2 Objetivos específicos -----	6
1.4 Planteamiento del problema -----	6
1.4.1 Pregunta de Investigación -----	7
1.5 Hipótesis -----	7
1.5.1 Variables -----	7
1.6 Justificación -----	9
1.7 Viabilidad -----	10
1.8 Limitación de estudio -----	11
1.9 Glosario -----	12

CAPITULO II

2.0 Introducción -----	15
2.1 Marco teórico -----	15
2.2 Teoría de Obstetricia (Williams) -----	16
2.3 Teoría de Neonatología (Alexander J. Schaffer) -----	16
2.4 Teoría de Obstetricia (Félix Ramírez Alonso) -----	18
2.5 Teoría de Pediatría (R. Martínez y Martínez) -----	20
2.6 Teoría de Neonatología (Gordon B. Avery y cols.) -----	23
2.7 Teoría Pediatría (Yao Tc. Stevenson) -----	25

CAPITULO III

3.0 Introducción -----	31
3.1 Enfoques de investigación -----	31
3.2 Métodos de Investigación -----	32
3.3 Unidades de análisis -----	33
3.4 Instrumentos de recolección de datos -----	35

CAPITULO IV

4.0 Introducción -----	43
4.1 Escala de Likert aplicada a Enfermeras del HNSS -----	44
4.2 Cuestionario aplicado a Médicos especialistas y residentes en el HNSS-----	55

4.3 Cuestionario aplicado a madres de los recién nacidos en el servicio de obstetricia general en el HNSS	56
---	----

CAPITULO V

5.0 Conclusiones	58
5.1 Sugerencias	60

ANEXOS

Anexo I	62
Anexo II	64
Anexo III	65

BIBLIOGRAFIAS

Bibliografia consultada	67
Bibliografia Referenciada	68

INTRODUCCIÓN.

En la presente investigación se desarrollo por medio de cinco capítulos en los cuales se dividieron de manera ordenada para no perderse en la investigación además de ser necesaria la cual fue de la siguiente manera:

En el capitulo I se llevo a cabo primero la elección de un tema de investigación el cual es el Recién nacido pretérmino el cual fue seleccionado por interés personal ya que en el Hospital de Nuestra Señora de la salud (HNSS) se presenta con frecuencia.

Dentro de este capitulo también se mencionan los antecedentes de la investigación en diferentes lugares de Estados Unidos de América hasta llegar a país de México, lo cual lleva ver lo de diferentes puntos de vista. También se plantearon objetivos que se deseaban alcanzar con la realización de la investigación los cuales ayudaron a llegar a la meta final de la investigación. Se realizo una pregunta de investigación que como respuesta nos diera el objetivo principal de lo que se deseaba investigar.

Se realizo también una hipótesis para guiar lo que se deseaba comprobar en la investigación recolectada de las distintas teorías investigadas. Para llevar la información de una manera mas ordenada y coherente se plantearon dos variables: dependiente e independiente de las cuales se derivaron algunos indicadores de cada variable.

En el capitulo II se realizo la investigación de diferentes teorías relacionadas con el tema desde de diferentes teorías psicologías, anatómicas etc. Las cuales nos dieron una amplia visión del tema y sustento de lo que se deseaba investigar.

En el III capitulo se llevo a cabo la elección del enfoque de investigación de acuerdo al tipo de investigación que se quería realizar, así como la elección de los métodos a utilizar durante la investigación. También se eligieron las personas que fueron sujetos de estudio en la investigación a los cuales se diseño y aplico un instrumento para la obtención de información para posteriormente realizar la interpretación de datos estadísticos.

En el IV capitulo en base a datos estadísticos los cuales fueron analizados de manera científica por medio de una formula, se realizo un cuadro de frecuencias con los ítems y se obtuvo un porcentaje de cada una de las preguntas realizadas en los instrumentos. Los resultados obtenidos de los ítems del instrumento aplicado a la principal unidad de análisis fueron interpretados estadísticamente por medio de graficas. En el capitulo V se habla de las conclusiones que se llegaron a lo largo de la investigación realizada comentando y dando sugerencias de los logros realizados.

CAPÍTULO I.

1.1 INTRODUCCIÓN.

El nacimiento de un bebe fisiológicamente inmaduro se acompaña de ciertos riesgos. En general se considera prematuro al recién nacido con peso menor a 2, 500 kg. al nacimiento. El cuerpo del prematuro no esta listo para ciertas funciones decisivas, por lo que su supervivencia es incierta a falta de intervención médica.

Las probabilidades del nacimiento prematuro con complicaciones fisiológicas aumentan con los cuidados prenatales deficientes, abuso de drogas, antecedentes de parto prematuro, edad materna inadecuada, por lo que los prematuros necesitan de cuidados intensivos neonatales prolongados y muy costosos. Una cuestión importante que se debe tomar en cuenta, es la calidad de vida que puede lograrse para los neonatos muy inmaduros o con peso extremadamente bajo al nacer. Muchos de estos niños presentan un deterioro apreciable tanto físico como intelectual. Por lo tanto el recién nacido pretérmino inmediatamente ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales donde se le brindara atención médica para su pronta integración a la sociedad.

1.2 ANTECEDENTES.

Las unidades de cuidado intensivo neonatal se iniciaron hace 30 años en nuestro país y tienen como finalidad preservar la salud de aquellos recién nacidos catalogados como de alto riesgo y que requieren de una atención y tratamiento altamente especializado. La organización mundial de la salud define como pretérmino a aquel nacimiento más de 20 semanas y menos de 37. Las complicaciones fisiológicas de prematurez en los Estados unidos es de 11%, mientras que en Europa varía entre 5 a 7%. Las tasas de mortalidad neonatal han disminuido en los últimos años debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales; sin embargo, estos niños presentan a menudo un déficit neurológico a largo plazo. La academia nacional de pediatría en México realizo un estudio sobre la Enfermedad de Membrana Hialina (EMH) por deficiencia de surfactante pulmonar del neonato prematuro es causa importante de morbimortalidad. El surfactante pulmonar de oxigeno ha revolucionado el tratamiento de esta entidad en países desarrollados, aunque este beneficio ha sido menor en países en vías de desarrollo. El surfactante porcino de manufactura cubana es económico, y su uso comparado con otros surfactantes es desconocido.

Se llevo a cabo un estudio prospectivo, controlado, aleatorizado, abierto, en 44 recién nacidos prematuros con EMH. Un grupo recibió surfactante bovino y el otro surfactante porcino de fabricación cubana. Se evaluó la respuesta en variables de oxigenación y ventilación, días de oxigeno suplementario, ventilación mecánica, incidencia de complicaciones, tiempo de hospitalización y mortalidad. 23 pacientes recibieron surfactante bovino y el 21 surfactante porcino. Los dos grupos fueron similares clínicamente y en sus patrones de respuesta de oxigenación y ventilación, con una tendencia a mayor incremento inicial en la oxigenación en el grupo tratado son surfactante porcino. La incidencia de complicaciones fue similar

en los 2 grupos. Fallecieron 10 pacientes de surfactante porcino y 12 en el grupo de surfactante bovino. El surfactante porcino tuvo efectos clínicos similares al bovino en las variables de oxigenación y ventilación estudiadas; no hubo diferencia significativa en complicaciones y mortalidad. El surfactante porcino es una alternativa efectiva y de menor costo que el surfactante bovino para el tratamiento de la EMH. Recientemente ha sido publicado un artículo en la prestigiosa revista "The Lancet" por investigadores de la organización mundial de la salud sobre las principales causas de mortalidad. Han determinado que son seis enfermedades y situaciones prevenibles las principales responsables de la mortalidad infantil en el mundo. En cifras exactas, estas causas provocan cada año el 73% de los fallecimientos.

En el periodo que va del año 2000 a 2003 se registro un total de 10,6 millones de muertes de niños menores de 5 años. La neumonía fue la enfermedad más mortal, pues provoco el 19% de los decesos. A continuación, este macabro ranking, se sitúan la diarrea 18%, los partos prematuros 10%. Como es habitual, los países más pobres son los que sufren las consecuencias de la malnutrición y de las enfermedades, porque no disponen del tratamiento y la atención adecuada. En Estados Unidos se estudiaron todos los niños menores de 2500kg nacidos entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre del mismo año, egresados vivos o muertos de las 28 maternidades del servicio publico del país que cuentan con unidad de terapia intensiva.

