

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



***“EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL
CUIDADO INMEDIATO AL MICROPREMATURO
– 2010.”***

**AUTOR: Lic. ELIZABETH SOLEDAD GUERRERO
QUIROZ**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2011**

**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL
CUIDADO INMEDIATO AL MICROPREMATURO -
2010**

POR:

Lic. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado de:
MAGISTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete
Presidente de Jurado

Mgtr. Mayla Barreto Quiroz.
Secretaria de Jurado

Dra Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2011

DEDICATORIA

*A, Mi Esposo Juan, por su amor, apoyo y comprensión para
realizar esta Investigación*

*A Juan Diego y Juan José, mis hijos, quienes comprendieron y
compartieron los días de estudio y de Investigación*

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por darme vida y salud para poder concluir mis estudios de Maestría

Mi mas profundo agradecimiento a la Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, asesora y amiga por cuyo invaluable apoyo, direcciòn e interès que hicieron posible la realizaciòn de esta investigaciòn.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
1.1. Antecedentes	13
1.2. Bases teórico-conceptuales	14
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	31
2.1. Tipo de investigación	32
2.2. Abordaje metodológico	33
2.3. Sujetos de la investigación	33
2.4. Escenario	34
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	35
2.6. Procedimiento	36
2.7. Análisis de los datos	37
2.8. Criterios éticos	39
2.9. Criterios de rigor científico	41
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	43
CONSIDERACIONES FINALES	65
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	74

RESUMEN

El presente estudio cualitativo -descriptivo tuvo como objetivo describir y analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro-prematuro en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo- Chiclayo. La base teórica estuvo fundamentada en Watson (1991) para cuidado, Vásquez para la experiencias, Rider (1987) para Fisiopatología y Manejo del recién nacido; Boecio y Melendo (2004) para la personificación del nuevo ser. Los sujetos de investigación lo conformaron 7 enfermeras, determinadas por la técnica de saturación, que laboran en el servicio de Neonatología a quienes se les realizó una entrevista semi-estructurada a profundidad. El procedimiento de la información obtenida se logró a través del análisis temático, durante el desarrollo de la investigación se cumplieron los principios éticos de E. Sgreccia (2009) y de rigor científico según Lincon y Guba (1994), surgiendo tres grandes categorías: El cuidado enfermero frente a la vulnerabilidad del micro prematuro; asumiendo responsabilidad hasta la muerte , conciencia y esperanza llegando a la consideración final que las enfermeras del servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. cuando brindan cuidado inmediato al micro prematuro aprecian su fragilidad, en primer lugar por ser considerado por la parte médica como un aborto, y que no se puede hacer nada por él, sin embargo la enfermera al verlo respirar se siente comprometida a proporcionarle lo mínimo que requiere una persona humana para vivir y el micro prematuro lo es, por tanto tiene derechos que la ley le confiere.

Palabras Claves: Experiencias de Enfermería, Cuidado inmediato y Micro prematuro.

ABSTRACT

This descriptive qualitative study aimed to describe and analyze the experiences of nurses in the immediate care to premature micro Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo. The theoretical basis was based on Watson (1991) for care, Vasquez for the experience, Rider (1987) for pathophysiology and Management of the newborn; Boethius and Melendo (2004) for the personification of the new being. A research subject was made up of 7 nurses, determined by the saturation technique, working in the Neonatology services that have made an in-depth semi structured interview. The procedure of the information obtained was achieved through thematic analysis, in the course of the investigation met the ethical principles of E. Sgreccia (2009) and scientific rigor as Lincoln and Guba (1994), when three major categories: nursing care address the vulnerability of micro premature, facing liability to death and conscience and hope reaching the final consideration that nurses HAAA Neonatology service when providing immediate care to premature micro appreciate its fragility, first being considered by the medical and abortion, and you cannot do anything for him, but the nurse to see him breathing feels committed to providing the minimum requires a human to live and it is premature micro therefore has rights that the law confers.

Keywords: Experiences of Nursing, Care immediate and Micro premature.

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional 13 millones de niños nacen cada año sin los requerimientos de peso. En los Estados Unidos, uno de cada 14 infantes registran un peso bajo durante el nacimiento, originando el 60% de las pérdidas en este grupo de edad. Las tasas de sobrevivencia en niños nacidos a las 23 semanas en Norteamérica oscilan de 16 a 66%, la mayoría de los reportes la sitúan en alrededor del 30% ¹, y de los sobrevivientes cerca de la mitad tendrán secuelas o discapacidad moderada a severa². No obstante, las regiones de Asia y África acaparan las estadísticas, de ellos más de un millón fallecen en los primeros días y casi uno de cada diez bebés que nacen de forma prematura, constituye un verdadero problema de salud, dicha causa provoca el 28 % del total de decesos en recién nacidos³.

En Sudamérica, se realizó un estudio colaborativo (Argentina, Chile, Perú y Uruguay), donde analizaron los resultados de 385 neonatos de muy bajo peso y; encontraron una sobrevivencia de 73%, siendo los rangos de las 11 instituciones participantes entre 50% y 89% de sobrevivencia. Los nacidos de 501 a 600grs, sobreviven el 16%, los nacidos de 601 a 700grs. el 33% y entre 701 a 800g el 50%.⁴ En relación con la edad gestacional no hubo sobrevivientes entre las 22 y 23 semanas de gestación, 20% a las 24 semanas y 50% entre 25 y 26 semanas ⁵. En nuestro país, Perú específicamente en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima; nacen anualmente 1,500 bebés prematuros de los cuales alrededor de 350 tienen un peso menor a un kilo. Sin embargo los bebés con menos de 500grs. No están registrados, porque no hay sobreviviente alguno, ya que el límite de viabilidad para nosotros, en hospitales de tercer nivel, es de 27 semanas de edad gestacional u 800 grs. de peso al nacimiento, mientras que en hospitales de segundo nivel el límite aumenta a 30 semanas y 1000 g de peso ⁵.

En ese sentido el concepto de “viabilidad” que parece ser obvio y lógico no está bien definido, y está sujeto a factores de tipo maternos, obstétricos, perinatales, equipo neonatal, recursos y organización hospitalaria, entre otros; provocándose con ello un cúmulo de dilemas éticos. Precisamente este confuso límite o frontera de la viabilidad más conocida como “zona gris gestacional” lo sitúan actualmente los expertos entre las 23 y 25 semanas de gestación ⁶

En 1991, el límite legal de viabilidad de Japón pasó de 24 a 22 semanas completas de gestación. En 2001, el Hospital Universitario de Leyden (Holanda) decidió poner fin a la práctica de reanimar a toda costa a los recién nacidos que no hubiesen cumplido 25 semanas de gestación. Pero algunos expertos menos terminantes propusieron que el límite no sea tan estricto, que tenga un cierto margen de flexibilidad, para darles así la oportunidad a los pocos que, extremadamente prematuros, presenten mejores perspectivas clínicas. Así, el límite de la viabilidad en Alemania es de 22 ó 23 semanas; en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña es de 23 ó 24, y en Suiza es de 24 ó 25 semanas.⁷

Según estos límites en Holanda, el bebé que nazca con 23 semanas cumplidas de gestación recibirá sólo atenciones paliativas, mientras que en Alemania recibirá todas las atenciones, y recursos casi infinitos. La cuestión no es aquí de infraestructura sanitaria ni tampoco una cuestión de recursos humanos, sino que es cuestión de criterios. En cifras aproximadas y para países desarrollados: apenas sobrevive el 5% de los prematuros de 22 semanas, y al menos la mitad lo hace con secuelas graves; sobrevive el 20 por ciento de 23 semanas, el 40 por ciento de 24 semanas, y más del 60 por ciento de 25 semanas³. Al respecto en el Perú no se ha encontrado datos estadísticos de sobre vivencia porque estos recién nacidos micro prematuros son considerados como abortos.

Sin embargo, la ciencia y la tecnología han hecho progresos extraordinarios para mejorar las perspectivas de vida de los bebés prematuros, y el resultado de estos progresos es que cada vez hay más bebés prematuros y extremadamente prematuros que consiguen sobrevivir, y que la mayoría vive sin secuelas importantes. Entonces para enfrentar este reto de supervivencia y adaptación de un micro prematuro, no sólo es indispensable un servicio de neonatología con tecnología de punta sino contar con un equipo multidisciplinario de profesionales altamente competentes científico-tecnológico, que actúen éticamente frente a los problemas que se presenten en el cuidado inmediato del micro prematuro⁸. Estos factores son indispensables para optimizar los resultados en supervivencia y calidad de ella, pero deben ser entregados con un criterio estrictamente humanitario y es aquí cuando no todos estamos de acuerdo en qué hacer y cómo hacerlo.⁹

Específicamente el servicio de neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, que está altamente equipado, cuenta con un staff de enfermeras que cuidan al neonato de alta complejidad, se enfrentan con el reto de cuidar la vida del prematuro extremo, muchas o todas ellas bajo diferentes concepciones, asumen una serie de experiencias que si bien es cierto no son de igual magnitud pero que repercuten en su vida personal y profesional. Anualmente se reciben alrededor de 3,200 neonatos de los cuales 1,200 son prematuros cuyos pesos oscilan entre 550 grs. Y 2,500 grs. y se registran a partir de 500 grs. aún no existe un registro de un micro-prematuro, ya que estos se registran como abortos.

Al respecto la investigadora evidencia que en muchas oportunidades las enfermeras demuestran actitudes maternas, sensibilidad, amor y muchos sentimientos que hacen del cuidado neonatal un arte, y una especialidad capaz de darnos la oportunidad de brindar la atención al recién

nacido normal, al prematuro, padres y familia con calidad y calidez. Sin embargo cuando brindan los cuidados inmediatos al recién nacido micro prematuro, surgen conflictos afectivos y es aquí cuando la enfermera, al querer proporcionar los cuidados inmediatos se enfrenta con la decisión médica de no hacerle nada porque no es viable. De manera que si es trasladado a la unidad de UCI Neonatal será el neonatólogo quien firme y tenga que hacer el certificado de defunción, sabiendo que la persona que se haría cargo de todo es el obstetra, además el deceso del recién nacido incrementará el porcentaje de mortalidad de dicho servicio.

Mientras que la enfermera afronta la difícil decisión de iniciar, continuar o suspender el sostén vital de los que nacen extremadamente prematuros. El hecho de iniciar una reanimación cuenta con un adecuado soporte moral; pero muy distinta es la decisión de suspender el cuidado intensivo, que suele llevar días o semanas ya que implica dificultades que van desde lo emocional a lo normativo. Además la experiencia plantea que, tras la aplicación de cuidados prolongados, un importante grupo de prematuros presentará secuelas neurológicas¹⁰, dada a su inmadurez por lo que no se le puede dar más que cuidados paliativos y muchas de las veces en contra de la voluntad de no aplicar cuidados de enfermería, ya que el médico toma la decisión de la inviabilidad del recién nacido.

En algunas oportunidades el neonato ha sido abandonado dentro de una bolsa plástica para enviarlo a Anatomía patológica y en otras han sido trasladados a una incubadora para darle el calor y el oxígeno que necesita pero luego de ocurrido el deceso se regresa al bebé al centro obstétrico para los trámites correspondientes, no sin antes administrar el sacramento del bautismo. Se comunica a la madre del hecho, se le da el apoyo emocional en algunos casos, y en otros existe indiferencia de la misma.

Algunas enfermeras del servicio de neonatología refieren: “...ante el nacimiento de un micro prematuro me siento impotente de poder hacer algo por él, lo veo tan frágil, tan pequeño y transparente que quisiera acurrucarlo en mi pecho, pero valorando la situación le proporciono el calor necesario y el oxígeno que requiere para luego esperar la decisión de nuestro creador. El tiempo de vida de un micro prematuro en nuestro medio es corto, no hay posibilidad de supervivencia...”

Al analizar esta problemática, es necesario lograr una participación activa del profesional de enfermería sensibilizándola en el trato digno y el cuidado integral al recién nacido prematuro de menos de 500 grs. para tomar decisiones propias, involucrando a los padres y actuando de la mejor manera posible en beneficio del mismo, lo cual servirá para evitar posteriores complicaciones, ante esta problemática se propuso la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro prematuro?, para ello se tuvo como objetivos: Describir y analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro prematuro. El objeto de investigación fue: Las experiencias de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro prematuro.

La presente investigación se justifica porque se trata de un tema esencial del cuidado al recién nacido extremadamente pequeño, es una investigación que de acuerdo a la búsqueda de antecedentes, no existen trabajos de investigación que aborden esta realidad, y porque al realizarla, posteriormente pueda ser considerada como una fuente de consulta, de otras investigaciones a realizar.

Igualmente el estudio generará nuevos retos de aprendizaje⁶ a las enfermeras de pre y post grado, mejoras en las temáticas de Neonatología, currículo y la emergencia de una nueva línea de investigación que conduzca a la protección y seguridad del micro prematuro.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1.-ANTECEDENTES

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional se encontraron escasos trabajos de investigación cercana o en relación al objeto de estudio, por lo que tomo como referencial los siguientes estudios:

Rodríguez Daniela, Rodríguez Elviannys y Suarez Petra¹¹, en la investigación titulada: Actitud del personal de enfermería para proporcionar cuidados dignos al neonato menor de 1.500 grs. en la unidad de sala de partos en el hospital central universitario Dr. Antonio Ma. Pineda Barquisimeto Estado Lara 2011 investigación cuantitativa de campo, descriptivo cuyo objetivo fue determinar la actitud del personal de Enfermería para proporcionar cuidados dignos al neonato con un peso menor de 1500 grs. en la unidad de sala de partos del hospital central universitario del estado de Lara. Se llegó a la conclusión que los factores afectivos tienen importancia favorable y desfavorable en la actitud del cuidado al prematuro. Que el escenario de estudio no cuenta con los medios necesarios para la atención de

estos prematuros. Que las enfermeras consideran necesario saber la edad gestacional del prematuro para poder estar preparada y dar una atención de calidad al prematuro.

