

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



**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO DE LA  
VIDA Y LA DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO. HOSPITAL  
REGIONAL LAMBAYEQUE- 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA**

**AUTOR**

**KATERINE ALTAMIRANO HOYOS**

**ASESOR**

**DRA. MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS**

**Chiclayo, 2019**

## **DEDICATORIA**

*Dedico esta tesis a mi familia, de manera especial a mi esposo Franco, a mi hijo Franco Manuel, y a mis padres Manuel y Delicia, por su apoyo incondicional durante el desarrollo de este trabajo de investigación; y sobre todo por ser lo más grande y valioso que Dios me ha dado y la fuente de inspiración para el logro de mis metas.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por permitirme culminar mis estudios de Maestría y beneficiarme en lo académico y en lo personal, y con su ayuda realizar el presente trabajo de investigación.*

*A mi asesora de tesis, Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, por su vocación de servicio y sus brillantes conocimientos, que fueron la piedra angular para orientar este trabajo. Asimismo a los docentes y coordinadores de la Maestría en Bioética y Biojurídica USAT.*

*A todas las personas que colaboraron en apoyo a la ejecución de esta investigación.*

## **RESUMEN**

El cuidado es la esencia de enfermería, pero desde un enfoque holístico, englobando cuerpo, mente, espíritu, en un todo integrado, partiendo desde esta óptica, resulta primordial, que la enfermera posea conocimientos técnicos, científicos y éticos. Por ello, surge esta investigación cualitativa- descriptiva, teniendo como objetivos: Describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y dignidad del neonato prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, fundamentada en la Teoría del Cuidado de Regina Waldow y Jean Watson. Participaron 14 enfermeras, muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada, validada por juicios de expertos y estudio piloto. El procesamiento de datos se realizó mediante el análisis de contenido. Durante la investigación persistieron los principios éticos y criterios de rigor científico de la investigación. Emergieron cuatro categorías: Cuidado ético para salvar y proteger la vida del neonato prematuro, Neonato prematuro, persona digna con gran vulnerabilidad, Centrando los cuidados en el desarrollo y familia; Limitantes en el cuidado y protección de la vida y la dignidad del neonato prematuro. Y como consideraciones finales: los cuidados brindados al neonato prematuro muestran el respeto y la protección por la vida y dignidad mediante la aplicación de conocimientos, competencias y criterio ético; además están centrados en el desarrollo y familia del neonato; sin embargo, se reconocen limitaciones y aspectos por corregir.

**Palabras clave:** Experiencia, Cuidado, Vida, Dignidad, Neonato

## **ABSTRACT**

Care is the essence of nursing, but from a holistic approach, encompassing body, mind, spirit, in an integrated whole, starting from this perspective, it is essential that the nurse has technical, scientific and ethical knowledge. Therefore, this qualitative-descriptive research arises, with the following objectives: Describe, analyze and understand the experiences of nurses during the care of life and dignity of the premature infant in the Neonatology Service of the Lambayeque Regional Hospital, based on the Theory of Regina Waldow and Jean Watson care. Fourteen nurses participated, a sample determined by the saturation and redundancy technique. For the data collection, the semi-structured interview was used, validated by expert judgments and pilot study. Data processing was performed by content analysis. During the investigation, the ethical principles and criteria of scientific rigor to the inquiry persisted. Four categories emerged: Ethical care to save and protect the life of the premature neonate, Premature neonate, dignified person with high vulnerability, Focusing attention on development and family; Limitations on the care and protection of life and dignity of the premature infant. Moreover, as final considerations: the care given to the premature infant shows respect and protection for life and dignity through the application of knowledge, skills and ethical criteria; They are also focused on the development and family of the newborn; however, limitations and aspects to be corrected are recognized.

**Keywords:** Experience, Care, Life, Dignity, Neonate

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>14</b>
1.1. Antecedentes:.....	14
1.2. Base Teórica Conceptual. ....	18
<b>CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>35</b>
2.1. Tipo de investigación.....	35
2.2. Abordaje Metodológico .....	35
2.3. Sujetos de Investigación.....	35
2.4. Escenario .....	36
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	37
2.6. Procedimiento .....	38
2.7. Análisis de Datos .....	38
2.8. Criterios Éticos.....	39
2.9. Criterios de Rigor Científico .....	40
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
3.1. CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO .....	44
3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas prioritarias.....	44
3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y praxis de la Bioseguridad. ....	48
3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad .....	53
3.2. NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD.....	56
3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa y con valor intrínseco.....	57
3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado.....	61
3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio. ....	65
3.3. CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO. ....	67

3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora	70
3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo con los padres .....	72
3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades.....	79
3.3.4. Respetando la religión y educación a la familia del neonato prematuro.....	80
3.4. LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO.....	84
<b>CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>91</b>
<b>CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>

## INTRODUCCIÓN

La OMS<sup>1</sup>, considera que anualmente nacen aproximadamente 15 millones de bebés prematuros, nacimientos producidos antes de las 37 semanas de edad gestacional, partiendo de este criterio para clasificarlos: prematuros extremos, con menos de 28 semanas; muy prematuros entre la semana 28 y antes de las 32 semanas; y prematuros moderados, desde la semana 32 hasta antes de las 37 semanas.

Con relación a los nacimientos, la misma organización afirma que en Asia meridional y África, la prematuridad de los nacimientos tienen un índice mayor al 60%; asimismo, demuestra la problemática a nivel mundial indicando que Nigeria, la India, Estados Unidos y Brasil figuran como los diez estados donde se reportan más casos de nacimientos pretérminos, además de comparar el 12% de ellos que se producen en los países pobres con el 9%, en los países más ricos<sup>2</sup>.

En nuestro país, si hablamos de nacimientos prematuros, MINSA<sup>3</sup>, en el año 2015, afirma que de todos los neonatos en Perú, el 93,5% nacieron a partir de las 37 semanas de edad gestacional, mientras que un 6,5%, nacieron prematuramente, de éstos últimos que fueron 27 mil aproximadamente, el 4,2% se produjo antes de la semana veintiocho, y un 9% con una edad gestacional entre 28 y 31 semanas. Asimismo, señala que una de las razones más relevantes de la letalidad de los recién nacidos, es la prematuridad, reflejados en un 26%, que mientras más extrema, aumenta el costo y nivel de las atenciones, la estancia hospitalaria y eleva también los índices de riesgo de muerte y/o discapacidad del neonato; en tanto otros factores que predisponen la muerte neonatal son las infecciones y las malformaciones con un 22% y

15% respectivamente, y un 12% por asfixia y traumatismos durante el parto<sup>4</sup>.

Ante ésta realidad, la intervención de los profesionales de Enfermería es vital, sobre todo en los establecimientos en donde se hospitalizan los neonatos menores de 37 semanas de edad gestacional, como es el caso del Hospital Regional Lambayeque, un hospital de nivel III- I que cuenta con un área de Cuidados Intensivos Neonatales, Neonatología Intermedios (Neonatología I y Neonatología II) y Atención Inmediata del recién nacido, en donde se requiere del trabajo de licenciadas de enfermería que brinden cuidado especializado a los neonatos para poder lograr una atención de calidad.

Corroborar Loncharich<sup>5</sup>, al indicar que Enfermería se diferencia de otros campos sanitarios por tener como objeto de estudio al cuidado, que consta de dos aspectos que no pueden aislarse y constituyen la esencia de la profesión, un aspecto subjetivo como la afectividad, responsabilidad y comportamiento frente al quehacer enfermero, y otro aspecto más objetivo relacionado con lo técnico y la tecnología.

Como habíamos mencionado, el Hospital Regional Lambayeque es un establecimiento de alta complejidad, específicamente el área de Neonatología Intermedios I cuenta con equipos para brindar los cuidados a los neonatos prematuros, como incubadoras, pulsioxímetros, bombas de infusión, mezclador de oxígeno y aire comprimido, etc., sin embargo, a veces no son lo suficientes, debido a la demanda de pacientes, por tanto las enfermeras tienen limitantes para realizar un cuidado ideal, y cuidan a los neonatos con los recursos que tienen. La demanda de pacientes se corrobora con el Registro de Hospitalización del Servicio de Neonatología Intermedios I<sup>6</sup>, donde el número de pacientes que ingresaron en el año 2013 fue de 280, y en el año 2017 fue de 462, observándose en los cuatro

años, un incremento en un 65%, sumándose los diagnósticos que requieren de mayor estancia hospitalaria.

Por otro lado, el tiempo y el número de pacientes son factores importantes en el cuidado de enfermería, la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios<sup>7</sup>, indica como la dotación de personal enfermero en un Hospital de Nivel III- 1, de 2 a 3 pacientes por enfermera. Según lo anterior, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, son 5 pacientes que cada enfermera tiene bajo su responsabilidad, ya que hace algún tiempo se extendió la capacidad máxima del Servicio hasta 15, número que generalmente se mantiene, haciéndose corto el tiempo en un turno de seis o doce horas, al realizarse procedimientos especializados como: canalización de vías periféricas, colocación de sondas orogástricas, tomas de muestras de laboratorio, administración de medicamentos etc., además la monitorización de signos vitales es minuciosa, debido a la inmadurez en sistemas y órganos del neonato prematuro, necesitando en la mayoría de casos del soporte oxigenatorio.

Otro aspecto importante es la infraestructura, que según señala la normativa para el del tercer nivel de atención en el área de atención del neonato hospitalizado, se debe considerar para su dimensionamiento, cinco metros cuadrados por cada cuna o incubadora<sup>8</sup>. En este sentido, debido a la alta demanda de pacientes, se observa que hay ocasiones en que la unidad del paciente, sea cuna o incubadora, no caben en alguno de los ambientes destinados para la hospitalización; asimismo no se cuenta con un lactario para las madres, lo cual limita la interacción con la familia, específicamente con la madre y el padre, que sabemos es un punto vital en el tratamiento y recuperación del recién nacido prematuro, que a menor edad gestacional al nacimiento, mayores son los cuidados que requiere durante la hospitalización.

Las enfermeras suelen trabajar frente a un aumento de neonatos prematuros, donde la supervivencia y complicaciones se relacionan con el grado de prematuridad, trayendo consigo un incremento de las tasas de morbilidad, internamiento hospitalario, así como de la mortalidad neonatal, todo ello condicionado por un cuidado enfermero adecuado y oportuno<sup>9</sup>. Ante ello, si la enfermera realiza un cuidado limitado por los factores antes mencionados, existe el riesgo de tener las consecuencias señaladas anteriormente, que afectan los objetivos deontológicos de Enfermería, y por ende los derechos del neonato prematuro como la vida y el respeto por su dignidad.

La Constitución Política del Perú<sup>10</sup>, no es ajena a la protección de los derechos del recién nacido puesto que los protege desde la concepción, y señala en su artículo 2º, inciso 1: *“Toda persona tiene derecho: a la vida, a su identidad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”*. Sin embargo, hay derechos que indirectamente no pueden ser protegidos por las enfermeras durante el cuidado que brindan, puesto que no siempre las circunstancias favorecen al neonato, sobre todo cuando hay demanda de pacientes, que generalmente es mayor a los cuidados y atención ofrecida, dado que a veces no son suficientes las incubadoras, pulsioxímetros y en ocasiones, el número de personal, limitando aún más el trabajo, así como el procedimiento ideal de los cuidados.

Por tanto, es preciso señalar a un principio ético del cuidado de enfermería, que insta a hacer lo posible por brindar seguridad a la persona cuidada, y se relaciona con la reducción de factores de riesgo, cuidado de calidad, con un entorno apropiado para la satisfacción de las necesidades y protección de la vida, lo cual está en manos de la enfermera fundamentalmente<sup>11</sup>.

Ante la narrativa panorámica se formuló la pregunta científica de investigación: ¿Cómo son las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque? Asimismo se formularon los siguientes objetivos: describir las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque; analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque; y comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque.

En los últimos años, la neonatología ha progresado y por ende los cuidados de enfermería al neonato se han desarrollado a pasos agigantados, disminuyendo de esta manera la mortalidad neonatal, sin embargo, lo anterior trae consigo diferentes situaciones como prematuridad extrema, malformaciones graves, secuelas de asfixia perinatal, etc., en donde se necesitan no solo de conocimientos científicos y técnicos, sino también de conocimientos que contribuyan a fortalecer la humanización del cuidado del paciente más vulnerable<sup>12</sup>. Por ello, se hace imprescindible el papel de la Bioética haciendo que el profesional de la salud, en este caso la enfermera, pueda brindar un cuidado acorde con los principios éticos y de ésta manera se respete la vida y la dignidad del sujeto a quien cuida, específicamente al neonato prematuro.

Se consideró que la presente investigación, previa socialización de los resultados, puede aportar una reflexión bioética a las enfermeras que laboran en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, relacionado con la esencia del cuidado enfermero durante la praxis del trabajo diario con los neonatos prematuros para poder cambiar aspectos del cuidado neonatal derivadas de las propias

experiencias, o en todo caso, potenciarlos, de tal manera que influyan positivamente en decisiones del equipo de salud, contribuyendo a disminuir las cifras de morbimortalidad neonatal e infantil, permitiendo tener mayores estadísticas de supervivencia sin riesgo de discapacidad, y menos reingresos a hospitalización.

También la investigación contribuye a que el personal profesional del Servicio de Neonatología Intermedios I, tome conciencia en cuanto a la aplicabilidad de la bioética y su importancia durante el cuidado enfermero y la atención brindada al neonato prematuro, fortaleciendo la formación en conocimientos relacionados a la investigación y a la ética, mediante capacitación y sensibilización, además de promover proyectos que día a día aporten mayores beneficios para el recién nacido y su familia.

Por otro lado, la investigación brinda un aporte a la profesión de enfermería, centrado en la esencia del cuidado, y su aplicación durante el ejercicio cotidiano en los ámbitos clínicos y comunitarios como responsables del cuidado de la persona desde su nacimiento hasta su muerte. Por consiguiente, las escuelas de pregrado de las universidades, puedan considerar a la bioética como un punto sustancial en la formación humana de sus estudiantes, ahondando en su aplicación práctica.

Asimismo, los resultados del presente trabajo, contribuyen como antecedente de futuras investigaciones, pudiendo constituirse como material de consulta y/o de marco teórico para estudiantes de enfermería en pre y post grado.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

En éste capítulo se dieron a conocer los estudios que antecedieron al presente trabajo de investigación, así como las bases teóricas y conceptuales en donde se apoya éste estudio, haciéndolo más consistente.

### **1.1. Antecedentes:**

#### **1.1.1. A nivel internacional:**

- **Kukuradi I. El concepto de dignidad humana y sus implicaciones para los derechos humanos. 2019**<sup>13</sup>. El artículo argumenta la conexión entre la dignidad humana y los derechos humanos, señalando que se descuida el aspecto ético centrándose en aspectos legales; y a pesar de que la dignidad se relaciona mucho con los derechos humanos, su punto de conexión no está lo suficientemente claro. El autor esclarece luego la noción de los derechos humanos y la dignidad humana, poniendo en primer lugar el valor del ser humano, ya que dichos derechos son implicaciones prácticas de la dignidad humana, que exigen un trato igualitario para todos los individuos; y por ello son concebidos como normas “universales” en donde todos, sin ninguna diferencia reciban y entreguen un trato especial, sin privar a nadie del respeto por su dignidad.
- **Bellieni C. Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología. 2019**<sup>14</sup>. El autor explica que al no haber un acuerdo claro para concluir o continuar los cuidados intensivos neonatales, y los criterios utilizados tienen deficiencias, propone para resolver ésta situación, un criterio nuevo llamado «criterio del dolor», donde los cuidados intensivos pueden ser interrumpidos o aliviados en caso de

dolor o estrés evidente e intratable, por ende, explica cómo medir correctamente el dolor en el recién nacido, refiriendo que no son éticamente aceptables las indicaciones por temor a una futura discapacidad y que no están relacionados a la presencia del dolor. Finalmente, sugiere un protocolo que pueda respetar diferentes puntos, entre ellos: la incertidumbre del pronóstico neonatal, el tratamiento y la posibilidad de supervivencia de los neonatos; información a los padres y la buena práctica clínica; además señala que no es aceptable suspender el tratamiento por una futura discapacidad.

- **Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. Tarragona- 2014<sup>15</sup>.** Estudio cualitativo, con diseño fenomenológico hermenéutico, cuyo objetivo general fue conocer y analizar si las enfermeras dan respuesta a las necesidades de las madres y los padres para establecer una buena vinculación con sus hijos prematuros en una unidad neonatal y profundizar en el modo en que las enfermeras cuidan éste proceso, en el conocimiento y acciones necesarios para que éste sea un cuidado desde la excelencia y la coherencia. Los resultados mostraron que los padres y madres muestran necesidades respecto al vínculo con su hijo como: sentimientos ante el parto prematuro y el ingreso en la unidad neonatal; los efectos de su estructura, ambiente y normas de la unidad neonatal; las relaciones personales que se establecen en ella; la percepción de la imagen de su hijo y su entorno próximo; asimismo la vivencia de su relación con ellos. Concluye que el cuidado enfermero del vínculo y apego se define por la situación de la unidad respecto a los cuidados centrados en el desarrollo; percepción e importancia del cuidado que brinda al vínculo entre padres e hijo; y por las dificultades y deficiencias reconocidas para dicho cuidado.

### **1.1.2. A nivel nacional:**

- **Guerrero K. y Luna A. “Cuidado humanizado de enfermería al recién nacido pretérmino en el hospital regional “José Alfredo Mendoza Olavarría” Septiembre – Diciembre 2017<sup>16</sup>.** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, formuló como objetivos específicos el identificar los tipos de cuidado de enfermería hacia los recién nacidos pretérminos; develar la calidad de los diferentes procedimientos que se realizan durante el cuidado del recién nacido pretérmino por el profesional de enfermería; y develar los cuidados maternos aprendidos para el recién nacido pre-término; llegando a la conclusión que los cuidados integrales seguros y oportunos favorecen el adecuado desarrollo y maduración, a través de la estimulación sensorial, por el contacto natural de enfermería que se expresa a través de la caricia o toque humano delicado y el hablarle al neonato prematuro.
- **Broncano YN. Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: una perspectiva de enfermería. Unidad de Cuidado Intensivo neonatal. Hospital San Bartolomé. 2015<sup>17</sup>.** Estudio cualitativo, con método descriptivo exploratorio, que tuvo como objetivos: Describir y caracterizar el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); mostrando como resultados que la asistencia integral y especializada al neonato prematuro se realiza al brindar bienestar y comodidad al recién nacido, al contribuir con el desarrollo del área sensorio motriz o psicoemocional y la conservación de un medio ambiente extrauterino protector en la UCIN, englobando la atención del neonato como un ser biopsico socio espiritual junto con la familia y ofreciendo una asistencia individual, con dignidad, intimidad y autonomía.

- **Guerrero E, Cervera M. Personalismo y cuidado en el recién nacido prematuro (2015)**<sup>18</sup>. El presente artículo basado en publicaciones primarias, tuvo como finalidad establecer los principios del personalismo en el cuidado del recién nacido prematuro, presentando las siguientes consideraciones: el recién nacido prematuro es un ser único e irrepetible, persona con dignidad y derechos humanos; el personalismo concibe a la persona como una unidad que forma el ser inmaterial (alma y espíritu) y al ser material (cuerpo), y acepta su existencia desde el momento de la concepción hasta el último día o momento de su muerte natural; el personalismo ontológico justifica la identificación entre ser humano y persona, considerando persona al cigoto, al embrión, al feto, al recién nacido, al completo arco biológico de la vida humana (desde la concepción hasta sus últimos instantes) como manifestación personal que debe ser respetada y tutelada; el recién nacido tiene un cuidado especial proporcionado por las enfermeras especialistas de neonatología, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar un cuerpo espiritualizado; así como la preservación de la dignidad humana, al cuidar la vulnerabilidad, atender las necesidades básicas y buscar la trascendencia de su persona, convirtiendo al bebé prematuro en hijo de Dios a través del bautismo.

## **1.2. Base Teórica Conceptual.**

La experiencia es un hecho del ser humano, de la cual existen diferentes definiciones, la Real Academia de la Lengua Española<sup>19</sup> la describe como: *“un hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo, como conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”*.

Desde la filosofía, Kant, citado por Piulats<sup>21</sup>, se refiere a la experiencia, como la suma o relación del entendimiento y la sensibilidad, ésta última tiene que ver con la intuición y la percepción; además indica que cuando la experiencia se articula en juicios, debemos distinguir dos niveles: el de los juicios de experiencia subjetivos o de percepción, y el de juicios de experiencia objetivos.