La información fue recolectada en una base de datos común y especialmente diseñada para el seguimiento de prematuros, que consigna todos los nacidos vivos con un peso menor de 2500 y menor de 32 semanas de gestación del servicio público. Esta base de datos esta constituida por múltiples variables, de las cuales las relevantes para este primer análisis fueron solicitadas en una hoja especial sobre la cual se basa este estudio. Sobre el grupo de niños vivos al alta se analizo la incidencia de peso en relación a su patología, las cuales fueron síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, problemas neurosensoriales correspondientes a hemorragia intracraneala severa y retinopatía del prematuro.

1.3. OBJETIVOS.

En la presente investigación se hace necesario establecer que se pretende lograr con le desarrollo de este tema al final de la investigación para evitar posibles desviaciones durante el desarrollo del estudio.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar las complicaciones fisiológicas mas frecuentes que presenta el recién nacido pretérmino en el hospital de nuestra señora de la salud para que el personal de enfermería obtenga conocimientos acerca de las patologías.

1.3.1.2OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.3.2 Conocer las teorías mas recientes de las complicaciones fisiológicas del recién nacido pretérmino.

1.3.2.1. Identificar a los recién nacidos preterminos y sus complicaciones fisiológicas.

1.3.2.2. Identificar a las pacientes que presentaron parto prematuro, para conocer factores de riesgo que determinan un nacimiento pretérmino.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se observa con frecuencia nacimientos pretérmino, los cuales presentan complicaciones fisiológicas que ponen en riesgo su vida y alargan su estancia intrahospitalaria; además que al ingresar a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) no son atendidos por enfermeras pediátricas por lo que su manejo no es el 100% correcto; por esta razón se juzga importante realizar esta investigación que pretende determinar las complicaciones fisiológicas mas frecuentes del recién nacido pretérmino.

1.4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION.

En toda investigación se hace necesaria la realización de preguntas de investigación lo cual permitirá marcar la pauta para el desarrollo del objeto de estudio en cuestión; por lo cual se decidió formular la siguiente pregunta que guiará al objeto de estudio

¿Cuáles son las principales complicaciones fisiológicas que presenta el recién nacido pretérmino en el hospital de nuestra señora de la salud en el servicio de UCIN durante el primer trimestre 2006?

1.5. HIPÓTESIS.

Las hipótesis son guías para una investigación, por lo cual para realizar la investigación se requiere de una hipótesis la cual va indicar lo que se esta buscando o tratando de comprobar, recordando que no todas las hipótesis son verdaderas. Para la investigación se diseño una hipótesis causal bivariada que se plantea una variable dependiente y una variable dependiente.

“El recién nacido pretérmino presenta con mas frecuencia complicaciones fisiológicas de adaptación”.

1.5.1. VARIABLES.

Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse, estas servirán para limitar el estudio y ampliar el conocimiento.

X

Recién nacido pretérmino. Se define como recién nacido pretérmino al producto de la concepción que se obtiene por parto o cesárea antes de la trigésima séptima semana de gestación y/o que tiene un peso inferior a 2500 Kg.

a) Recién nacido: -concepto.

b) Pretérmino: - etiología. -edad gestacional. - factores de riesgo.

Se realizó una correlación de datos en Internet sobre la edad gestacional y una revisión de expedientes maternos y de preterminos para ver los factores de riesgo mas frecuentes.

Y

Complicaciones fisiológicas.

La mayoría de los embarazos son normales pero en un 5% tienen complicaciones de ahí que los recién nacidos sean preterminos.

a) síndrome de dificultad respiratoria:
-concepto.
-factores de riesgo.
-prevención.

b)membrana hialina:

-concepto -factores de riesgo.
-tratamiento.
-prevención.

c) ictericia: -concepto.

-factores de riesgo.

-tratamiento.

Se analizaron bibliografías que hablan de dicha patología, así como identificar en UCIN a los preterminos que presenten la patología.

1.6. JUSTIFICACIÓN.

El embarazo es un estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con la formación de un nuevo ser. Pero este en muchas ocasiones presenta variadas complicaciones que provocan un parto prematuro; por lo que el recién nacido pretérmino presenta complicaciones fisiológicas y se debe ingresar al servicio de UCIN para atención especial. Por lo que la investigación pretendió identificar las principales complicaciones fisiológicas que presenta el recién nacido pretérmino en el hospital de nuestra señora de la salud (HNSS) y sus consecuencias. Así mismo la investigación beneficio al personal de enfermería para que ampliara sus conocimientos sobre el tema a desarrollar, ya que el personal de enfermería que labora en la institución no cuenta con un nivel superior para enfrentar este tipo de complicaciones fisiológicas. Además la investigación se realizo porque en el HNSS nacen un gran número de neonatos preterminos con complicaciones fisiológicas que para la estudiante de enfermería se le dificulta la atención de enfermería porque en escuela solo se dan a grupos de nivel superior dejando descubierto niveles inferiores.

Es importante que la enfermera tenga una clara comprensión y conocimiento de los procesos patológicos de cada uno de los neonatos preterminos, para actuar de inmediato en situaciones de emergencia.

Se decidió realizar la investigación ya que en el HNSS nunca antes se había realizado un estudio de este tipo, además que es importante abordar este tipo de patologías ya que los neonatos serán las nuevas generaciones que tendrán oportunidades de cambiar al país; además de obtener conocimientos para poder prevenir a las parejas para que lleven un control prenatal . Por ultimo la investigación pretendió conocer la etiología de los recién nacidos preterminos.

1.7 VIABILIDAD.

La investigación fue viable porque se tiene acceso al servicio de UCIN, así como el acceso a revisar los expedientes clínicos; además de que el universo de estudio no esta limitado. No se cuenta con el apoyo de enfermeras especialistas que puedan aportar conocimientos acerca del tema a desarrollar. Se cuenta con el apoyo de las enfermeras encargadas del servicio que llevan más experiencia y ya tienen un panorama más amplio del objeto de estudio.

1.8 LIMITACIÓN DE ESTUDIO.

Para la realización de la investigación no se contó con el apoyo de enfermeras pediátricas ya que el HNSS no puede pagarlas, al igual también no se cuenta con kinesiólogos que puedan ayudar en la investigación solo se cuenta con peditras y un neonatólogo que disponen de muy poco tiempo para acceder a entrevistas por parte del investigador, además de ser egoístas en querer brindar información a personas ajenas a su profesión.

No se conto con el tiempo suficiente para realizar la investigación ya que distribuyen a las estudiantes de enfermería en distintos servicios del hospital

además de llevar otras materias que requieren de igual tiempo. No se cuenta con suficientes bibliografías que se puedan consultar para llevar a cabo la investigación.

1.9 GLOSARIO.

ACIDOSIS: Disminución de la reserva alcalina de la sangre.

ANEMIA HEMOLITICA: Es la patología producida por un aumento de la destrucción de los glóbulos rojos.

BILIRRUBINA: Pigmento rojoanaranjado que se forma en el sistema retículo endotelial a partir de la degradación de la hemoglobina liberada de los eritrocitos destruidos.

HIPOTIROIDISMO Déficit de la actividad funcional del tiroides

HIPOXEMIA: Estado o situación en que los valores en sangre arterial de la presión parcial de oxígeno están reducidos.

HIEPRCAPNIA: Aumento de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre producida, de forma más frecuente por hipoventilación alveolar o por desequilibrios en la relación ventilación perfusión pulmonar.

HIPOVENTILACIÓN Reducción de la ventilación alveolar, que se asocia a un aumento de la presión arterial de dióxido de carbono.

PRESIÓN ARTERIAL: Presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias

TAQUIPNEA: Aumento de la frecuencia respiratoria.

VENTILACIÓN: Proceso de renovación constante del aire contenido en el árbol traqueobronquial, que comprende los procesos de inspiración e espiración.

VENTILACIÓN MECANICA: Utilización de dispositivos médicos que proporcionan un soporte externo para el mantenimiento adecuado de la ventilación pulmonar en casos de insuficiencia respiratoria.

CAPÍTULO II.

2.0 INTRODUCCIÓN.

Para sustentar teóricamente el problema de investigación, se debe recordar que la teoría es muy importante ya que le da mayor veracidad al trabajo de investigación, por lo tanto se presentan a su vez los antecedentes que fundamentan al problema y las teorías sustentadoras del determinado proyecto de investigación. El conocimiento científico se encuentra en permanente proceso, por lo que la ayuda básica de la ciencia es la teoría la cual se define como un conjunto de interrelacionado de conceptos, definiciones o proposiciones que presentan un enfoque sistemático del fenómeno por medio de la relación entre variables tendiente a explicar y predecir el fenómeno lo que proporciona bases al investigador para hacer sus predicciones.