1.2.- BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES

La base teórica está fundamentada en la teórica Watson¹² para cuidado, Vasquez¹³, Polo¹⁴, Hildergard¹⁵ para experiencias, Rider¹⁶ para Fisiopatología y Manejo del recién nacido; Boeccio¹⁷ y Melendo¹⁸ para la personificación del nuevo ser.

La enfermera conoce y comprende las experiencias vividas junto con otros seres humanos en los eventos cumbres de su vida, tales como la creación, el nacimiento, los triunfos, las pérdidas, la soledad, la separación, inclusive, en el momento de la muerte puede comprender lo sagrado y particular de ese momento y permitir que todos los familiares y personas den gran afecto a la persona, entren en contacto con ella de manera enriquecedora y afectiva.¹⁹

Vasquez¹³ acota que la experiencia indica la referencia del conocimiento, a partir del cual tiene que elaborarse, adecuarse, responder, corresponder, y dar razón sobre un contenido del entendimiento humano como fuente de un tipo de certeza como objetividad, es decir la noción obtenida de la realidad que sistematiza para que pueda ser entendido y vertido al exterior.

Por su parte Kant²⁰ detalla que la experiencia aparece fundamentalmente como el producto de la actividad cognoscitiva en la que necesariamente interviene como el soporte todo el conjunto de condiciones

interpuestas por la subjetividad humana. Como inteligencia, voluntad y libertad, sentimientos, etc.

Mientras que Polo¹⁴ profundiza, al mencionar que el conocimiento práctico de los seres vivos pertenece a la experiencia ordinaria, incluso las personas reaccionan intencionalmente ante el comportamiento significativo de otras personas y con ellos comparten la capacidad sensorio-motora de captar lo viviente de su alrededor que afectan, atemorizan, atraen o interpelan, logrado por la activación de las neuronas espejo, las cuales constituyen la base neuronal de una captación empática de las manifestaciones vitales ajenas del comportamiento de las demás, al que se accede en este nivel. Co-viviendo una experiencia semejante en el cuerpo vivido, es decir se reconoce lo vivido en los demás, en aspectos específicos, en cuanto se experimenta en la propia vida como preparada para pasar a lo sucedido. Estos dos extremos se refuerzan mutuamente en el aprendizaje y la maduración de la experiencia vital: conforme se conoce mejor a los demás, se conoce mejor uno mismo y viceversa.

Y se experimenta además en la propia vida cuando Karol Wojtyła,²¹ explica que la experiencia es lo que nos permite ver de un modo más inmediato, es esa la riqueza del espíritu humano, es la interioridad de la persona, la subjetividad del hombre; aquella que nos permite entrar en contacto directo con su espiritualidad y que está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior, pero al mismo tiempo se puede tener la experiencia de sí mismo. Cuando se habla de experiencias se refiere, fundamentalmente al hecho de que el hombre tiene que enfrentarse consigo mismo es decir entrar en relación cognoscitivo con su propio yo. Considera su lugar de trabajo como un seminario y la experiencia como un doctorado.

Y cuando el hombre se enfrenta consigo mismo está viviendo, está experimentando los sucesos de la vida, al respecto, Hildegard,¹⁵ manifiesta que toda experiencia es aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien.

Asumiendo las aportaciones de los autores; la investigadora conceptualiza la experiencia como aquellos actos resolutivos que surgen en el actuar cotidiano de la enfermera de Neonatología, sucedidos en un tiempo determinado producto del conocimiento adquirido y haciendo uso de su libertad que son conservados en su interioridad, para luego ser vertidos al exterior cuando está frente a situaciones similares vividas y resueltas, al entrar en contacto con los micro prematuros, que de acuerdo a las ocurrencias de acompañamiento que tiene, éste se torna consciente y presente.²²

Esa percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos en que ha participado, es decir tiene presencia, en relación a la afirmación, Patterson²³ explica que la experiencia de estar presente se torna significativa cuando conscientemente se hace presencia para acompañar a un ser querido, a un amigo. Se puede estar allí, en silencio, tocándolo y totalmente convencida de que la mejor acción o intervención, es la presencia; con total entrega, sin límite de tiempo y a entera disponibilidad. Vivirlo estando consciente, es un momento totalmente transpersonal como la conciencia del cuidar- sanar de la enfermera que lo trasmite al ser cuidado.

Watson¹² acota sobre el cuidado holístico; ya que este cuidado promueve el humanismo, que implica proteger, promover y preservar la humanidad, ayudando a las personas a encontrar significado a la enfermedad, el sufrimiento y el dolor, así como a su existencia, donde se requiere fundamentalmente el amor, sin el cual la supervivencia de los seres, dada por los cuidados no podría ser una realidad.

El cuidado es un fenómeno social universal, por ello es inherente a todas las personas cualquiera sea su ciclo vital, solo cuando la persona no está en capacidad de auto cuidarse, este, lo debe realizar otra persona. En caso de los recién nacido el cuidado lo realiza la madre o un cuidador respectivamente. Cuidar implica conocer a cada persona, interesarse por él. Lo cual involucra, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil por cierto porque la tendencia siempre conduce al individualismo.

Interesarse supone ingresar dentro del ser, dentro de la persona, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

El interés, Watson,¹² lo delinea en las ciencias del cuidado, señalando siete supuestos básicos para la ciencia del cuidado en la enfermería: 1) El cuidado se puede demostrar y practicar con efectividad de forma Interpersonal; 2) El cuidado consiste en factores caritativos que resultan en la satisfacción de las necesidades humanas, 3) El cuidado promueve la salud y el crecimiento individual o familiar; 4) Las respuestas del cuidado aceptan a la persona no solamente como son, sino como lo que pueden llegar a ser, 5) Un medio ambiente de cuidado es el que ofrece el desarrollo del potencial mientras permite a la persona seleccionar la mejor acción para sí misma, en un momento dado; 6) El cuidado es saludgénico. La práctica del cuidado integra el saber biofísico, con el de la conducta humana para generar o promover salud y proveer servicios a los enfermos y 7) La práctica del cuidado es central para la enfermería.

Estos supuestos exigen entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, se irá descubriendo, poco a poco al ser cuidado, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo. “Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería,”² por todas estas razones este trabajo de investigación es relevante para la profesión ya que el valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

Parafraseando a Watson¹² se puede afirmar que el cuidado es el recinto o conciencia que guía el trabajo y la razón de ser, a través de la conciencia del cuidar- sanar existe de un lado y del otro, trasciende al tiempo y al espacio, y puede ser dominante sobre la enfermedad física. Dentro del contexto holográfico para el cuidado y curación transpersonal, está reconocido que el proceso es relacional y conectado; que trasciende al yo, al tiempo, al espacio y al dominio físico; y es intersubjetivo con posibilidades trascendentes, que van más allá de la ocasión dada del cuidado.

El paradigma del cuidado está basado en la transformación del yo. Después de esta transformación del yo, la enfermera puede estar más consciente del cuidado, además puede percibir con mayor sensibilidad cualquier descuido para tratar de minimizarlo. La autora sostiene que el contexto del cuidado holístico es humanitario y metafísico que llama por un retorno a la reverencia y un sentido de sacralidad con observación hacia la vida y las experiencias humanas, especialmente, aquellas relativas al cuidado y al trabajo con otros, durante sus momentos más vulnerables por el viaje de la vida.

Esta reflexión sobre el retorno a la reverencia y al sentido de sacralidad, de manera consciente genera satisfacción por el significado que se le otorga al cuidado cuando antes se veía como algo rutinario o una obligación a realizar. Ahora abrigar a un micro prematuro o colocarlo en una incubadora tiene el agregado sagrado de permitir abordar o llegar a proteger su vulnerabilidad y entablar con ellos ese contacto que enriquece el alma al poder conocerlos y ayudarles a sobrellevar su situación crítica.

Al referirse al prematuro Rider, ¹⁶, demarca al recién nacido de 37 semanas de gestación que dependiendo de la edad en que nazca tendrá diferente apariencia física, un mayor o menor riesgo de desarrollar complicaciones y diferentes posibilidades de sobrevivir, y los cuidados que deben proporcionársele también cambian. De acuerdo a ello, los bebés prematuros se han clasificado en los siguientes grupos:

-Bebés prematuros: ²⁴ En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 36 y 37 de edad gestacional (de tres a cinco semanas antes de la fecha probable de parto). Y pesan entre 1.700 y 3.400 gramos y miden entre 43.2 y 45.7 centímetros. La tasa de sobre vivencia para estos bebés es de 98 a 100%.

-Bebés moderadamente prematuros: En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 34 y 35 de edad gestacional (de 2,500 -2,700 gramos y miden entre 43.2 y 45.7 centímetros. La tasa de sobre vivencia para estos bebés es de 98 a 100%.

-Bebés muy prematuros: En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 30 a 34 (seis a diez semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 1.000 y 2.500 gramos y miden

entre 35.6 y 46 centímetros. La tasa de sobre vivencia para estos bebés es de 98%.

-Bebés prematuros extremos; En este grupo se encuentran los bebés nacidos entre la semana 26 y 29 (11 a 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 750 y 1.600 gramos y miden entre 30.5 y 43.2 centímetros. Para estos bebés la tasa de sobre vivencia es variable: aquéllos nacidos en la semana 26 y que pesan cerca de 1.000 gramos tienen de 90 a 95% de posibilidades. Cifras como éstas explican por qué se realizan esfuerzos intensivos por prolongar o detener un trabajo de parto prematuro, ya que cada hora que el bebé pueda pasar dentro del útero materno aumenta sus posibilidades de vivir.²⁴

-Bebés micro- prematuros: En este grupo se encuentran los bebés que nacen antes de la semana 26 de gestación (más de 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan menos de 500 gramos y miden menos de 20 centímetros. Menos del 5% de los prematuros caen dentro de este grupo, y la sobre vivencia es variable. Para los que nacen antes de la semana 25 las posibilidades de vida son menores.

El porcentaje de supervivencia de los nacidos antes de las 24 semanas de gestación es conocido en el mundo y llega a un 10%. Entre las principales dificultades a las que se enfrentan estos pequeños se encuentran la inmadurez de sus pulmones, la dificultad para regular la temperatura corporal y la escasa capacidad para asimilar los alimentos del sistema digestivo, además de complicaciones severas como hemorragias intracraneales, anemia o infecciones. En el supuesto de salir adelante, lo más probable es que queden secuelas como complicaciones respiratorias, psicomotrices, retraso del habla y problemas de audición, entre otras.

Sin embargo, a veces es increíble la fuerza interna, como explicaremos más adelante, que tienen los micros prematuros cuando nacen, incluso aunque los profesionales de salud (médicos y enfermeras), los observen frágiles y pequeños, ellos realmente pelean por su vida. Así se tiene muchos casos en el mundo de micro prematuros que han sobrevivido gracias al apoyo de la tecnología de punta y a la excelencia de sus profesionales. A continuación algunas referencias sobre los mismos:

El caso de Frieda que nació el 7 de noviembre 2010 desafiando todas las estadísticas y con apenas 21 semanas y 5 días de gestación (con 28 centímetros y 460 gramos de peso), ella es el bebé con menos edad gestacional que ha logrado salir adelante sin ningún riesgo de secuelas, al menos por el momento.²⁵ Ver imagen 01

Amillia Sonja. Es un bebé que nació prematuramente, cuando contaba con tan sólo 22 semanas de gestación, ha salido adelante y ya le han proporcionado el alta. En el momento de su alumbramiento el pequeño contaba con 284 gramos de peso y una estatura de 24,13 centímetros. Se trata del bebé más pequeño del mundo que sobrevive con una gestación inferior a las 23 semanas.²⁶ Ver imagen 02

Así mismo, en la ciudad de Göttingen (Alemania) lograron sacar adelante a un bebé prematuro que sólo pesaba 300 gramos al nacer. La bebé se llama Kimberley y que fue dada de alta con un peso de 2.200 gramos. Los expertos del Hospital Göttingen estuvieron satisfechos por haberle sacado adelante, aunque no se presentó complicación grave alguna. La alimentación de la bebé fue realizado a través de una sonda y en ocasiones fue necesario administrarle oxígeno, pero por lo demás se desarrolló adecuadamente.²⁷ Ver imagen 03

El nacimiento de Gregory Craig, con solamente 24 semanas y pesando nada más que 1 libra y 14 onzas, lo que permitía que su padre pasara por su brazo

su anillo de bodas. Se le envolvió en un material impensado (papel lleno de burbujas que uno suele explotar cuando está aburrido y que sirven para cuidar las cosas frágiles del hogar). Era la primera vez en ese hospital de Escocia que se utilizaba este tipo de envoltorio con un bebé para mantenerlo abrigado y cuidado, dando buen resultado y luego de cinco meses, el niño pudo salir del hospital y conocer su hogar. Es realmente un milagro, porque este niño sobrevivió cuando los doctores solamente le daban un 10% de probabilidades de vida.²⁸ Ver imagen 04

El límite para la supervivencia de los bebés prematuros se sitúa, actualmente, en los 275 gramos. Esta era la cifra que dio en la báscula un niño que nació a las 25 semanas de gestación el 25 de junio en la Universidad Médica de Gotinga (UMG), las probabilidades de que el pequeño sobreviviera eran muy escasas, pero sobrevivió.²⁹ Ver imagen 05.

A partir de la semana 20 o 21, existe una remota posibilidad de que ese feto salga adelante, aunque en muchos casos a costa de mucho sufrimiento y graves secuelas. Al respecto, en un reciente debate sobre la modificación de la ley del aborto en España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pidió que se prohibiera la interrupción del embarazo a partir de la 22 semana de gestación, ya que consideraba que se trataba de la eliminación de "un feto viable".