Por su parte, Dewey<sup>21</sup>, en su teoría del conocimiento, se refiere a la experiencia como la interacción del sujeto con todo su entorno, admitiendo con ello un enfoque dinámico; y que no solo tiene que ver con el acto de conocer o los referidos a la conciencia, sino también asuntos y cuestiones negativas del ser humano y lo que le rodea.

Lopez<sup>22</sup>, argumenta que la experiencia es un acto cognoscitivo, donde se plasma la acción del hombre; distinguiendo el acto cognitivo sensible y el acto cognitivo intelectual, ambos distintos pero sintetizándose pueden dar paso a la experiencia del hombre propiamente dicha, por tanto, es consecuencia de la experiencia que se tiene del entorno (exteriormente) y de sí mismo (interiormente).

Asimismo, Wojtyla<sup>23</sup> en su obra, señala cada experiencia es un suceso único, que no se vuelve a repetir aunque las circunstancias sean las mismas en diferentes momentos, puesto que la “experiencia del hombre” se produce como resultado de la experiencia del contexto y de la experiencia de sí mismo.

De acuerdo a estas definiciones, la investigadora abstrae que la experiencia es un hecho singular, producto de la interacción del conocimiento, medio ambiente físico y social del ser humano, que se da en un tiempo y lugar determinado, guardados en el subconsciente, que afloran por asociación de ideas o cuando se le pregunta por el hecho experimentado o vivido en circunstancias personales. Las experiencias en el ser humano, como se sabe son diversas, sobre todo si se interactúa constantemente con otros seres humanos, como es el caso de las enfermeras, que la esencia de su labor se encuentra en el cuidado que realizan.

El objeto de estudio de la enfermería como ciencia es el cuidado, que es la esencia de la profesión, Waldow<sup>24</sup> define al cuidado de enfermería como el conjunto de conductas hechas, intervenciones llevadas a cabo oportunamente y otorgadas por derecho, por profesionales competentes para elevar el potencial de la persona, familia y comunidad; quienes en circunstancias relacionadas a la vulnerabilidad, tienen mayor necesidad de ser cuidadas como el nacimiento, un accidente, pérdida de un familiar, una dolencia, la ancianidad, la muerte, etc.

El cuidado para Jean Watson<sup>25</sup>, es una idea relacionada al comportamiento humano más que una conducta laboral, constituida por dos espacios del cuidado: el verdadero y el transpersonal; del mismo modo, sin restarle importancia al conocimiento científico, considera primordial el aspecto espiritual del cuidado enfermero. En consecuencia, señala diez factores de cuidado (FC), que luego denomina Proceso Caritas de Cuidado (PCC): a) bondad y ecuanimidad practicada con amor y con una conciencia solidaria; b) presencia auténtica para aceptar y conservar diversas creencias profundas y subjetivas del individuo y de los demás; c) libre cultivo de la propia espiritualidad y acciones

transpersonales con sensibilidad y compasión hacia los demás; d) desarrollo de una relación de ayuda y confianza con uno mismo y con los demás; e) presencia para apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos propios y de los demás; f) creatividad en el uso del saber, ser y hacer para solucionar problemas; g) participación en una enseñanza y aprendizaje partiendo de la comprensión; h) creación de un entorno de cuidado en todos los niveles a nivel físico y no físico, que irradie plenitud, belleza, comodidad, dignidad, paz, calma; i) administrar el cuidado, ayudando a otro con sus necesidades humanas básicas con un propósito y conciencia humanitaria; j) apertura y asistencia a lo espiritual, misterioso y existencial, incógnitas en la vida/muerte y la salud, enfermedad.<sup>26</sup> Lo anterior se aplica al cuidado enfermero, siendo el cuidador un medio terapéutico, teniendo como fundamento la relación continua entre enfermera- paciente, que no se limita, llega a ser transpersonal, y trasciende a un compromiso ético con la persona cuidada<sup>27</sup>.

Se considera que el cuidado es el objeto de estudio de la profesión enfermera, constituyéndose dos aspectos que no pueden separarse, uno subjetivo relacionado con actitudes positivas frente a la labor que realizan y otro objetivo concerniente a la parte técnica y tecnológica; en tanto señala que algo fundamental en la relación enfermera- paciente es la concepción de cuidado que tiene quien cuida y quien es receptor de dicho cuidado<sup>5</sup>.

El cuidado de enfermería como ciencia, se visibiliza en el proceso de atención de enfermería, Kozier<sup>28</sup>, sostiene que es un método razonado, lógico que se aplica de manera sistemática para la programación y ejecución de cuidados, coincide con ello Potter<sup>29</sup>, al explicar que es un procedimiento sistemático para resolver dificultades, brindando a los pacientes cuidados individualizados según las circunstancias y contexto en el que se encuentren. El proceso de atención de Enfermería, pasa por

cinco etapas, las cuales pueden estar superpuestas pero en su esencia busca el restablecimiento del neonato enfermo, estas son: 1.- Valoración; 2.- Diagnóstico; 3.- Planificación; 4.- Ejecución y 5.- Evaluación.

Teniendo en cuenta al cuidado como la esencia de la ciencia enfermera, Miranda<sup>11</sup>, propone principios relevantes para aplicar el cuidado de enfermería con ética: respetar la dignidad de cada persona; respetar la vida de la persona, considerándolo un bien primordial; hacer lo posible para lograr la seguridad de la persona cuidada; y conjugar la prudencia y la técnica para alcanzar la excelencia al cuidar.

Para la investigadora el Cuidado Enfermero, consiste en la interacción entre la enfermera y la madre y/o familia del recién nacido prematuro, contando para ello con un método racional y sistemático, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar y contribuir al restablecimiento de la salud, teniendo como principios el respeto por la vida y dignidad.

Esta investigación aborda el cuidado que brindan las enfermeras a los recién nacidos, de éste modo el periodo neonatal abarca los veintiocho primeros días de vida, periodo de adaptación a la vida extrauterina, y que diferentes necesidades no las satisface completamente la madre como lo hacía en la etapa fetal<sup>30</sup>. Sin embargo, ésta definición también tiene sus clasificaciones de acuerdo a las semanas de edad gestacional con las que nace el neonato; de tal forma, la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Neonatal <sup>31</sup>, se refiere al recién nacido pretérmino como el neonato con menos de 37 semanas o 259 días de embarazo; y diferenciándolo de la siguiente manera: neonato prematuro leve, entre 34 y 36 semanas; neonato prematuro moderado, con 30 hasta 33 semanas; neonato prematuro extremo, entre las 26 y 29 semanas; y finalmente, neonato prematuro muy extremo, con 22 hasta 25 semanas de gestación.

La Neonatología es una rama de la Pediatría que estudia a los recién nacidos, se considera una de sus subespecialidades, que en los últimos años ha presentado avances, sin embargo, en el equipo de salud surgen dudas al momento de tomar decisiones, y es preciso la ayuda de otras ciencias como la Bioética. En tanto, algunos casos en los que es preciso aplicar la Bioética en la etapa neonatal son: la prematuridad extrema, patologías complicadas de neonatos a término o posttérmino, así como las malformaciones genéticas en neonatos; dicha aplicación no se limita solo a éstos tres casos, sino que existen más causales en la praxis<sup>32</sup>.

Ante las diferentes situaciones, la toma de decisiones del equipo de salud juega un papel muy importante para solucionar diferentes conflictos éticos que se presenten en su actuar diario, a su vez es fundamental la formación en bioética de los estudiantes de enfermería, y mediante estas lecciones recibidas, se pueda alcanzar un pensamiento crítico y lógico, conjugados necesariamente con valores que se contraponen a veces a conductas negativas<sup>33</sup>.

Específicamente en la profesión de enfermería, Cervera<sup>34</sup>, afirma que la formación de los estudiantes de enfermería encaminada a la puesta en práctica de la ética, implica lograr en el estudiante un pensamiento crítico- reflexivo, autónomo para decidir y resolver conflictos éticos de forma adecuada y consecuente; por parte del docente existen implicancias para poder formar en éste sentido, como sus valores, pensamiento, coherentes con su actuar en la vida cotidiana.

Por lo anterior, es preciso hablar acerca de la historia de la Bioética y mencionar que Wilches<sup>35</sup>, señala a Potter como quien acuñó el término “bioética”, orientándola como disciplina no solo a los profesionales sanitarios, sino también al área social, ecológica; asimismo integra ciencias como la filosofía y ética con las ciencias médicas y biológicas, con el fin de crear un puente o comunicación entre ellas. Por su parte,

Hallegrs inserta la ética como disciplina de la filosofía para resolver dilemas y conflictos en el área sanitaria.

También, cabe mencionar a Fritz Jahr, habiendo publicaciones recientes que dan cuenta que el término bioética es su creación, pudiéndose seguir hasta el año 1927, al dar ese título a un artículo suyo publicado en una revista<sup>36</sup>. Por eso, tanto Fritz Jahr, así como Van Renssaler Potter y André Hellegers son personajes que dan inicio a la bioética<sup>37</sup>.

La bioética también tiene su historia aplicada a la neonatología, ésta última con progresos marcados desde la segunda mitad del siglo pasado, sin embargo, con sucesos donde un análisis bioético fue necesario ante las exposiciones en incubadoras a las que fueron sujetos un grupo de neonatos prematuros de Estados Unidos, deliberadamente y sin tener el consentimiento informado de sus progenitores, en lugar de estar en un establecimiento de salud recibiendo la atención adecuada para su situación de vulnerabilidad<sup>32</sup>.

Otros sostienen que el gran impulso que ha tenido la ética en el campo de la medicina, se debió a los casos de recién nacidos con problemas de salud graves, que no tenían esperanza de recuperación, y por otro lado, están aquellos que con una terapéutica adecuada pudieron haber conseguido mejores condiciones para vivir, pero lamentablemente todo ello se les fue negado, para poner algunos ejemplos, Jhon Hopkins, Baby Houle, Baby Doe, la bebe K, etc<sup>38</sup>. No obstante, Alunni, <sup>39</sup> describe y amplía los problemas éticos que surgen en la especialidad de neonatología tales como : malformaciones complicadas diagnosticadas antes del nacimiento; la asistencia frente a la prematurez extrema; la reanimación cardiopulmonar y la respuesta del neonato prematuro relacionada a su viabilidad; la asfixia severa y la asistencia que deben recibir los neonatos que la padecen; reanimación cardiopulmonar y el

periodo de tiempo prudente para su aplicación; criterio de proporcionalidad en el tratamiento; indicación médica de no reanimar cuando no hay proporcionalidad entre el tratamiento y lo que se espera en la salud del neonato, si se decide suspender dicha terapéutica; o cuando definitivamente, no hay un buen pronóstico médico por el estado, evolución o patología grave en el recién nacido.

Frente a ésta problemática, donde es clara la presencia de conflictos éticos en el área neonatal, varios autores proponen posibles soluciones, como el bioeticista Llantos<sup>40</sup>, quien señala cómo abordar los dilemas éticos en neonatología:

- Existen otros factores clínicos importantes que muchas veces merecen más atención que la edad gestacional del recién nacido.
- La muerte no es el mejor interés del neonato en la mayoría de los casos.
- No predisponernos a lo que sucederá, intentar lo que nunca se hizo, podría dar resultado.
- La disfunción de alguna parte del cuerpo no siempre significa que el paciente no tendrá una calidad de vida.
- Los padres de los recién nacidos hospitalizados siempre necesitarán un soporte, atiéndalos siempre.

Por su parte, Gebara<sup>41</sup>, señala en su estudio las bases éticas de la neonatología, entre ellas:

1. Defensa de la vida, respetando sus derechos y la dignidad del neonato, así como la promoción de su salud, sin importar la edad gestacional del nacimiento y su condición clínica.
2. No direccionar nuestro actuar hacia el ensañamiento terapéutico cuando se sabe que el neonato no tiene posibilidades de seguir viviendo.

3. Defender la vida del recién nacido siempre, considerando el principio de no maleficencia, aunque a veces se tiene que justificar la proporcionalidad del tratamiento y los resultados que se esperan en el neonato para continuar o suspender las indicaciones médicas
4. La prematurez del neonato no se considera una causa aceptable para suspender algún tratamiento, a pesar de que puedan presentarse secuelas posteriormente.
5. Los padres del recién nacido tienen la autonomía para tomar decisiones sobre la salud de su hijo, si esto no ocurriera, el equipo sanitario evaluará la situación.
6. La toma de decisiones sobre el estado de salud del recién nacido se hará en acuerdo con los padres, favoreciendo la fe y la confianza.
7. La enfermera es el profesional que mejor conoce al neonato y a su entorno y/o familia, por ello es importante la comunicación entre el médico y la enfermera.
8. Los padres no se deben considerar como visita, para ellos el ingreso es libre a la unidad de neonatología.
9. Siempre deberá estar primero el mejor interés del niño, porque no existe algo certero sobre el desarrollo y calidad de vida futuros del neonato, por ello es complicado la decisión de suspender algún tratamiento, en consecuencia la decisión deberá estar entre la vida con alguna deficiencia y la muerte.
10. Tener presente que no siempre lo que es posible a la luz de la técnica es aceptable para la ética, pues a veces puede ser perjudicial.

Por lo expuesto, existen diferentes sugerencias ante los dilemas éticos en el área neonatal, asimismo Parada<sup>42</sup>, en relación a la presencia de los padres, sugiere no desinteresarse por la

humanización y la calidad en el cuidado cuando se tomen en cuenta los fundamentos científicos, las normas y protocolos de las unidades neonatales, puesto que es prudente, previo acuerdo del equipo de salud, hacer partícipes a los padres del neonato ante algún problema por resolver y durante la hospitalización.

Por tanto, la Bioética muestra su importancia, y acerca de su historia podemos agregar que en 1978, se redactó el Informe de Belmont, donde se hace referencia del respeto a la opinión de las personas enfermas, es decir a la autonomía, también a la práctica profesional, la beneficencia y a la justicia; luego de un año, Beauchamp y Childress, presentan su obra<sup>43</sup>, de donde emergieron los siguientes principios:

**Principio de la autonomía:** Cada individuo se adecúa a sus propias normas para autodirigirse con libertad, para decidir entre las sugerencias de los demás y un conocimiento insuficiente<sup>44</sup>. En el caso de neonatos, Alunni<sup>39</sup>, considera que en éste principio, existe una transición del menor hacia sus padres o apoderados, y donde los profesionales de la salud deberán respetar las decisiones de los padres, y si no están los progenitores, podrá ser la justicia quien decida.

**Principio de beneficencia:** Se refiere a buscar siempre el bien del paciente, casi como un imperativo<sup>43</sup>. Por su parte, Garduño<sup>38</sup>, afirma que se cumple con la beneficencia cuando los deseos y decisiones de los padres se toman en cuenta, para ello el personal de salud debe darles información correcta, concreta, sin dejar de lado la empatía y el respeto por la situación del neonato y por la autonomía de los familiares.

**Principio de no maleficencia:** Quiere decir que durante la práctica profesional se le debe brindar al paciente la mejor asistencia y cuidados indicados<sup>43</sup>. En el caso de los neonatos, Garduño<sup>38</sup> sugiere que se debe considerar el criterio de proporcionalidad para poder decidir la

continuación o suspensión de ciertas indicaciones, sin caer en el encarnizamiento terapéutico

**Principio de justicia:** García<sup>45</sup>, señala que se refiere al compromiso y responsabilidad de tipo moral para el cuidado y aplicación de tratamiento indicado a los pacientes; y de parte de las autoridades, la equidad en la adjudicación de recursos en los ámbitos sanitarios. Un problema relacionado al área neonatal se observa en los países subdesarrollados, donde la distribución de los recursos, equipos e insumos para las áreas neonatales son escasas o no existen, dando lugar a los fallecimientos<sup>43</sup>.

Si bien es cierto, muchas de las profesiones rigen su actuar en base a los principios de Beauchamp y Childress, llamada también Bioética Principalista, Gomez<sup>43</sup>, afirma que existen críticas al principalismo, debido a que sus principios son considerados de tipo idealista, con planteamientos de soluciones que no concuerdan con la realidad y que no son de mucha ayuda en casos concretos.

Por su parte, Sgreccia<sup>46</sup>, nos dice que para hallar una armonía entre los principios de la ética principalista, habría que establecer una jerarquía entre ellos, especialmente entre la autonomía y la beneficencia, estableciendo primero, lo que significa bueno y malo para el individuo, para finalmente llegar a un punto afín, el bien verdadero de la persona. Considerando su posición personalista, señala que la ética de una acción se caracteriza por ser lícita y buena desde el punto de vista de la moral, además de ser resultado del uso pleno de la libertad, inteligencia y conciencia, y por ende hay en ella respeto por la persona, su naturaleza y su dignidad<sup>47</sup>.

El personalismo es un gran movimiento de orden filosófico, y también cultural cuyo objetivo es promover y restablecer la importancia de la persona humana, de su dignidad, de su relación con los demás, cuya vocación debe traspasar lo ordinario<sup>48</sup>. Por tanto, Burgos<sup>49</sup>, refiere que

Elio Sgreccia ha fundamentado y sentado las bases de la Bioética Personalista desde el Personalismo a partir de la admisión como concepto principal y fundamental a la persona, así como la ampliación de temas relacionados a ella, haciendo hincapié en la divergencia que existe entre ser humano y hombre, dando un enfoque diferente a la corporalidad y temas subjetivos como los valores; además habla sobre temas antropológicos controvertidos, que tienen planteamientos de orden metafísico (lo sustancial, la ley natural, etc.); y es de esperarse que cuente con un referente de ideas y postulados personalistas como Tomás de Aquino, a quien le siguen otros autores como Marcel, Scheler, Maritain, etc., para poder clasificar al personalismo en hermenéutico, relacional y ontológico, identificándose con el último.

Sgreccia<sup>46</sup>, dentro de la Bioética Personalista, plantea los siguientes principios:

- **El principio de defensa de la vida física**, que se traduce en el valor más importante de toda persona, asimismo se debe entender que la persona no solo es corporalidad, sino también espiritualidad, lo cual no reduce el valor mismo de la persona y le hace sobrepasar su presencia en el tiempo.
- **El principio de libertad y responsabilidad**, nos refiere que la libertad como derecho se encuentra en jerarquía después del derecho a la vida, puesto que para ser libres, antes se debe estar vivo; del mismo modo, la libertad se ejerce en un marco de responsabilidad para asumir las consecuencias de nuestros actos, también la vida propia y de los demás.
- **El principio de totalidad o principio terapéutico**, que hace hincapié a la totalidad y unicidad de la corporalidad de la persona, dada por su existencia muy singular y personal, resultado de la unión de cada

una de sus partes; por tanto, acepta en lo terapéutico, la intervención de alguna parte del cuerpo en beneficio de su totalidad, respetando diferentes condiciones y criterios.

- **El principio de sociabilidad y subsidiaridad**, ambos términos se relacionan, puesto que la sociabilidad implica a todas las personas de manera individual, cuando sus acciones se orientan a hacer el bien de los demás; mientras que el principio de la subsidiaridad significa la ayuda que las personas como comunidad ejercen en donde más se necesita.

En la Bioética personalista, Sgreccia<sup>46</sup>, no solo nos presenta principios sino que fundamenta el personalismo a través de un método triangular, con un análisis que tiene tres puntos enlazados: el punto A, es el hecho biomédico; punto B, aspecto antropológico; y el punto C, la solución ética; en ese sentido, siempre pone como un valor relevante a la defensa de la vida al considerar que es dinámica, espontánea y que tiende a un fin, por ende incluye a la defensa de la salud cuando se promociona la vida humana, siendo una cualidad de la persona viva, por tanto solo se puede hablar de salud si se habla también de la vida.

Hablar de la vida es hablar de una abstracción, referirse a la ‘vida humana’ es hablar de humanidad también<sup>50</sup>. Por consiguiente, Miranda<sup>11</sup> señala que la naturaleza de la vida humana es buena, en tanto que para conseguir la perfección es preciso vivir, en consecuencia, la vida es indispensable para llegar a la corrección que la persona necesita en sus actos.

En cuanto al principio de la defensa de la vida física, Quintana<sup>51</sup> hace referencia a los fundamentos de Sgreccia, sostenidos en el hecho de que la vida es el valor más importante que debe ser respetado, puesto que hacen a la persona única e irreplicable, así como su existencia dependiente

de una naturaleza corpórea y espiritual, lo cual trasciende los límites del tiempo y el espacio

Por otro lado, en el ámbito legal, la Declaración de los Derechos Humanos<sup>52</sup>, toma como uno de los derechos, el derecho a la vida: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*, y agrega en su artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen ‘libres e iguales’ en dignidad y derechos”*. Del mismo modo, Vial<sup>53</sup> refiere que el “derecho a la vida” sienta las bases de todos los deberes y derechos que se conocen.