2.1 MARCO TEÓRICO

El marco teórico se define como el conjunto de proposiciones teóricas relacionadas entre sí, que sirven de fundamento y explican aspectos del problema a estudiar, situándolo dentro de un área específica del conocimiento. Por lo que en la presente investigación se decide una formulación del marco teórico que permita facilitar la comprensión del tema de un modo donde se puedan integrar los conocimientos ya existentes que van a permitir comprobar que el trabajo de investigación que esta en proceso tiene alcances y bases sólidas. Por lo tanto se hace referencia a las variables del estudio, las cuales se pueden controlar, manipular y relacionar entre sí, tal como se verá en el siguiente capítulo.

2.2 OBSTETRICIA

Williams. Según la variable dependiente del recién nacido se necesita primero conocer a un recién nacido a término para más adelante por diferenciarlo del recién nacido pretérmino, por lo que según la teoría mencionada afirma que: Recién nacido a término: El feto o neonato se conoce como un feto a término o como un neonato a término durante el intervalo entre las 38 y 42 después del inicio de un periodo menstrual que fue seguido 2 semanas después por la ovulación. Recién nacido pretérmino: se define al producto de la trigésima semana de gestación y/o que tiene un peso inferior a 2500gr.

2.3 NEONATOLOGÍA

(enfermedades del recién nacido). Alexander j. Schaffer, M.D., Mary Ellen Avery, M. En la teoría de William se mencionaron conceptos de lo que se interesa conocer de la variable; pero se utilizó otro punto de vista para comparar la variable por lo que la siguiente teoría afirma que: La expresión “a término” se define arbitrariamente como la duración necesaria, en la mayoría de los recién nacidos, para alcanzar más de 48cm de talla y 2 800g de peso.

En el caso de gestación más probable es de 280 a 284 días, aunque todos los niños nacidos entre el trigésimo octava semana y la cuadragésimo tercera semana tienen características similares y un índice de mortalidad bajo. El peso medio de

un niño nacido a término es, entre los individuos de raza blanca que habitan a nivel del mar, de unos 3,400g para el varón y 3,200g para la hembra. Los niños negros suelen pesar 200g menos que los blancos. La primera definición de prematuridad fue la que se consideraba prematuros a los nacidos con un peso de 2500g o inferior. Esta definición se basó en la facilidad y exactitud de medir la duración del embarazo.

La palabra prematuro no es sinónima de poco peso al nacer, ya que todo el mundo admite que existen muchos factores que contribuyen, a veces, a reducir el peso del niño a término. Se considera prematuros los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, los cuales suelen tener poco peso al nacer. La excepción más corriente es el niño de madre diabética, cuyo tamaño es casi siempre mayor del correspondiente al tiempo de gestación. En los factores de riesgo observamos que la mortalidad perinatal está relacionada sin duda con la duración del embarazo ya que aumenta, por ambos extremos de la vida a medida que se aleja de la mortalidad mínima correspondiente al periodo de las treinta y ocho semanas de gestación. Muchos de estos niños presentan un deterioro tanto físico como intelectual a lo largo de su vida.

La percepción del potencial de supervivencia es inevitablemente dificultada por el desconocimiento de la edad gestacional exacta. La mayoría de los datos de supervivencia se basan en el peso al nacer más que en la edad fetal, los pesos individuales en el nacimiento varían de forma apreciable entre las 24 y 26 semanas de gestación.

Por ejemplo, “el peso de los niños nacidos entre las 24 y las 26 semanas de gestación puede variar entre 420 y 1.320g” (Brenner y cols. 1976).

2.4 OBSTETRICIA

Félix Ramírez Alonso. Se realiza con el propósito que las enfermeras del sistema universitario abierto obtengan un libro donde basarse es su curso y aporte obtengan conocimientos. La causa real del nacimiento prematuro de un niño se desconoce los casos, pero existen varios factores maternos que pueden condicionar a un mayor número de estos nacimientos. Algunos de los factores maternos son: +condiciones uterinas variables. +desprendimiento prematuro de la placenta. +ruptura prematura de membranas. +multiparidad. +desnutrición. +nivel socioeconómico bajo. +Infección de vías urinarias +tabaquismo. + Síndromes hipertensivos durante el embarazo +diabetes. +Nefropatías. +entre otras más.

Para determinar el indicador de la variable X de *edad gestacional* del recién nacido pretérmino (Félix Ramírez Alonso, 2005) “Según la edad gestacional y un peso corporal del recién nacido, se clasifica como sigue”: El producto de aborto: Aquel que tiene menos de 19 semanas y 6 días de edad gestacional y un peso inferior a 500gr. Producto inmaduro: También denominado producto preciable, es el que tiene una edad gestacional comprendida entre 20 y 27 semanas de 6 días, cuyo peso corporal oscila entre 500 y 999 gramos. Producto prematuro o producto

pretérmino: Es aquel que es proveniente de embarazos entre 28 y 36 semanas 6 días de duración, cuyo peso esta comprendido entre 1000 y 2500 gramos. Producto a término: Es aquel que nace de embarazos de 37 a 42 semanas de gestación; se considera producto eutrófico por excelencia, cuyo peso corporal es superior a 2500gramos. Producto posmaduro. Es el recién nacido de embarazos de mas de 42 semanas de gestación, sin importar su peso. El producto prematuro verdadero es el que procede de una gestación menor de 37 semanas de gestación, y el producto desnutrido o hipotrófico es el que tiene un peso menos de 2500g pero cuya edad gestacional es mayor de 37 semanas. De acuerdo a su peso el prematuro se clasifica en:

- a. primer grado: entre 1500 y 2500g.
- b. segundo grado: entre 1000 y 1499g.
- c. tercer grado: menos de 1000g.

En la variable dependiente se encuentran las complicaciones fisiológicas de las cuales se busca diferentes tipos de teorías para fundamentar la variable los indicadores y los subindicadores las teorías existentes son:

2.5 PEDIATRÍA

R. MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ (3ª. Edición en 1995). Realizaron un postgrado y neonatología en el Hospital de Pediatría México DF. Además de ser coordinadores de la maestría en investigación clínica en la Universidad de Guanajuato, por lo que realizaron una teoría sobre Síndrome de Dificultad Respiratoria para dar a conocerla y poder brindar una atención oportuna y eficaz. *Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)* Es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el neonato pretérmino y representa una enfermedad por inmadurez pulmonar, tanto anatómica como fisiológica. Debido a la inmadurez, hay ausencia del surfactante o agente tensioactivo, lo que ocasiona colapsos o atelectasias alveolares múltiples y con ello una incapacidad para oxigenar y eliminar dióxido de carbono (CO₂) con el deterioro progresivo en las condiciones generales del paciente y complicaciones múltiples si no se establece un tratamiento adecuado. Se manifiesta por signos de insuficiencia respiratoria, imagen reticulogranular difusa y broncograma areo en la radiografía de tórax, y por hipoxemia y acidosis en la gasometría.

De los niños menores de 28 semanas de gestación, de 60% a 80% lo presenta, de las 32 a 36 semanas de gestación, 20% a 30% lo desarrolla y es excepcional después de esta edad. En el periodo patogénico, la primera respiración es la mas difícil ya que para vencer los efectos de la tensión superficial de la interfase aire-liquido, en particular de las vías aéreas pequeñas y alvéolos, se requiere de una presión inspiratoria hasta de 60-80 cm. de agua. En el SDR, dado que los alvéolos se colapsan, cada respiración requiere de un esfuerzo similar al inicial; esto llevara a una fatiga progresiva y deterioro Terminal si se deja de avanzar la enfermedad. El recién nacido pretérmino con frecuencia nace asfixiado, su reanimación es difícil y requiere de presiones con el ambù relativamente altas para abrir los alvéolos. La insuficiencia respiratoria se inicia desde el nacimiento o poco tiempo

después y se manifiesta por cianosis, taquipnea, quejido expiatorio característico, aleteo, tiraje, retracción xifoidea y disociación toracoabdominal; hay pobre expansión pulmonar y se ausculta disminución de la entrada de aire con estertores ocasionales. Puede haber edema en miembros inferiores y no es rara la hipotensión. En este síndrome se observan los factores de riesgo que es un subindicador de la variable Y. Los cuales se dividen en:

Agente: La deficiencia del surfactante es la principal condicionante de la enfermedad. El surfactante, su función principal es disminuir la tensión superficial, lo que permite evita el colapso alveolar y permite el establecimiento de la capacidad funcional residual. También tiene otras funciones como: disminuye la presión que se necesita para distender al pulmón, aumenta la elasticidad pulmonar, acelera la eliminación del líquido alveolar, disminuye el trabajo de la respiración.