La sobrevivida de Willow Ludden-Brooks, de quien los médicos pensaron que era imposible que viva, llegó al mundo con 17 semanas y 400 gramos de peso. Más pequeña que una muñeca, fue el bebé de menor tamaño nacido en 2009 en Reino Unido. Willow, en el 2010 tenía cinco kilos y su familia celebró su primer cumpleaños. Cuando nació, los médicos dieron muy pocas posibilidades de que sobreviviera, ya que era el bebé más pequeño que había nacido nunca en el hospital. Su madre supo que su hija es un "milagro" y por eso aprovechan "al máximo cada momento con ella". A las pocas semanas de

gestación la madre desarrolló una infección y a pesar de ser demasiado pronto, los médicos optaron por provocarle el parto. Para sorpresa de todos, la niña respiró al nacer, incluso "soltó un leve grito".³⁰ Ver imagen 06

Y por último el caso Rumaisa Rahman fue una gemela, nacida de tan sólo 26 semanas de gestación pues su madre presentó pre eclampsia grave, una condición que produce presión alta y otras anormalidades durante el embarazo. Pesó 270.6 grs. Midió apenas 22cms. Rumaisa estuvo 142 días en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital ³¹Ver imagen 07

Los casos encontrados originó en la investigadora el impulso de continuar investigando sobre el cuidado inmediato al micro prematuro, porque así como hemos podido apreciar los casos existentes en el mundo, parecidos casos se han presentado en el servicio de neonatología del Hospital Nacional AAA; causando en la investigadora y en las enfermeras de neonatología una serie de preocupaciones y reflexiones experimentadas durante los momentos de cuidado, como lo sostiene Watson¹² la enfermera intentará permanecer dentro del esquema de referencia del otro, para unirse en una búsqueda mutua por el significado e integridad del estar, potenciar las medidas del confort, control del dolor, sensación de bienestar, o trascendencia espiritual del sufrimiento.

Cabe mencionar que en el cuidado inmediato al micro prematuro al igual que los demás recién nacidos se debería de seguir los mismos pasos puesto que también es un ser humano que al igual que todos tiene derecho a la vida o a recibir una muerte digna, evitando así enfrentar problemas de índole ético innecesarios, es por ello que la enfermera de Neonatología juega un rol fundamental en su cuidado, así como en la valoración integral, el

diagnóstico precoz de enfermería de posibles problemas, y la intervención oportuna, continua y acertada.

En las Unidades Neonatales, el cuidado de enfermería proporcionado a los recién nacidos de edad gestacional y peso al nacer extremadamente bajos constituye un verdadero desafío. En las últimas décadas, la sobrevivencia de estos bebés como se ha podido apreciar, ha contribuido a la disminución de las tasas de mortalidad neonatal. Sin embargo, la morbilidad y las secuelas que presentan continúan siendo muy altas. El uso de tecnología apropiada, complementado con el cuidado de profesionales altamente calificados que basan su conducta en la mejor evidencia disponible, ha marcado la diferencia, por este motivo el desarrollo de la enfermería como profesión permitió encontrar en el cuidado individualizado y holístico una filosofía propia, basada en la humanización de la atención. Esto implicó poner en juego, a favor de los recién nacidos, el conocimiento científico y técnico, acompañado de una mirada integral, sobre la base de las necesidades individuales de cada bebé como ser humano único, junto a su familia. Supone asimismo considerarlos en todas sus dimensiones: físicas, de desarrollo emocional y psico-social, y brindarles respeto sin distinción de creencias, raza o religión; constituyéndose en un deber ético imperativo tener una mirada crítica sobre la práctica diaria del cuidado que se proporciona.

La enfermera al permanecer dentro del esquema de referencia al otro es consciente que el micro prematuro es una persona humana, un ente de estructura compleja en donde se tiene que analizar con detenimiento cada uno de sus elementos para poder comprender la trascendencia de su existencia y de su fin¹¹. Si bien es cierto no conoce detalladamente como es este ser lo cierto es que si respeta la vida humana, porque el respeto es condición necesaria y se dirige esencialmente al cuerpo del otro, el cual cuida

y además es un bien material y espiritual, base fundamental para todos los valores implícito en el cuidado de enfermería.

Es por ello, que al contemplar la vida física se infiere el valor supremo de la persona y es constitutivo de su ser en el mundo respetar la vida, es el primer imperativo ético de toda enfermera para consigo misma y para con los demás.¹²

Por tanto la vida del micro prematuro también tiene un valor encomiable; en febrero del año 2008 se realizó un congreso sobre casos de bebés “prematuros extremos” y al término del mismo se difundió una declaración de los directores de las clínicas de obstetricia de las universidades La Sapienza y Tor Vergata (públicas) y Campus Biomedico y Sacro Cuore (católicas de Roma), quienes sustentaron que un feto nacido vivo tras la interrupción de un embarazo debe ser reanimado, aunque la madre sea contraria, ya que prevalece el interés del neonato. “Un neonato vital, en extrema prematuridad, tiene que ser tratado como cualquier persona en peligro y asistido adecuadamente”, afirma el documento.³² Y el micro prematuro lo es.

Así se tiene que en la discusión desatada alrededor del embrión humano, y de sí es digno de respeto o no, ha jugado un papel decisivo el término persona. Pardo³³, acota que normalmente cuando se argumenta en estas cuestiones, se suele decir que quienes son dignos de respeto son las personas. Las discusiones se hacen entonces recaer que los seres humanos con tales o cuales características son personas. El problema reside entonces en el significado que se da al término de persona que varía de unos autores a otros, para unos, ser persona equivale tener capacidad racional entitativa, con independencia de que se esté ejerciendo o no en este determinado momento, por tanto desde este punto de vista no habría inconveniente en denominar persona a los seres humanos en estado embrionario (aunque vayan a demostrar sus

características personales mucho mas tarde o incluso nunca, sino se dan las condiciones necesarias).

Para otros, por el contrario ser persona no es tener capacidad racional (que puede ejercerse o no, sino actúa racionalmente). Si se acepta esta segunda definición, sería éticamente correcto matar a los hombres dormidos, lo cual es una locura incompatible con la vida de los hombres en sociedad.

Para aclarar este panorama sobre si el embrión es o no persona y con ello el micro prematuro, el genetista francés Lejeune³⁴, argumentó que desde la fecundación con apenas 1.5mm de tamaño ya existe un ser humano. “Cada uno tiene un momento preciso en que comienza. Es el momento en que toda la necesaria y suficiente información genética es recogida dentro de una célula, el huevo fertilizado, y este momento es la fecundación. Se sabe que esta información está escrita en un tipo de cinta que se llama ADN. (Ácido desoxirribonucleico), es una molécula larga en la que por medio de un código específico están definidas todas las características de una persona. Por lo tanto, el micro prematuro posee el ADN lo cual explica que es una persona³⁵.

Así se tiene que el resultado de una fecundación es un nuevo individuo biológico unicelular totipotente, al que se le suele llamar cigoto a partir del cual se desarrolla según Serra³⁶ con tres propiedades principales que caracterizan el proceso epigénico humano como una continúa emergencia de una forma de fases precedentes, es decir: 1. La coordinación. El desarrollo embrional, desde la fusión de los gametos o singamia, hasta la aparición del disco embrional, a los 14 días es un proceso que manifiesta una secuencia coordinada y la interacción de una actividad molecular y celular bajo el control del nuevo genoma. Esta propiedad requiere una rigurosa unidad del sujeto que se está desarrollando. 2. La continuidad. Indica que hay una diferenciación ininterrumpida de un ser humano bien determinado según un plan único y rigurosamente definido que comienza desde la fase de cigoto,

implica y establece la unicidad o singularidad del nuevo sujeto humano. 3. La gradualidad. Es decir la forma final debe alcanzarse gradualmente. Es un desarrollo permanente orientado desde la fase de cigoto hasta la forma final. A causa de una intrínseca ley epigénica. El embrión vivo desde la fusión de los gametos no es un simple cúmulo de células disponibles sino un individuo humano real y en desarrollo.

De esta manera el embrión desde el momento de la concepción en la fecundación, se presenta como una entidad dotada de autonomía, que en su desarrollo progresa inmediatamente de una manera gradual, continua y armónica y en él se da la integración y la cooperación teleológica constante de todas sus células. Si las afirmaciones del autor las trasferimos al micro prematuro se puede afirmar que el micro prematuro es una persona que no llegó a su maduración completa es decir que no completó las 38 a 40 semanas gradualmente, ocasionado por múltiples factores relacionado con la situación de salud de la madre.

Si bien es cierto al apreciar desde el punto de vista biológico científico que el micro prematuro es una persona, es importante acotar también como la definición de Boeccio¹⁷, sobre persona como una "Sustancia individual de naturaleza racional". Por sustancia individual se entiende lo que Aristóteles llama la sustancia primera: una realidad indivisa en sí misma y separada, de las demás realidades. Pero, por ser sustancia, su individualidad es, digámoslo así, más radical que la del accidente, dado que éste no se individua por sí mismo, sino por la sustancia. Ahora bien, la persona está clausurada, cerrada en su propio ser, no en virtud de su naturaleza racional, sino por ser un individuo subsistente y el micro prematuro es un ser subsistente porque una vez que fue fecundado inició su desarrollo en forma coordinada, continua y gradual, pero que no logró su desarrollo completo por múltiples causas que

contribuyeron que su nacimiento se presentará antes del tiempo programado como por ejemplo nacer a las 22 semana o, 25 semanas, etc.

Según Melendo¹⁸ el único índice capaz de hacernos concluir que alguien es una persona es que posea un ser personal que trasluce al exterior de manera variada y fundamentalmente a través de modos de obrar específicos y exclusivos que indican grandeza o excelencia en el ser y puesto que el obrar sigue al ser los modos de actuar propios de la persona, gozaran también de un rango muy elevado entonces se está frente a alguien que posee un ser eminente: ante una persona; en consecuencia, aún cuando algunos hombres, por su escaso desarrollo, por deficiencias de tipo orgánico, no puedan temporalmente o de por vida realizar las operaciones aludidas no quedan por ello destituidos de su condición personal. Entonces; la condición orgánica y personal del micro prematuro no es un impedimento para afirmar que es una persona.

Si el micro prematuro es persona como hemos afirmado anteriormente entonces es sujeto de derecho y todo sujeto de derecho es el ente al cual el ordenamiento jurídico imputa derechos y deberes. Este ente o centro de referencia según Fernandez³⁷ no es otro que el ser humano antes de nacer o después de haberse producido este evento que tiene como su correlato a la vida humana, por eso existen normas supranacionales en relación a la protección del derecho a la vida del concebido así tenemos en primera instancia la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo ³⁸ y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo ¹³⁹ regulan el derecho a la vida en una declaración general al igual como la regula la Constitución Política del Perú en su art.2 inciso ¹⁴⁰; en ambas disposiciones legales se protege el derecho a la vida como derecho fundamental entre todos los demás, de allí que si no se protegiera la vida no se podría plasmar los demás derechos. Es necesario resaltar que en ambas

normas internacionales, el concebido goza de protección jurídica para todo cuanto le favorece.

También es necesario resaltar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su art.6º establece que “el derecho a la vida es inherente a la persona humana⁴¹. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”, por lo tanto no requiere de una ley para concederle dicho atributo es suyo por el simple hecho de su humanidad.

Así mismo, la Convención Americana de los Derechos Humanos establece en su art.4.1 que: Toda persona tiene derecho a que se respete su vida, derecho que estará protegido por la ley en general, a partir del momento de la concepción, nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.⁴²

Por su parte la Convención sobre los Derechos del Niño en el art. 6.1 establece que todo niño tiene derecho a la vida, entendiéndose por un niño todo ser humano desde el momento de su concepción hasta los 18 años.⁴³ En este sentido la convención explícitamente reconoce que el niño antes de nacer posee los derechos de una persona y el derecho de una protección judicial por sus necesidades especiales.

Con relación a las normas nacionales contamos con la Constitución Política del Perú de 1993 en su art. 2 reconoce la naturaleza del ser humano otorgándole al concebido la categoría de sujeto de derecho este precepto recoge el enunciado contenido en el art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el art. 4 de la Convención Americana de los Derechos Humanos; esto significa que en cuanto al ser humano, el concebido tiene la capacidad actual y no futura de ser titular de derechos³⁸ y obligaciones, al respecto Fernandez³⁷ vuelve a reafirmar que no existe actualmente duda sobre el hecho biológico de que el concebido es un ser humano genéticamente independiente tanto del padre como de la madre que lo gesta. Igualmente el

Código Civil de 1984 en su art. 1º detalla “la persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho para cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo”⁴⁴

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

La investigación se desarrolló empleando el enfoque cualitativo. Este tipo de investigación se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la enfermería. Desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa explora en profundidad la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno. En definitiva la investigación cualitativa es útil para poder entender las experiencias humanas como sentir dolor, sentirse cuidado, la impotencia y el confort, así como las experiencias en el cuidado inmediato ante la conservación de la vida de un micro prematuro. A la vez que proporciona un proceso a través del cual las enfermeras pueden estudiar un fenómeno desde una perspectiva distinta a la tradicional.⁴⁵

Según Morse ⁴⁶ la investigación cualitativa es el estudio que encierra un alto contenido subjetivo de las personas, además ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo de lo que ellas piensan y sienten, y que permitirá la recolección y análisis sistemático de materiales narrativos, a fin de comprender el fenómeno de estudio, donde se hurga sobre la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación problema.⁴⁷ Es decir fue posible investigar las experiencias de las enfermeras en el cuidado del micro prematuro.

Así mismo, dadas las características del tipo de investigación se incorpora el relato de todos los participantes en la investigación, es decir sus experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, sensaciones, tal y como son sentidas y expresadas por ellos y no como el investigador lo comprende, por este motivo el análisis cualitativo es en particular desafiante para el investigador porque no hay reglas sistémicas para presentar y analizar datos.⁴⁴

2.2.- Abordaje de la investigación

La investigación es descriptiva⁴⁸ porque describe el hecho in situ: se optó por una metodología basada en la rigurosa descripción contextual de un hecho o una situación que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja mediante una recogida sistemática de datos que haga posible un análisis interpretativo.

La metodología se refiere en su más amplio sentido en la investigación que produce datos descriptivos; las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable⁴⁹ La investigación no busca la generalización, sino que se caracterizó por estudiar en profundidad una situación concreta. Esto significa que no busca la explicación o la casualidad,

sino la comprensión y, puede establecer inferencias plausibles entre los patrones de configuración en cada caso. Si se estudia a las personas cualitativamente, se llega a conocerlas en lo personal y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad, tal y como se realizó en la presente investigación⁵⁰

2.3. Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron 7 enfermeras, especialistas en neonatología, su edad promedio fluctuaba entre 33 a 50 años, todas de sexo femenino, casi el 70% con estudios de Maestría, del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de la ciudad de Chiclayo. Entre los criterios de Inclusión se consideró a Enfermeras con 10 años de tiempo de servicio en neonatología. La muestra fue obtenida considerando el criterio de saturación y para identificar a cada uno de los sujetos de investigación se utilizó los nombres de cantantes internacionales y artistas famosas, de esta manera se aseguró la confidencialidad de la identidad del `participantes así como de sus discursos.

