



MAESTRIA CIENCIAS DE ENFERMERIA

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Caracterización del prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del
Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Tesis presentada en opción al título de Máster en Ciencias de Enfermería

Autor: Lic. Esp. Maydel Coca Tiefertbrucker

Tutor: Dr. C. Yuliett Mora Pérez

Dr. C. Dayami Elizabet Díaz Hurtado

Cienfuegos, 2025

Se sabe que la familia tiene un rol fundamental en los cuidados y en el desarrollo del bebé prematuro. Por eso, nosotros trabajamos desde un equipo multidisciplinar formado por la familia y el personal sanitario.

Ana Herranz Neonatologa

Agradecimientos:

A mi tutora, Dr. C. Yuliett Mora Pérez por su paciencia, entrega y ayuda incondicional a la tutoría de esta investigación, por estar presente en todo momento sin importar hora y lugar. Mis respetos y admiración para ella, excepcional ser humano.

A mi tutora, Dr. C. Dayami Elizabeth Díaz Hurtado por la compañía durante este proceso. Mi hermana y amiga, por su confianza y apoyo.

A mi amado hijo Carlos Ernesto, mi razón de vivir, a quién le muestro día a día que nada es imposible, todo se logra con esfuerzo y determinación.

A mis compañeros de maestría por apoyarme en todo momento

A mis padres y familia por el apoyo en esta etapa de la vida

A todos muchas gracias

Dedicatoria

A mis padres, quienes me han impulsado en todo momento a mi superación personal y profesional, sin ellos mi superación no sería posible.

A mi hijo por su apoyo incondicional.

A mi hermana, Meilyn, por estar pendiente de los logros y avances de la investigación.

A mis pequeños pacientes y su familiares razón de mi superación profesional

Síntesis

Introducción: los nacimientos prematuros en la actualidad, son considerados la principal causa de mortalidad infantil, antes de los cinco años. Se considera que los supervivientes de un parto prematuro pueden sufrir complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Objetivos: sistematizar los referentes teóricos para la caracterización de los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos y caracterizar a los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad. Metodología: investigación cuantitativa transversal, de enero del año 2023 a junio del año 2024. Universo 139 recién nacidos con diagnóstico de prematuro. La recogida de la información fue a través de datos de la historia clínica neonatal y el libro de ingreso. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, Versión 18.0. Resultados: la edad gestacional entre 34 a 36,6 semanas con 80 prematuros (57,5 %). La prevalencia del bajo peso en el rango de 1500-2499 gramos, en 61 (43,9 %). Predominó el sexo masculino, de madres con parto eutócico. El 16.5% de prematuros tuvo APGAR entre cuatro y seis. Las complicaciones presentes fueron: mal adaptación pulmonar, seguida de la membrana hialina, depresión neonatal y la transición complicada. Conclusiones: la utilización de las Teoría de Jean Watson y cuidados centrados en el desarrollo posibilitaron el sustento epistemológico de esta investigación, se hace énfasis a la necesidad de la evaluación del comportamiento de los prematuros, para el diseño de guías y algoritmos en la atención a estos pacientes.

Palabras Claves: Prematuro, prematuridad, recién nacido prematuro, morbilidad y mortalidad neonatal.

ÍNDICE	“Pág.”
Introducción.....	1
Capítulo I. Referentes teóricos que sustentan la caracterización clínica de los recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.....	6
1.1. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias.....	6
1.2. Atención de enfermería a recién nacido prematuro.....	12
1.3. Teoría de los cuidados: Jean Watson	14
1.4 Modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo y su aplicación en la UCIN para favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del neonato prematuro.....	17
1.5 Integración de la Teoría de Jean Watson y los Cuidados Centrados en el Desarrollo en la Atención del Recién Nacido Prematuro en la UCIN.....	22
Consideraciones finales del capítulo I.....	24
Capítulo II. Referentes metodológicos que sustentan la caracterización del RNP en UCIN del HGAL.....	25
2.1. Tipo y escenario de estudio.....	25
2.2. Universo y muestra.....	26
2.3. Organización y análisis de datos.....	28
Consideraciones finales del capítulo II.....	29
Capítulo III. Resultados de la caracterización del RNP en UCIN del HGAL..	30
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Referencias Bibliográficas	
Bibliografías consultadas	
Anexos	