El surfactante es producido, almacenado y secretado y reciclado por los neumocitos II; en el neonato pretérmino la producción esta limitada y sus almacenes se repletan rápidamente al nacer. Huésped. Es en el recién nacido (RN) pretérmino en quien se presenta de manera casi excesiva, y a menor edad gestacional mayor frecuencia de SDR; alcanza su máxima incidencia en los menores de 1200g y 30 semanas de gestación. Es mas frecuente y mas grave en general en RN masculino. Ambiente. La diabetes materna se asocia con la aparición del problema, ya sea por indicación fetal o materna. La isoimmunización al factor Rh con hidrops fetalis también aumenta la incidencia (Dr. Arturo Vargas Origel, 1995)

Para prevenir este tipo de patología el equipo de salud se da a la tarea de realizar promoción a la salud como prevención primaria. Se hará mediante difusión entre la población de cuales son los factores de riesgo para presentar enfermedad, en particular para insistir en la planificación familiar, en el control prenatal durante el embarazo. Lo anterior tiene que conocerlo y practicarlo el medico general y la enfermera materno infantil para una derivación oportuna al segundo o tercer nivel de atención por el control por un servicio de medicina perinatal.

2.6 NEONATOLOGÍA

Fisiopatología y manejo del recién nacido quinta edición Gordon B. Avery, Mary Ann Fletcher, Mhairi G. Macdonald. Realizaron esta teoría ya que establecen que los cambios fisiológicos al nacer incluyen un a expansión pulmonar entre otras. Estos procesos pueden ser profundamente afectados por complicaciones intraparto como asfixia, lo que hace que la sobrevivencia del niño dependa del apoyo de sus funciones corporales; por lo tanto para los autores conocer sobre Membrana Hialina es Brindar atención adecuada durante los primeros minutos de vida; por lo que realizaron la siguiente teoría. Otros de los indicadores es *Membrana Hialina* ahora conocido como Síndrome de Distres Respiratorio es una causa común de morbilidad y mortalidad asociada con el parto prematuro. Mas que un proceso patológico por si mismo, es un trastorno del desarrollo y se asocia

habitualmente con el nacimiento prematuro. La incidencia y la severidad del SDR aumentan en relación con una menor edad gestacional al nacer. En la etiología la teoría más aceptada es que las deficiencias celulares y alveolares de surfactante tienen su origen en el desarrollo y que el nacimiento se produce antes de la maduración adecuada de los procesos de síntesis, transporte y secreción de surfactante.

El trastorno es más común en el varón que en las niñas (Edwin L. Kendig 1998) y esta diferencia no es evidente hasta las 26 semanas pero aumenta a partir de entonces y los varones con EMH tienen mayor mortalidad, lo que sugiere un desarrollo pulmonar más lento en el varón. Los recién nacidos prematuros tienen mayores probabilidades de sufrir EMH cuando la madre ha tenido previamente un parto afectado, lo que sugiere cierto tipo de control materno sobre el desarrollo pulmonar del feto. El papel de la operación cesárea en la EMH es controvertida pero aparentemente en cualquier edad gestacional el riesgo es mayor para el parto abdominal que para la vía vaginal y que la indicación cesárea es un factor importante.

La ausencia de trabajo de parto aumenta el riesgo, por lo que se incrimina particularmente la operación cesárea. La EMH es significativamente más frecuente en la diabetes gestacional y en las madres diabéticas insulino dependientes sin enfermedad vascular. El recién nacido con EMH presenta cianosis al respirar aire ambiental y su aspecto es edematoso, la mayoría tiene respiración rápida o laboriosa inmediatamente después de la recuperación del parto. Tratamiento. Es importante evitar la asfixia fetal durante el parto y realizar la reanimación adecuada al nacer.

Como los niños sometidos a stress térmico tienen mayor mortalidad es importante mantener el calor térmico neutro para reducir la actividad metabólica. Deberá evitarse la alimentación enteral excesiva. Cuando la diuresis es inicialmente baja y los recién nacidos están edematosos, los líquidos se restringen durante los primeros 2 días a 50 a 75 ml/ Kg./ día. Las calorías se administran como glucosa al 10 o 15% reduciendo así el catabolismo excesivo. La adecuación de la ventilación y de la oxigenación debe establecerse tan pronto como sea posible para evitar la vasoconstricción pulmonar, las anomalías en la relación ventilación-perfusión posteriores y las atelectasias. La monitorización de oxígeno, la terapia de reposición del surfactante se obtiene mediante la colocación de un tubo endotraqueal y con frecuencia se usa varias veces durante la primera etapa del SDR. Los surfactantes exógenos se administran por instilación intratraqueal en dosis aproximadas de 100mg/ Kg. de fosfolípidos de peso corporal. El SDR puede ser manejado con CPAP aplicada mediante máscara, cánula nasal, bigoteras o tubos endotraqueales (Víctor Chernick 1998).

2.7 PEDIATRÍA.

Yao TC, Stevenson DK. Otros de los indicadores para analizar la complicación fisiológica mas frecuente es *Ictericia* ya que en el servicio de UCIN es una complicación que se observa con frecuencia. Por lo que primero se debe conocer su definición. Es un estado biológico que ocurre comúnmente en los recién nacidos, como resultado de un desbalance entre la producción y la eliminación de la bilirrubina.

Alrededor del 50% de los recién nacidos de término y algo más del 60% de los pretérminos se pondrán ictericos dentro de una semana de vida.(1,2) Además de identificarse por la coloración amarillenta de piel, mucosas y fluidos corporales debido al exceso de bilirrubina. Clínicamente es detectable si la bilirrubinemia es superior a 2-3 mg/dl (34-51mol/L) (1). Las causas de la ictericia pueden ser: *Aumento en la producción de la bilirrubina como: Enfermedad hemolítica del recién nacido, Anemias hemofílicas hereditarias, Defectos de la membrana, Cefalohematomas, Aumento de la circulación enterohepática , Inducción del trabajo de parto con oxitócica. *Combinación de la secreción aumentada y disminución de la secreción: infección bacteriana e Infección connatal. *Asociada con la leche materna. *Ictericia fisiológica o del desarrollo.

*Misceláneas: hipotiroidismo, hijo de madre diabética.

La evaluación de la ictericia neonatal se debe hacer con los siguientes datos: Historia: Es el inicio de la evaluación de la ictericia. Se deben recoger los datos familiares de ictericia en otros miembros de la familia, especialmente hermanos. Los datos perinatales y obstétricos pueden proveer indicios sobre la presencia de riesgos de aparición de hiperbilirrubinemia. Signos Y Síntomas: La presencia de la coloración icterica de la piel puede ser el único signo clínico. Si hay hemólisis de puede acompañar de otros signos como palidez de piel y mucosas, hepatoesplenomegalia, edema generalizado (Hidrops Fetalis) etc. Otro síntoma frecuentemente asociado a la hemólisis es la hipoglucemia, como resultado de la hiperplasia pancreática. Se debe buscar la presencia de cefalohematomas y otras hemorragias internas, como causa de hiperbilirrubinemia. La presencia de petequias y púrpuras sugieren la posibilidad de infección connatal. Datos De Laboratorio: Tradicionalmente el tratamiento de la ictericia neonatal se basó en los niveles en sangre de bilirrubina, que sigue vigente hasta la fecha, a pesar de los nuevos métodos para monitorizarlo. Estos nuevos métodos se basan en mediciones de la producción de bilirrubina, ya que la cifra sérica por sí sola, no puede medir la concentración del pigmento en otros tejidos, por tanto no refleja la producción total del mismo.