2.4. Escenario

El escenario de estudio lo conformo el servicio de neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, ubicado en la ciudad de Chiclayo; es una institución que brinda servicios de salud, pertenece al IV nivel de atención, cuya infraestructura comprende un área antigua más conocida como el hospital viejo y el área nueva que es llamado hospital del seguro.

Posee alta tecnología y diversas especialidades, cuenta con recursos humanos en un número aproximado de 396 profesionales de Enfermería, de los cuales 3 son varones, el trabajo que realizan depende de la especialidad y

el tipo de servicio ya que sólo se considera para la relación en cuanto al número de enfermeras por pacientes y se toma en cuenta el índice de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, servicio de emergencia, áreas de observación una enfermera para cada ambiente, en centro quirúrgico de igual manera, dado que el recurso humano no hay en cantidad insuficiente para cubrir una capacidad instalada de 385 camas, por lo que están sujetos a una programación de trabajo de 150 horas mensuales, realizando turnos rotativos de tarde, mañana y noche , además deben realizar horas extras generalmente en áreas críticas pueden llegar a realizar hasta 48 horas promedio adicional mensual, en turnos diurnos programadas en su segundo o tercer día de franco, horas extras, que no son consultadas, ni autorizadas previamente por la enfermera.

Específicamente el servicio de cuidados intensivos neonatales donde se atienden a los recién nacidos prematuros; está dividido por áreas, según el caso de complejidad de cada neonato, este servicio está constituido por: el área de cuidados intensivos neonatales (UCI NEONATAL) el cual tiene capacidad para cuatro incubadoras pero se colocan cinco; el área de cuidados intermedios neonatales (UCIN) que tiene capacidad para seis incubadoras pero se colocan siete, el área de aislados (AISLADOS) que tiene capacidad para dos incubadoras y por último la unidad de cuidados mínimos (UCM) que cuenta con 28 cunas, donde se atienden a los recién nacidos a término. En cuanto al personal que labora en el servicio de neonatología se cuenta con, quince enfermeras mas una jefa de servicio y diez técnicas de enfermería.

Se cuenta con personal calificado y preocupado por su formación personal y profesional, evidenciándose que un 94 % de las Enfermeras cuentan con estudios de Segunda Especialidad en área Críticas, lo que garantiza la atención que se brinda en los servicios críticos, en los cuales al realizar un trabajo multidisciplinario buscan brindar un óptimo cuidado a la población asegurada Lambayecana.

2.5. Instrumento de Recolección de Datos

La constituyó la entrevista Semi estructurada a profundidad, la cual adopta la forma de un diálogo coloquial, la gran relevancia y la significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos, se apoya, en que, a medida que se avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando la forma en la mente, adquiriendo las primeras impresiones con la observación, con la audición de la voz, la comunicación no verbal y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas orientar hacia una perspectiva⁵⁰.

Pérez⁵⁰ define a la entrevista como la comunicación para el diálogo directo que se realiza entre dos personas: el entrevistado y el entrevistador. Con el propósito de captar información, conocimientos, actitudes, reacciones, valores, experiencias de testimonios orales de personajes y de grupo, de personas de tendencia pública o para ampliar a profundidad el conocimiento de las causas y consecuencias de los hechos y problemas que son de interés general. Una entrevista puede ofrecer elementos para corroborar evidencias conectadas por otras fuentes posibilitando triangulaciones y consecuente aumento del grado.

El entrevistador debe poseer por lo menos una cultura media, que comprenda el valor y la importancia de cada dato recogido y la función que su trabajo desempeña en el conjunto de la investigación⁵¹. Se tuvo que ser mentalmente ágil, no tener prejuicios marcados frente a ninguna categoría de personas y, sobre todo, ser capaz de dejar hablar libremente a los demás, eliminando por completo todo intento de convencerlos, apresurarlos o

agredirlos con sus opiniones. Es decir el criterio personal del entrevistador no influyó en las respuestas brindadas por la persona⁵¹.

Todas las enfermeras sujetos de investigación que participaron en el presente estudio fueron informadas previamente sobre los objetivos de la investigación, así mismo se respetó la privacidad de sus datos, el anonimato en las entrevistas y el respeto a la libertad de decisión al responder o dejar de responder preguntas según su propio criterio. Se solicitó su participación a través del documento de Consentimiento Informado, para garantizar el cumplimiento de los criterios éticos considerados en la presente investigación.

Esta recolección de datos se llevó a cabo en el servicio de Neonatología y se usó para entrevistar un MP3, donde se almacenaron las entrevistas con una duración de 30 minutos cada una aproximadamente; finalmente la recolección de todos los datos para la investigación duró 2 meses. Se tuvo en cuenta que los días que se realizaran las entrevistas fueran dentro de sus turnos y de acuerdo a disponibilidad de tiempo de los sujetos de investigación.⁵²

La Validación de la entrevista semi estructurada a profundidad se realizó a través de una prueba piloto, de acuerdo a los resultados obtenidos se aprobó y separó la pregunta, permitiendo a los sujetos de estudio responderla sin problemas, quedando validado el instrumento.

2.6. Procedimiento

Después de obtener el permiso de la institución de salud, se realizó el contacto con las enfermeras participantes en el estudio, a quienes se les explicó los objetivos y el proceso de la investigación, lo que incluyó que la

investigadora pueda presenciar los turnos de trabajo y hacer algunas tomas fotográficas como evidencia de la existencia de micro prematuros en el servicio de Neonatología. Ver imagen n°8

Luego las enfermeras que aceptaron participar en la investigación firmaron el consentimiento informado para formalizar su participación y garantizar la confidencialidad de los discursos vertidos. Por otra parte con la mayoría de casos de entrevistas, se coordinó la fecha, hora y servicio para concluir el proceso, respetando la disponibilidad de horario de los participantes.

Inmediatamente de recopilar la información y evidencia necesaria se dio paso a analizar a través de la metodología del análisis de contenido temático, procediendo así a transcribir las entrevistas manteniendo íntegramente el sentido de mensaje expuesto, las cuales se convirtieron en discursos y se extrajeron unidades de análisis que permitieron la formación de 3 grandes categorías. Posteriormente se procedió a analizar los discursos a la luz del marco teórico para concluir con la formulación de nuevo conocimiento, evidenciando el trabajo realizado con la formulación de las categorías.

2.7. Análisis de datos

Según Latorre y Gonzales citado por Pérez ^{5º}menciona; que el análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Es uno de los momentos más importantes del proceso de la investigación, que implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir la importancia y el aporte que darán a la investigación. El procedimiento básico del análisis consistió en seleccionar documentos y elaborar indicadores

referidos a las necesidades del estudio. Se estableció una lectura preliminar de los materiales, se organizó el cuerpo de los documentos y se fijaron las unidades de registro (palabra, frase, etc.). Una vez efectuado el registro aquello, se procedió al análisis mediante la codificación, y clasificación de los temas.

El análisis temático⁴⁶, tuvo una duración de tres meses y comprende 3 etapas:

- Pre análisis.- Es la etapa de la organización del material en la que se diseñó y se definió los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis. Así como la revisión de la transcripción de cada entrevista, la lectura y relectura de las mismas.
- La Codificación.- Consistió en realizar una transformación de los datos originales a “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos. Se obtuvieron en primer lugar 30 unidades de significado y luego de dos revisiones quedaron en 27 unidades de significado.
- La categorización, implicó la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación.⁴⁶El criterio fundamental de categorización en un análisis temático, es semántico, es decir se agrupó las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Y posterior a dos presentaciones preliminares quedaron en tres grandes categorías que se denominaron: El cuidado enfermero frente a la vulnerabilidad del micro prematuro; asumiendo responsabilidad del cuidado hasta la muerte y conciencia y esperanza.

Entre los límites y obstáculos del estudio se pudo percibir el malestar de algunos sujetos de investigación al tener que responder y que sean grabadas las respuestas a las preguntas y repreguntas hechas, además una enfermera manifestó que no tenía tiempo para estas cosas, de igual modo se entregó el documento de la entrevista estructurada y muchas de ellas no respondieron y guardaron el documento, no lo desarrollaron ni la devolvieron, aspectos que en todo momento se respetaron y aceptaron.

2.8.- Principios éticos de la investigación científica

Los criterios éticos de la investigación Experiencias en el Cuidado Inmediato al Micro prematuro tuvieron un sustento en la ley del trabajo del enfermero 27669, artículo 7mo. Inciso I⁵³; en el Código de Ética del CEP., artículo 57^o donde argumenta que la enfermera puede participar en investigaciones clínicas que no atenten contra los principios éticos y bioéticos⁵⁴. Además se baso en el D.S.Nº 011-2011-JUS, donde establece que toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana en el país se deben interpretar de modo unitario e integral.⁵⁵ Basado primordialmente en el respeto de la persona humana y su inherente dignidad, principios basados en la bioética personalista según Sgreccia ⁵⁶

El valor fundamental de la vida humana, donde los sujetos de investigación participantes fueron considerados como persona en su totalidad de valor, por lo cual la investigadora se abstuvo de utilizarlos solo como medio para el logro de sus objetivos; así mismo la exploración de conocimientos que proporcionaron las participantes no deterioró en ningún momento su dignidad como personas, se respetó siempre sus expresiones, en ningún instante fueron reducidos mecánicamente a un simple instrumento u objeto solo para fines de la investigación, Se evitó producirle daños físicos o psicológicos, o ponerle en riesgo ante determinadas circunstancias mientras

expresen sus discursos, su identidad se mantuvo en anonimato, para lo cual se utilizó como seudónimo el nombre de cantantes famosas y se guardó la debida confidencialidad.

Libertad y Responsabilidad, porque cada participante se expresó con libertad, respetándose sus pareceres y donde la investigadora durante el desarrollo de la misma respetó la autonomía, el valor de las opiniones y las elecciones de las personas y se abstuvo de obstruir sus acciones. La participación de todos los sujetos de estudio fue previo consentimiento informado, además conocieron los objetivos de la investigación y de todo lo que con ella se relaciona, para tener la posibilidad de negarse en conciencia a participar, por parecerle ilícita. Por otro lado la investigadora mostró en el desarrollo de la investigación la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme estuvo estipulada sin alterar ninguno de sus momentos, ni tampoco la malversación de los discursos obtenidos.⁵⁶

La Socialización y Subsidiariedad, que motivó a la investigadora a realizarse así misma con la intervención de todos los participantes en la investigación, pues lo que busca es el bien para el futuro con el micro prematuro. Se procuró extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos hacia los sujetos de investigación. Así mismo, se respetó la autonomía de cada uno de ellos, atendiendo a sus necesidades sin sustituirles en su capacidad de decidir y actuar. Los resultados obtenidos se están dando a conocer primero en la sustentación formal de la tesis y luego su presentación en el escenario donde se desarrolló la investigación y finalmente en congresos nacionales e internacionales, así como la posibilidad futura de avalar una nueva línea de investigación⁵⁷

2.9.- Criterios de rigor científico

Según Morse⁴⁶, en el rigor de la investigación se tuvo en cuenta

La credibilidad. Se logró cuando la investigadora, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectó información que produjo hallazgos que fueron reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten acerca de sus las experiencias en el cuidado inmediato al micro prematuro. En este sentido, la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que serán estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado ⁵⁸

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores Confirmabilidad, se refieren a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello fue necesario elaborar un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. Esta estrategia permitirá que otro investigador examiné los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. La presente investigación estará dispuesta como fuente de información para diversos autores con similares perspectivas de estudio.

La Transferibilidad o aplicabilidad, es el tercer criterio que se tendrá en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferirse los hallazgos a un

contexto diferente del estudio. Para ello se ha descrito densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de Transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos⁵⁹

Para este criterio se garantiza a la audiencia y al lector que los datos obtenidos son fiables, haciendo énfasis que los resultados encontrados no sólo se pueden dar en nuestra realidad local; sino que también ésta puede plasmarse o emerger en otros departamentos de nuestro país, ya que la realidad de la situación respecto a las experiencias en el cuidado inmediato al micro prematuro es similar en el Perú y a nivel sudamericano.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

La experiencia en el cuidado inmediato del micro prematuro plantea preocupaciones, donde las decisiones propias de los sujetos morales como son las enfermeras especialistas y médicos son de suma importancia para conservar la vida por medio del cuidado, de quien es persona desde el momento de ser engendrado hasta su muerte, digno de respeto, con derechos que la constitución del estado le confiere, de igual modo en nuestra realidad no se cuenta con una unidad de cuidados intensivos exclusivamente para micro prematuros, ni con ventiladores de alta frecuencia donde se le pueda dar una atención óptima y una esperanza de vida y si se suma el criterio médico de la inviabilidad respaldado por el concepto de la organización Neocosur⁴ de dejarlo morir sin hacerle nada, surge una serie de sentimientos encontrados en la Enfermera del servicio de Neonatología que no admite este concepto y ante este panorama y posterior análisis de los discursos de las enfermeras emergen las siguientes categorías:

- 1.- El cuidado enfermero frente a la vulnerabilidad del micro prematuro
- 2.- Asumiendo responsabilidad hasta la muerte.
- 3.- Conciencia y esperanza.

1.- EL CUIDADO ENFERMERO FRENTE A LA VULNERABILIDAD DEL MICROPREMATURO

Watson¹² plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como a la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el "cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

También, Watson¹², Burckhardt, Brown y cols describieron cinco categorías del cuidado de enfermería, dos de ellas se relacionan con el afecto: tratar al individuo como persona, que incluye animarlo para que se involucre en su cuidado, atender a todos sus requerimientos por mínimos que estos parezcan y hacer presencia emocional. Demostrar preocupación y empatía hacia la persona que se cuida, genera confianza en el profesional de enfermería.