Podemos relacionar también el derecho a la vida como un tema muy adherido a la profesión enfermera, puesto que el Código de Ética y Deontología<sup>54</sup>, en el Capítulo II, Artículo 15, nos dice que la enfermera en el cumplimiento de sus deberes, participación y cooperación ciudadana, deberá siempre defender la vida y la salud de todas las personas. Asimismo la Ley del Trabajo Enfermero (27669)<sup>55</sup>, en el Capítulo II, Artículo 6 dice: *“la Enfermera es el profesional de la Ciencia de la Salud con grado y título Universitario [...] reconoce como su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud”*.

Por lo anterior, se puede afirmar que la vida, en ésta investigación es un bien de carácter básico y fundamental, además es un derecho relacionado a la salud del recién nacido que es cuidado por el profesional de enfermería, que defiende éste derecho como parte de su responsabilidad y competencia. Además, el respeto por la vida de la persona desde su concepción hasta que finaliza con la muerte, se hace imprescindible cuando queremos reconocer y respetar también la dignidad humana<sup>11</sup>.

Otro aspecto que defiende la labor enfermera mediante el cuidado, es la dignidad, que es un concepto del cual se habla mucho en Bioética, el

Diccionario de Bioética<sup>50</sup>, refiere que etimológicamente: *“viene del latín dignus, dignum, que corresponde, en griego, a axios: valioso, apreciado, precioso, merecedor. La dignidad es equivalente a “valor”, a cualidad o a estatus, y se refiere por tanto a lo que merece estimación y honores; asimismo, la define como como el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano”*.

Burgos<sup>56</sup>, afirma que la dignidad de la persona le genera un valor intrínseco que la lleva perfeccionarse, que la hace única e irrepetible y evita cosificarla o darle un valor material diferente a la dignidad como fundamento de los derechos humanos. Al ser el origen y significado de la dignidad de la persona un punto amplio y difícil de delimitar, será también complicado abarcarlo y aplicarlo en toda su extensión<sup>57</sup>.

A modo de comparación, podría decirse que la dignidad es el valor intrínseco que se les da solo a las personas, mientras que el “precio” es el valor que se les proporciona a lo material o a las cosas<sup>11</sup>. Por ello, Aparisi<sup>58</sup>, considera que abordar la dignidad humana resulta complicado por la amplia literatura que hay sobre este tema, y por ende posee muchos acepciones y definiciones, además que es vista desde diferentes enfoques, y específicamente la misma autora considera acerca de la dignidad: *“es un término que se aplica al hombre para señalar una peculiar calidad de ser, para sostener que es persona y no sólo individuo”*.

Tomando en cuenta lo anterior, respecto a la dignidad, Castillo Vegas citado por Sánchez<sup>59</sup>, señala seis sentidos de dignidad:

- Teológico natural, por el hecho de la creación de la persona a imagen y semejanza de Dios, fundamento que se relaciona con la voluntad y la inteligencia.
- Teológico sobrenatural, donde se lleva a un nivel superior la naturaleza humana, dada por la filiación y gracia de Dios.

- Ontológico, que describe al hombre como un ser superior, importante y con excelencia, diferenciándolo de los demás seres debido a las facultades que posee, todo ello enfocándolo en lo siguiente: todos los seres humanos son iguales, fundamentado en el respeto por los derechos humanos
- Moral, el cual hace referencia a las acciones buenas y malas de los seres humanos, orientadas al respeto por la dignidad, llevadas a cabo deliberadamente, en concordancia con la moral, de lo contrario, se pierde el significado certero de dignidad.
- Jurídico, aquí se considera como aval jurídico la defensa legal de los diferentes atributos de la persona como el ser superior, igualdad ante todos y estar proveído de excelencia, significando el respeto por su dignidad plasmado en los derechos humanos.
- Físico, que describe una concordancia entre el respeto por la dignidad de la persona humana y la “calidad de vida” entendida como diferentes situaciones y entornos físicos, de salud, de bienestar, así como de educación, económicos, sociales, etc.

Del mismo modo, señala Miranda<sup>11</sup> que el buen cuidado enfermero es definido como un conjunto de intervenciones que incluyen un trato digno, es decir la consideración, respeto y defensa de la dignidad de la persona. Refiriéndose al cuidado neonatal, Guerrero<sup>18</sup> considera que la enfermera con sus cuidados defiende los derechos inalienables del neonato prematuro, teniendo en cuenta la vulnerabilidad en el que está inmerso, sus necesidades prioritarias y su trascendencia como hijo de Dios y garantizando su pronto restablecimiento.

Por lo tanto, para la presente investigación, la dignidad es un término de definición compleja, considerada como el valor intrínseco del neonato prematuro, por el cual es tratado como persona y no solo como

individuo, y por consiguiente dicho valor es respetado y salvaguardado mediante el cuidado que brinda la enfermera.

Por otro lado, el lugar donde la enfermera desempeña su labor juega un papel muy importante, como es en el Servicio de Neonatología I del Hospital Regional Lambayeque, como se sabe, éste hospital es una de las instituciones de mayor importancia y complejidad de la región, tanto que constituye un nivel III – 1, es decir nosocomio de alta complejidad que brinda servicios integrales de salud a la población, con calidad, equidad y eficiencia, contando con personas competentes, comprometidas en capacitación permanente.

Las áreas neonatales son cuatro: Cuidados Intensivos, Neonatología I, Neonatología II y Atención Inmediata del Recién nacido. El Servicio de Neonatología I, tienen seis años de funcionamiento, donde laboran un total de 17 enfermeras, una de ellas comparte sus horas mensuales entre labor asistencial y administrativa, de tal forma que en cada turno de seis o doce horas laboran tres enfermeras para 15 pacientes., en donde se realizan cuidados y procedimientos como colocación de sonda orogástrica, canalización de vía endovenosa periférica, toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos, monitorización de signos vitales, etc., que deberán ser mucho más minuciosos debido a la prematuridad y patologías de los neonatos como: prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, enfermedad de membrana hialina, sepsis neonatal, trastorno metabólico, trastorno de la coagulación, etc.

La infraestructura del Servicio de Neonatología I cuenta con 7 ambientes y una estación de enfermeras, de los cuales 3 son utilizados para la hospitalización de neonatos con alguna patología, con tratamiento endovenosa por vía periférica y/o central (catéter umbilical o catéter central de inserción periférica), que se encuentran en fase ventilatoria II-I (CPAP nasal, cánula binasal, casco cefálico). Los equipos

con los que cuenta el Servicio son incubadoras, pulsioxímetros, mezcladores de oxígeno y aire comprimido, servocuna, bombas infusoras, etc., sin embargo no son suficientes para el número de pacientes que ingresan.

La visita de la familia en el Servicio de Neonatología I solo se limita al madre y/o el padre; la madre puede ingresar 4 veces al día en un horario establecido (9: 30 am, 11:30 am, 2: 30 pm y 5:30pm) que es aprovechado también para la extracción de leche materna y promover la lactancia materna como el apego madre- niño. Asimismo el padre ingresa a las 4:00 pm, contando con 1 hora para poder visitar a su bebe diariamente.

## **CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. Tipo de investigación**

La investigación se desarrolló bajo el paradigma constructivista, Hernández<sup>60</sup>, sostiene que el conocimiento es dinámico, resultado de la interacción entre los participantes, el investigador y el objeto de investigación, dicha relación se fundamenta en las contribuciones que hacen cada uno de los implicados, lo que hacen posibles diversos hallazgos.

En éste sentido, la presente investigación fue cualitativa, para Burns<sup>61</sup>, éste tipo de investigación averigua y explora a fondo la diversidad compleja, propia de un fenómeno a estudiar y se logre entender por ejemplo, las experiencias, vivencias, dolor, sentimientos, sensaciones, etc. Por ello, la investigación permitió describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad personal del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque.

### **2.2. Abordaje Metodológico**

El abordaje metodológico fue descriptivo-interpretativo<sup>62</sup>; estudio que exigió a la investigadora una vasta información sobre el tema a investigar, con lo cual describió, registró, analizó e interpretó la naturaleza actual y los diferentes fenómenos encontrados, respecto a las experiencias en un contexto natural de la enfermera durante el cuidado de la vida y de la dignidad del recién nacido prematuro, para luego registrarlos, analizarlos e interpretarlos.

### **2.3. Sujetos de Investigación**

Los sujetos de investigación fueron 14 enfermeras que laboran en el servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional de

Lambayeque, todas mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 25 y 35 años, la mayoría con especialidad en neonatología. Los criterios de inclusión fueron: que las enfermeras tuvieran experiencia laboral de 1 año a más en dicho servicio, y su participación sea con firma de consentimiento informado, para lo cual a cada enfermera participante se le aseguró la confidencialidad y guarda de su identidad, mediante el uso de códigos de identificación con nombres de flores.

La muestra de enfermeras se obtuvo por saturación y redundancia<sup>63</sup>, referido a que conforme se van dando las entrevistas y la observación, se llega al punto donde se expresaron diferentes ideas y ya no aparecen otros elementos e información novedosos y de interés con relación al objeto de estudio.

#### **2.4. Escenario**

El escenario de la investigación fue el servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque, ubicado en el segundo piso, con un espacio físico de aproximadamente 100 metros cuadrados divididos en 7 ambientes (3 para hospitalización, uno para procedimientos, otro para ropa sucia, uno para preparación y conservación de leche y otro de servicios higiénicos) y una estación de enfermeras; el servicio tiene 6 incubadoras, cada una cuenta con equipamiento tecnológico de primera línea, que no necesariamente se encuentran listas para la recepción, pues generalmente se encuentran ocupadas por un recién nacido prematuro hospitalizado; así como lo están los seis puntos de oxígeno y aire comprimido (ideal para oxigenoterapia del neonato), también posee cuneros que son utilizados para neonatos prematuros que de acuerdo a su peso o estado de salud termorregulan sólo con abrigo.

El servicio está iluminado por luz artificial las 24 horas del día, ventilada por sistemas de aire acondicionado, los sonidos y alarmas que

se derivan de cada aparato en uso, como el oxímetro de pulso, bombas infusoras, lo cual es cotidiano en el servicio de neonatología.

## **2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista, semi-estructurada a profundidad, la cual fue grabada y duró un promedio de 30 minutos; y como instrumento, la guía de entrevista, la cual estuvo diseñada de acuerdo al objeto de estudio determinado en las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro en el Servicio de Neonatología I del Hospital Regional Lambayeque.

La entrevista semiestructurada, afirma Hernández<sup>60</sup>, se trató de una guía de puntos e interrogantes que el entrevistador siguió pero también tuvo la plena libertad de añadir preguntas que fortalecieron o concretaron más información. La entrevista constó de dos partes, la primera parte incluyó la recolección de datos generales de los sujetos de estudio, y en la segunda parte estuvieron las preguntas que permitieron obtener información sobre la temática a investigar, manteniéndose en anonimato los nombres de las personas través de la utilización de los códigos antes mencionados, así mismo, las grabaciones recolectadas serán guardadas durante dos años para luego ser eliminadas.

Cabe mencionar que la entrevista semi estructurada fue validada por juicios de expertos conformado por tres enfermeras especialistas en neonatología del Hospital Docente Las Mercedes, quienes revisaron el guion de la entrevista y después de realizado el estudio piloto para direccionar las preguntas al contexto natural, se tomaron en cuenta las sugerencias del juicio de expertos, los participantes del estudio piloto no fueron considerados como participantes del estudio.

## **2.6. Procedimiento**

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética del Hospital Regional, con código Inv: 0811-061-18CEI y constancia firmada por Presidenta del Comité de Ética (anexo N° 03), se procedió a solicitar el permiso a la Enfermera Jefe del servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional de Lambayeque, con la finalidad de ubicar a los sujetos de estudio. Después, se procedió a contactar a las enfermeras del servicio de Neonatología, para obtener su consentimiento informado y participación en el estudio; quedando con ellas en el día, hora y lugar de la entrevista.

Posteriormente se realizó la entrevista con cada enfermera, en dicha entrevista se usó un grabador de voz MP3 con la finalidad de registrar la información fidedigna y narrada individualmente. La entrevista duró 30 minutos, cada participante tuvo un código de identificación y las grabaciones permanecen con la investigadora hasta presentar el informe final de la tesis y pasado un tiempo prudencial serán eliminadas.

Recolectadas todas las entrevistas se procedió a transcribirlas en programa Word para su posterior procesamiento y análisis de datos, finalmente se elaboró el informe final de la tesis, previa revisión de la asesora.

## **2.7. Análisis de Datos**

Los datos recolectados fueron procesados por análisis de contenido temático, que consiste en un proceso de tratamiento donde los datos textuales son descompuestos del corpus de los discursos para luego recopilarlos, ordenarlos, organizarlos primero en códigos y luego en unidades de significado, agrupados en categorías siguiendo un criterio de analogía, y de allí pasar a la síntesis y descubrir qué es importante y qué aportaron a la investigación, de acuerdo al objeto de estudio<sup>64</sup>.

El análisis temático, fue un proceso que paso por tres fases:

- **Pre análisis:** en esta fase se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de seleccionar información o datos más importantes, teniendo en cuenta que la información esté relacionada o centrada en los objetivos planteados de la investigación, después se organizó el material definiendo un plan que permitió examinar los datos y analizar el contenido de los discursos.
- **Codificación:** previa lectura y re lectura de los discursos, estos se fragmentaron para convertirlos de datos brutos, o sea el original, a datos útiles para la investigación. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento en unidades de registro, y la catalogación de elementos, siempre en función de su significación con la pregunta y objetivos de investigación. Implicó un trabajo inicial para preparar la materia prima que luego fue abstraída e interpretada, logrando obtener la identificación de palabras, frases o párrafos que tuvieron un significado destacable en relación a los objetivos de este estudio.
- **Categorización:** consistió en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, siendo el criterio fundamental el semántico, porque se agrupan las unidades por semejanzas en cuanto a su significado, estableciendo a la vez conexiones entre las mismas contrastando la realidad . De este proceso surgieron 4 categorías con sus respectivas subcategorías.

## **2.8. Criterios Éticos**

La presente investigación se guio a la luz de los principios de la ética personalista de Elio Sgreccia<sup>46</sup>:

- **El valor fundamental de la vida humana** .- Cada participante de la investigación fue considerada digna de respeto en todo lo que manifestaba en sus discursos, ninguna fue utilizada como un medio para obtener información, sino personas con valor absoluto por ser portadoras de dignidad y derechos inalienables, cuya identidad fue mantenida en anonimato con el uso de códigos y durante el desarrollo de la investigación ningún participante fue dañado o perjudicado en su persona, por el contrario todos participaron, dando lo mejor de su experiencia.
- **El principio de la libertad y la responsabilidad.**- Los sujetos de estudio participaron de manera voluntaria y con consentimiento informado. El investigador por su parte mostró confianza y se dedicó a buscar la verdad y desarrollar la investigación tal y conforme fue aprobada, sin alterar los resultados a su libre albedrío, sino ciñéndose al rigor científico de la investigación cualitativa para encontrar la verdad del objeto de estudio.
- **El principio de socialización y subsidiaridad.**- Con este principio al culminar la sustentación de la tesis, la información será compartida con las enfermeras y difundida en seminarios o congresos de neonatología y en el día internacional del prematuro con la finalidad de concienciar y llamar a la reflexión Bioética de gran importancia que tiene la protección de la dignidad y vida de los niños prematuros.

## **2.9. Criterios de Rigor Científico**

Se tomaron en cuentas los criterios de rigor científico<sup>65</sup> siguientes:

- **La credibilidad:** los resultados de esta investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, sustentado

en base científica, logrado además cuando la investigadora recolectó información que produjo hallazgos que fueron reconocidos como fidedignos por los sujetos de estudio

- **La adaptabilidad o también llamada confirmabilidad:** comprende la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha realizado. Para ello fue necesario elaborar un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.
- **La transferibilidad o aplicabilidad:** con este principio existe la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos, este proceso se logra cuando el investigador describe de manera sencilla y clara el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, como lo realizado en la presente investigación.

### **CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El cuidado de Enfermería es el objeto de la profesión, sin embargo es considerado como un fenómeno que ha existido desde hace mucho, en un inicio orientado a mantener la vida de las personas, actualmente se considera como un conjunto de intervenciones de nivel profesional, producto de la suma de conocimientos científicos, técnica, valores, principios que se enfocan en el respeto de la vida y la dignidad de la persona humana<sup>11</sup>.

Las experiencias de las enfermeras en el ámbito neonatal necesariamente se relaciona con la vida y la dignidad del ser a quien se cuida, pues el nacimiento de un niño se considera como un suceso único e incomparable y aunque el neonato desarrolla diferentes capacidades, es sumamente dependiente<sup>66</sup>, especialmente el neonato prematuro, quien debido a su vulnerabilidad e inmadurez física, generalmente necesita de cuidados especializados y es hospitalizado en un área neonatal, donde el cuidado enfermero juega un papel fundamental.

En el Servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque, las enfermeras brindan cuidados que protegen al neonato y colaboran para que sus necesidades propias de la prematuridad sean satisfechas, asimismo, la problemática de los nacimientos prematuros es amplia y demanda de conocimientos relacionados con la Bioética, como sostiene Espino<sup>67</sup>, al señalar que poco a poco se vuelve ineludible el empeño por incluir la ética en el cuidado a las personas, llevando a establecer ciertos acuerdos. En tanto, las enfermeras, quienes brindan el cuidado se enfrentan a la realidad de nacimientos prematuros que traen consigo complicaciones y patologías que aumentan mientras mayor es el grado de prematuridad<sup>9</sup>. Es por ello, que después de haber aplicado y analizado los datos, emergieron las siguientes categorías y subcategorías:

**Cuadro N° 01. Categorías y subcategorías, resultado de:  
“Experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la  
dignidad del neonato prematuro. HRL- 2018”**

<b>N°</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>
<b>3.1.</b>	<b>CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO</b>	3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas
		3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y practica de bioseguridad
		3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad
<b>3.2.</b>	<b>NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD</b>	3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa con valor intrínseco
		3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado
		3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio
<b>3.3.</b>	<b>CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO</b>	3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora
		3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo de los padres
		3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades
		3.3.4. Respeto a la religión y educación a la familia del neonato prematuro
<b>3.4.</b>	<b>LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO</b>	

### **3.1. CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO**

El cuidado del neonato prematuro requiere de la praxis del conocimiento enfermero, y de éste modo se promueve la vida y la salud, que en el ámbito de la promoción de la vida de la persona se relaciona también con la defensa de su salud, puesto que no podemos referirnos a la salud de un individuo, si es que no se encuentra con vida<sup>46</sup>. Los cuidados comprenden acciones y conductas aseguradas por derecho al paciente, llevadas a cabo por las enfermeras con aptitudes y competencias que favorecen al ser cuidado en el mantenimiento y recuperación de su salud<sup>24</sup>.

Además, los cuidados que son especializados, y se aplican de manera segura y pertinente, ayudan y benefician con un desarrollo y maduración propicio para el neonato prematuro durante su hospitalización<sup>17</sup>; pero en la seguridad del paciente, también se deberá orientar el cuidado al respeto por la vida humana y utilizar necesariamente estrategias basadas a luz de la científicidad, con el fin de evitar y reducir riesgos que puedan ocasionar daños que puedan prevenirse y/o reducir sus consecuencias durante la atención<sup>11</sup>.

Apreciaciones y conocimientos que se narrarán en la siguientes subcategorías:

#### **3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas prioritarias.**

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, pero desde un enfoque holístico, situación que abarca y considera al cuerpo, la mente y el espíritu, como un todo integrado, entonces para que el cuidado sea brindado desde esta visión, es importante que el profesional de enfermería cuente con vastos conocimientos técnicos, científicos y éticos<sup>68</sup>. Específicamente, el cuidado del neonato prematuro, supone un

desafío para el personal de enfermería neonatal, dado el proceso del paso de la vida dentro del útero materno a una sin dependencia de la madre, trayendo consigo diversas situaciones complejas con riesgos de vida y de la seguridad, debido a la inmadurez de su organismo y funcionalidad, así como las circunstancias propias del parto pretérmino<sup>69</sup>.

Dicha situación de salud requiere el despliegue de competencias especializadas por parte de la enfermera, dichas competencias como lo explica Waldow<sup>24</sup>, son todos los atributos de las intervenciones enfermeras que enrojan conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones; cualidades que permiten a través de la valoración identificar las necesidades del neonato prematuro para luego tomar la decisión de satisfacerlas. Además, sin dejar de lado el conocimiento científico es parte fundamental del cuidado, la dimensión espiritual considerada dentro de sus diez factores de cuidado para ayudar al individuo en la satisfacción de sus necesidades humanas básicas <sup>26</sup>.