EVALUACIÓN DE LA ICTERICIA NEONATAL CRITERIOS DE TRATAMIENTO

Desde la introducción de la luminoterapia (LMT) en el tratamiento de la ictericia neonatal, en la década del 60, ésta modalidad terapéutica sigue siendo utilizada, aunque con nuevos criterios. La exanguinotransfusión sigue siendo el tratamiento de la hiperbilirrubinemia severa cuando falla la LMT. Las nuevas modalidades terapéuticas tienden a prevenir ictericia grave a través de la regulación de la producción de bilirrubina, con la administración de compuestos con estructuras

similares, como las metaloporfirinas que por competencia con aquel por las enzimas, son capaces de disminuir la producción del pigmento. La LMT disminuye las concentraciones séricas de la bilirrubina por medio de una reacción de foto oxidación y foto isomerización. Los productos resultantes de estas reacciones, se excretan en la orina o en la bilis. Esta terapéutica ha logrado disminuir la necesidad de exanguinotransfusión aún en presencia de enfermedad hemolítica. La efectividad de la LMT depende del área de superficie expuesta del recién nacido, las características de la piel y los tejidos del mismo, la dosis de la luz y de su curva de emisión espectral entre otros. La fototerapia puede ser convencional (luz blanca a 4,5 a 5 uW/cm² desde arriba) o intensiva (luz azul 9,5 u W/cm² arriba y 11 uW/cm² desde abajo). Esta última ha demostrado ser más eficaz. También se ha utilizado la fototerapia fibrooptica con buenos resultados, sola o combinada con la estándar.

DETECCIÓN DE NEONATOS CON RIESGO DE DESARROLLAR HIPERBILIRRUBINEMIA

La hiperbilirrubinemia neonatal por la frecuencia con que se presenta (50% de los recién nacidos de término y 60% de los pretérminos se ponen ictericos en la primera semana de vida) y por su potencialidad de producir daño cerebral (Kernicterus), continua siendo un problema de salud pública. Se ha avanzado bastante en el tratamiento y la profilaxis de los pacientes de riesgo, sin embargo el desafío actual, frente a la emergencia del Kernicterus en recién nacidos de término sanos, es poder predecir quienes tiene riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia severa en la primera semana de vida, atendiendo a las políticas de alta precoz implementadas en muchas maternidades en los últimos años. Ante este problema se han evaluado sistemas de detección de pacientes con riesgo. Recientemente en Noruega se ha testado la toma de muestra de sangre para dosaje de bilirrubina en el momento del alta, aprovechando la muestra del screening para fenilketonuria e hipotiroidismo congénito. Los resultados demostraron que con este programa se puede detectar hiperbilirrubinemia no esperada y lo suficientemente elevada como para requerir tratamiento. Sin embargo aún no se ha evaluado la superioridad de este método sobre otros como la vigilancia clínica por auxiliares de salud dentro de las 72hs del alta. El screening de bilirrubina tuvo una sensibilidad de solo 65% frente al 59 % del examen clínico dentro de las 72 hrs. del alta.

CAPÍTULO III.

3.0 INTRODUCCIÓN.

En este capítulo de la investigación se hizo una recopilación de datos, ya que se obtuvieron los elementos que determinan lo que se investigó. Por lo que se realizó una contrastación de la hipótesis mediante instrumentos que ayudaron a analizar si la hipótesis es falsa o verdadera. Primero se comentó la recolección de los datos desde el punto de vista cuantitativo y después desde el enfoque cualitativo.

3.1 ENFOQUES DE INVESTIGACIÓN.

Enfoque cuantitativo: Se usó en un 70% ya que se usó una recolección de datos en el servicio de UCIN para probar la hipótesis de la causa principal de los recién nacidos prematuros es “los recién nacidos prematuros presentan con mayor frecuencia complicaciones fisiológicas de adaptación”. Y así se realizó un análisis estadístico que ayudó a conocer más sobre la situación que presentan los recién nacidos prematuros al nacer. Enfoque cualitativo: Este tipo de enfoque se utilizó en un 30% en una recolección de datos para descubrir o realizar preguntas de investigación que sostengan o no la hipótesis planteada en el capítulo I, así mismo se conoció la etiología de las variables mencionadas anteriormente y desarrolladas en el capítulo II; y por lo tanto también ayudó a conocer cuál es la calidad de atención por parte del personal de enfermería que laboran en el servicio de UCIN a los recién nacidos prematuros, utilizando descripciones y observaciones.

Ambos enfoques resultan muy valiosos ya que dan grandes aportaciones, además de que la investigación se considerará más valiosa y complementaria al planteamiento del problema.

3.2.- METODOS DE INVESTIGACIÓN.

Por otro lado para organizar el proceso de investigación se necesitó de la metodología ya que es parte del análisis y la crítica de los métodos de la investigación. Por lo que la metodología está compuesta del vocablo “método” y el sustantivo logos, lo cual ambos significan el estudio de los métodos. El método según Eli de Gortari es el camino que conduce al conocimiento. Por lo que la investigación necesitó de un camino para llegar al final. El método será un elemento necesario para la ciencia, ya que sin él no sería fácil demostrar la validez objetiva de lo que se afirma. De los métodos que se utilizaron en la investigación el primero fue el método deductivo ya que se analizó de lo general a lo particular desde todo lo que tiene que ver con los recién nacidos prematuros hasta buscar y encontrar lo que realmente interesó y fue útil a la investigación. Por ejemplo en el capítulo II se realizó una investigación de los antecedentes desde otro país hasta llegar a la ciudad de Morelia donde se está realizando la investigación.

También se utilizó el método inductivo ya que en este se requiere que el conocimiento comience teniendo contacto directo con las cosas reales y a la vez parte de la determinación aproximada de la serie de fenómenos que se van a

indicar. Por lo tanto este metodo resulto útil ya que se tiene libre acceso al servicio de UCIN y contacto directo o indirecto con los médicos especialistas. El método analítico fue útil ya que en el servicio de Ucin se presta para la observación, descripción, examen crítico, así mismo para desarrollar el objetivo de la investigación. Realizar el análisis de la recolección de datos obtenidos durante la investigación.

3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS.

Para la investigación se necesito designar a personas para el análisis por lo cual: la unidad principal de análisis fue Enfermería, la segunda los médicos y la tercera las madres de los recién nacidos preterminos. Se designo a Enfermería como unidad principal porque donde se realizo la investigación fue en el HNSS , donde solo laboran Enfermeras Generales a cambio de una remuneración, además de que Enfermería son las personas que están en contacto directo lo recién nacidos preterminos y son ellas que les brindan atención al ingreso al servicio de UCIN. El HNSS es un hospital privado y se mantiene por beneficencia dirigido por un patronato. Dicho Hospital cuenta con el servicio de UCIN donde se le da atención a los recién nacidos que presentaron complicaciones al nacer o durante el embarazo.

Al nacer el bebe es atendido por un neonatólogo el cual valorará su ingreso a UCIN o CUNEROS; si decide su ingreso a UCIN se traslada por una estudiante de Enfermería ya sea de nivel técnico o licenciatura. A su ingreso a UCIN la enfermera encargada que por lo general no es pediatra decide su instalación en la unidad adecuada. El servicio de Ucin cuenta con un ventilador mecánico, 2 cunas radiantas, 7 cunas, 4 incubadoras, 2 fototerapia, además de bombas de infusión, cascos cefálicos y tomas de oxigeno y aire. La enfermera en la mayoría de las ocasiones no esta capacitada para brindar la atención adecuada al recién por lo que en repetidas ocasiones se ve en la necesidad de llamar a la supervisora; la enfermera sabe manejarlo conforme a las reglas o lo que conumente se hace en el hospital pero no se adentra a tener conocimientos de todas las patologías del recién nacido. Por lo tanto conocer mas sobre las complicaciones que se presentan en Ucin aportara una mejor atención por parte del personal de salud.

Como segunda unidad de análisis fueron los Médicos ya que por su experiencia y conocimientos tienen oportunidad de conocer todas las patologías claro que son los especialistas , residentes , internos; pero ellos no son los que están en contacto con los recién nacidos. Las madres de los recién nacidos fueron la unidad de análisis terciaria ya que pudo conocerse la etiología de los preterminos llegando a una conclusión de las causa o incidencias de las patologías. Y fueron clave importante de los recién nacidos que ingresan al servicio de Ucin pudiendo llegar a un numero estadístico.

3.4.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó el enfoque cuantitativo para la recolección de datos que es equivalente a medir. Medición es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, (Roberto Hernández Sampiere, 2003), ya que se necesita cuantificar los datos posibles. En la investigación cuantitativa se aplicó un instrumento para medir las variables contenidas en la hipótesis. Para empezar se definirá lo que es un instrumento para después mencionar y determinar los tipos de instrumentos. Un instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente (Roberto Hernández Sampiere, 2003).

Para la recopilación de datos se usaron técnicas que establecerán la forma o reglas para construir los instrumentos que van a permitir el acceso a lo que se tiene como información en la investigación. Por lo que Técnica es un procedimiento o conjunto de procedimientos, regulado y previsto de una terminada eficacia (Eli de Gortari, 1992). Para seleccionar el instrumento se necesitó que el que se va a elegirle que tenga confiabilidad y validez.