El cuidado sostenido por las autoras posiona a las enfermeras del servicio de neonatología en la responsabilidad del cuidado inmediato del micro prematuro, es decir un ser vulnerable, nacido antes de las 40 semanas, donde la enfermera vierte todo su conocimiento acumulado en su interioridad, optando por el bien del micro prematuro como afirmaban las autoras antes mencionadas cuidarle como persona atendiendo sus necesidades básicas mínimas como son oxigenación calor, etc.

La vulnerabilidad³⁷ de un micro prematuro tiene que ver con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte donde el cuidado enfermero, interviene

principalmente con esta última en la inmediatez de su nacimiento. La vulnerabilidad involucra la posibilidad de la extinción biológica, frente a la amenaza de la fragilidad en edad gestacional y el cuidado que se tiene que proporcionar.⁶⁰ En la conciencia humana, la experiencia del límite, como la de la vulnerabilidad, puede hacerse plenamente patente y puede activar la capacidad reflexiva del ser humano, puesto que el ser humano además de ser un ser vivo es un ser pensante⁶¹

Para ahondar en este concepto es importante conocer de donde proviene el término “vulnerabilidad”, deriva del latín “vulnus”, que significa herida, golpe, punzada, y también desgracia o aflicción. En el mismo campo semántico se encuentra “vulneratio”, herida o lesión, y también el verbo “vulnero”, herir o lastimar. El daño puede ser psíquico o emocional, en cuyo caso abre la vía del sufrimiento. Y existe también un daño moral, que es el causado por una situación de maldad, una injusticia, un desprecio, o cualquier otra forma de daño que afecte la identidad como persona, y estos aspectos la enfermera lo percibe cuando recepciona al micro prematuro.³⁸

Este hecho es producido, cuando no completa las 40 semanas de gestación y se adelanta el nacimiento a 24 semanas. El micro prematuro se vuelve vulnerable ante la vida. Reder²⁴ afirma que la gestación del ser humano es de 38 a 40 semanas lo cual le da muchas posibilidades de vida y al contrario que cuantas menos semanas tenga, menos posibilidad de vida tendrá, dada la inmadurez de todos sus órganos. De esta manera la American Academic of Pediatric clasifica al micro prematuro y lo determina como aborto a quien no se le debe asistir porque no será viable ante la vida.

Por otro lado, el diccionario de Ciencias Médicas: Define el término Viable: Como el feto o recién nacido llegado a tal grado de desarrollo orgánico que es capaz de vivir fuera del útero.⁶²

En la investigación se aborda la inviabilidad, es así como, las enfermeras al observar y conocer la situación de salud del micro prematuro están contemplando in situ la debilidad y fragilidad de la vida humana, realidad que sucede con cierta frecuencia en el Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Circunstancias, por cierto impresionantes, ya que este ser (micro prematuro) nacido con vida es considerado como aborto y registrado como tal, aún sabiendo que él es persona desde el mismo momento que fue concebido como lo argumenta Lopez⁶³. El ser humano es persona desde el momento de la concepción no es simplemente una persona en potencia, o en esencia, es una persona intrauterina que al nacer sólo cambia de ambiente, es una persona en sus etapas primarias de formación, que no completó su edad gestacional y nace con vida. Por el contrario, aborto según Etcheberry⁶⁰ es la muerte inferida al producto de la concepción que aún no es persona, concepto equivocado; según las apreciaciones de la investigadora y de López.

Por su parte Tardiu⁶⁴, justifica que el aborto es la expulsión prematura, espontánea o violentamente provocada, del producto de la concepción, independiente de todas sus circunstancias de edad, de viabilidad y aún de forma regular, concepto que no habla de aquel ser indefenso que tiene vida, y respira, teniendo sólo en contra el límite de su edad y un peso menor de 500 grs., situación por la cual lo consideren en el servicio de neonatología como un aborto dado que no cumple con los requisitos para reanimar y para considerarlo viable, al respecto Torralba⁶¹ expresa que el ser humano es un ser vulnerable desde su raíz más íntima, porque está expuesto a múltiples peligros, agresiones, fracasos, muerte, y hasta el solo hecho de vivir ya lo hace vulnerable. La enfermera durante su experiencia al recepcionar al micro prematuro cataloga al contemplarlo su vulnerabilidad de la siguiente manera

“...era tan pequeño, tan frágil y tan vulnerable, su piel pletórica y transparente que dejaba ver sus finas venas y hasta sus intestinos se traslucía a través de su piel...” PAULINA.

La enfermera al contemplar al micro prematuro expresa en forma superlativa la máxima debilidad de una persona humana donde existe un cuerpo traslúcido, un peso de 500 grs. o menos, talla 20cms. configurado por sistemas interconectados e inmaduros que no les permite realizar las funciones necesarias para continuar viviendo, para Kosier⁶⁵, una de las características del Micro prematuro es el peso, la edad gestacional, la inmadurez de todos sus sistemas en especial del sistema nervioso central, la transparencia de su piel y la escasa presencia de tejido celular subcutáneo y de la grasa parda lo hace vulnerable a la hipotermia, a la regulación de sus funciones vitales y como consecuencia a la muerte, afirmaciones observadas por la enfermera durante el período de recepción del micro prematuro, donde toma conciencia que está vivo como se aprecia en el discurso:

“...Así mismo estaba con la piel bien pegajosa, se le pegaban sus orejitas, no abría sus ojitos, era pequeñito, frágil, que se pegaba todito, pero que te crees, .respiraba...” THALIA

La enfermera especialista en neonatología observa y se da cuenta que el micro prematuro tenía movimientos respiratorios e impele hacia la credibilidad de que esta frente a un ser vivo, recubierto por un fino vello y grasa protectora que lo hace pegajoso dada su inmadurez como lo afirma Langman,⁵⁹ la piel se cubre con un material grasoso de aspecto parecido al queso, conocido como vermis caseoso; consiste en una mezcla de secreciones grasas procedentes de las glándulas sebáceas fetales y de células epidérmicas muertas. Este vermis protege la delicada piel del feto de las rozaduras del agrietamiento y de la induración. El cuerpo de un feto de 20 semanas está completamente cubierto por una vellosidad muy fina llamada lanugo; este puede ayudar a que el vermis se fije a la piel y da la impresión de estar pegajoso.

A la experiencia observada como el micro prematuro lleva consigo vulnerabilidad al nacer, se suma el tiempo de vida como un indicador muy

importante que la enfermera lo valora para tomar una determinación como se evidencia en los siguientes discursos:

“...estos bebés vivieron de 4 a 5 hrs., Los coloque dentro de una incubadora, donde recibieron calor, y la concentración de oxígeno es mayor que les ha permitido vivir ese tiempo..E1 SHAKIRA

“...este bebé sobrevivió de 5 a 6 días. a pesar de que el médico dijo que no lo coloque dentro de una incubadora...el bebe se movía, pero no podía abrir sus ojos. E2 PALOMA

“... ese angelito pudo vivir 6 horas, recibió de inmediato calor en la servo cuna y luego al colocarlo en la incubadora, se le coloco dentro de su nido..E3/MAYLI

“...se le hizo todo porque respiraba, no duró mucho, por su inmadurez” E6/MIRIAM

“... el bebé murió a las 2 horas de nacido, la madre había perdido líquido amniótico y la madre presentaba una corioamnionitis, es decir tuvo una infección urinaria y no recibió tratamiento” E4/PAULINA

Los sujetos de estudio expresan que los micro prematuros pueden vivir entre 2 horas y 6 días experiencia que no sería posible si no le administran los cuidados inmediatos necesarios como son la administración de oxígeno y el calor suficiente, al contemplar su vulnerabilidad perciben que respira, esta situación que tiene sus bases legales en los Derechos Humanos⁶⁶ y la Constitución Política Peruana⁴⁰ hace que la enfermera tienda a protegerle,

darle seguridad, proporcionarle los cuidados mínimos, sin embargo, esta tendencia propia de una enfermera consciente de su deber tiene que enfrentar a la tendencia del médico de dejarlo, no hacer nada frente a una vida que se extingue entiéndase esto por futilidad según las afirmaciones de Blanco.⁶⁷

Por su parte Moody⁶⁸ explica que una decisión puede variar en trascendencia y connotación, en este sentido lo que a una persona le mueve para tomar una decisión, está en relación con aquellas decisiones que contribuyen a conservar la vida, reconociendo al mismo tiempo la necesidad de optar por aquello que favorece a solucionar las necesidades inmediatas ante la presencia de la muerte inminente de un micro prematuro, tales como calor y oxígeno.

De igual modo Bryczynska,⁶⁹ manifiesta que una persona debe ser consciente de todos los factores que influyen en el ejercicio de cuidar y ser consciente de las dificultades que implica cuidar bien a un ser humano, que es una de las garantías fundamentales de la buena praxis profesional. Quien no es consciente de estas dificultades puede llegar a pensar que su modo de obrar es excelente y puede inclusive llegar a banalizar la ardua tarea de cuidar como si se tratase de una actividad mecánica.

El cuidado de enfermería evolucionó en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología.

Igualmente, Waldow,⁷⁰ menciona que el cuidado de enfermería abarca diversos comportamientos y actitudes que garantizan y mejoran la condición humana en el proceso de vida y muerte; tales como, respeto, gentileza, consideración, compasión, confianza y solidaridad, sin olvidar que tales actitudes deben estar basadas en el conocimiento científico y en el pensamiento crítico, con el objetivo de promover, mantener y recuperar la

dignidad de todos los seres humanos. Es así que el objetivo de la Enfermería es aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para gestionar la crisis de la enfermedad y la muerte, haciendo hincapié en que el cuidado implica una relación interpersonal irrepetible, es por ello que el cuidador debe brindar un cuidado holístico y pandimensional a cada persona.

Cuidar a cada persona conlleva preocupación que hace emerger la afectividad de la enfermera manifestada en pasiones y sentimientos encontrados, especialmente cuando el ser cuidado es vulnerable como se puede apreciar en los siguientes discursos:

... Primero al saber que iba a nacer un prematuro me sentí asustada porque era la primera vez que recibía un parto de gemelos prematuro extremo. Luego al recibirlo fue grande mi sorpresa cuando nacieron los bebés y el doctor me dijo no les hagas nada son demasiado pequeños y pronto morirán pero yo lo lleve a la incubadora...SHAKIRA

Asistí al parto de un prematuro extremo y sentía pena, porque era tan indefenso, que me daba miedo tocarlo. Preferí no tocarlo, solo lo necesario. PALOMA

La opción de no hacer nada por un micro prematuro, en el servicio de neonatología que lleva más de 30 años durante ellos hasta la actualidad se ha hecho una costumbre dejarlo morir, de tal manera que cuando ocurre estos eventos, tildados como abortos por la parte médica causan un impacto en las enfermeras que toman la decisión de cuidarlos frente a la presencia de sentimientos encontrados que van desde una impresión capaz de producirles sentimientos de compasión que la comprometen a proporcionarle todo el calor humano que necesitan. El solo hecho de saber que se trata del nacimiento de un micro prematuro saben que necesitará de cuidados especializados, y que deben estar preparadas para la atención inmediata sacando del contexto a los sujetos de investigación, cuando sucede de forma sorpresiva como se evidencia en los sgtes. discursos:

Acudí a centro obstétrico a recibir a un recién nacido, no sabía que se trataba de un prematuro extremo, grande fue mi sorpresa cuando vi que nació con mucha facilidad un prematuro...lo traslade a la servo cuna para darle calor y oxígeno, el médico me comunica que el Bebé no es viable y que la respiración que tiene solo son esbozos y que pronto moriría, que está demás que le ponga oxígeno, que lo deje. Lo abrigue y le seguía administrando oxígeno E4/PAULINA

“...Fue grande mi sorpresa que el gemelo 2 era extremadamente pequeño y pesaba 420 grs., viendo esto pregunté a la Dra. Que íbamos a hacer... como era la primera vez que me encontraba con la atención a un bebé prematuro extremo considerado no viable, la Dra., decide no hacer nada, solo proporcionarle calor E3/MAYLI

En el modelo clásico de enfermería, las relaciones de la enfermera con el personal médico se caracterizaban por la obediencia y la sumisión; en el modelo de la enfermera como representante del paciente estas relaciones eran fundamentalmente de hostilidad y confrontación; el nuevo modelo de independencia busca relaciones de cooperación con todas las profesiones sanitarias.⁷⁰

En las décadas de los 60 y 70 la imagen de la enfermera experimenta un gran cambio. La figura de la enfermera como “abogada o defensora del paciente” entiende de manera diferente la tarea de cuidar: proteger y defender sus derechos; preparar al paciente física y psíquicamente para que se defienda de las agresiones potenciales de médicos y estructurassanitarias¹².

El fundamento ético de la obligación de cuidar es el principio de autonomía; que reivindica a la enfermera como profesión independiente, y para el paciente que es amenazado por un ambiente hospitalario hostil que menoscaba sus derechos¹⁴. La enfermera se hace baluarte de un paciente intimidado y busca modos de poner en sus manos las decisiones sanitarias que le afectan.³⁷Coherente con esta postura, para dar buenos cuidados, la enfermera tiene que desarrollar una actitud reivindicativa, contestataria y rebelde; ser leal e incondicional, no al médico, sino al paciente; y se ha de destacar por la máxima independencia profesional como se evidencia en los siguientes discursos:

Se le hizo todo porque respiraba, no duró mucho, me impresiono al verlo tan pequeña y que no tenía posibilidad de vida, la Dra. Me dijo que lo dejemos allí porque le correspondía a obstetricia atenderlo,...yo lo atendí por humanidad.E6/MIRIAM

Como seguían respirando les coloqué oxígeno al costado y les puse calor, los coloqué bajo el calor y los pesé me sentía triste porque sentía que lo abandonamos que los dejamos morir, le insistí al Dr., que seguían respirando y me dijo no, ya déjalos ahí E1SHAKIRA

“... me daba un sentimiento que nunca antes había vivido de ver a ese pequeño ser luchando por vivir, no sabía qué hacer, quería llorar lo cubrí pero al darme cuenta que respiraba y se escuchaba quejido, la Dra. me dijo que me quedara con el bebé, mientras ella iba a ver al otro gemelo 1 El bebe seguía respirando, le puse oxígeno a flujo libre..E3/ MAYLI.