Glosario de Terminologías

HGAL	Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima
EG	Edad gestacional
Rn	Recién nacido
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
MN	Motilidad Neonatal
CCD	Cuidados Centrados en el Desarrollo
RPBP	Recién nacido prematuro bajo peso
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
RNP	Recién nacido prematuro
BP	Bajo Peso
RPMBP	Recién nacido prematuro muy bajo peso
MINSAP	Ministerio de Salud Pública de Cuba

Lista de tablas

Tabla 1. Características Clínicas de los Prematuros en la UCIN.....	30-31
Tabla 2. Intervenciones terapéuticas a los RNP en la UCIN.....	33
Tabla 3. Relación de Patologías de los RNP en la UCIN al ingreso.....	34
Tabla 4. Distribución de la estadía de los RNP en la UCIN.....	35
Tabla 5. Análisis de mortalidad de los RNP en la UCIN.....	36-37

Lista de figuras

Figura 1. Tipos de prematuridad.....	9
Figura 2. Factores clave aplicados a prematuros.....	15
Figura 3. Cuidados Centrados en el Desarrollo.....	18
Figura 4. Integración de la teoría de Jean Watson con los CCD en la UCIN...	23
Figura 5. Etapas para la propuesta de la guía.....	38
Figura 6. Desarrollo de la investigación.....	39

Lista de anexos

Anexo 1. Aval de directivos del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Anexo 2. Aval del Consejo Científico

Anexo 3. Consentimiento informado

INTRODUCCIÓN

El período neonatal se define como, el tiempo que transcurre entre el nacimiento y el 28 día de vida en la que, el neonato se adapta de la vida intrauterina a la extrauterina. Se denomina transición neonatal a las primeras horas de vida, en las que el neonato estabiliza sus funciones respiratoria y circulatoria, en el cual los demás sistemas y órganos neonatales manifiestan cambios en su capacidad funcional y se adaptan a lo largo del período neonatal. ¹

Según la Organización Mundial de la salud (OMS en lo adelante) se considera prematuro a un bebé nacido vivo antes de que se hayan completado las 37 semanas de embarazo. De manera que los recién nacidos prematuro (RNP en lo adelante), según la edad gestacional (EG en lo adelante), se clasifican en: prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuro (de 28 a 32 semanas) y prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas). ²

A nivel mundial, la prematuridad es la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años. Se estima que en el año 2020 nacieron 13,4 millones de niños prematuros. La tasa de nacimientos prematuros oscila entre el cuatro (4) y el 16% de los niños nacidos en ese año. ² Según la OMS, ² los nacimientos prematuros obedecen a distintas razones. La mayoría de ellos ocurren de manera espontánea, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del parto o un parto por cesárea. ²

Liu, ³ en estudio de causas mundiales, regionales y nacionales de la mortalidad de niños menores de cinco (5) años en el año 2019: un análisis sistemático actualizado con consecuencias para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, refleja estimaciones de la mortalidad. Declara que entre los neonatos de cero (0) a 27 días, las causas subyacentes de la muerte fueron complicaciones de parto prematuro, presentada en el 20,7% y fueron más altas en Asia Oriental y la región del Pacífico.