La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida a la misma persona u objeto produce resultados iguales. Por ejemplo si se realizó un instrumento y este en sus respuestas no tiene nada que ver con otras, en repetidas ocasiones se observará que su aplicación es poco confiable. En lo que se refiere a la validez es en que el grado de un instrumento realmente mide la variable que se pretende medir; por ejemplo medir Recién Nacido pretérmino como variable independiente. Así pues obtener el instrumento que se utilizó en la investigación sin meterse a la otra variable o bien sin mezclar variables. Existe numerosos procedimientos o técnicas para obtener información acerca del problema de investigación y por supuesto de la hipótesis de trabajo entre ellas puede mencionarse la observación, la entrevista, el cuestionario, los tests, las escalas de actitudes y opiniones, la recopilación documental, escalas entre ellas están escala de Likert, el diferencial semántico, y la escala de Guttman de los cuales solo revisaron algunos para determinar el tipo de instrumento útil en la investigación.

Para la unidad de análisis principal se utilizó el escalamiento tipo Likert que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir se presenta cada afirmación y se pide a la persona que elija una respuesta y a cada punto se le asigna un valor de número, así se sabrá el número de respuestas iguales para llegar a una conclusión acerca de lo investigado. Se decidió utilizar este tipo de instrumento ya que interesa mucho medir lo que el personal de Enfermería aportará para la investigación además de que es muy útil y satisfactorio para medir las variables y nos lleva a una estadística, amplia información, que comprobó lo que se ha venido mencionando en capítulos anteriores.

Dentro del enfoque cualitativo se uso como instrumento el cuestionario para la segunda unidad de análisis ya que en este se pueden hacer preguntas abiertas y cerradas. Este método es útil para valorar a los médicos ya que casi no tienen tiempo y el cuestionario será breve y conciso, además de tener un amplio conocimiento sobre las patologías más frecuentes en Ucin. Además de observar la atención brindada al recién nacido pretérmino durante su estancia en el HNSS y saber el tratamiento indicado en las patologías si fue el mismo o no. También hicieron que el instrumento ayudara con el objetivo de la investigación, además de que la información que brindan. Para la unidad de análisis terciaria que son las madres de los recién nacidos preterminos se utilizara el cuestionario ya que este consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Hay 2 tipos de preguntas cerradas y abiertas. Para la investigación se facilitan las preguntas cerradas ya que el nivel de educación varía entre las madres por lo que se trata de que todas entiendan las preguntas y dar respuestas que estén dentro de los límites de sus conocimientos.

Una vez seleccionado y elaborado el instrumento para la unidad principal de análisis que son las enfermeras; se procedió a dar validez al instrumento para posteriormente aplicarlo a la muestra final, para lo cual se utilizó la fórmula de Lourdes Mouch la cual es la siguiente:

2

$$n = \frac{Z^2 Pq N}{e^2}$$

Donde:

- N = Tamaño Universal
- n = Tamaño de la muestra
- P = Probabilidad
- q = Probabilidad
- Z = Nivel de confianza
- e = Margen de error.

Posteriormente se desarrolló la fórmula para obtener el tamaño de la muestra final así como validarla a través de la prueba piloto. La prueba piloto se realizó para obtener la información que se requiere para poder aplicar el instrumento a las personas representativas de la población.

Se otorgan los siguientes valores a la fórmula:

- N: 50 enfermeras
- Z: 85 % ya que el nivel de confianza se tomara de bueno- regular
- P: .5 ya que es un dato fijo
- q: .5 es un dato fijo

e : .15 será porque al 100% se le resta el 85% del nivel de confianza para marcar el margen de error en los datos obtenidos.

Como resultado de la fórmula se obtuvo el tamaño de la muestra el cual redondeado es de 15 enfermeras. Del resultado del tamaño de la muestra se obtuvo el número de enfermeras para validar el instrumento a través de la prueba piloto.

$$\text{Donde: } n = 15 \qquad n / 100\% \times .20 = 3$$

Una vez llevado a la práctica la prueba piloto, se utilizó un rango de 9-8 para mover al instrumento y se le asignó valores a las respuestas de manera objetiva y subjetiva quedando de la siguiente manera:

Tabla de niveles de los instrumentos

Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo
10	8	7	6	5

Durante la aplicación se observó que a las enfermeras no les gusta leer ya que no seguían las instrucciones; además de preferir que el aplicador les lea los ítems o decían “en un rato lo contesto” .

También pensaban mucho las preguntas y respuestas. El instrumento fue reprobado en 2 ocasiones por lo que se cambió de respuestas para que tuvieran más opciones y poder estar dentro del rango establecido. De la prueba piloto solo se obtuvo la media para validarlo. Una vez aprobado el instrumento de la escala de Likert, se realizó la aplicación del instrumento al tamaño de la muestra final. Una vez obtenidos los datos se realizó una recopilación de datos de los resultados obtenidos; posteriormente se realizó una sumatoria de todas las frecuencias de cada ítem para sacar un promedio.

Después se sacó el resultado de la media entendida como número promedio de una cantidad de datos

$$\bar{X} = 9.2+8.4+8.2+7.4+9.1+7.3+8.8+8.4+9.7+9.3+8.1+8.3 = 102.2 / 12 = 8.5$$

La mediana es el dato central de una cantidad determinada de puntajes ordenados de manera ascendente y descendente. La cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$N + 1/2 \\ X = \frac{\quad}{2}$$

$$7.3 + 7.4 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + 8.4 + 8.4 + 8.8 + 9.1 + 9.2 + 9.3 + 9.7 \quad 8.4+8.4= 16.8/2= 8.4$$

Posteriormente se obtiene el resultado de la moda entiendo que es el valor que mas veces aparece en una serie de observaciones.

$$7.3 + 7.4 + 8.1 + 8.2 + 8.3 + _8.4+8.4 + 8.8 + 9.1 + 9.2 + 9.3 + 9.7$$

$$X= 8.4$$

Por lo tanto lo anterior se representa de la siguiente manera:

ITEMS	MEDIA	MEDIANA	MODA
12	8.5	8.4	8.4

Con los datos anteriores se obtuvo mediante el programa de metodología de la investigación de Hernández Sampiere lo siguiente:

Rango	Desviación Estándar	Valor mínimo	Valor máximo
24	7.371	73	97

Por otro lado para las unidades de análisis secundario y terciario se aplico un cuestionario. Para la segunda unidad de análisis se utilizo 10 ítems y se aplico a 10 médicos. Para la tercera unidad de análisis se utilizo 5 ítems y se aplico a 10 madres de familia internadas en el servicio de OG.

CAPÍTULO IV.

4.0 INTRODUCCIÓN.

La interpretación de datos ayudo para decidir donde debe seguirse profundizando en la investigación, ya que se cuenta con medidas estadísticas precisas las cuales en el capitulo 3 que ya se mencionaron y son media, mediana, y moda; y así lograr cumplir los objetivos previamente vistos; además de transmitir la información brindada por las unidades de análisis elegidas, ya que estas son los representantes de una población. A continuación la interpretación de los resultados de la muestra en la unidad de análisis principal y posteriormente la secundaria y terciaria. Para obtener la información necesaria del instrumento primero se realizo una tabla de frecuencias de los ítems y de manera matemática se saco el porcentaje de cada ítem. Por lo que una vez obtenido el porcentaje se procedió a realizar las graficas para analizar lo que para los encuestados es su conocimiento mas reciente acerca del tema cuestionado. Se presentaran las graficas de los ítems y sus resultados a continuación.

4.1.-Escala de Likert aplicada a enfermeras del HNSS.

1.-El servicio de Ucin recibe solamente a recién nacidos preterminos con complicaciones fisiológicas. Las opciones de respuesta fueron las mismas en todos los ítems.

Las personas entrevistadas, contestaron: a) Siempre...60% b) Casi siempre...40% c) En ocasiones...0% d) Casi nunca...0% e) Nunca...0%.

Se observa que el personal de enfermería no identifica a los recién nacidos con complicaciones anatómicas siendo que si se presentan en el servicio de ucin aunque rara vez.

2.-La atención que le brinda al recién nacido pretérmino a su ingreso, la realiza de manera rutinaria cuando se sabe de que diagnostico es el recién nacido.

A lo cual respondieron: a) Siempre 40% c) En ocasiones 33% b) Casi siempre 27% d) Casi nunca 0% e) Nunca 0%

La mayoría del personal de enfermería afirma que la atención al recién nacido pretérmino la hace rutinaria, por lo que se necesita que no solo lo hagan con técnica sino con conocimientos científicos.