“...hay que darle un soporte vital porque al manipularlo todo su cuerpecito se desestabiliza por el estrés...No hay que tocarlos en exceso .E2/PALOMA

La humanidad que expresan las enfermeras en los discursos es producto de su afectividad donde los sentimientos de tristeza frente a la posibilidad de

abandono al micro prematuro, operativizan su voluntad hacia la decisión. Para Mayeroff ⁶⁸ “La dedicación es fundamental para el cuidado. Cuando acaba la dedicación acaba el cuidado, el cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de la dedicación es el valor que se reconoce en el otro”, aspectos vertidos por el autor que las enfermeras del servicio de neonatología tienen en cuenta, porque a pesar de recibir indicaciones reiterativas por parte de los médicos de abandonar al micro prematuro, primero porque no es de su competencia la atención sino de obstetricia y segundo por la propia inmadurez que no le permitirá vivir, la enfermera escoge proporcionarle calor y administrarle oxígeno, porque está convencida que su cuidado va más allá de las ordenes médicas recibidas, superando estas limitaciones porque comprende además que las acciones decididas son aquellas que toda persona tiene derecho frente a su inviabilidad como necesarias e indispensables.

Según Remeu⁶⁹ en algún momento de la vida todos experimentan de una u otra forma la limitación personal: aceptarla es un modo de crecer interior y personalmente. La persona que cuida al enfermo se enfrenta también al sufrimiento, al dolor, y a la enfermedad y tiene que ser capaz de dar un sentido, una respuesta antropológica a esta situación.

Barco⁷⁰ un olvido muy curioso de la vida humana frágil es un olvido brutal que ocurre cuando a los hombres se les ponen condiciones para poder ser personas, desplegándose en dos bandas. En la primera se fija esta exigencia tajante: para poder ser personas, los hombres que son individuos de una especie sin más valor que las otras, como batracios o arácnidos han de tener conciencia del propio yo y racionalidad madura. Quien no la cumpla no alcanza categoría personal y se queda en mero hombre, cuyo valor es igual que el de las demás especies. En la segunda se cierra el razonamiento a otros, diciendo que el titular de los derechos humanos solo es uno: la persona, los

hombres autoconscientes, no los hombres simplemente a secas sin atributos. Nunca se había formulado con tan grande frialdad un desprecio y un ultraje a la vida humana frágil. Al margen de su interés como hojarascas resacas apartadas en la orilla, quedarían todos los débiles: los locos, los no nacidos, los ancianos afectados por la demencia senil, los enfermos desahuciados, quienes no poseen auto conciencia ni tienen autonomía.

En la vida humana se pueden distinguir tres eventos fundamentales el nacer, el morir y el enamorarse. El nacer es el primer gran evento de la vida humana y además es la condición de posibilidad de cualquier otro evento en el futuro. El nacimiento no es un simple cambio, una simple mutación sino un cambio sustancial, para decirlo con la terminología de Aristóteles. Es la generación de un nuevo ser, la manifestación de un rostro inédito, el paso del no ser a ser, la emergencia de una criatura nueva y distinta de cualquier otra, la aparición de un ser único y original, su manifestación en el ser real.⁶¹

2. ASUMIENDO RESPONSABILIDAD HASTA LA MUERTE

El nacimiento y la muerte son límites ontológicos, porque se refieren al ser y no al tener o al obrar. Nacer es empezar a ser y morir es dejar de ser, al menos bajo la forma de ser que uno experimenta y vive en el mundo sensible y fenomenológico. Llegar a ser...dejar de ser. Este es el destino de la condición humana. Si el ser está acotado por dos límites infranqueables (el nacer y el morir), también está el obrar pues el obrar sigue al ser (operesequitur ese.)²⁹

Es así como el arte de cuidar enfrenta estos límites ontológicos que conlleva hacia la práctica de la responsabilidad social y cívica. Jonás H.⁷¹ define la responsabilidad como el cuidado reconocido como deber, por otro ser, cuidado que dada la amenaza de su vulnerabilidad humana se convierte en preocupación, en un significado más amplio que no solo trata de lo que se hizo en el pasado, en el presente o en el futuro sino por lo que se ha hecho, se

omite o evita hacer. Clasificándose en responsabilidad por palabra, por obra y por omisión.

De igual modo, Torralba⁶¹ acota que cuidar de alguien, es acompañar a un sujeto máximamente vulnerable, es ejercer la responsabilidad ética, es preocuparse por otro ser y asumir esta preocupación como un deber moral. Esto significa que se está, constitutivamente llamado a ser responsable, no solo de los actos sino de los semejantes y del entorno natural y social.

La responsabilidad como libertad es una posibilidad existencial y ética del ser humano pero que puede frustrarse por múltiples razones. El desarrollo de la persona como ser libre implica la responsabilidad por tanto la exigencia ética de ser responsable no es puro valor fáctico sino que tiene su génesis de la misma antropología filosófica. La responsabilidad; es más de lo que se puede o no haber cometido con respecto al otro cuanto haya podido o no ser de su incumbencia, como si estuviese entregado al otro antes de consagrarse a sí mismo, es una autenticidad que no se mide por lo que es propio o haya sido afectado, sino por la pura gratuidad con la alteridad.²²

La negación del otro y de su alteridad constituye un acto irresponsable. La ética exige el respeto y la atención al otro, en tanto que otro requiere la máxima atención a su vulnerabilidad.

Por su parte Waldow⁷² explica que el cuidado es la esencia humana del ser que implica preocupación, interés, afecto, protección, gusto, significando cautela, celo, y responsabilidad, como se evidencia en el discurso:

“...se supone que los debemos atender hasta (hace silencio prolongado, levantando el brazo), incluso hasta cuando hacen paro cardíaco fui a buscar ayuda, me sentía mal,

angustiada, porque no los podía dejar morir solos... Insistí con mi colega por la antigüedad que ella tenía para que hablara con el médico e interceder para que venga a la unidad, y es allí donde el médico decide reevaluar e indicar que se les instalen en la incubadora.E1/SHAKIRA.

Frente a la insistencia del acto de cuidar de la enfermera, de quien es consciente y cree que no debe dejar desamparado sin su cuidado, el médico accede a una reevaluación del micro prematuro y permite que se le asista. Para Sgreccia,⁵⁶ esta es la razón por la cual se piensa que la asistencia al paciente moribundo requiere un esfuerzo más que técnico, de naturaleza antropológica, capaz de restituir al hombre el verdadero sentido de su muerte y de iluminar su conciencia según la verdad, porque querer condicionar el valor objetivo de la vida humana sobre la base de "índices de calidad", confundiendo por tanto el valor de la vida, con el valor de la calidad de la vida, domina la valoración de la vida humana en sus últimos momentos.⁷¹ Es por ello que la enfermera a pesar de asumir que está frente a un ser no viable que vive y que no va a tener una buena calidad de vida, pues la inmadurez de sus diversos sistemas trae consigo problemas neurológicos, actúa y da cuidado hasta que el micro prematuro fallece, por eso ella afirma;

"...tú haces todo lo que está en tus manos para que salga, para que sobreviva, no se puede abandonar, no se puede dejar hay que hacer todo lo posible por la sobrevivencia.E2/PALOMA

Al ver estos prematuros me da mucha ternura porque sé que no va a durar mucho tiempo, me da tristeza, porque nacen fuera de tiempo y vienen a sufrir los pobrecitos.E5/THALIA

Me dio pena porque no podía lograrse, y por la madre porque no sé cómo se sentiría al perder un hijo, que con tanta ilusión lo espera. Y también me dio tristeza porque no llegó a su término^{E6}/*MIRIAM*

Las enfermeras comprenden que cada bebé es un ser humano único, que requiere de una valoración completa, y que es un deber ético y moral, el tener una mirada crítica sobre todo en estos momentos en el cual tienen la oportunidad de brindar un cuidado holístico sin importar la edad gestacional.

El cuidado va más allá de la palabra ayuda, cuidado es asistir, cuidar, conservar, es preocupación, es responder por algo y tener una base o un por qué? para ello, Según Colliere,⁷³ "cuidar es, ante todo, un acto de vida, es el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca", lo contrario pasa con el término ayuda que no es más, que prestar colaboración, auxiliar, socorrer, colocar los medios para el logro de un objetivo. Se aclara esta diferencia en vista que en algunas oportunidades se limita la enfermería y no se da el verdadero sentido de la misma, y es necesario tener claro que la Enfermería y su esencia es el cuidado que trasciende en el individuo y en la sociedad, así lo demuestra el siguiente discurso:

Acá les damos cuidados básicos, calor, oxígeno, bautizo, porque ellos son personitas, son seres humanos indefensos.
E5/*THALIA*

La enfermera consciente de que el micro prematuro es una persona, aunque lo dice en diminutivo, en su totalidad le da los cuidados básicos como son brindarle la temperatura necesaria para mantener el calor

corporal y sostener su respiración con oxígeno en casco cefálico a cinco volúmenes por minutos que él micro prematuro requiere, como está considerado para cualquier recién nacido normal, pero dada su vulnerabilidad para vivir se preocupa de su dimensión espiritual donde sus potencias operativas entendimiento, voluntad y libertad trascienden del cuidado material y junto a lo procedimental aplica el bautismo sin permiso del médico como un imperativo bioético-moral inmerso en su cuidado.

El Bautismo⁷⁴ significa «inmersión», «sumergir», «lavar », y tal es el símbolo de este sacramento católico: purificar el alma de toda mancha de pecado (pecado original) e incorporarlo a la iglesia. El rito esencial del Bautismo lo realizan siempre las enfermeras de neonatología, quienes dejan caer gotas de agua sobre la cabeza del micro prematuro, al mismo tiempo mencionan el nombre asignado diciendo “yo te bautizo en nombre del padre, del hijo y del espíritu Santo, Amén”, luego las enfermeras rezan un Padrenuestro, un Avemaría y un gloria , posteriormente se toman los datos de los padres, la fecha en que nació el micro prematuro, el nombre de los padrinos que pueden ser dos o uno sólo y al final se coloca el nombre de la enfermera que realizó el acto del bautismo y se comunica los padres que el registro del bautismo pasa al Obispado de Chiclayo donde puede solicitar la partida del bautismo.

Con el acto del Bautismo la enfermera enfrenta con alta responsabilidad y autonomía el cuidado de la vida y su trascendencia y en el fondo como afirma Polo¹⁴ está aplicando una ética fundada en la verdad del ser y del obrar racional y libre del hombre, por el hombre conocida y libremente aceptada, sino es así, toda acción buena carece de sentido. Las acciones buenas de las enfermeras frente a la vulnerabilidad de la vida se pueden apreciar en los siguientes discursos:

“...administramos el sacramento del Bautismo con el nombre de JesúsE3/MAYLI

...le administré el sacramento del bautismo y lo trasladé a una incubadora hasta que Dios disponga de Él E4/PAULINA

Dios tiene la potestad de decidir por él, tú lo asistes mientras tiene sus funciones vitales, tienes un deber moral, religioso de asistir por la vida del bebe, aunque a veces ellos no responden-E2/PALOMA.

Que decepción porque yo creía que deberíamos luchar por la vida , yo que había pensado que así sería , me doy con la sorpresa de que no, en un momento pensé que hasta Dios me podía castigar por lo que estaba haciendo.E1/SHAKIRA

Como se aprecia es una muy buena rutina en el servicio de neonatología bautizar al micro prematuro, convirtiéndose en una acción independiente que se puede rescatar de la enfermera y que no es realizada por ningún otro profesional, bautizar a quien no es considerado nada es encomiable, es también una manera de resolver salvar la vida material por otra más importante y perpetua como la espiritual, que en realidad no debe sentirse desilusionada al percibir que no hace nada por salvar la vida del micro prematuro, y esperar sólo la muerte.

Torralba⁶¹ manifiesta que la muerte, significa la disolución del ser, la descomposición, la decrepitud, la destrucción de las dimensiones fundamentales de la corporeidad, de la eticidad, de la historicidad, de

todas y cada una de las dimensiones antropológicas. Una vida se desvanece, se desfigura, pierde su armonía interna y externa. Morir es despedirse, es cortar las ataduras es desligarse de los vínculos que uno ha tejido lentamente a lo largo de su biografía. Este desatarse es el aspecto más dramático de la muerte, no solo para él que se va, sino fundamentalmente para él que se queda.

El morir constituye por todo ello, el último y definitivo evento de la vida humana, hecho reconocido por la enfermera por lo que siente el deber moral de acompañar al micro prematuro hasta su deceso; sin embargo la verdad profunda y con sentido, es rescatarla de la muerte y, sí la salva al bautizarle por lo tanto Dios no la puede castigar, por el contrario, tendrá una gracia especial, por las acciones benevolentes que realiza pudiendo abarcar un horizonte muy vasto de servicio respecto a toda la sociedad, en todos sus niveles, llegando a desarrollar una preciosa acción, tanto en sentido asistencial como preventivo y formativo. Esta cercanía ayuda a descubrir a la enfermera, que a través del dolor, se ve el sentido de toda una vida convirtiendo la asistencia al micro prematuro moribundo en un verdadero reto ético para la sociedad.

La enfermera, entonces asume un profundo compromiso científico-técnico y espiritual ofreciéndole las posibles respuestas a las necesidades: tratamiento del dolor, apoyo físico, espiritual, asistencia inmediata y cuidados paliativos para el micro prematuro que son campos en los cuales exige cada vez más un esfuerzo de investigación e inversión en recursos humanos y económicos donde intervienen la:

3. CONCIENCIA Y ESPERANZA

El proceso de cuidar destaca Torralba,⁶¹ reclama la perspectiva ética, pues el acto de acompañar supone la transmisión de determinados valores que son, por otro lado claves para el perfecto desarrollo de esta peculiar forma de relación personal donde se articula la transmisión de determinados éticos, como por ej. el valor de la esperanza. Acompañar a un micro prematuro doliente es velar por él, es luchar contra el nihilismo, el relativismo, el abandono, el fracaso. Este velar y preocuparse revela sensibilidad ética. Para el autor, el cuidar es una acción esperanzada y solo puede articularse desde la expectativa de la comunicación de la esperanza, con el micro prematuro no se debe teorizar sino actuar, la esperanza es una virtud, un valor fundamental para encausar el futuro y superar las situaciones- limite, como los estragos de la vulnerabilidad.