Otro estudio similar es el realizado por Matos,⁴ sobre prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad, realizado en Jalisco en el año 2020. Muestra que los nacimientos prematuros son frecuentes en la actualidad y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino que está dado por factores sociales ambientales, políticos, públicos y económicos, que repercute en la fisiología del prematuro, quien no está preparado para llevarla a cabo en forma adecuada, lo que conlleva a la presencia de trastornos y alteraciones, muchas de ellas con daño y discapacidad.⁴

Se reporta además por la OMS⁵ en datos y cifras sobre la mortalidad neonatal que las principales causas de muerte lo constituyen el parto prematuro, las complicaciones durante el parto; dentro de ellas asfixia perinatal y traumatismo obstétrico; las infecciones neonatales y las anomalías congénitas. Declaran que el primer mes de vida es el período más vulnerable para la supervivencia del neonato; en ese contexto, 2,3 millones de recién nacidos murieron en 2022.⁵

La Organización Panamericana de la Salud (OPS en lo adelante) plantea que en la última década nacieron 152 millones prematuros y uno (1) de cada diez (10) muere cada 40 segundos. Además presentan las mismas tasas de nacimientos prematuros en la última década a nivel mundial.⁶

Los nacimientos prematuros son considerados en la actualidad, la principal causa de mortalidad infantil, antes de los cinco (5) años. Se considera además que los supervivientes de un parto prematuro pueden sufrir complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con una mayor probabilidad de discapacidad y retrasos en el desarrollo.⁶

En este informe de la OPS/OMS se declara que en el sur de Asia y el África subsahariana registran las tasas más elevadas de nacimientos prematuros, y los prematuros de estas regiones se enfrentan al mayor riesgo de mortalidad. Estas dos regiones representan más del 65% de los nacimientos prematuros del mundo.⁶ Durán,⁷ asesor en Salud Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología – Salud de la Mujer y Reproductiva, recordó que, en la región de las Américas, cerca

de uno de cada 10 bebés nacidos es prematuro, representa más de un millón de recién nacidos cada año.⁷ También expresan que en la región las complicaciones de la prematuridad son la primera causa de muerte infantil y representan la principal causa que contribuye a la carga de enfermedad y discapacidad en la infancia.

En marzo del año 2023 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP en lo adelante) de Cuba y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF en lo adelante) socializan resultados alcanzados en el país durante el año 2022, se registró a nivel nacional una tasa de mortalidad infantil de 7,5 por mil nacidos vivos. Las causas principales de mortalidad infantil en el menor de un año fueron las afecciones perinatales, relacionadas con el bajo peso al nacer, la prematuridad y el retardo del crecimiento intrauterino, además de las malformaciones congénitas y la sepsis.⁸

Rigol⁹ destaca que la prematuridad en la actualidad es uno de los grandes desafíos de la medicina perinatal; constituye un problema para obstetras y neonatólogos. A partir de los datos aportados por la OMS, con las tasas actuales de prematuridad se esperan cerca de 15 millones de partos pretérminos al año. Las tasas más elevadas se dan en África y América del Norte. Cada año 1,1 millones de neonatos mueren en el mundo por haber nacido pretérmino; sin embargo, al menos el 75 % de esos decesos pueden prevenirse, y para ello se requiere de enfoques médicos y de salud diferentes.⁹

Señalar que a pesar de ser Cuba un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer y la prematuridad se comporta similar e incluso más bajo que en los países industrializados, estadísticas muestran que en el año 2021 el índice bajo peso (BP en lo adelante) al nacer fue de 6,6 % y el año 2022 de 7.2%. El índice de prematuridad alrededor de 5 % en los últimos diez años.^{7,8}

Fernández,¹⁰ en estudio realizado sobre factores de riesgo asociados al parto prematuro en Pinar del Río, revela que el recién nacido pretérmino es una condición multifactorial. Refiere además, que es difícil definir una única causa en su aparición, de forma general, los hijos de madres con enfermedades maternas

asociadas al embarazo como anemia, hipertensión arterial, modificaciones cervicales, abortos previos inducidos, tienen más probabilidades del nacimiento antes del término de la gestación; y constituyeron factores maternos de riesgo de nacimientos prematuro.¹⁰

En Cienfuegos, Según datos de estadísticas de salud reportó en el año 2021 un total de 273 recién nacido prematuro (RNP en lo adelante) con un índice de 6.73. En el año 2022 un total de 213 prematuros con un índice de 6.99 y el año 2023 un índice de 6.2.¹¹