Dichas destrezas y cualidades, las enfermeras las donan al momento de cuidar al neonato prematuro frente a su condición de fragilidad y situación de salud crítica con el único fin de salvarle la vida, para ello tienen que lograr satisfacer sus necesidades como las enfermeras lo expresan:

*“... implica satisfacer sus necesidades según prioridad, sabiendo que es totalmente dependiente, en la oxigenación, hidratación, alimentación, etc... todas sus necesidades básicas, incluyendo el afecto, el amor, que influye mucho en la recuperación del bebe para que salga del cuadro clínico en que se encuentra...” (Clavel), (Lirio)*

*“... el cuidado que se brinda es desde que ingresa, ver la parte respiratoria, de los antecedentes familiares, su integridad, que el lugar donde estará sea cómodo, sea abrigado, incluso al colocar una vía endovenosa, una sonda orogástrica... También puede ocurrir no tener el conocimiento en el momento oportuno y esto hace no poder dar lo mejor de ti y*

*te cause de alguna manera cierta frustración...”*  
**(Orquídea) (Begonia)**

*“... cuidar a un neonato prematuro es cuidar a un ser indefenso que depende de nosotros, y así poder brindarle un cuidado de calidad porque éste pequeño no nos puede decir qué es lo que le duele o lo que siente...”* **(Tulipán)**

*“... mi cuidado es en base a conocimientos científicos, en base a la ética y al trabajo en equipo, siempre preparándome, muchas veces olvidando los problemas personales; y eso demanda que uno esté concentrado...”* **(Rosa)**

En cuanto la satisfacción de las necesidades del paciente, Watson acota que los factores de tipo social y cultural influyen en las necesidades en todos los ámbitos, al corroborar que el cuidado de enfermería es la labor profesional orientada a satisfacer las necesidades del ser humano como individuo, población o comunidad, a la vez que las integra en los diferentes niveles con un enfoque holístico<sup>27</sup>. Las enfermeras frente al cuidado del neonato prematuro razonan sobre la importancia del cuidado que ofrecen a un ser indefenso desde su ingreso, por eso se interesan y muestran preocupación en captar sus necesidades básicas teniendo como cimiento los conocimientos adquiridos en años y siempre actualizados, haciendo de su cuidado, un cuidado que produzca bienestar total y por qué no, integral.

Al respecto, Urbina<sup>70</sup>, considera como una de las acciones a desarrollar por los enfermeros para asegurar el bienestar del paciente cuidado, procurar el logro de la satisfacción de sus necesidades básicas como oxigenación, alimentación, eliminación, comunicación y confort. Dichas consideraciones, las enfermeras lo detallan en el cuidado al neonato prematuro:

*“... cuidar a un neonato prematuro es centrarse en darle confort, poder anidarlo, requiere mucho arte, que esté cómodo, darle un ambiente que se parezca al de su madre, el pequeño, no nos va a decir si les duele algo o por qué llora porque es un bebe que no ha desarrollado completamente sus*

*órganos, porque no ha terminado sus etapas de desarrollo como debe ser...” (Anémona)*

*“... cuidar es brindar seguridad, mediante el anidamiento, elaborándoles nidos que son adecuados para él, vigilar sus constantes vitales, porque cuidar es hacer todo lo posible porque el neonato se encuentre bien, se encuentre cómodo...” (Geranio)*

*“... a la hora de las canalizaciones de vías endovenosas, procurar que sean lo menos traumáticas, le ponemos un chuponcito con glucosa y no sientan mucho dolor...” (Girasol)*

*“... trato de brindar un cuidado humanizado, de calidad, tratando de equilibrar lo que es el cuidado especial, brindándole confort y la parte afectiva, porque él está sufriendo, hay un desequilibrio por una ruptura del vínculo...” (Margarita)*

Específicamente, durante la hospitalización neonatal, existen factores que afectan significativamente la necesidad de confort, que van desde la luz, temperatura, el ruido de los monitores o pulsioxímetros hasta los dispositivos para brindar oxigenación, tales como cánula binasal, prong de cpap; además de los procedimientos como canalizaciones endovenosas, colocación de sondas orogástricas, etc. Las intervenciones invasivas y que causan dolor en el neonato, así como la sobreexposición a estímulos influyen en su adaptación, donde la responsabilidad recae en la enfermera que deberá poseer conocimientos consistentes, amplia capacidad para resolver problemas por su experiencia en el área, lo que asegurará un cuidado humanizado con calidad que busca satisfacer los requerimientos del neonato prematuro<sup>71</sup>.

En los discursos se hace alusión a la comodidad o confort, considerándolo como una necesidad que es preciso satisfacerla en el cuidado del neonato prematuro; y si el confort es un objetivo de cuidado, explica Contreras<sup>72</sup>, la enfermera tiene el deber y compromiso moral con la vulnerabilidad de los individuos, por ello debe orientar sus acciones

con fundamento científico a solucionar dificultades en la satisfacción de necesidades como el confort por ejemplo, considerado como una demanda subjetiva, y al intervenir con el cuidado enfermero puede transformarse en una necesidad objetiva mediante la valoración del neonato, identificación de sus expresiones no verbales y ejecutar acciones oportunas.

Asimismo, Cobeñas<sup>73</sup> señala que el rol de enfermería en la atención del neonato pretérmino satisface diferentes necesidades básicas, realizando diferentes acciones e intervenciones que ayudan a conservar una temperatura y nutrición adecuada, proteger la integridad de la piel y conseguir el confort deseado. Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología aplican sus competencias durante el cuidado al neonato prematuro con el fin de satisfacer sus necesidades, priorizándolas según el estado del neonato y considerando al confort como una necesidad importante para brindar seguridad en el paciente prematuro.

### **3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y praxis de la bioseguridad.**

La administración de medicamentos es una actividad que realiza el profesional de enfermería y consiste en una serie de pasos, entre los cuales resaltan: la preparación de medicamentos, verificación de la dosis exacta, monitoreo de los efectos en el organismo, valoración y reducción de efectos adversos y secundarios, inspección de potenciales interacciones medicamentosas, y vigilancia de la toxicidad <sup>74</sup>. Asimismo, Sánchez<sup>75</sup> sostiene que la administración de medicamentos implica la reflexión del personal que lo lleva a cabo, en éste caso la enfermera que si bien es cierto no hace la indicación, su trabajo es ejecutarla, por tanto es preciso una valoración certera y a profundidad sobre los correctos de la administración de medicamentos (acción, dosis, vía, horario, intervalos, nombre del paciente, etc.)

Por tanto, es indispensable invitar a los profesionales de enfermería a la reflexión en cuanto la responsabilidad de cumplir con las normas, y al menos con los cinco correctos en la administración de fármacos, reduciendo con ello riesgos prevenibles a los pacientes, que en algunos casos pueden ocasionar consecuencias graves<sup>76</sup>. Sin embargo, últimamente se considera aplicar los diez correctos, como refiere Sánchez<sup>75</sup>: fármaco correcto, su fecha de vencimiento, paciente, dosis adecuada, horario, vía de administración, preparación del medicamento por el personal que lo administrará, no aplicar una preparación que no se halla llevado a cabo, administrar personalmente el medicamento, registrar correctamente el medicamento y su horario en la historia clínica del paciente, lo que otorga alta responsabilidad en la administración del medicamento.

Las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, participantes en el estudio, corroboran con lo señalado respecto a la administración de medicamentos, y lo refieren en los siguientes discursos:

*“...por el bienestar del bebe, veo el orden en la administración de los medicamentos por ejemplo, la prioridad en la que se les va a administrar...” (Begonia)*

*“...mucho más delicado el cuidado que le damos, desde la administración de un medicamento hasta para manipularlo...” (Anémona)*

La administración de los medicamentos en el Servicio de Neonatología, según los discursos, se realizan teniendo en cuenta el bienestar del neonato prematuro, puesto que para conservar y recuperar la salud del neonato, debe administrársele diferentes medicamentos, con diferentes propiedades farmacológicas, mecanismos de acción, efectos adversos, etc.; lo cual requiere del cuidado de enfermería, asegurando su bienestar antes, durante y después de la administración. Al respecto,

Valderrama<sup>77</sup>, afirma que la administración de medicamentos abarca varios procedimientos que se inician en la indicación del médico, continúan con la aplicación, su registro correcto, así como la orientación al paciente y a su familia; por ende si el profesional de enfermería es consciente de la implicancia de dicho proceso, existe mayor garantía en la seguridad en la administración y reducción de riesgos, errores y efectos adversos.

Pero, la administración de medicamentos al neonato prematuro no solo implica un conjunto de procesos, sino también actitudes, valores, y no solo de simples conocimientos, tal como lo enuncia Echeverri<sup>78</sup> al señalar que es necesario que los profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos a nivel científico, técnico y ético para lograr el cumplimiento de indicadores mínimos de calidad en el proceso de asegurar la conformidad y confiabilidad en la aplicación de fármacos. Asimismo, es preciso que la enfermera posea no solo conocimientos teóricos, sino también responsabilidad y compromiso para ejecutar dicha intervención<sup>77</sup>.

El bienestar del neonato también se obtiene con la bioseguridad, la cual tiene que ser estrictamente practicada por las enfermeras para evitar las infecciones cruzadas o la complicación de su situación de salud; Castilla<sup>79</sup>, señala que la importancia de las infecciones en este grupo de pacientes radica en las consecuencias que acarrea, asimismo se sabe que es un desafío la prevención de las infecciones que se transmiten de los pacientes a los profesionales sanitarios y hacia otros pacientes.

Entendemos por bioseguridad al conjunto de disposiciones y recomendaciones que se enfocan principalmente a la protección, abarcando al ser humano, animales, plantas y ambiente fundamental la protección humana, animal, vegetal y ambiental <sup>80</sup>. El conocimiento en bioseguridad dentro de los hospitales reduce la posibilidad de

transmisión de enfermedades infecciosas<sup>81</sup>. Es por ello, que la bioseguridad para los sujetos de investigación resulta importante, como se demuestra en los siguientes discursos:

*“...si no utilizamos medidas de bioseguridad, lo vamos a contaminar y lo podemos conllevar a la muerte...”*  
**(Azucena)**

Como bien se menciona en el discurso, dentro de la bioseguridad existen medidas, que si se obvian se pondría en riesgo la salud del paciente, puesto que las normas de bioseguridad son las medidas y consideraciones que nos llevan a conservar la vida a través de actitudes y conocimientos oportunos y adecuados<sup>81</sup>. Una de las principales medidas de bioseguridad es el lavado de manos, considerado por la Organización Panamericana de la Salud<sup>82</sup> como el método más fácil y eficaz que evita el contagio de enfermedades infectocontagiosas, disminuyendo la contaminación cruzada al cumplir las funciones del trabajo con la higiene requerida.

Asimismo, las recomendaciones y sugerencias de bioseguridad para reducir las infecciones se deben hacer efectivas con todo tipo de paciente, sin importar su diagnóstico, sobre todo cuando hay riesgo de contacto con fluidos y secreciones corporales<sup>79</sup>. Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

*“...tratamos de administrar los medicamentos en el horario y en el tiempo adecuado, verificando la dosis adecuada, la vía adecuada, la fecha de caducidad, concentrándonos para que las indicaciones sean claras en nuestros registros... siendo honestos y lavarnos las manos, calzarnos los guantes, y volver a lavarnos las manos cuando sea necesario...”*  
**(Margarita)**

La epidemiología y las estrategias que pueden evitar infecciones son ampliamente conocidas y requieren del trabajo y voluntad del equipo sanitario, sin embargo cada uno de los profesionales deben tener un espíritu reflexivo acerca de su rol en la prevención de las infecciones y el cambio, si es necesario en la conducta<sup>81</sup>, como lo manifiestan los sujetos de la presente investigación:

*“... Sin dejar de cuidar las medidas de bioseguridad, nosotras permitimos que la madre y el padre estén inmiscuidos en el cuidado del neonato, sin negarles la entrada...” (Jazmín)*

Tal como se refiere en el discurso anterior, en el Servicio de Neonatología el ingreso de los padres del neonato es necesario, se permite la entrada, sin embargo habrá que cumplir normas de bioseguridad que son parte de la normativa de cada servicio, plasmadas en su mayoría en documentos como manuales. Dichos documentos consideran que toda persona que ingrese al servicio (padres, personal de laboratorio, de rayos X, etc.), también deberá realizar el lavado de manos y colocarse indumentaria necesaria, además toda madre debe proceder con la higiene de manos y de mamas antes y después de brindar lactancia materna, así como después del cambio de pañal de su hijo<sup>84</sup>.

Por tanto, al garantizar el bienestar del neonato prematuro durante la administración de medicamentos y aplicación de normas de bioseguridad, la enfermera brinda seguridad en su cuidado. Asimismo, hablar de seguridad del paciente neonato implica una actitud de análisis y reflexión de tipo bioético en todos los profesionales de salud que le brindan atención<sup>75</sup>.

### **3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad**

La Declaración de los Derechos Humanos<sup>52</sup>, presenta como uno de los derechos, el derecho a la vida: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. El neonato por tanto, tiene derecho a la vida, primer derecho y el más importante para las personas recién nacidas, quienes deben ser asistidas oportuna y adecuadamente en los servicios de salud que cumplan los requisitos para garantizar la defensa de la vida. <sup>85</sup>

La Constitución Política en el Perú<sup>10</sup>, no es ajena a la protección de los derechos del recién nacido puesto que los protege desde la concepción en su artículo 2º, inciso 1: *“Toda persona tiene derecho: a la vida, a su identidad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”*.

El derecho a la vida también es defendida por diferentes profesiones como es Enfermería, que en su Código de Ética y Deontología<sup>54</sup>, en el Capítulo II, Artículo 15, nos dice: *“la enfermera debe cumplir los deberes cívicos y cooperar con la participación ciudadana en defensa de la salud y la vida de la persona, familia y comunidad”*. Asimismo, la Ley del Trabajo Enfermero (27669)<sup>55</sup>, en el Capítulo II, Artículo 6 dice que la Enfermera es el profesional de la salud, que posee un grado y un título emitido por su universidad y considera como parte de sus competencias y compromisos, la defensa de la vida y el cuidado holístico de las personas. Es por ello que las enfermeras refieren:

*“...yo respeto la vida porque yo le doy el cuidado hasta el último momento pese a la decisión que se tome (...) el derecho a la vida es el derecho que todo ser humano merece, definitivamente hay situaciones críticas, a veces se dice para qué reanimarlo si ese niño va a sufrir, podemos caer en el encarnizamiento terapéutico...” (Orquídea)*

Sgreccia<sup>46</sup>, al plantear una Ética Personalista, sostiene en el principio de defensa de la vida física representa un valor importante de la persona, que no solo es corporalidad, sino también espiritualidad que hace trascender al cuerpo en materia y temporalidad. Sin embargo, el periodo neonatal es una etapa de la vida con mayor riesgo de letalidad, debido a diferentes situaciones como malformaciones genéticas, prematuridad y sus consecuencias, entre otros<sup>86</sup>.

Por su parte, Waldow<sup>24</sup> señala que la muerte, así como el sufrimiento humano son retos y razones que llevan al personal de salud a la frustración por ser una situación inevitable e ineludible, pero al mismo tiempo una labor importante, que se trata de ayudar a morir, debido a la vulnerabilidad en la que se encuentran algunos pacientes, por ende todo ello tiene un valor incalculable. Esta ayuda realizada por la enfermera implica competencias en el cuidado especializado del niño prematuro que también son aplicadas en el Servicio de Neonatología, cuando los pacientes tienen pronóstico reservado como se aprecia en el siguiente discurso:

*“... El cuidado del neonato prematuro significa una gran responsabilidad ya que en nuestras manos se encuentra la vida de un niño que es indefenso en donde ponemos a prueba nuestros conocimientos y la humanización...” (Rosa), (Dalia)*

Frente al discurso anterior, Guerrero y Cervera<sup>18</sup>, concluyen en su estudio, que las enfermeras al observar a un ser que lucha por su vida, se sienten desconcertadas no sabiendo qué hacer en un inicio, sin embargo, pronto reaccionan y toman conciencia de su deber de proteger la vida. Watson<sup>27</sup> asume que el quehacer diario de la enfermera exige que ella pueda avanzar en su reflexión de lo bueno y lo malo y que su evolución y desarrollo moral no se estancan y sean dinámicos, pese a la formación que se haya recibido anteriormente.

Es por ello, que los sujetos de investigación hacen referencia a la situación difícil que experimentan más allá de contar con conocimientos:

*“Defender la vida está por delante, sin embargo se nos presentan dilemas éticos que con la experiencia vamos a poder resolver, pero el derecho a la vida está por delante”*  
**(Jazmín)**

La Enfermería es una profesión que se caracteriza por su vocación de servicio y su naturaleza radica en el respeto por la vida y el cuidado del ser humano<sup>5</sup>. Sin embargo, el rol de los profesionales sanitarios ante la muerte de un paciente pediátrico en un establecimiento de salud es complejo y la ausencia de guías que orienten el actuar en esas situaciones lleva al cuestionamiento en cuanto la continuación o suspensión de un tratamiento definido<sup>87</sup>.

*“Siempre se debe defender primero la vida del niño, la última decisión no la tenemos nosotros (...) creo que debe ser Dios el que decida hasta dónde puede llegar, hasta cuándo puede dejar de existir, que tenga una muerte tranquila, y nosotros debemos salvaguardar su vida, tratando de dar un cuidado humanizado”* **(Lirio)**

En los discursos se evidencia experiencias en la toma de decisiones, Martín<sup>88</sup>, plantea dos puntos que se han ido afirmando como centrales en la toma de decisiones en los recién nacidos en situaciones complejas, el criterio del “mejor interés” para el paciente neonatal y, por otra parte, la participación de los padres del neonato en la toma de decisiones con respecto a su salud. Del mismo modo, Sola<sup>89</sup>, aconseja respetar la dignidad y brindar confort sea cual sea la situación clínica del paciente, además de darle soporte a la familia del neonato que tiene un problema irreversible, lo cual resulta a veces en un conflicto ético la decisión que se tome.

Podemos agregar lo señalado por Bellieni<sup>14</sup>, al proponer un protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología, y considerar un “criterio del dolor”, según el cual los cuidados intensivos pueden ser detenidos en caso de dolor o estrés evidentes que no es posible tratarlos, aclarando que, el tratamiento debe descender en intensidad hasta el punto de suspenderlo totalmente si no hay otra manera de disminuir el dolor, sin embargo no considera aceptable suspender el tratamiento debido a una posible discapacidad en el futuro.

Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque consideran que el cuidado y defensa de la vida del neonato es parte de su labor, sin embargo existen conflictos éticos, sobre todo cuando el riesgo de muerte de un neonato aumenta y es irreversible, en esas situaciones las enfermeras optan por trabajar en equipo y brindar un cuidado humanizado para que tenga una muerte con dignidad.

### **3.2. NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD**

La dignidad es un término que se ha estudiado en diferentes ámbitos, y algunos sostienen que es un término difícil de definir, la dignidad humana es un principio que se aplica para todas las personas en la misma medida, que da paso a los demás derechos estipulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (O.N.U), es por ello que es considerada en los códigos de ética y deontología de diferentes profesiones de la salud<sup>90</sup>.

Por otro lado, Vial<sup>53</sup>, sustenta que la dignidad es una condición que solo poseen los seres humanos, en tanto que solo la pueden obtener las personas al nacer y perderla con el fin de la existencia. Es por ello que el respeto por la dignidad de la persona durante la praxis de la enfermera,

y a nivel del equipo de salud se considera vital, pues generalmente los pacientes se encuentran en situaciones difíciles, como los neonatos prematuros hospitalizados.

El respeto, se entiende como una buena actitud hacia los demás, de empatía, apoyo y especialmente de cuidado, el cual se traduce en una acción diaria y que permanece lo que dure la vida humana, desde su inicio hasta su final, más aún si hay vulnerabilidad, implicando sostenimiento y apoyo, es decir no solo un cuidado físico sino integral <sup>91</sup>.