La esperanza escribe Marcell citado por Torralba⁶¹ supone la conciencia de una situación que nos invita a desesperar (enfermedad, pérdida). Esperar es dar crédito a la realidad, afirmar que hay en ella algo que nos hará triunfar del peligro y aquí se ve que lo correlativo de la esperanza no es el temor sino el acto que consiste en llevar las cosas a la peor parte; es una especie de fatalismo pesimista que afirma la impotencia de la realidad o que se niega a ésta, la aptitud para tener en cuenta aquello que a pesar de todo no solamente es nuestro bien sino lo que opinamos que es el bien en el sentido absoluto de la palabra.

Tolstoi nos dice que la acción de cuidar, y el deseo de obtener esperanza que el enfermo quiere conseguir no resulta fácil cuando existe la desesperanza, la amargura que empaña el corazón de la madre ante el dolor de perder un hijo supone un arte, es decir; una sensibilidad, una técnica y una capacidad intuitiva, como sucede en el siguiente discurso:

*la madre estaba consciente que el bebé no viviría pero sus ojos miraban fijamente el lugar donde estaba su bebé, el médico le dijo que no iba a vivir y que pronto moriría.
E4/PAULINA*

Al acudir a centro obstétrico y ver que se trataba de un micro prematuro, la madre estaba desconcertada, su gestación había sido por tratamiento de infertilidad y aún no tenía hijos, y sobre el micro prematuro pedía que hagan lo posible para que viviera, el médico le confirma que no es viable y ella insistía. Paloma,

La enfermera consciente de la situación de salud del micro prematuro, también entiende la autoconciencia de la madre, quien sabe perfectamente que a su bebé en la situación que está, le quedan muy pocas horas de vida, por ello su mirada no se aparta de él quizá con la ilusión esperanzada que podría vivir pero también entra a tallar la reflexión aturdida de otra madre al pensar todo lo que tuvo que hacer para conseguir un embarazo y al encontrarse que su bebé nace antes de tiempo la perturba, ella quiere que viva, no acepta la inviabilidad explicada por el médico y anhela que su bebé viva, sin embargo entra a tallar la palabra arrebatadora e hiriente del médico, afirmando rotundamente que no iba a vivir.

Por este motivo, la esperanza está íntimamente relacionada con la vulnerabilidad o con lo que Marcell⁷⁵ llamaba la indisponibilidad. Solo puede tener esperanza quien es vulnerable Entendiéndose como un ser afectado que ha sufrido daño y que no puede reaccionar sin una atención oportuna, pues al ser autónomo es auto suficiente incólume a la

precariedad no tiene necesidad de este hábito. La esperanza es un acto de la existencia personal, constituye una estructura del ser, es confianza tendida hacia el futuro y paciencia en el mismo acto, es la espera de la posibilidad del bien como se ha percibido en las madres cuyo bebe le quedan pocas horas de vida. La esperanza dice Kierkegaard⁷⁶ es una realidad, una síntesis de lo eterno y lo temporal por eso la expresión de la tarea de la esperanza es doble: esperar lo todo en cuanto es implicación de lo eterno; y esperar siempre en cuanto implica temporalidad.⁶³ y solo se puede restaurar el orden o el bien a través del diálogo y la receptividad transmitida por el cuidador en este caso la Enfermera lo afirma:

La madre ya sabía que era un aborto porque todavía no había cumplido 20 semanas, sin embargo quería en el fondo de su interioridad que viva... E/6 MIRIAM.

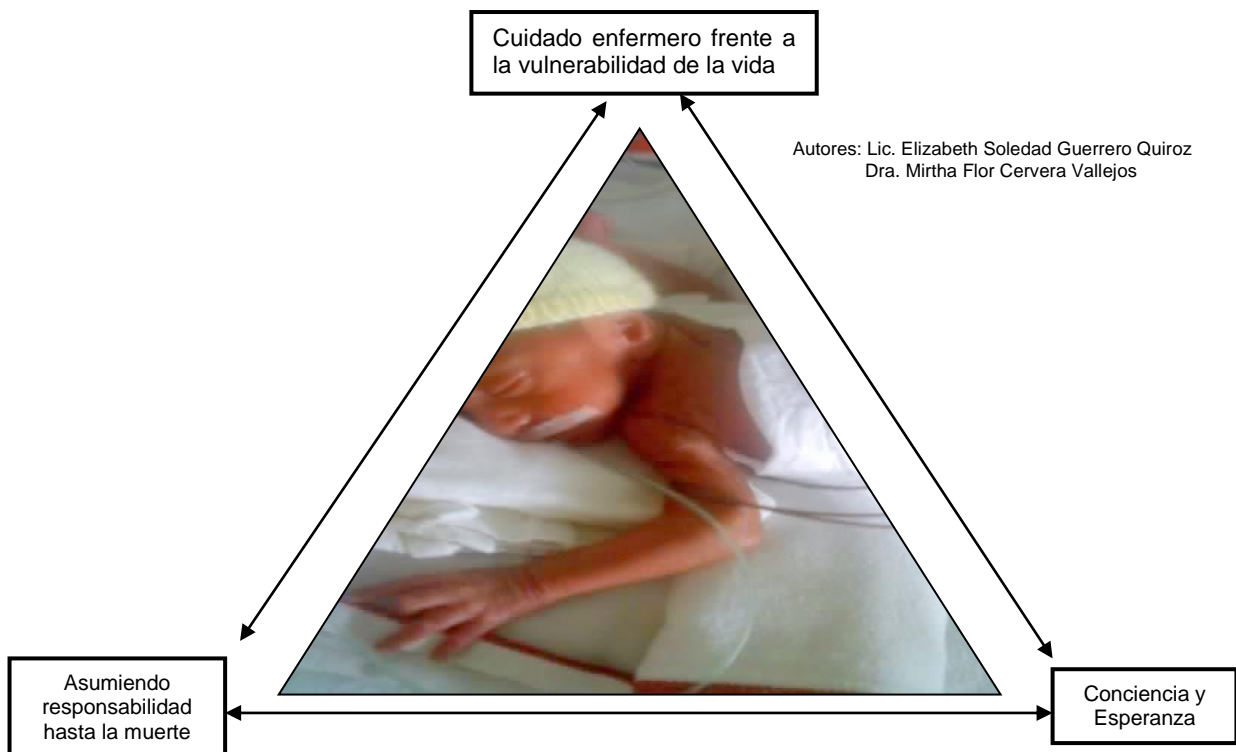
Una madre fue transferida de Piura porque aquí podríamos hacer lo imposible por el bebé, porque tenemos ventiladores sin embargo murió, la madre se resistía a creerlo.

La praxis de la esperanza debe partir del conocimiento profundo de la realidad, del análisis pormenorizado del recién nacido y a partir de esta información construir la esperanza y cuando todo esté perdido, acompañar a la madre para aceptar esta situación y a construir sentido a partir de sus convicciones y creencias. Es verdad que la madre sabía que el bebé que le había nacido no ha cumplido la edad idónea para sobrevivir y desde ya el mismo personal del equipo de salud, en especial el médico se encarga de hacerle saber que es un aborto, pero nadie le explica que de haber nacido en otra parte del mundo este bebé sí sería viable y tendría la oportunidad de amamantarlo y llevarlo en su regazo. Como se ha podido apreciar una vida humana frágil es fuerte como persona: esa es una

fortaleza. Descubrir la fortaleza de la vida humana frágil, especialmente en los casos de dolor y deterioro, cuando la fragilidad humana resulta tan evidente que parece no existir la gran fuerza personal y aliviar a la persona cuando es baluarte en ruinas, es el fin de la bioética.

A continuación se presenta el esquema conceptual sobre experiencias de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro prematuro.

EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO INMEDIATO AL MICROPREMATURO



CONSIDERACIONES FINALES

Posterior a los resultados de los análisis se llegaron a las siguientes consideraciones finales:

El micro prematuro como todo ser humano desde el inicio de su existencia, es único e irrepetible; es un alguien y no un algo, susceptible de ser clasificado y, aún menos eliminado, es una persona con derechos sustentados en la ley de proteger su vida y de gozar de las mismas garantías desde el momento que fue concebido hasta su muerte natural.

Las enfermeras del servicio de Neonatología del H.A.A.A. cuando abordan el cuidado inmediato a los micro prematuros toman conciencia de su gran vulnerabilidad física, en primer lugar por ser considerado por la parte médica como un aborto, que no se puede hacer nada por él, sin embargo la enfermera al verlo respirar se siente increpada a proporcionarle lo mínimo básico del cuidado que requiere toda persona humana viva y el micro prematuro lo es, por tanto tiene derecho que la ley le confiere.

El tiempo de vida del micro prematuro, es reconocido por la enfermera como corto que puede ir de 2 horas hasta tres días, en este lapso de tiempo y ante la observación que funcionan sus signos vitales como pulso y respiración, reacciona emergiendo de ella sentimientos encontrados que le impulsan a priorizar el cuidado, sobrepasando las indicaciones medicas, proporcionándole al micro prematuro, oxígeno y calor al colocarlo dentro de una incubadora

La enfermera, ante la prescripción médica de no viabilidad y dejarlo morir, toma una decisión y resuelve acompañarle al micro prematuro, empezando a sentir temor de tocarlo por ser la primera vez que recibe a este ser vulnerable, experimentando que sus acciones son buenas porque su cuidado asegura una muerte digna al mismo.

Las enfermeras al observar a un ser que lucha por la vida, se sienten desconcertadas no sabiendo que hacer por un momento, sin embargo pronto reaccionan y toman conciencia de sus deberes de proteger la vida, mediando ante el médico para que se le proporcione soporte vital, algunos médicos acceden a su solicitud.

Las acciones de cuidado de las enfermeras encontradas con las indicaciones médicas, llevan consigo responsabilidad, incluso hasta el momento de la muerte del micro prematuro, ellas reclaman que no se les debe abandonar, ante la inminencia de la muerte los bautizan sin saber que con este acto les salvan la verdadera vida; la espiritual.

Igualmente las enfermeras de neonatología frente a las situaciones de salud que tiene los micro prematuros son conscientes que ellos van a morir pero al mismo tiempo emerge en las enfermeras y madres de estos niños, la esperanza interior que continúen viviendo, dicha virtud parte del conocimiento profundo de la realidad descubriendo al mismo tiempo la fragilidad de la vida humana cuyo tiempo de vida es corto y de la presentación de la muerte en algún momento.

RECOMENDACIONES

PARA LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

- Las enfermeras deben fortalecer mediante la educación continua e integral, su visión sobre la persona humana sin considerar su situación de salud, edad, raza, economía, familia sino será protegido y cuidado desde que es concebido hasta su muerte natural.
- Fortalecerse en su capacidad de decisiones con sesiones de bioética abordados por el comité de bioética del hospital; por autoformación o por el estudio formal académico a través de diplomados o másteres en bioética.
- Realizar talleres donde hagan crecer la autoestima personal, la capacidad de liderazgo y el análisis crítico que los conduzcan a tener seguridad en el cuidado inmediato que brinden al prematuro sin falsos temores, con convicción y posicionamiento de quien hace algo, por proteger la vida del más débil y vulnerable como son los micro prematuros que siempre vendrán al mundo con la seguridad de ser salvaguardados.
- Acompañar al micro prematuro desde el momento de su nacimiento hasta su muerte natural, como lo amerita toda persona humana cuya vida es digna y sagrada.
- Conocer a profundidad la parte legal que protege el derecho a la vida y su protección para saber aplicarla en caso se presente casos posteriores.

PARA LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

- Que no pierdan el calor humano inmerso en su juramento hipocrático del respeto por la vida humana, desde su comienzo, aún estando bajo amenaza, y no usar sus conocimientos médicos en contra de las leyes y principios de la humanidad y del código deontológico médico en su capítulo 2 de relaciones médico- paciente y sus artículos 42 y 52 de proteger y salvar la vida en la situación que se encuentre especialmente cuando el ser nacido es vulnerable, y son evidentes sus signos vitales aunque no tengan la edad gestacional apropiada.
- Conocer a profundidad la parte legal que protege el derecho a la vida del concebido.

PARA LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.

- Que se profundice en la formación bioética a las profesoras y estudiantes con el único fin de que ambas aprendan a tomar decisiones cuando la vida vulnerable está en juego, y que no habiendo otra forma material de recuperarla sepan aplicar el bautismo como medio de recuperar la vida eterna.
- Fortalecer y evaluar la bioética como eje transversal en las diferentes asignaturas del currículo de la escuela de enfermería.

AL COLEGIO DE ENFERMEROS.

- Que la praxis del código de Ética y Deontología en el capítulo 1º de la Enfermera y la persona en sus 5 primeros artículos sean debatidos en seminarios de bioética, como mínimo dos veces al año con la finalidad de estimular la ética y el deber de la responsabilidad y salvaguardar la vida vulnerable del micro prematuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- "Early death, morbidity and need of treatment among extremely premature infants". Markestad T, Kaaresen P, Ronnestad A, Register H. *Pediatrics* 2005; 115(5): 1289-98.
- 2.- Baud o. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. *N Eng J Med* 1999;341:1190-6.
- Reduce Villa Clara mortalidad por bajo peso al nacer, Ricardo González del Río, 06 de Marzo de 2010,
- 3.- Periódico Vanguardia, Santa Clara, capital de Villa Clara, Cuba. 29 de octubre de 2010.
- 4.- Grupo Collaborative Neocosur. Very Low Birth Weight infant's outcome in 11 Southamerican NICU'S. *J Perinatol*; 2002:202-7.
- 5.- Dewey, J. (1934). *Art as experience*. New York: Minton, Balch. Dewey, J. (1938). *Logic: The theory of inquiry*. New York: Holt. Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. En M.C. Witt rock, (Ed.), *the handbook of research in teaching* (3^l edition). New York: MacMillan, pp. 119-161.
- 6.- Sherman, R.R. y Webb, R.B. (1988). Qualitative research in education: A focus. En Sherman, R.R. y Webb, R.B. (Eds.) *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*. New York: TheFalmerPress, pp. 2-22.
- 7.- Sola A. El recién nacido de extremadamente baja edad gestacional (EBEG). En: Sola A, Rogido M, eds. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2001:1615-1626.
- 8.- Couceiro A. Neonatología "Crisis" de una especialidad. *Bioética* 1989; XXXVII(881): 61-66.
- 9.- Santin S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. *Texto Enferm* 1998 março; 7(2):111-32.
- 10.- Reeder S y Col 1995 *Enfermería Materno Infantil* 17 edic. Ed. Interamericana. México. DF.