En el Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL en lo adelante), el servicio de neonatología muestra en el año 2023 una mortalidad neonatal de 5,9 x cada 1000 nacidos vivos, con un total de 508 ingresos. De ellos 130 ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN en lo adelante), con 17 fallecidos, que representa el 77 % de supervivencia en UCIN. De estos 17 fallecidos, 12 fueron RNP y cinco (5) a términos como causa principal de mortalidad infantil de prematuridad.¹²

La experiencia acumulada de la autora por 30 años de servicio en la atención de Enfermería en el servicio de neonatología, ha posibilitado la realización de estudios sobre morbilidad. Durante el período comprendido entre los años del 2018 hasta julio del 2022, la autora estudia la prematuridad como problema de salud en la que inciden diferentes causas y los cuidados de enfermería deben realizarse de forma efectiva. Estos antecedentes le posibilitaron a la autora identificar las siguientes situaciones problemáticas:

- Más del 50% de los neonatos atendidos en la UCIN del servicio de neonatología del HGAL durante los años 2023 y 2024, son prematuros.¹²
- Para el cuidado individualizado del prematuro, se hace necesario conocer las características clínicas de los mismos para su mejor comprensión y actuación en la práctica de enfermería.

Las situaciones problemáticas declaradas llevan a la autora a formular el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las características del prematuro en Unidad de

Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima?

El compromiso de la autora en la solución al problema científico planteado se manifiesta con el siguiente sistema de objetivos:

1. Sistematizar los referentes teóricos para la caracterización de los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
2. Caracterizar a los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Se realizó una investigación cuantitativa transversal. El período de estudio estuvo comprendido entre enero del año 2023 a junio del año 2024 en el HGAL de Cienfuegos. El estudio tuvo como referente teórico la Teoría de los Cuidados: humanizado desarrollada por Jean Watson.

La novedad científica radica en realizar un diagnóstico inicial del RNP, se tuvo en cuenta las características clínicas del RNP y la morbilidad en la UCIN, desde una perspectiva científica en el HGAL centrado en la atención de este problema de salud para minimizar y evitar complicaciones de morbimortalidad neonatal.

El aporte práctico se evidencia en individualizar el cuidado de enfermería a partir de las características clínicas evidenciadas en el RNP. Para la ejecución de la investigación se obtuvo la aprobación de las autoridades correspondientes (Anexo 1).

El cuerpo de la tesis se organizó en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos los cuales se presentan en el cuerpo de la memoria escrita.

Capítulo I. Referentes teóricos que sustentan la caracterización clínica de los recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Capítulo I. Referentes teóricos que sustentan la caracterización clínica de los recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

La atención y cuidado de los RNP en la UCIN es de suma importancia para garantizar su supervivencia y desarrollo saludable, ya que propician un entorno crucial para el tratamiento del recién nacido (RN en lo adelante) que requieren atención de salud especializada debido a condiciones clínicas graves. El cuidado neonatal en estos servicios proporciona un entorno óptimo para el crecimiento y desarrollo del RNP así como garantizar una atención de salud de alta calidad para prevenir y tratar complicaciones potenciales. Es por ello que la atención multidisciplinaria, la tecnología avanzada y la atención centrada en el desarrollo son pilares fundamentales para garantizar la salud y el bienestar de los neonatos en la UCIN.^{13, 14}

1.1. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias.

La OMS,² declara que los nacimientos prematuros, es un problema de salud de alcance mundial, para la solución en cuanto a prevención de muertes y complicaciones de esta problemática sugieren que debe pasar la mujer un embarazo saludable en el que garantice que la madre y la familia adopten un papel clave en relación con el cuidado materno. En tal sentido las directrices para la gestión del embarazo y de las madres en trabajo de parto prematuro o que están en riesgo, sobre la atención de los RNP y recién nacidos prematuros bajo peso (RPBP en lo adelante), se han actualizado de manera paulatina.²