3.-La ictericia se presenta con mayor frecuencia en el servicio de Ucin. El porcentaje obtenido fue de: b) Casi siempre 67% a) Siempre 20% c) En ocasiones 13% d) Casi nunca 0% e) Nunca0%

El personal de enfermería afirma en su mayoría que la ictericia casi siempre se presenta en el servicio de ucin, ya que toman en cuenta mayor índice en otras patologías.

4.-Se presenta más síndrome de dificultad respiratoria en macrosómicos que en recién nacidos preterminos.

Se obtuvieron los siguientes porcentajes.

b) Casi siempre 40 % c) En ocasiones 20% a) Siempre 13.33% d) Casi nunca 13.33% e) 13.33%

Las respuestas fueron variadas pero la mayoría contestó casi siempre, siendo que rara vez se presenta en macrosómicos; pero para enfermería según su práctica diaria confirma en un 40% la posibilidad de presentarse.

5.-El síndrome de dificultad respiratoria tiene alto índice de mortalidad en los recién nacidos preterminos ya que se presenta con frecuencia. A lo cual las enfermeras respondieron:

a) Siempre 60% b) Casi siempre 33% c) En ocasiones 7% d) Casi nunca 0% e) Nunca 0%

Durante la práctica clínica el personal de enfermería considera en un 60% la probabilidad de presentarse una mortalidad en los recién nacidos preterminos.

6.-Al síndrome de dificultad respiratoria también se le denomina enfermedad de membrana hialina, síndrome de insuficiencia ideopática, enfermedad de microatelectasis pulmonares o SDR tipo I.

A las opciones de respuesta contestaron:

b) Casi siempre 33.33% d) Casi nunca 33.33% a) Siempre 20% e) Nunca 13.33% c) En ocasiones 0 %

El nombre de SDR también lo conocen con otro nombre, por lo se ve que no se pueden confundir si lo mencionan con otro nombre y sabrán a que se están refiriendo, aunque en un 13.33% no tiene idea o asegura estar equivocada la información.

7.-La deficiencia del surfactante es la principal causa del SDR. Las respuestas que se obtuvieron fueron de:

a) Siempre 67% c) En ocasiones 20% d) Casi nunca 20% b) Casi siempre 0% e) Nunca 0%

Un 67% opina que siempre el SDR se presenta por deficiencia del surfactante; pero siendo que también se puede presentar por una complicación de alguna otra patología.

8.-El neonato pretérmino con SDR con frecuencia nace asfixiado, su reanimación es difícil y requiere de presiones con el ambu Relativamente altas para abrir los alvéolos. El porcentaje de respuestas fue de:

b) Casi siempre 60% a) Siempre 27% c) En ocasiones 13% d) Casi nunca 0% e) Nunca 0%

El 60 % de enfermería opina que las complicaciones son similares en todos los preterminos y puede traer complicaciones como la asfixia.

9.-La enfermedad de membrana hialina se presenta con mayor frecuencia que la ictericia. A lo cual respondieron: a) Siempre 87% b) Casi siempre 13% c) En ocasiones 0% d) Casi nunca 0% e) Nunca 0%

En el servicio de Ucin Enfermería opina en un 87 % que siempre la enfermedad de membrana hialina se presenta que con frecuencia, lo que hace requerir de mas información acerca de la patología.

10.-La enfermedad de membrana hialina se presenta con frecuencia en recién nacidos menores de 36 semanas de gestación. El porcentaje obtenido de las respuestas fue de: a) Siempre 67% b) Casi siempre 33% c) En ocasiones 0% d) Casi nunca 0% e) Nunca 0%

El personal de enfermería confirma en un 67% que la enfermedad de membrana hialina se presenta siempre en el servicio de ucin en menores de 36 semanas de gestación.

11.-La EMH es significativamente mas frecuente en la diabetes gestacional y en las madres diabéticas insulino dependientes sin enfermedad vascular. A lo cual respondieron: a) Siempre 33% b) Casi siempre 33% d) Casi nunca 20 % c) En ocasiones 13% e) Nunca 0%

En un 33% opinan en que la etiología de la EMH se presenta con frecuencia en la diabetes gestacional, el resto coincide en lo mismo y opina diferente lo que nos da conocer que a enfermería le hace falta información acerca de dicha patología.

12.-El recién nacido con EMH habitualmente presenta cianosis al respirar aire ambiental y su aspecto es edematoso, la mayoría tiene respiración rápida o laboriosa inmediatamente después del parto. Las personas encuestadas respondieron:

b) Casi siempre 53% a) Siempre 27% c) En ocasiones 20% d) Casi Nunca 0% e) Nunca 0%

El personal de enfermería opina en un 53% que los signos y síntomas antes mencionados casi siempre se presentan en los recién nacidos preterminos.

4.2.-Cuestionario aplicado a médicos especialistas y residentes el HNSS.

En la unidad de análisis secundaria se realizo con 10 ítems a 10 médicos con respuestas de falso y verdadero y se valoro de 10 muy bueno y de 7 suficiente, para obtener la información que es necesaria para darle veracidad a la

investigación. Donde el 90% contesto afirmativamente por lo que se valoro muy bueno. El 10% contesto negativamente lo que para el instrumento lo califico suficiente.

El instrumento aplicado cumplió con el objetivo de obtener información sobre las patologías mas frecuentes en el servicio de ucín.

4.3 Cuestionario aplicado a madres de los recién nacidos en el servicio de obstetricia general en el HNSS. Para la unidad de análisis terciaria se aplico un cuestionario a 10 enfermeras el cual se valoro de 10-8 muy bien, 7-5 suficiente. Las respuestas ya estaban determinadas y el porcentaje obtenido fue de: 1.- 60 % padeció de diabetes mellitus. 2.-80% presento ruptura prematura de membranas 3.60% tuvo buena alimentación en cantidad y calidad. 4.-60% tuvo anteriormente un bebe pretérmino Con esta información se logra el objetivo de conocer las causas o etiologías del recién nacido pretérmino.

CAPÍTULO V

5.0 CONCLUSIONES.

En la investigación realizada en el HNSS se logro alcanzar los objetivos descritos anteriormente ya que se tuvo acceso al servicio de Ucin y se pudo detectar las principales complicaciones que presenta el recién nacido pretérmino como objetivo general pero dentro de los particulares también se logro llegar al objetivo ya que conocieron los principales factores de riesgo para un nacimiento pretérmino y eso fue gracias a las teorías consultadas y al instrumento aplicado a la tercera unidad de análisis que fueron las madres de los recién nacidos. Durante la realización de la investigación se formulo una pregunta de investigación la cual marco la pauta para el desarrollo de la investigación así mismo sirvió para guiarla, dando como resultado la respuesta deseada donde se encontró como principales complicaciones fisiológicas al SDR y La Enfermedad de Membrana Hialina asi mismo se menciona a La Ictericia pero siendo las 2 primeras que se presentan con mayor frecuencia.

Dentro de la realización de la investigación se formulo una hipótesis la cual indicaba lo que se estaba tratando de buscar o comprobar, llevo a la conclusión de que la hipótesis realizada resulto verdadera o afirmativa ya que se observo que el recién nacido pretérmino presenta con más frecuencia complicaciones fisiológicas de adaptación como las que se encontraron como principales que son el SDR y La Enfermedad de Membrana Hialina ya que estas patologías se presenta conumente en el servicio de Ucin ya para comprobarla se utilizaron teorías donde se afirma que son de las principales patologías que presenta el recién nacido pretérmino por lo tanto hace que la hipótesis resulte verdadera y por lo tanto comprobada así mismo la investigación resulta con mas validez. Además para comprobar lo que se estaba buscando se recurrió a la metodología donde se desarrollaron instrumentos para las diferentes unidades de análisis de las cuales se obtuvo una recolección de datos que ayudo de manera estadística al objetivo principal de la investigación, los cuales se realizaron de dos enfoques uno el enfoque cuantitativo y otro el enfoque cualitativo, ambos enfoques sirvieron para ver de diferentes puntos de vista la investigación así mismo darle mayor validez a la investigación.

El instrumento de la unidad principal fue de escala tipo Likert que sirvió para llegar a la conclusión de las principales complicaciones fisiológicas del recién nacido pretérmino además de corroborar que al personal de enfermería le hace falta mas conocimiento teórico acerca de las patologías anteriormente mencionadas y que necesitan de una capacitación o bien de una enfermera especialista que le brinde atención al recién nacido pretérmino. También el instrumento utilizado en la unidad de análisis terciaria sirvió para detectar las causas de un nacimiento pretérmino, por lo que el cuestionario cerrado aplicado fue de gran utilidad y llevo aun número estadístico. Para interpretar los datos se recurrió a las graficas donde de manera visual una vez mas se comprueba lo que había venido comentando en toda la investigación.