En el caso de la presente investigación, para brindar un cuidado integral a neonatos prematuros se precisa tomar en cuenta conocimientos de ética y bioética en neonatología. Pérez<sup>92</sup>, argumenta que los conocimientos aplicados en los conflictos éticos de pacientes adultos no se pueden aplicar de igual manera en los niños, más aún si son neonatos prematuros, a su vez resulta difícil su traslado a esta etapa de vida, lo único claro es que la medicina en concordancia con la ética deberá siempre poner en primer lugar la defensa del paciente vulnerable ante cualquier situación, como por ejemplo, el recién nacido con enfermedad grave entre otros casos. Aspectos que se aborda en las siguientes subcategorías:

### **3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa y con valor intrínseco.**

La persona está constituida a la vez por una parte objetiva del que forma parte el cuerpo y, otra subjetiva que incluye el aspecto mental, emocional, espiritual y social<sup>93</sup>. Los neonatos prematuros son reconocidos por las enfermeras como personas cuya protección y seguridad están en su manos, porque ellos no pueden verbalizar su sentir o sus dolores, pero a la vez reconocen que poseen un valor por lo que son, es decir un valor intrínseco llamado dignidad y son conscientes que a

quien tratan, independientemente de su situación de salud crítica, es una persona.

Lo anterior, lo corrobora Ariza<sup>94</sup>, al afirmar que las diferentes empresas que prestan diferentes servicios así como aquellas que ofrecen educación y formación a profesionales de la salud, deben tener la plena responsabilidad y la conciencia de que todos los servicios que ponen a disposición de los demás, deberán ser principalmente en beneficio de la persona.

El cuidado pasa a ser un objetivo que se debe lograr y que busca resaltar el respeto por la dignidad de cada persona como parte de la sociedad, puesto que la dignidad como principio hace la distinción de los seres no racionales, otorgándole a la persona un valor único y superior<sup>11</sup>. Es por ello, que el valor de la dignidad como algo propio de la persona humana debe cumplirse en beneficio de la propia persona y de los demás, en tanto Kant, argumentaba que existe el deber y necesidad de proteger, promover y elevar la propia dignidad personal, de lo contrario no se estaría cumpliendo con un compromiso hacia uno mismo y hacia la sociedad<sup>94</sup>.

Por tanto, el neonato prematuro en el Servicio de Neonatología, es una persona con dignidad, puesto que no disminuye pese a la vulnerabilidad, que tiene que ver mucho con su prematurez y los factores externos que se encuentran alrededor de él, sin embargo el cuidado que brinda la enfermera también tiene en cuenta la protección de su dignidad, en tanto que el cuidado como actitud ante la vida, se encuentra en la base de la existencia humana y es una actitud moral que promueve el compromiso y la solidaridad; más todavía, cuando cada uno de nosotros se humaniza o deshumaniza a través de sus acciones<sup>91</sup>. Lo anterior se evidencia en el siguiente discurso:

*“el prematuro tiene dignidad y es un ser humano como todos nosotros, que hace que nazca en ti sentimientos de amor, de empatía, representa una nueva vida, que es el futuro de una generación...” (Azucena)*

Ya habíamos mencionado que el neonato prematuro en situación de enfermedad, se encuentra indefenso y vulnerable, en realidad todas las personas en algún momento de su vida experimentan situaciones de vulnerabilidad, unas con mayor grado que otras, necesitando en consecuencia, cuidados<sup>24</sup>, tal y como lo describen los sujetos entrevistados:

*“... cuidar de un neonato prematuro es cuidar de un ser muy vulnerable, que es muy frágil porque no se ha desarrollado completamente, es un ser que no estaba preparado para nacer... no considerarlo como un humano pequeño, sino como una persona integral...” (Margarita)*

*“...estamos trabajando con los seres más vulnerables (...) el neonato prematuro es una persona que vale mucho, por eso es importante que todo lo que se realice quede registrado...” (Geranio)*

Las enfermeras razonan que a quién cuidan es una persona, asumiendo una gran responsabilidad frente al valor reconocido de una persona portadora por sí misma, de gran valía porque el neonato prematuro es frágil por su naturaleza y por la situación de su salud crítica. Al respecto, Germán<sup>91</sup>, invita a reflexionar si las propias acciones y las ajenas van acorde a la dignidad que merece la vida de uno mismo y de los demás como seres humanos. Los criterios vertidos encuentran semejanza con los discursos de las enfermeras:

*“...otro derecho es el de ser tratado como persona, como todos nosotros, sobre todo porque es un pequeño, es un ser indefenso, no sabe cómo actuar ante cualquier estímulo (...) el cuidado de un ser que están delicado, tan indefenso, que su*

*única forma de manifestarse es a través del llanto...”*  
**(Girasol) (Begonia)**

*“...los neonatos prematuros son personas frágiles, totalmente dependientes y los cuidados que se tienen con ellos se hacen cuidando su integralidad, cuidando su espiritualidad, su estado emocional, haciendo partícipes a sus familiares...”* **(Jazmín)**

*“...respetar sus tiempos, porque es un ser humano, más que atenderlo se suma la consideración que tienes por el neonato, y de qué manera oportuna le realices un procedimiento...”*  
**(Orquídea)**

*“...porque son seres humanos, como en el caso de los pacientitos que tienen mal pronóstico, también es importante darle calidad de vida hasta que sus funciones dejan de verse en la pantallita del pulsioxímetro...”*  
**(Anémona)**

La importancia de la Bioética en Neonatología parte de la existencia de diferentes dilemas y la consecuente toma de decisiones, respetando los derechos del neonato. La toma de decisiones en el cuidado brindado a una persona vulnerable e indefensa, como lo es el recién nacido, debe llevarse a cabo de manera consciente, imparcial y consensuada, puesto que el fin de una relación transpersonal es promover la dignidad personal, la integridad y la paz interior<sup>42</sup>.

Los derechos del neonato prematuro y las decisiones que se toman en torno a su estado, no son aislados, sino que es preciso considerar a la familia, específicamente a los padres. Del mismo modo, Kucuradi<sup>43</sup>, considera que la dignidad se relaciona mucho con los derechos humanos, esclareciendo la noción de ambos y poniendo en primer lugar el valor del ser humano, ya que dichos derechos son alcances de tipo práctico de la dignidad, que se traduce en consideraciones iguales para todos, en consecuencia, concebidos como normas universales, en donde exista un trato único y especial.

Errasti<sup>90</sup>, fundamenta que lo que se pretende conseguir a través del cuidado que promueve la dignidad personal, es la preservación de la integridad física, así como psicológica y espiritual del individuo a quien se cuida. Entonces, se puede concluir que las enfermeras del Servicio de Neonatología cuidan al neonato prematuro de manera integral, considerándolo como una persona digna, y recalcan su respeto debido a que las circunstancias que lo rodean lo hacen mucho más vulnerable.

### **3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado.**

El avance de la neonatología en los últimos años, ha generado mayores niveles de sobrevivencia en los neonatos con diagnósticos de prematuridad, malformaciones, etc. Sin embargo, también existen casos en los que el neonato se encuentra con vida, hospitalizado pero con un pronóstico reservado o que no es favorable, ante ello, la enfermera como integrante del equipo de salud tiene el compromiso de brindar el cuidado, estar en continua capacitación y conseguir la experticia necesaria en la especialidad, analizando racionalmente los diferentes casos y ejerciendo la profesión con prudencia<sup>42</sup>, lo cual se pone en evidencia en los siguientes discursos:

*“... en el caso de bebés en que se dice que ya no hay más que hacer (...) yo creo que por eso no dejan de ser personas, por ello no vamos a dejar de darle los cuidados básicos y de alimentarlo, de tratarlo como cualquier otro bebe que tiene la posibilidad de tener un desarrollo normal...” (Girasol)*

*“... se trata de no causar más daño, y en darle los cuidados básicos, hay prematuros extremos, que por la viabilidad no tienen buen pronóstico, tratamos de darles todos los cuidados que están a nuestro alcance...” (Azucena)*

*“... hemos tenido bebes que están desahuciados, que no tienen buen pronóstico, pero eso no quiere decir que los vamos a dejar...” (Begonia)*

*“...damos lo mejor de nosotros en el cuidado, si se van de alta, los padres saben cómo son los cuidados en casa porque se les*

*orienta, de lo contrario se dan los cuidados hasta que fallezcan...” (Girasol)*

Debe tenerse en cuenta la fundamentación científica precisa y adecuada, sin olvidar la humanización del cuidado y su calidad, además de los consensos establecidos en los servicios neonatales<sup>42</sup>, puesto que, puede existir una actuación razonable y prudente de parte del equipo de salud, una tecnología avanzada, la mejor capacitación, sin embargo las enfermeras refieren un cuidado humanizado ante diferentes circunstancias.

Ariza<sup>94</sup>, afirma que la formación en conocimientos e investigación que reciben los profesionales sanitarios, les brindan instrumentos para llegar a nociones científicas, morales y humanas óptimas, que aplicadas al campo de acción, ofrecen a la persona una atención integral, que no solo se reduce al bienestar físico sino a otras esferas a nivel individual, familiar y comunitario, todo ello dirigido al respeto de su dignidad humana.

Nuevamente, la Bioética entra a tallar en el cuidado del neonato, y aquí de manera específica, puesto que en neonatos con pronóstico desfavorable, se presentan dilemas éticos, en donde Garduño<sup>38</sup> refiere que la evolución de los pacientes pediátricos que se encuentran con un pronóstico reservado debido a alguna patología terminal o muy grave que implique un estado irreversible, significa dilemas difíciles de resolver, sin embargo con la intervención de la Bioética, el criterio es que las decisiones que se tomen se enfoquen en el bienestar del paciente y el respeto por su dignidad, reconocida desde la concepción hasta la muerte. Ante situaciones difíciles, las enfermeras refieren:

*“... Hay neonatos que tienen diferentes diagnósticos, o que nacen con diferentes malformaciones, allí también nuestro cuidado es dedicado a ellos (...) quizás alguno de ellos no*

*puede salir del cuadro en el que se encuentran, igual le brindamos un cuidado de calidad hasta donde ellos puedan resistir...” (Tulipán)*

Las dificultades y los dilemas surgen cuando los resultados son inciertos, el tratamiento doloroso, costoso, y se sospecha un desenlace de discapacidad<sup>90</sup>; uno de los casos en que se presentan con más frecuencia dichos dilemas es de los prematuros extremos y el límite de viabilidad. Lo anterior es llamado por Sola<sup>89</sup>, “incertidumbre” que lo describe como la diversidad en la interpretación y aplicación de tratamientos en los neonatos que se encuentran en el límite de viabilidad, existiendo criterios que se enfoca en lo siguiente: posibilidad del neonato para sobrevivir, posibilidad de una disfunción complicada y grave entre los neonatos que sobreviven, y el difícil pronóstico médico de las intervenciones y sus consecuencias sobre los padres y familiares más adelante.

Según lo manifestado por las Enfermeras, se trata de que el cuidado continúe siendo de calidad, evitando en lo posible causar daño, sin que eso signifique dejar de brindar cuidados básicos, pese al pronóstico o situación irreversible del neonato prematuro. Y ante los esfuerzos por mejorar la calidad del cuidado, humanizarlo en beneficio del paciente, también se observa el adelanto científico y tecnológico que ocasiona una situación denominada ensañamiento terapéutico, que se caracteriza generalmente por la futilidad en las intervenciones médicas, señaladas como inútiles, sin sentido, si bien es cierto el fin es el beneficio del paciente, consiguiéndose aparentemente, mediante el sufrimiento innecesario del paciente, además de consecuencias negativas de tipo económico, familiar, social, etc.<sup>86</sup>. Respecto a lo anterior, las enfermeras refieren:

*“... Si el neonato tiene un diagnóstico en donde su pronóstico nos dice que no va a sobrevivir, debemos de darle los cuidados paliativos que se merece toda persona, evitando el dolor, no quitándole el alimento, sin caer en el*

*encarnizamiento terapéutico, tratando de no vulnerar la vida del propio neonato ni de los familiares...” (Jazmín)*

Teniendo en cuenta los discursos anteriores, es preciso agregar que en éste esfuerzo de brindar un cuidado adecuado a los pacientes terminales surgen los cuidados paliativos, coincidiendo con Garduño, cuando señala que éstos cuidados son pertinentes para muchos pacientes pediátricos, que no se orienta a prolongar la vida, pero sí enfoca al personal sanitario en brindar confort, limita los excesos, y sobre todo respeta su dignidad personal<sup>38</sup>. Ante ello, los sujetos de ésta investigación:

*“... aquí interviene mucho la dignidad, yo creo que uno debe fallecer con todo lo paliativo habido y por haber y no quitarle todo o parte de lo básico y necesario para él, porque todos somos seres humanos y merecemos morir dignamente...”*  
**(Geranio)**

Por tanto es preciso mencionar que en el año 2013 el Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología publicó un trabajo sobre sugerencias de acción en los cuidados al final de la vida, no obstante aún se observan limitaciones en las áreas neonatales respecto a la aplicación de guías o protocolos referentes a cuidados paliativos que favorezcan a los pacientes y a sus familias según su condición de salud<sup>86</sup>. En el Servicio de Neonatología Intermedios I, aunque no se encuentran establecidos como Cuidados Paliativos, se realizan acciones que se asemejan a tales cuidados, que presentan un enfoque que no pretende prolongar la vida, pero sí dar a los pacientes un trato digno.

### **3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio.**

El valor que se le da a la persona como tal durante el cuidado, tiene diferentes maneras de expresarse, una de ellas es el llamarlo por su nombre, que tiene que ver con el trato como seres con dignidad y con la humanización del cuidado enfermero. Ariza<sup>94</sup>, refiere que cuando nos dirigimos a alguien mencionando su nombre, se crea una sensación de valoración como persona, se brinda un trato individualizado, se transmite seguridad y mayor afecto.

En el Servicio de Neonatología, ingresan neonatos prematuros en su mayoría, al inicio se les desconoce el nombre, solo se sabe sus apellidos, pero una vez que los padres brindan el nombre y apellidos completos en los registros del hospital, como parte de la regularización de trámites, sería conveniente agregarlos a los registros de enfermería, de tal manera podamos conocer sus datos completos y llamarlos por su nombre. La UNICEF<sup>95</sup>, al hacernos recordar los Derechos de los Recién Nacidos Prematuros, y enfatiza en el derecho número 8 que hace referencia a la familia, nos dice: *“El equipo de la salud muestra respeto hacia la familia del recién nacido prematuro cuando llaman por su nombre al recién nacido y a los miembros de la familia”*.

Con respecto al respeto que merece la persona del neonato y su familia, Ariza<sup>94</sup>, también sostiene que el paciente junto con su familia poseen otras dimensiones como personas que no solo se reducen a lo físico, sino que se extiende a lo psicológico, social, cultural, además de espiritual que les concede sus valores y conductas, y les hace seres únicos con dignidad y a quienes se les debe respeto. Asimismo refiere la misma autora que por ejemplo, decimos "el paciente de la cama 10, la diabetes complicada" en lugar de hablar del paciente que presenta estas alteraciones o patologías.

Las Enfermeras del Servicio de Neonatología, reconocen la importancia de llamar al neonato por su nombre, sin embargo reflexionan que hace falta avanzar en ese aspecto, como se evidencia en los siguientes discursos:

*“... Yo creo que siempre hay que llamarles al menos por sus nombres, porque a veces caemos en llamarlos por la enfermedad...” (Geranio)*

*“... En el servicio, nosotras las enfermeras nos falta avanzar en el tema de llamarlos por sus nombres... A todo neonato prematuro deberíamos llamarlo por su nombre, nos falta al cien por ciento mejorar ese aspecto” (Margarita) (Anémona)*

La problemática de no llamar al paciente por su nombre y reconocerlo por la patología, muchas veces hace olvidar al profesional la singularidad y unicidad del paciente, como escribe Valenzuela<sup>96</sup>, y nos dice que los profesionales de la salud a veces se centran solo en el problema de salud actual, y olvidan al sujeto de su cuidado y el contexto que gira en torno a él. Aún más, una misma patología varía de un paciente a otro, porque las personas son distintas, así como sus experiencias y circunstancias<sup>11</sup>.

Por otro lado, en el Servicio de Neonatología, al interactuar la enfermera con pacientes pequeños, genera que la comunicación verbal sea con apelativos o vocablos diminutivos como muestra de cariño. Sin embargo, es importante hablar por su nombre al paciente, evitando en lo posible, adjetivos con estereotipos como madrecita, abuelita, gordita, etc., que por más que se digan sin mala intención y con afecto, y recepcionados fuera de contexto, pueden herir susceptibilidades, llegándose a considerar a veces como una falta de respeto<sup>94</sup>.

*“...tendemos a usar palabras de cariño como: “bebito”, “hijito”, que no los identifica específicamente (...) los llamamos también por su apellido, creo que si escuchan su*

*nombre, ya se comienzan a identificar con ese nombre...”*  
**(Margarita) (Anémona)**

De acuerdo al discurso anterior se habla acerca del proceso de identificarse, que en el ser humano puede desarrollarse incluso desde el vientre de la madre, por ende Llorca<sup>97</sup>, menciona en su estudio que el niño posee naturalmente elementos que le hacen vincularse con el medio que le rodea, lo que hace posible la edificación de su identidad como persona.

Por otro lado, Urra<sup>27</sup>, indica que la relación que se establece entre la enfermera y el paciente durante el cuidado, se fundamenta en el hecho de considerar a la persona como un ser único, libre, autónomo, puesto que las circunstancias y situaciones son suyas, y no pertenecen al cuidador. Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología consideran importante llamar al neonato por su nombre, a pesar de reconocer que es un punto en el que hace falta poner atención y reflexionan que es preciso corregir errores.

### **3.3. CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO**

Soria<sup>98</sup>, refiere que el rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es importante cuando se trata del paciente neonato y por ende del vínculo y apego del binomio madre- niño, así como el papel que desarrollan los padres. Dicho rol se hace mucho más trascendente cuando la salud del neonato se encuentra alterada debido a su prematuridad y tiene que ser hospitalizado por varios días.

Durante la hospitalización, existe una ruptura del vínculo entre él y sus padres, especialmente de la madre, que muchas veces después del

nacimiento se encuentra hospitalizada también, es así que el neonato permanece en el Servicio de Neonatología bajo los cuidados del personal asistencial, específicamente de Enfermería hasta que el contacto con sus padres se pueda concretar. Por tanto, para promover la participación de los progenitores en el cuidado de sus hijos, los profesionales de enfermería deben tener amplio conocimiento acerca de los factores que influyen en el establecimiento del vínculo y apego del neonato con sus padres<sup>99</sup>.

Si bien es cierto, en las unidades neonatales se prioriza el contacto del neonato prematuro con la madre, con diferentes cuidados como la promoción de la lactancia materna y el método mamá canguro, el vínculo que establezca con ambos también se hace importante en los últimos años, como lo indica Gallegos<sup>100</sup>, que para inicios del presente siglo, es reconocida la participación de los padres en el cuidado de los neonatos prematuros y con alguna patología compleja o situación especial, además los progenitores son considerados como sujetos de atención al igual que sus hijos.

Del mismo modo, Soria<sup>98</sup> recalca que la manera de vincularse de los padres de familia con sus hijos varía con la cultura, sin embargo se parece o coinciden en el proceso de fortalecer la formación de la personalidad, afectividad, valores, virtudes y demás cualidades de la persona. Según Del Moral<sup>101</sup>, enfatiza en la modificación más actual respecto al cuidado neonatal, como integración del recién nacido a su familia, que cumple un rol fundamental durante la evolución de su salud, y por ende durante su cuidado.

Se sabe que la familia es la célula básica de la sociedad, y la llegada de un nuevo ser trae consigo diferentes situaciones para los integrantes, más aún si llega en las condiciones que no se esperaban, antes de tiempo, como el neonato prematuro, generalmente hospitalizado en una unidad

neonatal. La hospitalización no sólo afecta a los padres y al recién nacido, la participación del resto de familiares en éste proceso ponen de manifiesto por un lado sus sentimientos positivos, emociones, su fe en la recuperación del neonato, que a su vez se convierte en inseguridad y que genera cambios en las relaciones familiares y con los demás<sup>102</sup>.

Como ya es sabido, al hospitalizarse el neonato, y muchas veces también la madre, el vínculo se rompe, mientras dure la hospitalización del bebe, al menos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional ocurre, los padres solo podrán ver a su hijo mediante visitas, y que el contacto que puedan establecer con él dependerá de su evolución clínica. Sin embargo, Egan<sup>103</sup> aclara que la entrada del padre y de la madre en la unidad neonatal, así como el recobro de su rol como cuidadores no debería explicarse en base a la ciencia, en cambio tendría que tomarse en cuenta desde un enfoque de derechos, como parte de la naturaleza humana; por ende la separación que se ejerció entre los padres y el recién nacido hospitalizado nunca pudo ser justificada, ni se ha demostrado el beneficio de dicha separación.