En tal sentido, también es considerado un neonato como RN. El período neonatal comprende las primeras cuatro semanas de la vida de un bebé. Es un tiempo en el que los cambios son muy rápidos. Se pueden presentar muchos eventos críticos en este período como se establecen los patrones de alimentación, empieza a formarse

el vínculo entre los padres y el bebé, el riesgo de infecciones que pueden volverse más graves es más alto y se notan por primera vez muchos defectos congénitos o de nacimiento. ¹⁴

Mendoza ¹⁵ expone que la prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan. Para su prevención, se deben elaborar políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, de forma especial entre las mujeres, los neonatos y diferentes subgrupos de niños. ¹⁵

En tal sentido, se deben realizar intervenciones dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, en cuanto a necesidades en salud sexual y reproductiva, que incluyan educación sexual, uso de anticonceptivos, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, prevención de embarazos no deseados, atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto. Todo como parte de las estrategias para reducir la MN y la infantil. ¹⁵

La prematuridad es en la actualidad uno de los grandes desafíos de la medicina perinatal; constituye un problema para obstetras y neonatólogos. Datos aportados por la OMS, ¹⁵ declaran ocurrirán cerca de 15 millones de partos pretérmino (PP) al año. Las tasas más elevadas se dan en África y América del Norte. Cada año 1,1 millones de neonatos mueren en el mundo por haber nacido pretérmino. ¹⁵

Sin embargo, al menos el 75 % de esos decesos pueden prevenirse, y para ello se requiere de enfoques médicos y de salud diferentes. La prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, y ella está asociada a un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad MN y posibilidad de secuelas. ¹⁶

La prematuridad influye sobre la morbilidad y mortalidad perinatal e infantil. Se focaliza la mayor atención en el parto pretérmino temprano, menor de 32 semanas de EG, en el cual se concentra cerca del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y el 60 % de la mortalidad neonatal MN. Los RN de prematuridad extrema y de muy bajo peso al nacer, que sobreviven, presentan mayor riesgo de retraso en

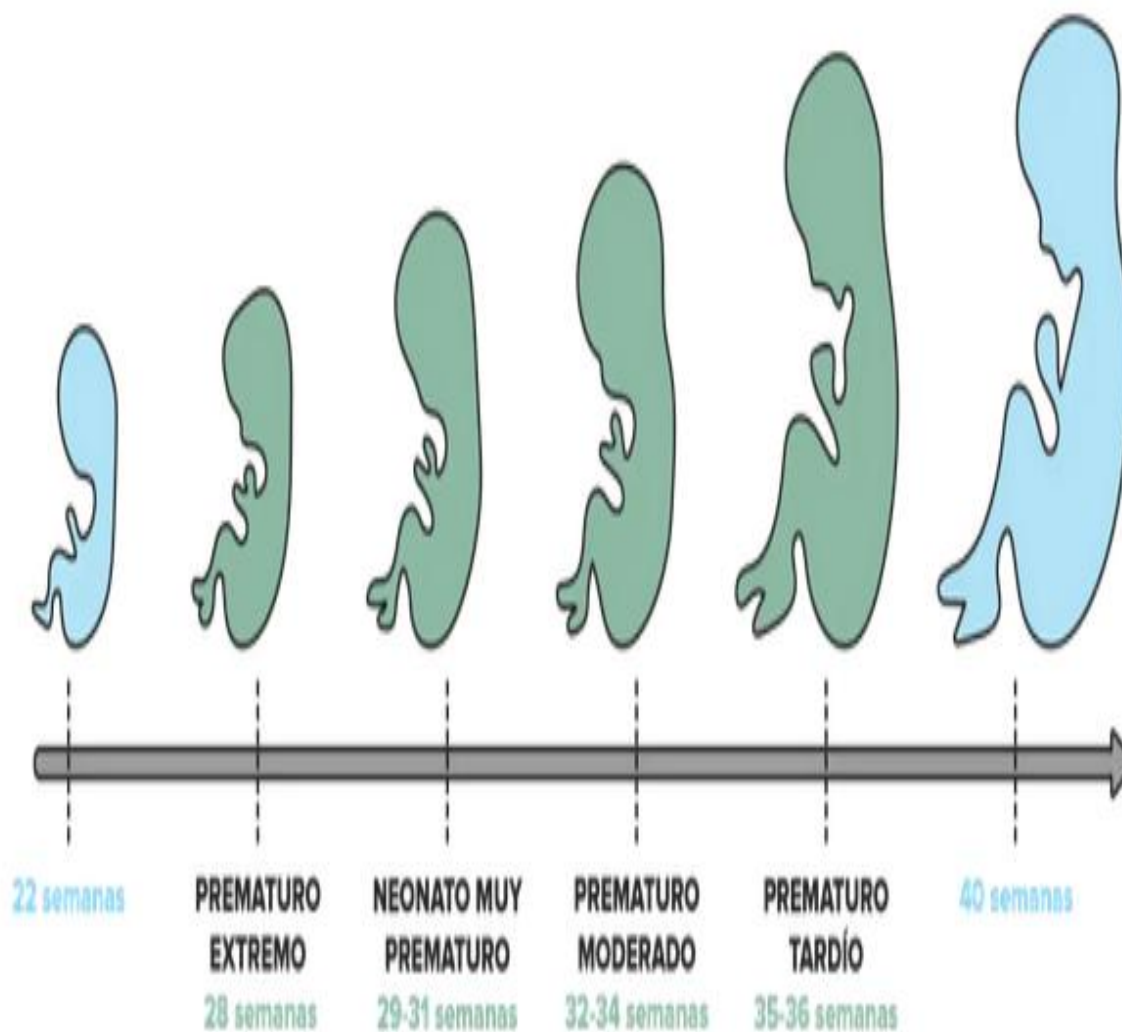
el desarrollo psicomotor y de trastornos neurológicos durante la infancia. En el que la supervivencia no es tan preocupante como la calidad de vida presente y futura del neonato.¹⁶⁻¹⁸