Por ultimo se observo que para la realización de la metodología se complico un poco ya que las bases anteriormente enseñadas fueron deficientes por lo que se tuvo que volver a recurrir a los fundamentos metodológicos. Así como también la Aplicación de los instrumentos se observo que el personal de enfermería le hace falta un poco de cultura en la lectura ya que no querían leer el instrumento o pedían tiempo para contestarlo siendo que las preguntas elegidas fueron sencillas y deacurdo a su nivel de conocimientos.

La investigación realizada tuvo complicaciones de tiempo, literatura consultada; pero se llevo a la meta final.

5.1 SUGERENCIAS.

Una vez detectadas las principales complicaciones fisiológicas se sugiere que la jefa de enfermeras de a su personal unas conferencias actualizadas acerca de todo lo que se refiere al servicio de Ucin o bien pedir que al momento de contratar a enfermeras se les haga un examen diagnostico as mismo pedir que sean enfermeras pediátricas o de terapia intensiva neonatal y que se les explique porque lo requieren así. Además de que las estudiantes de enfermería tendrán buenos fundamentos acerca de las complicaciones fisiológicas del recién nacido pretérmino ya que serán enseñadas por una especialista en la atención a estos niños.

Por otro lado se sugiere que los ginecólogos den una orientación adecuada las madres de porque es conveniente llevar un buen control prenatal además de poder prevenir alguna patología de estas como seria la Enfermedad de Membrana Hialina aplicando a la madre maduradores pulmonares, recordando que se puede prevenir antes de que sea demasiado tarde, ya que un buen trabajo por el personal de salud es la prevención.

ANEXOS

APENDICE I

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

INCOORPORADA A LA UNAM

1. EL OBJETIVO DE LA PRESENTE ESCALA ES EVALUAR EL GRADO DE ESTRÉS AL QUE ESTAN SOMETIDAS LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA.

2. DE LA FORMA MAS ATENTA TE PIDO POR FAVOR CONTESTES COLOCANDO UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA QUE MAS COINCIDA CON TU EXPERINCIA PERSONAL.

En absoluto Un poco Algo Mucho Extremadamente

Me preocupo por muchas cosas.

Tengo sudoración excesiva s/ actividad fisica.

Me siento cansada fácilmente.

Frecuente mente sufro de estreñimiento.

Me enfado o irrito fácilmente.

Sufro alteraciones en la menstruación.

Mi sueño no es satisfactorio.

Tengo mala memoria

Me dan ganas de llorar fácilmente.

Tengo dificultad para concentrarme.

He perdido el interes por mi aspecto personal.

Tengo distencion abdominal

(J. Bobes,2005)

APÉNDICE II

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. INCOORPORADA A LA UNAM

OBEJTIVO: EVALUAR LA OPINION DE LAS ENFERMERAS EGRESADAS RESPECTO A SU EXPERIENCIA ANTERIOR COMO ESTUDIANTES DE LA

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

INSTRUCCIONES: DE LA MANERA MAS ATENTA LE PIDO POR FAVOR SUBRAYE DE ACUERDO A LA RESPUESTA QUE MAS COINCIDA CON SU CRITERIO PERSONAL.

1.- Durante los años de estudiante en la E.E.H.N.S.S. usted cree que vivió en una situación de estrés la mayor parte del tiempo?

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) siempre

2.- Actualmente usted sigue viviendo la misma situación que anteriormente?

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) siempre

3.- Actualmente observa usted en las estudiantes agotamiento o cansancio fácil en el transcurso del desempeño de su practica clínica?

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) siempre

4.- Cree usted que es necesario algún tipo de motivación para las estudiantes para lograr así un mejor rendimiento durante el desempeño de su practica clínica y escolar ?

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) siempre

5.- Observa usted que resulte perjudicial el trato que se brinda a los pacientes ante una actitud estresante por parte de las estudiantes?

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) siempre

Alumna: Herenia Marquez Araiza 4 "B"

APÉNDICE III

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. INCOORPORADA A LA UNAM.

OBJETIVO: EVALUAR EL NIVEL DE ESTRÉS DELAS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA MEDIANTE LAOPINION DE UNA PERSONA QUE MANTIENE CONTACTO DIRECTO DE MANERA REGULAR CON ELLAS.

INSTRUCCIONES: DE LA MANERA MAS ATENTA LE PIDO POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SUBRAYANDO LA RESPUESTA QUE MAS COINCIDA CON SU CRITERIO PERSONAL.

1.- Normalmente se muestran nerviosas al momento de realizar sus actividades?
a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre.

2.- Padecen perdida de energía o agotamiento fácil en el desempeño de su practica clínica?
a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre.

3.- Tiene dificultad para concentrarse y atender alguna indicación?
a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre.

4.- En alguna ocasión ha resultado perjudicado el trato a los pacientes por actitudes estresantes por parte de las estudiantes?
a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre.

5.- Usted como Medico tratante de algunas de ellas ha observado alguna actitud hipocondríaca
a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre.

Alumna: Herenia Márquez Araiza

BIBLIOGRAFIAS

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA.

PRIMER CAPITULO

1.- FONATANA, David. (1996). Control de estrés. Editorial; manual moderno; 4ta. Edición. México. p.p. 138.

2.-<http://www.scielo.cl/scielo.php?>

3.- www.um.edu.mx/docs/comunicando

4.- http://sisib.unmsm.edu.pe/Brevistas/anales/vol63_N4/

SEGUNDO CAPÌTULO

1.- AUSBEL, P. (2001). Psicología Educativa. Editorial; trillas.7 ma. Reimpresión. México, p.p. 623.

2.- DE LA FUENTE, Ramón. (2000). Psicología medica. Editorial; biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoanálisis. Nueva versión, México. p.p. 425

3.- FONTANA, David. (1996). Control de estrés. Editorial; manual moderno; 4ta. Edición, México. p.p. 138.

4.-VIDALES, Ismael. (1990) Psicología general . editorial; limusa; decima primera reimpression, Mexico. p.p. 264

TERCER CAPITULO

1.- HERNANDEZ, S. Roberto. (2003). Metodología de la investigación. Editorial mc graw hill, 3ra edición. México D.f. p,p. 705.

2.- ROJAS S. Raúl. (1995). Guía para realizar investigaciones sociales. Editorial; Plaza y Valdés; 17 edición. México, p.p. 302

QUINTO CAPITULO Bobes, J. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. Editorial; Ars Medica; 1ra edicion. Mexico, p.p. 224.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1.-A.C. Guyton. (1987). Fisiología humana. Editorial; Mc Graw – Hill interamericana, 7ma. Edición, México p.p. 325.

2.-AUSBEL, P. (2001). Psicología Educativa. Editorial; trillas.7 ma. Reimpresión. México, p.p. 623.

3.- BOBES, J. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. Editorial; Ars Médica, edicion, Barcelona, España.

4.- DE LA FUENTE, Ramón. (2000). Psicología medica. Editorial; biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoanálisis. Nueva versión, México. p.p. 425.

5.- DELAY, J. (1999). Manual de psicología. Editorial; Masson; 3ra edicion , p.p. 250.

6.- FONTANA, David. (1996). Control de estrés. Editorial; manual moderno; 4ta. Edición, Mexico. p.p. 138.

7.- HERNANDEZ, S. Roberto. (2003). Metodología de la investigación. Editorial mc graw hill, 3ra edicion. Mexico df. p,p. 705.

8.- MORRIS, Charles G. (1992). Psicología un nuevo enfoque. Editorial; Prentice Hall. Tercera edición, México.

9.- OTTO, Klinberg. (1973). Psicología social. Editorial fondo de cultura económica. 3ra. Reimpresión, México p.p. 264.

10.- ROJAS S. Raúl. (1995). Guía para realizar investigaciones sociales. Editorial; Plaza y Valdés; 17 ediciones. México, p.p. 302.

11.-VIDALES, Ismael. (1990) Psicología general. Editorial; limusa; décima primera reimpresión, México. p.p. 264

12.-<http://www.scielo.cl/scielo.php?>

13. - www.um.edu.mx/docs/comunicando

14.- http://sisib.unmsm.edu.pe/Brevistas/anales/vol63_N4/