Actualmente, en diferentes unidades neonatales, se establecen enfoques para ayudar a la pronta recuperación del neonato prematuro, una de ellas es el Cuidado Centrado en la Familia, que reconoce que los mejores resultados en atención en salud son posibles cuando la familia del paciente participa de manera activa en la atención a las necesidades emocionales, sociales y del desarrollo del niño. Lo anterior implica modificaciones y variaciones en los establecimientos de salud como el entorno individualizado para el neonato y su familia, la comunicación y la actitud de los profesionales de la salud<sup>101</sup>. Asimismo, ésta nueva filosofía se basa en un cambio de actitud, considerando a la familia como un modelo o guía en la vida del recién nacido incluso durante su hospitalización<sup>97</sup>.

Teniendo en cuenta éstos conocimientos, las enfermeras procuran la visita de los padres como parte de su cuidado humanizado, evidenciándose en las siguientes subcategorías:

### **3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora**

El proceso de hospitalización del neonato prematuro implica diferentes cambios abruptos, que lo ponen en una situación mucho más vulnerable que de su sola condición como neonato, como su inmadurez, la patología, los factores externos, etc. De la misma manera, Cruz<sup>104</sup> considera que el recién nacido prematuro, debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, se le atribuye la vulnerabilidad y susceptibilidad a diferentes patologías y agentes externos, requiriendo cuidados de enfermería especializados. Es por ello que los sujetos entrevistados refieren:

*“...el cuidado al neonato prematuro es el acogimiento que se le da al recién nacido como si fuéramos sus segundas madres para ellos, porque las madres no se encuentran, nosotros permanecemos seis hasta doce horas con ellos, estamos pendientes de ellos...” (Dalia)*

*“...la neonatología es una de las especialidades más lindas porque estamos trabajando con los seres más vulnerables, entonces es brindarles no solo el cuidado, sino un plus, es ser una segunda mamá...” (Geranio)*

En los discursos anteriores, se menciona que la enfermera es como una “segunda mamá”, dado que el neonato requiere de cuidados especiales dada su prematurez, y por su parte enfermería permanece mayor tiempo con los pacientes, al ser el cuidado continuado; por ende, es el único personal que cuida las veinticuatro horas del día, establece contacto directo con el neonato prematuro de manera permanente, favoreciendo su adaptación como parte de su desarrollo físico y también

neurológico, lo cual es progresivo y demanda de tiempo para conseguirlo<sup>102</sup>.

Además, lo que refieren las enfermeras es que los neonatos prematuros requieren de larga estancia hospitalaria, extendiéndose los cuidados especializados que reciben y de los que depende su supervivencia, puesto que presentan básicamente inmadurez para la termorregulación, en su respiración y en su alimentación, fundamentándose en ello los cuidados enfermeros<sup>104</sup>. Por ello, Hernández<sup>105</sup>, señala que en la actualidad, el profesional de enfermería es el único profesional del equipo de salud que cuida de manera continua y permanente al neonato, por lo cual debe tener información acerca de las circunstancias y contexto del paciente y su familia para que su cuidado sea integral.

Si bien es cierto, y dadas las circunstancias las enfermeras brindan un cuidado especial y especializado, el equipo de enfermería también es consciente de que la intervención de los padres es trascendente para que el cuidado sea integral, pues al cuidar al neonato también se cuida a la madre, con quien generalmente, el neonato se vincula en un primer momento.

De manera empática, las enfermeras del Servicio de Neonatología sostienen que las madres deberían tener un acercamiento con su hijo durante la hospitalización, asimismo varios estudios lo confirman, como el de Ocampo<sup>106</sup>, al señalar que el profesional de enfermería, partiendo del concepto de binomio madre- niño, debe apoyar y brindar soporte a las madres para que puedan conocer a sus hijos, cuidarlos desde el inicio o desde su nacimiento; además puede fomentar en las progenitoras el cuidado adecuado y oportuno al neonato, que se hará extensivo al alta. Asimismo, este acercamiento fortalece la afectividad necesaria para el

desarrollo y maduración del vínculo y de la parte emocional del neonato<sup>98</sup>.

Lo anterior no quiere decir que la enfermera incluya solo a la madre en el cuidado del neonato, sino que en un primer momento prioriza la presencia de la madre, sin que esto signifique la exclusión del padre o de la familia. Respecto a esto, Soria<sup>98</sup>, lo considera como un privilegio, lo cual resulta en un compromiso profesional con la familia y su cuidado, debido a su estado de vulnerabilidad, y para ello se hace necesario conocimientos y aptitudes acerca del vínculo, crianza y el cuidado de la salud

Es por eso que las enfermeras del Servicio de Neonatología acogen al neonato prematuro y lo cuidan durante su estancia hospitalaria, realizando funciones propias de enfermería y a la vez asumiendo el rol de la madre cuando se encuentra ausente, asimismo extiende su cuidado a la familia, priorizando el vínculo del neonato con la madre.

### **3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo con los padres**

Waldow<sup>107</sup>, indica que la humanización de las relaciones interpersonales es un logro que se espera cumplir a nivel político por ciertos países, por ende halla apoyo en el acto de cuidar, aunque su práctica implique un desafío. En el caso del neonato también se cuida con la participación de sus padres, lo cual implica para el equipo de salud, específicamente la enfermera, un desafío también.

El cuidado que brinda la enfermera al neonato prematuro hospitalizado, no solo se reduce al neonato, sino que dicho cuidado es amplio y se extiende a incluir a los padres, generalmente priorizando la presencia de la madre. El cuidado canguro dentro del hospital se traduce en una opción eficiente para cambiar de modo positivo las experiencias

de las madres y los padres del neonato pretérmino internado en el hospital<sup>106</sup>.

Lopez<sup>108</sup>, define al Método Canguro, como la intervención que se realiza en los neonatos prematuros, para que permanezcan en contacto piel con piel con su madre y/o padre, teniendo su origen en Bogotá, desarrollándose como una solución para los neonatos prematuros que habían superado problemas de salud iniciales, que solo necesitaban alimentarse para ganar peso y talla, y para quienes no habían suficientes incubadoras. Éste mismo método es el que se aplica en las unidades neonatales del Hospital Regional:

*“...se siente bastante emoción cuando la mamá siente a su bebé como mamá canguro, que el papá lo sienta, le hable, es bonito, muy gratificante cuando se involucra al papá y a la mamá, nosotros procuramos que actúen los dos padres...”*  
**(Azucena)**

*“...cuando el estado de salud del bebe lo permite, se hace lo de mamá canguro, es un derecho que el bebe reciba el calor materno y favorece el vínculo afectivo ya sea con la madre o con el padre...a veces permanecen una hora o cuarenta y cinco minutos como mamá canguro...”* **(Anémona)**

Los sujetos de investigación, consideran al método canguro más que un cuidado, como un derecho del neonato prematuro, pues se centra generalmente en la madre, quien con el apoyo del personal de la salud, le brinda el calor necesario para que el neonato pueda satisfacer necesidades de termorregulación, confort, seguridad y protección, así como necesidades de amor y pertenencia por ejemplo<sup>109</sup>. Al respecto, las enfermeras refieren lo siguiente:

*“...uno de los derechos es el apego familiar, hacer que la mamita haga mamá canguro, que él sienta, que él huela a la mamá, que escuche los latidos de su corazón, porque él estuvo en su vientre, todo eso fue su ambiente anterior...”*  
**(Girasol)**

Asimismo, diferentes autores justifican éste método por los beneficios que brinda al neonato prematuro hospitalizado, pues se ha puesto de manifiesto que el método canguro tiene resultados positivos en el control de la temperatura, el inicio del amamantamiento y el vínculo afectivo, independientemente de otros factores como peso, evolución clínica, edad gestacional, etc.<sup>108</sup> . Por tanto es considerado como una de las intervenciones que se podría establecer en una unidad neonatal de manera ideal:

*“...tenemos que respetar los derechos del bebe, pero a veces no tenemos un lugar adecuado para realizarlo, por ejemplo la mamá canguro, sería ideal, pero no podemos brindar el tiempo que se requiere, los turnos se nos hacen cortos y el espacio también...” (Dalia)*

Según el discurso, existen limitaciones para poder realizar el método canguro de manera adecuada, Pérez<sup>109</sup>, lo corrobora afirmando que el método mamá canguro se considera un aporte al cuidado con base científica, enfocado en el cuidado neonatal humanizado, y fundamentado en el contacto piel con piel temprano y oportuno, vínculo afectivo, lactancia materna, el apego. Por otro lado, requiere de elementos que son necesarios como el tiempo, ambiente y personal adecuado, asimismo se considera a un bebé apto para iniciar el método canguro, si se encuentra en situación estable, peso desde 1300 gramos, lo que varía de acuerdo al lugar<sup>110</sup>, a lo que agrega otro autor, estabilidad de los funciones vitales, no presentar hipoxemia, bradicardia o inestabilidad hemodinámica a la manipulación<sup>111</sup>.

Es por eso que en el Servicio de Neonatología, las enfermeras hacen lo posible por ejecutar el método canguro y lo llevan a cabo para promover el vínculo afectivo porque conocen los beneficios que brinda al neonato y a los padres, sin embargo se realiza con limitaciones de espacio, tiempo y otros factores.

Si bien es cierto, la participación de la madre durante el cuidado del neonato prematuro juega un papel preponderante, el papel del padre es de suma importancia también. Asimismo, de acuerdo a la cultura, el rol del progenitor se ha invisibilizado y se ha limitado la importancia de su colaboración en el cuidado del neonato prematuro, priorizando la participación materna en éste proceso; no obstante el padre cuando tiene dicha experiencia colaborativa descubre el vínculo filial entre él y su hijo, que no puede reemplazarse por otra persona aunque sea miembro de la familia<sup>112</sup>.

Con el avance del cuidado neonatal, la presencia de la familia se hace notar, específicamente la del padre, logrando un vínculo saludable con el neonato prematuro. Taborda<sup>102</sup>, refiere el vínculo de los padres y sus hijos prematuros, fruto de los cuidados, últimamente ha tomado importancia, por sus resultados en el reforzamiento de la esperanza que mantienen los padres respecto la salud de su hijo, antes que el avance de la tecnología.

Corroborando lo mencionado, las Enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

*“...existen investigaciones en las que la presencia de los padres ayudan a la recuperación del bebé, les ayuda en la ganancia de peso, les ayuda a termorregular, a fortalecer sus defensas y nosotras hacemos que los padres se acerquen, hablen, toquen y mantengan contacto con su bebé...” (Jazmín)*

*“...nosotras hacemos lo posible por vincular al bebé con los padres, no solo con las madres, porque ellos no saben cómo es el cuidado del prematuro, el apoyo que se les debe brindar debe ir de la mano con los cuidados de enfermería...” (Girasol)*

Efectivamente, la presencia de los padres es de gran ayuda en el cuidado enfermero, generando así, diferentes beneficios no solo para el

neonato prematuro, sino también para el personal de enfermería. Un estudio refiere que la percepción de la enfermera respecto la participación de los padres es positiva, involucrándolos y relacionándolos con el recién nacido<sup>113</sup>.

Las Enfermeras reconocen que la presencia de los padres aporta beneficios para el neonato, porque se produce un vínculo entre los progenitores y el recién nacido, identifican signos de alarma, brindan estímulos para su crecimiento y desarrollo, reduciendo la estancia hospitalaria, así como los costos<sup>102</sup>. Sin embargo, la inclusión de los padres durante el cuidado, muchas veces no se puede llevar a cabo de manera ideal, según refieren las enfermeras que fueron entrevistadas:

*“...a veces por falta de tiempo o por el estado de salud del bebé, o por dificultades de personal en el servicio, no tenemos mucho contacto con los padres, y parte del derecho del niño es que no se rompa el binomio que hay con sus padres, hacemos lo que podemos...” (Margarita)*

Por lo anterior, se evidencia que en el Servicio de Neonatología, se reconocen los beneficios del vínculo de los padres con el neonato prematuro, sin embargo existen limitaciones en el trabajo de la enfermera para fomentarlo; Serret<sup>15</sup> considera que el cuidado enfermero respecto al vínculo y apego se realiza de acuerdo al manejo que le dé el área al tema del neurodesarrollo, la relevancia que tenga la participación de los padres, además de las limitaciones para llevar a cabo dicho cuidado. Sin embargo la demostración que haga el profesional de enfermería sobre los fundamentos científicos del proceso de adaptación del neonato prematuro y el vínculo establecido con sus padres, formará parte de los aportes que haga enfermería sobre sus intervenciones para la elaboración de políticas en instituciones y por ende, la toma de decisiones, demostrando con ello un cuidado humanizado y la esencia del mismo<sup>102</sup>.

La presencia de los padres durante el cuidado del neonato prematuro tiene beneficios, que la enfermera conoce y procura fomentarla generalmente en las visitas que realizan los progenitores como parte de un cuidado humanizado. El profesional de enfermería, debe asumir un liderazgo en cuanto los procesos de cuidados generales y especializados, del equipo multidisciplinario, dando a conocer las necesidades de los neonatos prematuros hospitalizados como el afecto que necesitan de sus padres<sup>108</sup>, tal como lo expresan en los siguientes discursos:

*“...no dejar de lado que los padres estén en contacto con sus bebés, tener las puertas abiertas a los padres, hay que tratar de ser más humanos en ese sentido...” (Geranio)*

*“...el cuidado a un neonato prematuro incluye un cuidado integral que va desde las alteraciones fisiológicas y el cuidado de su entorno, principalmente la familia, pese a las dificultades...” (Malva)*

Las enfermeras del Servicio de Neonatología consideran como parte de la humanización de su cuidado promover la visita de los padres, puesto que la humanización del cuidado genera que no solo veamos al neonato desde una perspectiva solo biológica o de su patología, sino que se le brinde un cuidado integral, teniendo en cuenta a sus padres y su familia, tal como sostiene Egan<sup>103</sup>, al señalar que la humanización del cuidado se produce cuando se considera como un todo al neonato y su familia, aportando beneficios a la familia.

La participación de los padres juega un papel importante, sin embargo puede generar impacto en ellos, debido a que es una experiencia nueva, a la que tendrán que adaptarse, puesto que la hospitalización puede durar muchos días o algunos meses, y el tiempo que tienen para la visita a sus bebés es corto. Al respecto, Taborda<sup>102</sup> sostiene que el tiempo que los padres pueden compartir con sus hijos durante la hospitalización resulta siendo corto, por ello presentan inseguridad al tener que cuidarlos

solos, por la fragilidad que caracteriza al neonato, el ambiente que rodea las unidades neonatales, desconocimiento sobre cuidados y los regímenes de visita.

En éste cuidado integral se hace partícipe a los padres del cuidado, a quienes hay que orientar para que puedan brindar también cuidados al neonato, y de alguna manera puedan ejercer el autocuidado. Asimismo, los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, establecen una relación de ayuda terapéutica que tiene resultados favorables y de esta manera, proporciona cuidados que se centran en la familia, a la vez que fortalece conductas que dan soporte a los progenitores, de acuerdo a las circunstancias en que se encuentre el neonato hospitalizado<sup>99</sup>, dichos cuidados son referidos en los siguientes discursos:

*“... cuando un bebé está muy delicado, no sabemos en qué momento va a dejar de vivir, se le permite a los padres entrar a verlo, aunque sea en su último aliento de vida...”*

**(Anémona)**

*“... significa un gran reto no solo con el neonato, sino también con su familia, que tampoco lo esperaba tan pronto, hay mucha incertidumbre, y viven una especie de duelo porque no saben si el bebé va a sobrevivir o no...”*

**(Margarita)**

En el Servicio de Neonatología las visitas tanto de la madre como la del padre tienen horarios, que hacen que haya ciertas restricciones en la entrada de los padres al servicio, sin embargo vemos que existen circunstancias que sin tener en cuenta horarios, se permite la entrada, humanizando en cierto modo el cuidado. El papel de la enfermera es amplio cuando se quiere incluir a los padres y humanizar el cuidado, Aparecida<sup>113</sup> enfatiza en la labor enfermera llevada a cabo de manera consciente, para disipar las dudas de los padres con el fin de reducir la angustia y aumentar la confianza en sí mismos respecto al cuidado de

sus hijos, manteniendo siempre el respeto y consideración de su cultura y de su religión.

### **3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades**

La neonatología, en los últimos años ha avanzado a pasos agigantados, lo que ha traído grandes beneficios, como la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, Gutiérrez- Padilla<sup>114</sup> argumenta que en el área de neonatología, actualmente se debate el tema de la seguridad de ciertas indicaciones y su aporte para prevenir algún daño a nivel neurológico, por lo cual es fundamental se pueda diagnosticar tempranamente.

Por su parte, Parada<sup>42</sup> en su estudio sobre humanización en el cuidado neonatal, explica que a menor edad gestacional, menor posibilidad de supervivencia y se incrementa el riesgo de discapacidad. Del mismo modo, muchos autores argumentan que es muy necesario detectar tempranamente o evitar el riesgo a situaciones de discapacidad neurológica sobre todo en neonatos prematuros<sup>110</sup>.

Por tanto, el desafío del cuidado enfermero es contribuir a disminuir la implicancia de las patologías neonatales, y de ésta manera hacer posible un desarrollo neurológico y una calidad de vida que haga posible una adecuada integración a su misma familia y también a la sociedad<sup>9</sup>. Lo anterior, se relaciona con lo que manifiestan las enfermeras del Servicio de Neonatología en sus discursos:

*“...sabemos de la plasticidad cerebral del bebé y la importancia de que sea estimulado por sus padres (...) asimismo si el neonato tiene alguna limitación, entonces el fundamento está allí escrito y sabido pero es necesario aplicarlo en el cuidado para no tener prematuros con alta tasa de discapacidad...” (Azucena)*

Las intervenciones de enfermería, realizadas de manera correcta, permiten disminuir el alto riesgo de problemas del neonato prematuro

con respecto su desarrollo, asimismo su función es observar y descifrar el comportamiento del recién nacido para luego realizar eficazmente intervenciones que posibiliten su evolución favorable; por ello resulta fundamental la valoración enfermera, donde se identifican datos del neonato, quien tiene un papel principal dentro del proceso enfermero<sup>71</sup>. Todo ello, corroborado en los siguientes discursos:

*“...interactuando con el neonato prematuro para mejorar su salud, evitando secuelas y mejorar su calidad de vida...”*  
**(Jazmín)**

*“...estar actualizadas para brindar un buen cuidado de acuerdo a la patología del neonato, con el fin de que llegue a ser una persona que se pueda desenvolver en la sociedad sin discapacidades...”* **(Rosa)**

Es indispensable revisar el fundamento científico, la normativa en cada estado y la ejecución de los cuidados enfermeros para implementar acuerdos en donde se evidencie la fusión entre la ciencia y la humanización como resultado de la consideración de temas como la calidad de vida, muerte digna, cuidado humanizado, entre otros<sup>45</sup>. Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología, consideran que para reducir el riesgo de discapacidad es importante estar actualizadas en conocimientos y brindar un cuidado humanizado, adecuado y oportuno.

#### **3.3.4. Respetando la religión y educación a la familia del neonato prematuro**

Una de las necesidades del ser humano es la espiritual, de la cual no está exento el neonato y su familia, y es preciso tenerlo en cuenta para poder brindar un cuidado integral. Lo anterior lo corrobora Ariza<sup>94</sup>, al mencionar, que dentro de los establecimientos de salud, los profesionales sanitarios que brindan atención deben tener la preparación pertinente en conocimientos del área específica pero también de otros aspectos como la cultura y creencias religiosas de la persona, dichos aspectos son

importantes porque pasará a formar parte de las características de la atención que se brinde.

Ganar conocimiento de la cultura de los otros favorece el cuidado oportuno y adecuado, permitiéndole a la enfermera, luego de interactuar con el paciente, optar por las mejores intervenciones de cuidado entre las diferentes que haya y estén fundamentadas en el aspecto cultural de la persona y su familia<sup>66</sup>. Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología señalan:

*“...de acuerdo a la religión que la familia profesa, se les hace participe de los sacramentos, que ayudan a aliviar también el duelo anticipado que atraviesan...” (Margarita)*

*“...de acuerdo también a la religión de sus padres, si ellos quieren bautizarlo o su agüita del socorro, o una oración, una biblia, o que tengan sus estampita, es su derecho del bebe y un derecho familiar creo yo...” (Anémona)*

*“...cuando los diagnósticos son muy desfavorables, ya no se realizan las maniobras de reanimación cardiopulmonar porque se le hace tener una muerte no digna, una muerte muy dolorosa, solo se da el soporte vital básico, se les dice a los familiares para que se despidan, que traigan al sacerdote, al pastor para que los bauticen...” (Azucena)*

Lo anterior se relaciona con lo que Guerrero y Cervera<sup>17</sup>, pues concluyen en su estudio, argumentando la preservación de la dignidad humana del recién nacido prematuro, al cuidar su vulnerabilidad, la atención y satisfacción de sus necesidades básicas y al buscar su trascendencia como persona, convirtiéndolo en hijo de Dios a través del sacramento del bautismo, asegurando el pronto restablecimiento de su salud. Asimismo, la hospitalización del neonato tiene un gran significado para la espiritualidad y la fe de la familia, vulnerable ante el diagnóstico y pronóstico del hijo prematuro.