La supervivencia de los recién nacidos bajo peso (RNBP) ha aumentado en las últimas décadas. Dado por mejores enfoques diagnósticos y terapéuticos en la perinatología y neonatología, el mejor conocimiento de determinadas enfermedades y complicaciones propias de la gestación, las estrategias preventivas de enfermedades neonatales por el uso materno de glucocorticoides antenatales, la prevención de la infección por el estreptococo del grupo B, la atención individualizada durante el parto; el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales, con nuevas estrategias ventilatorias; la administración de surfactante exógeno; mejor soporte nutricional parenteral y disponibilidad de nuevos antimicrobianos.¹⁷

Según su evolución clínica, la prematuridad se clasifica en:

- Pretérmino espontáneo o idiopático: Ocurre en el 40 y 50 % de los partos pretérminos.
- Pretérmino por ruptura prematura de membranas (RPMP): Ocurre aproximadamente en el 25 % de los casos.
- Pretérmino por intervención médica o iatrogénica (25 %): Debido a enfermedades maternas o, las causas iatrogénicas han disminuido con la realización de las ultrasonografías fetales que aconsejan la interrupción del embarazo antes del término.¹⁹ En la figura 1 se muestran los tipos de prematuridad.

Figura 1. Tipo de prematuridad.



Fuente: tomado de Herranz BA. ¿Qué es la prematuridad?. Portal Clínic 2018 ²⁰

La clasificación sugerida por Lumley, ²¹ referida a la maduración fetal respecto a las semanas de gestación, se distingue en varias categorías:

– Prematuridad extrema: Parto <28,0 semanas de gestación (5 % de los partos pretérmino).

- Prematuridad severa: Entre las 28,1 y 31,6 semanas (15 % de los partos pretérmino).
- Prematuridad moderada: Entre las 32,0 y 33,6 semanas (20 % de los partos pretérmino).
- Prematuridad leve: Entre las 34,0 y 36,6 semanas (60 % de los partos pretérmino).