- 11.-Rodríguez Daniela, Rodríguez Elviannys y Suarez Petra, .Actitud del personal de enfermería para proporcionar cuidados dignos al neonato menor de 1.500 grs. en la unidad de sala de partos en el hospital central universitario Dr. Antonio Ma. Pineda Barquisimeto Estado Lara 20,11
- 12.- Watson J. Naturaleza del cuidado humano y valores del cuidado en enfermería. New York, Nacional League fornursing. 1988:27-35
- 13.- Vasquez Lobeiras, María Jesús, “Immanuel Kant: el giro copernicano como ontología de la experiencia” en: *Endoxa* núm.18 (2004) 69-93, cita p. 7
- 14.-Polo, L., Ética: hacia una versión moderna de los temas clásicos, Universidad Panamericana - Publicaciones Cruz O., S.A., Ciudad de México 1993.
- 15.- Hildegart PEPLAU, Relaciones Interpersonales en Enfermería. Salvat editores. Barcelona. 1990.
- 16.- Reeder,S y Col 1995 Enfermería Materno Infantil 17 edic.Ed.
- 17.- Boeccio, cfr. *De duabus naturis et una persona Christi*, cap. 3; PL 64, 1343ss.
- 18.- Melendo T. La dignidad de la persona humana. En Polaino- Lorente A. Manual de Bioética General. Madrid: RIALP, 1997. Pp 59- 69.
- 19.- Moody, Raymond. Vida después de la vida, Galicia 2011.
- 20.- Kant; Crítica de la razón práctica, Losada, Buenos Aires 1977, 4ª ed.
- 21.- Wojtyla karol, Persona y acción 2007- Madrid.
- 22.- Bryczynska, Davis Aj. Las dimensiones éticas del cuidar en Enfermería. Enfermería Clínica 9; 21-34.
- 23.- Patterson; Paterson, H. E. H. (1985). “The recognition concept of species”. In: Species and speciation. Transvaal Museum Monograph No. 4, Transvaal Museum, Pretoria: pp. 21-29.
- 24.- Largman, Jan: EmbriologM ca.7ma Edicion
- 25.- comonolo.blogspot.com/.../dan-de-alta-al-bebe-mas-prematuro-del.html
- 26.- www.eluniversal.com.mx/notas/407871.html

- 27.- www.elpais.com/.../Universidad/Medica/Gotinga/puede/.../Ies/
- 28.- www.dailymail.co.uk/.../Bubble-wrap-baby-The-tiny-premature-child-kept-alive-little-packaging.html
- 29.- www.elpais.com/.../Universidad/Medica/Gotinga/puede/.../Ies/
- 30.- www.periodistasquintanaroo.com/.../nina-nacida-con-17-semanas-y-400-gramos-de-peso-celebra-su-primer-cumpleanos
- 31.- [www.baby2see.com/Rumaisa Rahman LBW.html](http://www.baby2see.com/Rumaisa_Rahman_LBW.html)
- 32.- Evangelium Vitae, Juan Pablo II (1995).
- 33.- Pardo., J. (2004), Bioética práctica al alcance de todos, Madrid: RIALP.
- 34.- Lejeune, Jérôme. *¿Qué es el embrión humano?* (1993) Ediciones Rialp, [ISBN 978-84-321-2975-9](https://www.isbn.es/978-84-321-2975-9)
- 35.- Andorno, R., Bioética y dignidad de la persona, Madrid, Tecnos, 1998
- 36.- Serra ANGELO; L'UOMO-EMBRIONE. Il grande misconosciuto p.33-46
Siena: Cantagalli, 2003. Traducido por Dr. Omar França
- 37.- Fernández Sessarego, Carlos, *La noción jurídica de persona*, segunda edición, 1968, pág. 1
- 38.- Declaración universal de los derechos humanos
- 39.- Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre
- 40.- Constitución Política del Perú-
- 41.- Pacto internacional de derechos civiles y políticas. Art.6
- 42.- Convención americana de los derechos humanos
- 43.- Convención de los derechos del niño
- 44.- Código civil de 1984. Art.1.35
- 45.- Rodríguez Gómez, G. Metodología de la investigación cualitativa. 1º ed. Granada: Ediciones Aljibe.1996.
- 46.- Morse, J (Editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003, 29-52.
- 47.- Alvarado s, Rojas V., Sandoval C., Vasco C. Enfoques de la investigación en ciencias sociales: sus perspectivas epistemológicas y metodológicas. Manizales/Medellín: CINDE 1990

- 48.- Castillo E., Vásquez ML ., El Rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia. [Acceso 27 de enero 2010]. Disponible en http://www.monografias.com/trabajos904/rigor_investigación-cualitativa/rigor-investigacion-cualitativa.shtml
- 49.- Pineda E B. el al. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- 50.- Pérez Serrano, G. (2004). Investigación cualitativa. Retos Interrogantes. Vol I. Métodos. Madrid: La Muralla.
- 51.- Velásquez Fernández, A. Metodología de la investigación. 1º ed. Lima: Ediciones San Marcos.1998
- 52.- Rodríguez Gómez, G. Metodología de la investigación cualitativa. 1º ed. Granada: Ediciones Aljibe.1996.
- 53.- Ley 27669 ley del Enfermero
- 54.- Código de Ética y Deontología.
- 55.- D.S.Nº 011- 2011 –JUS.
- 56.- Sgreccia E., Principios de Bioética Personalista; 2009.
- 57.- Suárez M y cols. La bioética en el desempeño de la enfermera. Revista Mexicana Enfermería Cardiológica 1999; 7(1-4): 46-48.
- 58.- Vielva Asejo J. Ética profesional de la Enfermería. Bilbao: Desclee de Brouwer: 2002.
- 59.- Avery GB. Dilemas éticos en el tratamiento del neonato con peso extraordinariamente bajo. ClinPerinatol (español) 1987;2: 379
- 60.- Etcheberry Orthusteguy Luis, Derecho penal 2010.
- 61.-Torralva;F., *No pasar de largo. La experiencia ética* 4 de enero de 2011./ Editorial Proteus. Barcelona
- 62.- Diccionario de Ciencias médicas Dorland.
- 63.- Lopez Moratalla N y. Iraburu Elizalde, María J. *Los quince primeros días de una vida humana* , Eunsa 2005.
- 64.- Amat Tardiu , Luis, Obstetricia y Ginecología

- 65.- Kozier, Barbara. Fundamentos de Enfermería. Editorial Mc Crac Hill. Interamericana, 5ta edición actualizada- España 1999 pág.145
- 66.- Derechos Humanos.
- 67.- Blanco, Guillermo."Muerte Digna. Consideraciones bioéticas-jurídicas", Buenos Aires, Ad Hoc, 1997.
- 68.- Mayeroff M, Johnson M, MaasM. Editors. Iowa Outcome Project. Nursing Outcome come classification (NOC). St. Louis
- 69.- Remeu. J y otros (1992); Trastornos psicológicos en Pediatría. Ed. Doyma, Barcelona.
- 71.- Barco, J.L. del, Bioética de la persona. Fundamentos éticos y antropológicos, Universidad de la Sabana, 1998.
- 70.- Waldow, vera Regina. Cuidado Humano; O resgate necesario. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 1998, p.162
- 72,- Jonas,h. El principio de responsabilidad. Barcelona, 1995. p.173
- 73.- Colliere, Marie (1997) Promover la Vida. España Editorial Mc Graw-Hill Interamericana
- 74.- Catesismo de la iglesia católica; tercera edic. revisada:14, 168, 172,189
- 75.- MARCEL, Gabriel. Homo viator. Introduction to a Metaphysics of Hope Harper Torch books, New York, 1962, 270 pp.
- 76.- Kierkergard, El Concepto de la Angustia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ----- Abajo
firmante, declaro que acepto participar en la Investigación “Experiencias y dilemas éticos de las enfermeras en el cuidado inmediato al micro prematuro”. Dicha investigación será realizada por la Estudiante de Maestría de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz, asesorada por la Dra. En Enf. Mirtha Cervera Vallejo, tiene como objetivo: Describir y Analizar las experiencias y dilemas éticos de las Enfermeras en la atención inmediata al micro prematuro en un Hospital de Mayor Complejidad Chiclayo – Perú 2011

Por lo cual las entrevistas serán grabadas por la estudiante, en cuanto a mis vivencias, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizan el secreto respecto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio a sin que esto genere algún perjuicio y /o gasto, se que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con la investigadora. Por último declaro que después de las declaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Chiclayo, de del 2011

Firma del Informante

Fuente para contactos: teléfono 222701

Firma de la Investigadora

Email: sguerrero@usat.edu.pe

CUESTIONARIO: PERFIL DE LAS ENFERMERAS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Introducción:

En el presente trabajo de Investigación busca describir, analizar y comprender la “Experiencias y dilemas éticos de las Enfermeras en la atención inmediata al micro prematuro en un Hospital de Mayor Complejidad Chiclayo – Perú 2011.”

Por tal motivo se solicita su participación en el presente estudio. Se respetará la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos.

Fecha:.....

Hora de Inicio:Hora de término:.....
Seudónimo.....

Edad: 20 – 30 () 31 – 40 () 41 -50 () 51 a más ()

Sexo F () M ()

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Otros.....

Procedencia.....Lugar de Estudios de Pre Grado.....

Años de Servicio: 2 - 4 años () 5 - 7 años () 7 -10años () + 10 años ()

Formación Académica: Especialidad ()
Maestría ()
Doctorado()

Servicios donde Laboró.....Cargos que Desempeñó.....

ANEXO 03

ENTREVISTA

El presente instrumento tiene por finalidad obtener información acerca de la “Experiencias y dilemas éticos de las Enfermeras en la atención inmediata al micro prematuro en un Hospital de Mayor Complejidad Chiclayo – Perú 2011”, por tal motivo se solicita su participación en este estudio respetándose la confidencialidad en todo el proceso.

1.- ¿Me puede contar sus experiencias en el cuidado inmediato que ha enfrentado en el cuidado del micro prematuro? ¿Desea agregar algo más?

ANEXO 04

IMAGEN 1



La historia de esta niña no tiene precedentes. Nació con tan sólo 21 semanas y cinco días de gestación. Afortunadamente, y tras 5 meses de estar internada, pudo pasar las Pascuas en su casa. La pequeña Frida nació el 7 de noviembre de 2010, en el Hospital de Niños de Fulda, en Alemania.
comonolo.blogspot.com/.../dan-de-alta-al-bebe-mas-prematuro-del.html

IMAGEN 2



Amillia Sonja

Un bebé que nació prematuramente, cuando contaba con tan sólo 22 semanas de gestación, ha salido adelante y ya le han proporcionado el alta. En el momento de su alumbramiento el pequeño contaba con 284 gramos de peso y una estatura de 24,13 centímetros. Se trata del bebé más pequeño del mundo que sobrevive con una gestación inferior a las 23 semanas.

www.eluniversal.com.mx/notas/407871.html

IMAGEN 3



En la ciudad de Göttingen (Alemania) han logrado sacar adelante a un bebé prematuro que sólo pesaba 300 gramos al nacer. La bebé se llama Kimberly y actualmente pesa 2.200 gramos
www.elpais.com/.../Universidad/Medica/Gotinga/puede/.../les/

IMAGEN 4



Es así el caso del bebé que nació solamente con 24 semanas y pesando nada más que 1 libra y 14 onzas, lo que permitía que su padre pasara por su brazo su anillo de bodas. La verdad es que era tan pequeño y tan delicado que sus probabilidades de sobrevivir eran muy pocas. Pero no se querían dar por vencidos, así como tampoco lo quiso hacer Gregor Craig

www.dailymail.co.uk/.../Bubble-wrap-baby-The-tiny-premature-child-kept-alive-little-packaging.html

IMAGEN 5



El 9 de junio del año pasado, el niño alemán nació cuando su madre fue sometida a una cesárea con sólo 25 semanas de embarazo en el hospital de la Universidad de Gottingen. Midió 27 centímetros y pesó 275 gramos, lo que, como ha hecho ver la prensa internacional, es menos que una lata -llena- de bebida de 350 cc. Se convirtió así en el niño prematuro más pequeño del mundo en sobrevivir.

www.elpais.com/.../Universidad/Medica/Gotinga/puede/.../les/

IMAGEN 6



Cuando nació Willow Ludden-Brooks los médicos pensaron que no sobreviviría. La pequeña llegó al mundo con 17 semanas y 400 gramos Más pequeña que una muñeca, fue el bebé de menor tamaño nacido en 2009 en Reino Unido.

www.periodistasquintanaroo.com/.../nina-nacida-con-17-semanas-y-400-gramos-de-peso-celebra-su-primer-cumpleanos

IMAGEN 7

Rumaisa Rahman fue una gemela, nacida a tan sólo 26 semanas pues su madre presentó preeclampsia grave, una condición grave que produce [presión alta](#) y otras anomalías durante el [embarazo](#). Pesó 270.6 grs. Midió apenas 22cms. Rumaisa estuvo 142 días en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital.

www.baby2see.com/Rumaisa_Rahman_LBW.html



IMAGEN 8

Microprematuro de 23 semanas de gestación nacido en el HNAAA, peso 500 grs, talla 28 cms., parto eutócico, la madre presentaba corioamnionitis. El Bb. Vivió 24 hrs.