Como se observa en los discursos, las enfermeras respetan la fe y creencias de la familia, también es preciso comprender las circunstancias

por las que atraviesan los padres, como lo que refiere un estudio de las experiencias del padre durante la hospitalización de su hijo, al mencionar las modificaciones que trae consigo el internamiento del neonato prematuro, producto de reestructuración social y cultural que refiere el progenitor, teniendo en cuenta elementos relacionados a la fe, espiritualidad y hasta filosofía, sociales, familiares, educativos, económicos, valores, estilos de vida, entre otros <sup>112</sup>.

Jean Watson<sup>26</sup>, considera en sus diez factores de cuidado, la presencia cuidadora de la enfermera y permitir la expresión de la fe y creencias profundas y arraigadas de la persona, asumidas con libertad por el ser cuidado. Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología, dadas las diferentes circunstancias respetan la religión y la fe, en éste caso de la familia del neonato, puesto que al permitir que las personas manifiesten sus creencias, fe, así como su espiritualidad, aumentan la seguridad en ellos mismos, y por ende su recuperación<sup>27</sup>.

Parte de la protección de la vida y dignidad del neonato prematuro es la confianza en la familia para el aprendizaje de los cuidados que demanda el neonato, pese a las circunstancias que atraviesan producto de la hospitalización, manifestadas en negación, irritabilidad, reactividad frente al conocimiento del diagnóstico, que en un primer momento a veces se rechaza, luego viene la culpabilidad, como mecanismos de protección frente a los sentimientos y emociones que experimentan en las mencionadas situaciones<sup>102</sup>. Por ello, uno de los factores de cuidado de Jean Watson es participar de una real enseñanza y también verdadero aprendizaje, que se oriente al respeto del individuo como un ser único y a la vez de los demás<sup>27</sup>.

Si bien es cierto, la enfermera posee un papel primordial en la aplicación de los cuidados que promueven el neurodesarrollo y el contacto con la familia del neonato prematuro como el contacto piel con

piel, reducción de estímulos ambientales nocivos para el neonato, confort, afectividad y promoción de un adecuado desarrollo<sup>115</sup>, la tarea de enfermería al trabajar con los padres no se limita a ciertos procedimientos que propician el vínculo afectivo, sino también incluyen educación en cuanto a los cuidados físicos que tendrán con el neonato una vez que vaya de alta. Igualmente, el papel de la madre es importante cuando se involucra en la educación de cuidados al recién nacido que realiza el equipo de salud, como la higiene, baño, cambio de pañal, masajes, cuidados de la piel etc., puesto que mediante la educación, la enfermera interactúa con los padres y a la vez se fortalece el vínculo con su hijo<sup>116</sup>. Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

*“...aquí se incluye en el cuidado a la familia (...) primero la mamá puede observar cómo se cambia el pañalito, porque cuando vaya a casa es ella quien lo va a cuidar, quien le dará la leche al bebe, sin embargo nos falta aún actualizar esas cosas...” (Anémona)*

*“...pero hay momentos en los que se puede educar a la familia, y se siente emoción” (Azucena)*

*“...sería ideal brindar educación a la mamá, al papá, lo hacemos pero a veces no se puede...” (Tulipán)*

Tal como señalan las enfermeras del Servicio de Neonatología, aún falta actualizar éstas intervenciones, lo cual no significa que sean menos importantes en el cuidado neonatal, y puedan en un futuro establecerse y aplicarse con el fin de beneficiar a los neonatos prematuros y a su familia. Taboarda<sup>102</sup> cita a la Teoría de enfermería con el enfoque conceptual de la adaptación y nos dice que en el proceso de cognición, participan diferentes situaciones que experimenta el ser humano (la emoción, juicio, conciencia, percepción, estímulos, etc.), sin embargo, el aprendizaje de los padres se torna imprescindible, cuando el profesional de enfermería interactúa con ellos con el fin de brindarles educación y acompañamiento acerca de los cuidados del neonato.

En tanto, Watson<sup>27</sup> sostiene que la información es un elemento básico de la educación, no obstante en el campo de la salud, por diversas limitaciones de tiempo, personal o actitud, cuando se trata de los pacientes, usualmente se les hace una mera entrega de datos e información más no se les educa, porque la educación implica aprender de ellos y viceversa, como resultado de la retroalimentación. Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología educan a la familia en la medida de lo posible pero no de un modo ideal debido a diferentes circunstancias y limitaciones antes descritas.

### **3.4. LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO.**

Existen diferentes intervenciones de enfermería para cuidar la vida y la dignidad del neonato prematuro, teniendo en cuenta primero, que la calidad de las áreas neonatales se evidencia en el personal capacitado y calificado con experiencia en dicha área, así como la infraestructura y ambientación, los insumos y equipos con tecnología adecuada<sup>117</sup>. Sin embargo, en nuestra realidad las circunstancias a veces no son las ideales para facilitar dicho cuidado, ocasionando que se produzcan limitaciones para poder brindar un cuidado integral y de calidad, tal como de recursos humanos, materiales y de infraestructura, además del contacto con los padres y la familia durante la hospitalización

Para empezar, podemos definir al Servicio o Unidad de Neonatología como el área dentro del hospital, que garantiza la atención asistencial de los pacientes en edad neonatal, desde el momento del parto hasta el alta, cubriendo sus necesidades de acuerdo a su situación de salud en ese periodo de tiempo<sup>118</sup>. En el Hospital Regional existen cuatro áreas neonatales, una de ellas es el Servicio de Neonatología Intermedios I, que cuenta con una determinada implementación que muchas veces

no cubre la demanda de pacientes, que generalmente es mayor a su demanda.

Ante lo descrito en el párrafo anterior, Sánchez<sup>68</sup> sostiene que cuando hay personal de enfermería insuficiente, se produce una limitación en la calidad de cuidado porque la enfermera solo lleva a cabo ciertas intervenciones que considera prioritarias, las demás, a pesar de ser importantes pueden ser dejadas de lado o realizadas con retraso; todo ello, producto de un índice enfermera– paciente inadecuado y un exceso de trabajo y responsabilidad durante el cuidado. Respecto a ello, las enfermeras refieren:

*“...existen factores en el área de trabajo, el tiempo se nos acorta, hay mucho trabajo que se recarga, hay ingresos de pacientes... a veces se estanca todo, todas las ideas buenas que uno pueda tener para mejorar demoran para ser efectuadas...” (Anémona)*

*“...a veces el cuidado que propiciamos al neonato es difícil cuando faltan las enfermeras o algún técnico de enfermería en los turnos, por la cantidad de pacientes (...) o el espacio es muy pequeño...” (Azucena)*

Por tanto, en la realidad donde se realizó la investigación, el recurso humano no resulta ser lo suficiente, Soria<sup>119</sup> afirma que en el área neonatal, el recurso humano insuficiente se ve agravada debido a las características de dicha área (pacientes atendidos y la complejidad de sus patologías), siendo oportuno, implementar disposiciones de gestión que ayuden a reducir las limitaciones del área y potenciar sus intervenciones asistenciales con el único fin de contribuir en la mejoría de la salud y sobrevivencia de los neonatos.

Asimismo, Kosar<sup>120</sup>, en su estudio demostró que todas las áreas investigadas, presentaron sobrecarga de trabajo, producto de recurso humano insuficiente, por lo cual se incrementan las intervenciones que tiene que realizar cada enfermera, tiempo y horas de trabajo que

sobrepasan lo estipulado en la normativa, en consecuencia, el trabajo de las enfermeras en los servicios no cubren las demandas de cuidado del paciente, además de no dar cumplimiento a la legislación. Por otro lado, refiriéndonos al equipamiento e infraestructura, el área neonatal siempre tendrá a disposición del paciente neonato hospitalizado, equipos con tecnología adecuada para brindar apoyo, asistencia y cuidado, con el fin de estabilizarlo o mejorar su salud, o al menos dar el soporte y comodidad necesaria cuando no sea posible revertir el problema de salud<sup>118</sup>.

Por su parte, el Servicio de Neonatología I cuenta con 7 ambientes y una estación de enfermeras, de los cuales 3 son utilizados para la hospitalización de neonatos con alguna patología, con tratamiento endovenosa por vía periférica y/o central (catéter umbilical o catéter central de inserción periférica), que se encuentran en fase ventilatoria II-I (CPAP nasal, cánula binasal, casco cefálico); y si nos referimos a los equipos con los que cuenta, hay incubadoras, pulsioxímetros, mezcladores de oxígeno y aire comprimido, servocuna, bombas infusoras, etc., sin embargo no son suficientes por la alta demanda de pacientes. Por ello las enfermeras entrevistadas manifiestan:

*“...dar un cuidado humanizado, a pesar de las dificultades en la parte de la logística y de insumos, a veces no tenemos los equipos necesarios, pero se trata de que sus necesidades se satisfagan, dentro de lo podemos, para que pueda salir del cuadro clínico en el que se encuentra...” (Lirio)*

*“...al realizar el cuidado, hay veces que tenemos la carencia de equipos, como pulsioxímetros, incubadoras, que necesitan los prematuros para ser monitorizados y atenderlos adecuadamente...” (Dalia)*

Por tanto, los recursos no son los suficientes en el área donde se realizó la presente investigación, lo cual se opone a lo afirmado por la Organización Mundial de la Salud, que hace énfasis en la calidad

asistencial, con el fin de asegurar una óptima atención y las personas puedan acceder a los diferentes servicios sanitarios, considerando diversos aspectos como conocimientos, atención médica, para lograr la satisfacción del paciente, la reducción de riesgos y los mejores resultados para las personas atendidas<sup>42</sup>.

Sin embargo, frente a las distintas limitaciones que las enfermeras mencionan, es preciso agregar lo que Watson señala como uno de los factores de cuidado, el uso de la creatividad de la enfermera, participando en el proceso de cuidar y las formas de conocimiento ante el exceso de disposiciones y reglamentos que limitan su creatividad<sup>27</sup>, tal como se manifiesta en el siguiente discurso:

*“...existen dificultades que las superamos con nuestra creatividad... también existen limitaciones materiales en cuanto a recursos de pulsioxímetros, incubadoras, y hasta el mismo espacio es limitado...” (Malva)*

Otro aspecto importante para asegurar el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro es la familia, puesto que el periodo perinatal en general, es una etapa crítica y compleja en donde la familia expresa susceptibilidad ante lo sugerido o recomendado por algún profesional sanitario<sup>121</sup>. Es por ello, que dentro del Servicio de Neonatología se da mucho valor a la información que se brinda a los padres, más aún si se trata de la evolución del neonato:

*“...tampoco nosotros podemos brindar mucha información, porque es el médico quien da los informes (...) podemos dar cierta información para que el familiar se tranquilice, hasta que le den una información completa, con diagnósticos, con exámenes...” (Begonia)*

*“... el médico es el encargado de dar informes a los padres, nosotros no podemos brindarles quizás la información completa, pero podemos darles un alcance de cómo se*

*encuentra el bebé, porque yo lo estoy cuidando...”*  
**(Geranio)**

Según los discursos, las enfermeras respetan las funciones de cada profesional, en éste caso del médico, quien se encarga de brindar información exacta acerca de la evolución y estado de salud del neonato, sin embargo también precisan que brindan cierta información con el fin de tranquilizar al familiar, dadas las circunstancias. Al respecto, Sola<sup>89</sup> señala que el soporte que se brinde a los padres y/o familia, ayudan a fortalecer el aprendizaje de la madre, sentimientos, emociones y a un mejor manejo del estrés; ante ello, es siempre adecuado conceder la más completa información y a la vez con precisión, en forma simple y empática, sin usar palabras técnicas, difíciles de comprender o que traten de dar falsas esperanzas respecto a la recuperación del neonato<sup>121</sup>.

Otro aspecto importante en el cuidado del neonato son las visitas de los padres y/ o familiares, que según la literatura nos dice que afianza el neurodesarrollo del bebe, siendo uno de los pilares de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD); asimismo, la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos recién nacidos ingresados, es uno de los pilares de los CCD. Para ello se precisa que las unidades neonatales estén abiertas para los padres todo el día, durante las 24 horas, sin restricción alguna, y de esta forma se favorezca la lactancia materna, contacto del neonato con su madre, así como el cuidado de los padres<sup>122</sup>, sin embargo en el Servicio de Neonatología no se realizan éstos cuidados de manera ideal, como lo manifiestan las enfermeras participantes del estudio:

*“...una de las dificultades que tenemos es que aún somos un hospital a puertas cerradas, es decir que los padres no pueden estar todo el día con sus bebes, a diferencia de otras unidades neonatales como Argentina o España (...) allí no se les restringe las visitas...”* **(Margarita)**

*“...es parte de nuestro cuidado permitir que la madre y el padre estén inmiscuidos en el cuidado del neonato, sin negarles la entrada...” (Jazmín)*

Según los discursos, las enfermeras hacen referencia a los hospitales de puertas abiertas que funcionan de esa manera en otros países, donde los padres e incluso la familia completa pueden tener contacto con el neonato, sin embargo el cuidado que ellas brindan y las circunstancias solo permiten la entrada del padre y de la madre en horarios establecidos. Diversos estudios señalan que la relación de la participación de los padres durante la hospitalización es inversa al tiempo de internamiento, de la misma forma, existen dos aspectos fundamentales que determinan el grado de soporte a los padres, la normativa de puertas abiertas y la disposición que tenga el personal de salud frente a ello, con el fin de ayudar a los padres a superar las implicancias de la prematuridad de su hijo<sup>122</sup>.

Las unidades de neonatología, sin importar el nivel de cuidado que brinden al recién nacido, deben promover la lactancia materna así como los cuidados orientados al neurodesarrollo del neonato, mediante la libre entrada de los padres las veinticuatro horas del día a las unidades, y con ello lograr satisfacer las diferentes necesidades no solo del recién nacido, sino de sus padres y su familia<sup>123</sup>.

Por tanto, por un lado las enfermeras participantes del estudio, corroboran los beneficios descritos de llegar a ser una unidad de puertas abiertas, pero por otro, son conscientes que es una debilidad en su servicio porque sólo los padres ingresan a ver al neonato en horarios restringidos.

A continuación se ofrece la gráfica **del Modelo Conceptual sobre las Experiencias de las Enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro (Fig. 01)**



**Fuente Elaboración propia**

## **CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES**

- Las enfermeras del Servicio de Neonatología I brindan cuidado para salvar y proteger la vida del neonato prematuro, para lo cual aplican competencias para satisfacer las necesidades básicas, administran medicamentos, aplican medidas de bioseguridad y en esta realidad, respetan y promueven el derecho a la vida.
- Durante su cuidado las enfermeras del Servicio de Neonatología I reflexionan que a quien cuidan es una persona con dignidad y a la vez muy vulnerable, indefensa, que merece respeto, poseedora de nombre propio; además aplican sus conocimientos y criterios éticos para no causar daño cuando el pronóstico no es favorable.
- La mayoría de enfermeras reconocen que los cuidados centrados en el desarrollo y familia tienen múltiples beneficios para el neonato prematuro, por ello desarrollan el rol de segunda madre, humanizan el cuidado motivando a las madres a realizar el método canguro y vinculando a los padres con su hijo, protegen al neonato de la posibilidad de presentar discapacidades, respetan la fe y creencias de los padres y los preparan para el alta; y a pesar de tener limitaciones, priorizan el bienestar del neonato.
- Existen factores que impiden brindar un cuidado ideal como la infraestructura, equipos, tiempo, espacio, y en ocasiones, recurso humano, por lo cual las enfermeras tratan de superar estas limitaciones con su trabajo diario, pero también reconocen aspectos por mejorar tanto a nivel hospitalario, del servicio de neonatología y del cuidado enfermero.

## **CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES**

### **A los profesionales de enfermería:**

- Promover la práctica de valores dentro del trabajo para un mejor cuidado y atención al neonato prematuro y a su familia, así como la mejora continua en las acciones de enfermería.
- Capacitación y actualización en conocimientos relacionados con la neonatología y también con la Bioética.
- Trabajar en equipo, para poder superar las diferentes limitaciones.

### **A las instituciones de salud:**

- Mejorar la distribución de insumos, infraestructura y de recursos humanos especialmente en los servicios de neonatología asegurando presupuesto, equipos y materiales.
- Promover la capacitación en conocimientos teóricos y prácticos en bioética.
- Implementar proyectos y/o programas que promuevan el cuidado centrado en el desarrollo y familia del neonato.

### **A los padres y familiares:**

- Hacerse presente en el servicio y procurar el contacto con el neonato prematuro de acuerdo a sus circunstancias y tiempo.
- Colaborar en el aprendizaje de los cuidados al neonato para aplicarlos en el hogar.

### **A las Instituciones formadoras**

- Conservar y potenciar valores en el currículo oculto de las universidades, como parte de la formación de sus estudiantes tanto en pregrado como posgrado.
- Incorporar conocimientos en bioética en la formación del profesional de Enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros [Internet] Ginebra; 19 Feb 2018 [Consultado: 31 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. OMS, March of Dimes, PMNCH, Save the Children. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [Consultado: 12 Dic 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/bornতোsoon\\_execu\\_m\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/bornতোsoon_execu_m_es.pdf)
3. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015 [Internet]. Lima; 2016 [Consultado: 31 Oct del 2017]. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf)
4. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 16-2017 (del 16 al 22 de abril). Boletín Epidemiológico: 2017 [Internet]. 2017 [Citado: 31 Oct 2017]; 26(16): 512- 14. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf>
5. Loncharich, N. Cuidado Enfermero. Rev Enf Hered [Internet]. 2010 [acceso 08 Oct 2018]; 3(1): 1. Disponible en: [http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203\\_1.pdf](http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf)
6. Oficina de Estadística del Hospital Regional Lambayeque. Servicio de Neonatología; 2018.
7. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud; 2005.
8. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención. Lima: Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento. Ministerio de Salud; 2015.
9. Mata M, Salazar M, Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [acceso 01 Oct 2017]; 17 (1): 46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>
10. Ministerio de Justicia del Perú. Constitución Política del Perú. [En línea] 1993.