Se considera el parto pretérmino como un síndrome. No existe consenso acerca de las causas que lo puedan originar; aproximadamente, entre el 25 y el 50 % de los partos pretérmino son de causa desconocida, pues es una entidad nosológica multifactorial. ²¹

La prematuridad puede tener graves consecuencias para el desarrollo cerebral y los problemas del neurodesarrollo. La detección temprana de las lesiones cerebrales y los problemas del neurodesarrollo es crucial para garantizar que los RN que nacen prematuros reciban la atención y el apoyo que necesitan para un desarrollo saludable. ¹⁸

Las principales afecciones del recién nacido pretérmino son:

- Asfixia perinatal,
- hipotermia,
- trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, hiponatremia e hiperbilirrubinemia,
- enfermedad de la membrana hialina,
- hemorragia interventricula,
- persistencia del conducto arterioso,
- anemia,
- infecciones con natales y adquiridas.

El pronóstico del pretérmino depende más de las complicaciones del periodo neonatal que de su edad gestacional y peso al nacer.

La incidencia y la gravedad de las complicaciones de la prematurez aumentan con la reducción de la EG y el peso al nacer. Algunas de las complicaciones:

- Enterocolitis necrosante,
- retinopatía del prematuro,
- displasia broncopulmonar,
- hemorragia interventricular son infrecuentes en los recién nacidos pretérmino RNP tardíos. La mayoría de las complicaciones se relacionan con disfunción de sistemas orgánicos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven; en otros, hay disfunción orgánica residual. ²²

El tratamiento de sostén general del recién nacido prematuro se realiza en una unidad de cuidados intensivos neonatal UCIN o una sala de recién nacidos de cuidados especiales, y consiste en atención cuidadosa al ambiente térmico mediante incubadoras con servocontrol. Se cumple de manera estricta el lavado de las manos antes y después de todo contacto con el paciente. Se realiza monitorización continua de apneas, bradicardia e hipoxemia hasta las 35 semanas de gestación. ²²

Debe alentarse a los padres a que visiten e interactúe con el lactante, dentro de las limitaciones que impone su estado médico. El contacto piel con piel entre el lactante y el padre o la madre (método canguro) es beneficioso para la salud del lactante y facilita la vinculación parental. Es factible y seguro, incluso cuando los lactantes son sostenidos mediante respiradores e infusiones. ²²

La investigación en este campo avanza tanto del conocimiento científico como del desarrollo tecnológico y cada vez se da más importancia a la influencia que tiene el entorno sobre estos pacientes. Se sabe que la familia tiene un rol fundamental en los cuidados y en el desarrollo del prematuro. Por eso, se trabaja desde un equipo multidisciplinar, formado por la familia y el personal sanitario, basándose en los cuidados centrados en el desarrollo (CCD en lo adelante). ²⁰

La mayoría de las MN (75%) ocurren durante la primera semana de vida, y alrededor de un millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas. Entre los RN, las principales causas de defunción son el parto prematuro, las complicaciones en el parto (asfixia perinatal/ traumatismo obstétrico), las

infecciones neonatales y las anomalías congénitas, que en conjunto representan casi cuatro de cada diez (10) defunciones de niños menores de cinco (5) años. La accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud de calidad siguen siendo una cuestión de vida o muerte para las madres y los RN en todo el mundo. ²³

1.2. Atención de enfermería a recién nacido prematuro.

En sistematización realizada por la autora se recomienda que se deben aplicar intervenciones en la atención de los prematuros en UCIN, basadas en evidencias en la que se proporcionen cuidados generales y específicos. En tal sentido Matos, ⁴ aborda que la prematurez es compleja y difícil de tratar debido a la inmadurez propia de los órganos. Repercute en la fisiología del prematuro que no está aún preparado para llevarla a cabo en forma adecuada. Además plantea que conlleva a la presencia de trastornos y alteraciones muchas de ellas con daño y repercusión permanente que se convierten en discapacidad. ⁴