[http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion000000.htm/tomoo0241.htm/sumilla00242.htm?f=templates\\$fn=document-frame.htm\\$3.0#JD\\_INDICE2](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion000000.htm/tomoo0241.htm/sumilla00242.htm?f=templates$fn=document-frame.htm$3.0#JD_INDICE2) (Consulta: 19 de Enero del 2018)

- 11.** Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. *Rev. Brasil Enf* [Internet]. 2014 [acceso 11 Oct 2018]; 67(6): 876- 78. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>
- 12.** Ota A. Manejo neonatal en el prematuro: avances en el Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 Jul [citado 2018 Oct 05]; 64(3): 415-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>
- 13.** Kucuradi I. El concepto de dignidad humana y sus implicaciones para los derechos humanos. *Actualizac. Bioét.* 2019; 5(1): 7-13.
- 14.** Bellieni C. Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología. *Actualizac. Bioét.* 2019; 5(1): 14- 24.
- 15.** Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. [tesis doctoral en internet]. [Tarragona]: Universitat Roviri I Virgili; 2014 [citado 26 May 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20Serret%20Serret.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 16.** Guerrero K, Luna A. Cuidado humanizado de enfermería al recién nacido pretérmino en el Hospital Regional “José Alfredo Mendoza Olavarría. Septiembre – Diciembre 2017 [tesis para obtener el título profesional en internet]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2017 [citado 27 May 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/251>
- 17.** Broncano, Y. Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: Una perspectiva de Enfermería. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Hospital San Bartolomé. [tesis doctoral en internet]. [Chimbote]: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2015 [citado 26 Oct 2018]. Recuperado a partir de: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1764/CUIDADO\\_HUMANIZADO\\_NEONATO\\_PREMATURO\\_BRONCANO\\_VARGAS\\_YRMA\\_NILDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1764/CUIDADO_HUMANIZADO_NEONATO_PREMATURO_BRONCANO_VARGAS_YRMA_NILDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 18.** Guerrero E, Cervera M. Personalismo y cuidado en el recién nacido prematuro. *Rev. Paran Digit* [Internet]. 2015 [Citado 26 Jun 2019]; 9 (22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/480.pdf>

19. DEL: Diccionario de la lengua española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española; Octubre 2014 [2017; Consulta: 08 Dic 2017]. Diccionario de la Lengua Española; 1[1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HIeIZIn>
20. Piulats O. La Filosofía trascendental de Kant y la Cuestión del Escepticismo. *Thémata, Rev. Filosof.* 2012; 1 (45): 334.
21. Ruiz G. La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de Educación.* 2013; 11(15): 107.
22. Lopez A. (dir). Karol Wojtyla y el Concepto de Persona Humana [tesis en Internet]. [Medellín]: Universidad de San Buenaventura de Medellín Colombia; 2013 [citado 26 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/878/Andr%C3%A1g%20Felipe%20L%C3%B3pez%20L%C3%B3pez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Wojtyla K. *Pesona y acción.* 3era Ed. España: Ediciones Palabra; 2011.
24. Waldow VR. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm (Gran)* [Internet]. 2014 [citado 10 de Enero del 2018]; 23(4): 238. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
25. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería.* 7ma Ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
26. Watson J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo da Saúde São Paulo* [Internet]. 2009 [citado 10 Ene 2018]; 33(2):144-145. Recuperado a partir de: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/143a149.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf)
27. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Rev. Ciencia y Enf.* 2011; 17(3): 11- 22.
28. Kozier B, Erb G, Audrey B, Shirlee J. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica Vol 1.* 8 ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
29. Potter P, Perry A, Stocker P. *Fundamentos de enfermería.* 8 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2015.
30. Papalia, D, Wendkos, S, Duskin, R. *Desarrollo Humano.* 11ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
31. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guías Clínicas para la Atención del Recién Nacido.* Lima: Dirección General de Salud de las

- Personas. Ministerio de Salud; 2007.
32. Jasso L. Evolución, impacto y aplicación de la bioética en el recién nacido. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010; 67 (3): 204- 222.
  33. Leiva V. ¿Por qué enseñar bioética social y de salud pública en Enfermería?. *Rev. Enf. Act. Costa Rica [Internet].* 2009 [Citado 13 Dic 2017]; No.17: 4. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3617/3525>
  34. Cervera M. Inclusión de la ética en la formación universitaria del estudiante de enfermería. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
  35. Wilches A. La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Rev. Opc.* 2011; 27(66): 71.
  36. Actis A, Outomuro D. Bioética consolidada: abordaje histórico a más de 40 años de surgimiento. *Rev. Bioét y Der.* 2014; 30: 84.
  37. Roa- Castellanos R, Valenti E, Márquez Mendoza O. Origen y Evolución del Neologismo “Bioética”. Fritz Jahr. En: Herreros B, Bandrés F. *Historia ilustrada de la Bioética.* Madrid: ADEMAS Comunicación Gráfica; 2015. p. 139-146.
  38. Garduño A, Muñoz R, Olivares C. Dilemas éticos y Toma de Decisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.* 2010; 67 (3): 266- 268.
  39. Alunni S. Atención Integral de Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Pedro Elizande. Comité de Docencia e Investigación [en línea] 2014. [http://www.academia.edu/7414071/Aspectos\\_eticos\\_legales\\_y\\_sociales\\_en\\_Neonatologia](http://www.academia.edu/7414071/Aspectos_eticos_legales_y_sociales_en_Neonatologia) (Consulta: 10 de Octubre del 2017).
  40. Fanaroff J. Aspectos Ético- legales en Neonatología. En: Sola A, Golombek S. *Cuidando al recién nacido a la manera de SIBEN.* Tomo I. Bolivia: EDISIBEN; 2017. p. 879- 886.
  41. Gebara E. Impacto de la evolución científico-tecnológica en la Bioética neonatal-perinatal. *Rev. Vid y Étíc.* 2014; 15(1): 33- 48
  42. Parada D. Humanización en el cuidado neonatal. *Rev. Cienc. Cuid.* 2012; 9(2): 71- 80.
  43. Pardo A. La ambigüedad de los Principios de la Bioética. *Cuad. Bioét.* 2010; 21(71): 42.
  44. Gómez P. Principios Básicos de Bioética. *Rev. Per. Ginec. Obst.* 2009; 55 (4): 231- 232.
  45. García, J. Bioética Personalista y Bioética Principalista. *Perspectivas.*

- Cuad. Bioét. 2013; 24 (1): 69.
46. Sgreccia E. Manual de Bioética I Fundamentos y ética biomédica. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2012.
  47. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Cuad. Bioét. 2013; 24(1):121.
  48. Guerra R. Bioética y Racionalidad: El Personalismo al servicio de la ampliación del horizonte de la razón en la fundamentación bioética. Cuad. Bioét. 2013; 24(1): 40
  49. Burgos JM. ¿Qué es la ética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. Cuad. Bioét. 2013; 24(1); 25
  50. Tealdi JC (dir). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
  51. Quintana C. E. Sgreccia: Una Bioética Católica [Internet]. Bioética desde Asturias. Asturias; 2011[Consultado: 21 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2011/12/esgreccia-una-bioetica-catolica.html> (Consulta: 9 de Diciembre del 2017).
  52. ONU. Declaración de derechos humanos [Internet] Nueva York: ONU; 1948 [Consulta: 24 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
  53. Vial J, Rodríguez A. La Dignidad de la Persona Humana desde su fecundación hasta su muerte. Acta Bioet. 2009; 15 (1): 58.
  54. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. Lima: Colegio de Enfermeros del Perú; 2009 [Consulta: 24 Nov 2017]. Disponible en: [http://cep.org.pe/download/codigo\\_etica\\_deontologia.pdf](http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf)
  55. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo Enfermero N° 27669. Colegio de Enfermeros del Perú [Internet]. Lima: Colegio de Enfermeros del Perú; 2002 2009 [Consulta: 24 Nov 2017]. Disponible en: [http://cep.org.pe/download/ley\\_trabajo\\_enfermero.pdf](http://cep.org.pe/download/ley_trabajo_enfermero.pdf)
  56. Burgos, J. Antropología: una guía para la existencia. Madrid, España: Ed. Palabra; 2013.
  57. Irizar L.; Castro S. El ser, la forma y la persona: sobre la raíz ontológica de la dignidad humana en Tomás de Aquino. Rev. Lasall. Invest. 2013; 10 (2): 129.
  58. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un Bioderecho Global. Cuad. Bioét. 2013; 24(2): 205.
  59. Sanchez J. Dignidad humana y derechos humanos. En: Ramos-Kouri M (dir). Artavia Murillo vs. Costa Rica. Análisis crítico a la sentencia

- de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el fallo sobre fertilización in vitro [Internet]. Querétaro: Centro de Investigación Social Avanzada; 2016. p 203- 4. Recuperado a partir de: [http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op\\_20170808\\_01.pdf](http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20170808_01.pdf)
- 60.** Hernández S. y colaboradores. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa 6ta ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2014.
  - 61.** Burns N, Groven S. Introducción a la investigación cualitativa. En: Investigación en Enfermería (3ª ed.). Elsevier España S.A. 2004; (11) 385- 430.
  - 62.** Oliveira M. Como fazer pesquisa qualitativa. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2004.
  - 63.** Morse J. The significance of saturation. Qual Health Res 1995; 5(2):147-49.
  - 64.** Denzin N. El campo de la Investigación cualitativa; 3era ed. Colombia: Gediza.; 2012.
  - 65.** Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Trujillo: Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
  - 66.** Reina R.; Ferrer R.; Toro Y.; Cárdenas M. Abordaje del Cuidado Neonatal: Un enfoque Transcultural. Enferm. Glob [Internet] 2010 [citado: 26 Ene 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300019](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300019)
  - 67.** Espino M, Ruiz L. Ética para el cambio en el equipo de Salud. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 55- 62.
  - 68.** Sánchez C. Dilemas éticos en la enfermería. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 171- 178
  - 69.** Valbuena L. Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. Investig Enf. Imagen Desarr. 2017; 19(1): 123-137.
  - 70.** Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cub Enf [Internet]. 2011 [citado: 22 Set 2018]; 27( 3 ): 239-247. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So864-03192011000300008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192011000300008&lng=es)

71. Rivera P, Lara D, Herrera A, Salazar E, Castro R, Maldonado G. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. *Enf Neurol (Mex)*. 2011; 10 (3): 159-162.
72. Contreras H, Castillo-Arcos L, Álvarez-Aguirre A. Confort neonatal del recién nacido pre-término. *Index Enf*. 2017; 26(4): 280-284.
73. Cobeñas YM. “Rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Jaén, 2014. [tesis para obtener el título profesional en internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014 [citado 27 May 2019]. Recuperado a partir de: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1463/To16\\_44241541\\_T%20jaen.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1463/To16_44241541_T%20jaen.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
74. Caro S, Diaz D, De las Salas R, Gutiérrez E, Lemus C, Quintero S. Conocimientos relacionados con aspectos de la administración de medicamentos en la práctica de enfermería en tres hospitales del Atlántico (Colombia). *Rev. Sal. Uninort*. 2014; 30 (3): 371-80.
75. Sánchez L, Pérez J, Tamariz Velázquez F, Delgado M. Seguridad del neonato hospitalizado: Aproximaciones y propuestas. *Enf. Univ*. 2012; 9 (2): 27-36.
76. Cárdenas P, Zárata R. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Rev. Enf. Univ. ENEO- UNAM*. 2009; 6 (2): 23- 30.
77. Valderrama, M. Intervención de enfermería en la administración de medicamentos en pediatría. *Rev. Cienc y Cuid*. 2018; 15(1): 48-57.
78. Echeverri S, Vanegas S. Administración de medicamentos. Estándar de cuidado. *Actualizac. Enf*. 2008; 11(3):29-36.
79. Castilla A. Precauciones de aislamiento en neonatología. *Rev. Enf. Neonat*. 2010; 3 (10): 24- 30.
80. Rubin de Celis V. Bioética y bioseguridad en la investigación. *Tradición*. 2016; 13: 39- 41.
81. Bautista L, Delgado C. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Rev. Cienc. Cuid*. 2013; 10(2): 127- 135.
82. Acosta S, Andrade V. Manual de Esterilización para centros de Salud. Washington DC: OPS- USAID; 2008.
83. Abate H, Pena E. Normas y Recomendaciones de Bioseguridad en Neonatología. En: Manual de bioseguridad para Establecimientos de Salud [Internet]. Mendoza: Gobierno de Mendoza; 2014 [acceso: 24 Set 2018]. Disponible en:

- <http://www.salud.mendoza.gov.ar/biblioteca/manuales/manual-de-bioseguridad-para-establecimientos-de-salud-capitulo-10-normas-y-recomendaciones-de-bioseguridad-en-neonatalogia/>
- 84.** Hospital San Juan de Lurigancho. Manual de Bioseguridad. Ministerio de Salud. Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Lima; 2016.
  - 85.** Larguía, M. Muerte digna en Neonatología. Editorial. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardé. 2012; 31(3): 98-99.
  - 86.** Arnáez J, Tejedor J, Caserío S, Montes M, Moral M, Gonzáles J, García A. La Bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. Anal. Ped. 2017; 30(10).
  - 87.** Salas M, Molina F, Torralbas J. Cuidados Paliativos al niño en estado crítico y su familia. En: Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales. 2016. [Citado 20 de Setiembre del 2018] En línea. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/287994566\\_Cuidados\\_paliativos\\_al\\_nino\\_en\\_estado\\_critico\\_y\\_su\\_familia](https://www.researchgate.net/publication/287994566_Cuidados_paliativos_al_nino_en_estado_critico_y_su_familia)
  - 88.** Martín M. Análisis del debate sobre eutanasia neonatal. Cuad. Bioét. [Internet]. 2015; 26(2): 223-239. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87541128004>
  - 89.** Sola A, Golombek S. Ética en recién nacidos con ventilación mecánica. En: Sola A, Golombek S. Cuidando al recién nacido a la manera de SIBEN. Tomo I. Bolivia: Edisiben; 2017. p.879- 886.
  - 90.** Errasti-Ibarrondo B, Martínez M, Carvajal A, Arantzamendi M. Modelos De Dignidad en el Cuidado: Contribuciones para el final de la vida. Cuad. Bioét. 2014; 25 (2): 243- 56.
  - 91.** German R. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. Cuad. Bioét. 2017; 28 (1): 83- 97.
  - 92.** Pérez J. Presentación: Los desafíos bioéticos de la neonatología. Cuad. Bioét. 2015; 26(2): 195- 9.
  - 93.** Díaz L. Ser humano... ser persona. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 269-274.
  - 94.** Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ [Internet]. 2012 [citado 02 Feb 2019]; 9(1): 41-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-706320120001000006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-706320120001000006&lng=es).
  - 95.** UNICEF. Derechos de los recién nacidos prematuros [Internet]. Argentina: UNICEF; 2018 [citado: 20 Feb 2019]. Disponible en:

- [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/SALUD-Prematuros\\_GuiaDerecho3\\_web.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/SALUD-Prematuros_GuiaDerecho3_web.pdf)
- 96.** Valenzuela M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencia? [tesis doctoral en línea]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015 [citado: 20 Feb 2019]. Recuperado a partir de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis\\_martina\\_valenzuela\\_anguita.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf)
  - 97.** Llorca M, Sanchez J. Atención psicomotriz a los bebés prematuros. Rev. Desarrolla [Internet]. 2014 [citado: 02 Feb 2019]; 36(1): 1- 15. Disponible en: <http://www.desarrolla.net/Ultims-articulos/Atencion-psicomotriz-a-los-bebes-prematuros-M.-Llorca-Llinares-J.-Sanchez-Rodriguez-03-2014>
  - 98.** Soria R. Educación a los padres del recién nacido en alojamiento conjunto. Rev. Enf. Neon. [Internet]. 2012 [citado 17 Feb 2019]; 4(13): 22- 31. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
  - 99.** Cuesta J. Enfermería Neonatal: Cuidados centrados en la familia. Enf. Integ. 2012; 98 (1): 36- 40.
  - 100.** Gallegos J, Reyes J, Silvan C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol Reprod Hum. 2010; 24 (2): 98- 108.
  - 101.** Del Moral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr. 2010; 50 (supl 1): 39- 42.
  - 102.** Taborda A. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. Rev. Cuidarte [Internet]. 2013 [citado 2018 Sep 21]; 4 (1): 540- 543. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/15/111>
  - 103.** Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. Rev. Enf. Neon [Internet]. 2012 [citado 17 Feb 2019]; 3(14): 4- 14. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>
  - 104.** Cruz I, Serrano D, Guede T. Enfermería en el Cuidado del recién nacido prematuro. Rev. Cient. Hygía Enf. 2013; (83): 26- 31.
  - 105.** Hernandez N, Rubio M, Lovera A. Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. Invest. educ. enferm. 2016; 34 (1): 104-112.

- 106.** Ocampo M. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Rev. Aquichán.* 2013; 13 (1): 69- 80.
- 107.** Waldow V. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Rev. Aquich.* 2009; 9(3): 249.
- 108.** López E. Vínculo afectivo materno- infantil: método canguro. *Rev. Ped. Elec.* [revista en la Internet]. 2016 [citado 21 Nov 2018]; 13 (3). : [http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATERNO\\_INFANTIL.pdf](http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATERNO_INFANTIL.pdf)
- 109.** Pérez I. Método Madre Canguro. Plan de Mejora de MMC en Unidad neonatal. 2016 [trabajo de fin de grado en internet]. [La Rioja]: Universidad Nacional de La Rioja; 2016 [citado 27 marzo del 2019]. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002088.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002088.pdf)
- 110.** USAID. Proyecto De mejoramiento de la Atención de la Atención en salud. Aplicación del método madre canguro en bebés prematuros y de bajo peso en 4 países de América Latina [Internet]. 2011 [citado: 14 Mar 2019]. Disponible en: [https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Aplicando\\_Metodo\\_Madre\\_Canguro\\_Nov2011.pdf](https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Aplicando_Metodo_Madre_Canguro_Nov2011.pdf)
- 111.** Ruiz E. Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. *Rev. enferm. CyL* 2016; 8(1): 61- 70.
- 112.** Gutiérrez-Padilla J, Martínez R, Angulo E, López L, de la Torre M, Aguilar M et al. Diagnóstico de neurodiscapacidad en el periodo neonatal en México, resultados de una encuesta realizada al personal de salud. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 [citado: 22 Set 2018]; 26(1): 30-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372012000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100005&lng=es).
- 113.** Cañas – Lopera E, Rodríguez Y. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Rev. Aquich.* [revista en la Internet]. 2014 [citado 22 Sep 2018]; 14 (3): 336-350. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2904/3671>
- 114.** Aparecida M, Pinto M, Ribeiro K, Moura D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. *Rev. Latino- Am. Enfermagem.* 2011; 19(6).
- 115.** Johanson L, Luzia J, Sivan C, Rangel L, Privado T. La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del

- cuidado de enfermería. 2015. *Rev. Latino- Am. Enfermagen* 23 (3): 483-90.
- 116.** Guerra M. Fortalecimiento del vínculo Padres- Hijo a través del proceso de cuidado de Kristen Swason. *Rev. Cienc. Innovac. Salud.* 2013; 1 (2): 120- 125
  - 117.** Clairat Y. Calidad de la atención en el Servicio de Neonatología del Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. *Medisan.* 2014; 18(12):17-25.
  - 118.** Novoa JM, Milad M, Guillermo Vivanco G, Fabres J, Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Sociedad Chilena de Neonatología. *Rev Chil Pediatr.* 2009; 80 (2): 168-187.
  - 119.** Soria, R. Recursos humanos en las Unidades Neonatales. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108(6):486-489.
  - 120.** Kosar B, Toma E. Dimensionamiento de personal de enfermería de una unidad neonatal: utilización del Nursing Activities Score. *Rev. Latino- Am. Enfermagen.* 2013; 21(1).
  - 121.** Olza I, Palanca I, Gonzáles- Villalobos I, Malalana A, Contreras A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Rev. Iberoam. Psicosom.C.* 2014; (109): 45- 52.
  - 122.** Pallas C. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin.* 2014; 12(2):62-67.
  - 123.** Rite S, y colabor. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr (Barc).* 2013;79(1):51.e1-51.e11

## ANEXOS

### ANEXO N° 01



### Consentimiento para participar en un estudio de investigación

#### - ADULTOS -

---

#### Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Katerine Altamirano Hoyos

Título :

Experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018

---

#### Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018”. Se está realizando este estudio con los objetivos:

- Describir las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.
- Analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.
- Comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, la cual será

grabada en un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 10 a 20 minutos. La entrevista se realizará en un lugar apropiado.

2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la universidad.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo por cualquier duda o interrogante.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará a través de la satisfacción que los resultados promoverán cambios favorables para el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

Se guardará su información con seudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI  NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque, cada vez que se requiera el uso de la información.

### **Derechos del participante:**

Así como usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o comunicarse con Altamirano Hoyos Katerine, investigador.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque.

### **CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

Participante  
Nombre:  
DNI:

---

Fecha

---

Investigador  
Nombre:  
DNI:

---

Fecha

## **ANEXO N° 02**

### **GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE.**

#### **INFORMACIÓN**

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro, por lo que se solicita y se le agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

#### **DATOS GENERALES:**

Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Años de experiencia en el Servicio:

1- 4 años ( ) 5 - 7 años ( ) 7 -10años ( ) + 10 años ( )

#### **DATOS ESPECÍFICOS:**

1. ¿Qué significa para usted, cuidar a un neonato prematuro?  
(Posibilidad de repreguntar)
2. De acuerdo a su experiencia, ¿Cómo es el cuidado que usted brinda al neonato prematuro con respecto a sus derechos inalienables (nombre, persona, dignidad, padres, familia, historia)?

## ANEXO N° 3



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - CHICLAYO



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética en Investigación, luego de haber revisado el proyecto de investigación titulado: **"Experiencias De Las Enfermeras En El Cuidado De La Vida Y La Dignidad Del Neonato Prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018"**, y al haberse levantado las observaciones realizadas por nuestro comité, se otorga la presente constancia al autor:

**KATERINE ALTAMIRANO HOYOS**

Y se resuelve:

1. Aprobar la ejecución del mencionado proyecto.
2. Extender ésta constancia para que pueda ser ejecutado en las unidades operativas pertinentes.
3. Los investigadores deberán presentar el avance trimestral de la investigación en desarrollo.

Chiclayo, 30 de Octubre del 2018

  
EMMA ARRIAGA DEZA  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE  
Emma Arriaga Deza  
Pta. Comité Ética en Investigación HRL  
CBP. N° 6789

**Código\_Inv: 0811-061-18CEI**

Prolg. Augusto B. Leguía N°100 - Esquina Av. Progreso N°110-120 – Lambayeque-Chiclayo

Teléfono: 074- 480420 Anexo: 1060