Esto hace que se declaren estrategias para abordar el problema de la prematurez dados en la prevención del parto prematuro y el cuidado perinatal. Con el objetivo de disminuir la mortalidad de los prematuros y aumentar su supervivencia y calidad de vida. Para lograrlo se requiere la colaboración de los gobiernos y los organismos internacionales de la salud, sociedad civil, el sector empresarial, profesionales e investigadores de la salud, en trabajo conjunto. ²³

En estudio realizado por Cobeñas ¹⁴ durante el año 2017 se estudió el rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro en el servicio de neonatología del hospital general de Jaén, en lo que destaca la actuación en relación con la termorregulación. Este estudio aborda la importancia de mantener la temperatura del recién nacido con el uso de la incubadora, y mantener control cada dos (2) a tres (3) horas, se debe conservar la incubadora alejada de la pared. Aspectos que se tienen en cuenta en ese estudio fueron los relacionados con la nutrición, con suero glucosado previo a la leche materna mediante sonda

orogástrica, de manera que estos cuidados pueden generar una ganancia de peso de 15 gr por día como mínimo. ¹⁴

Otro estudio publicado en el año 2024 por Borja, aborda un plan de cuidados estandarizado dirigido a bebés prematuros en UCIN, destaca la prematuridad como un problema sociosanitario y la necesidad de un abordaje multidisciplinar e individualizado en las UCIN. Como objetivo declaran mejorar y unificar la asistencia sanitaria para una adecuada adaptación y desarrollo extrauterino de los RNP. ²⁴

Mientras que estudio sobre estandarización de los cuidados en la UCIN, revisa los avances médicos y tecnológicos en neonatología que han mejorado la supervivencia y calidad de vida de los prematuros. Se enfatiza la importancia de los cuidados especiales adaptados a las características morfológicas y fisiológicas de los neonatos en las UCIN. ²⁵

De forma general la autora considera que la atención de los prematuros en las UCIN es decisivo para garantizar su supervivencia y desarrollo saludable. Por lo que los objetivos principales del manejo de prematuros en estas unidades, debe estar centrado en la supervivencia, la calidad de vida, el vínculo familiar y a identificación de las principales complicaciones asociadas al cuidado. Para esta atención se necesita de cuidados especializados, para prevenir complicaciones y aplicar CCD.

En tal sentido, Mina, en Lima en el año 2022, en trabajo de terminación de estudios de especialidad sobre el cuidado humanizado y satisfacción de la atención percibida por los padres de recién nacidos prematuros RNP en la UCIN en una clínica privada, realiza un estudio para contribuir al conocimiento existente sobre el cuidado humanizado y la satisfacción del usuario. En el que fundamenta la investigación, en la teoría de Jean Watson teorista, que establece que el objetivo del cuidado humanizado es llevar al paciente al equilibrio físico, mental y espiritual, a través de un sistema de relaciones personales con los profesionales de enfermería, los padres y los prematuros en el hospital, para desarrollar la confianza mutua, la comunicación, la reciprocidad, la empatía y la tolerancia emocional y

valores humanos en beneficio de los prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.²⁶

En la atención de los prematuros en la UCIN, se aplican diversos modelos teóricos que guían las prácticas de actuación. A continuación, la autora asume los referentes teóricos de Jean Watson y la teoría de la Teoría Sinactiva.

1.3. Teoría de los cuidados: Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson nació y creció en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental. Obtuvo el grado de licenciada en Enfermería en el año 1964, el grado de máster en el año 1966, y el doctorado en Psicología y Asesoramiento en Educación en el año 1973. Watson en el año 1999 describe que la base de su teoría es la «relación de cuidado transpersonal; se trata de un tipo especial de relación de cuidado humano –la unión con otra persona– con una especial consideración por la persona completa y su estar en el mundo.²⁷

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson se centra en la relación transpersonal y el cuidado humanizado, lo cual es relevante en la atención de neonatos prematuros en la UCIN. En la Teoría de Jean Watson se considera a la persona como "un ser en el mundo". Se consideran tres esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

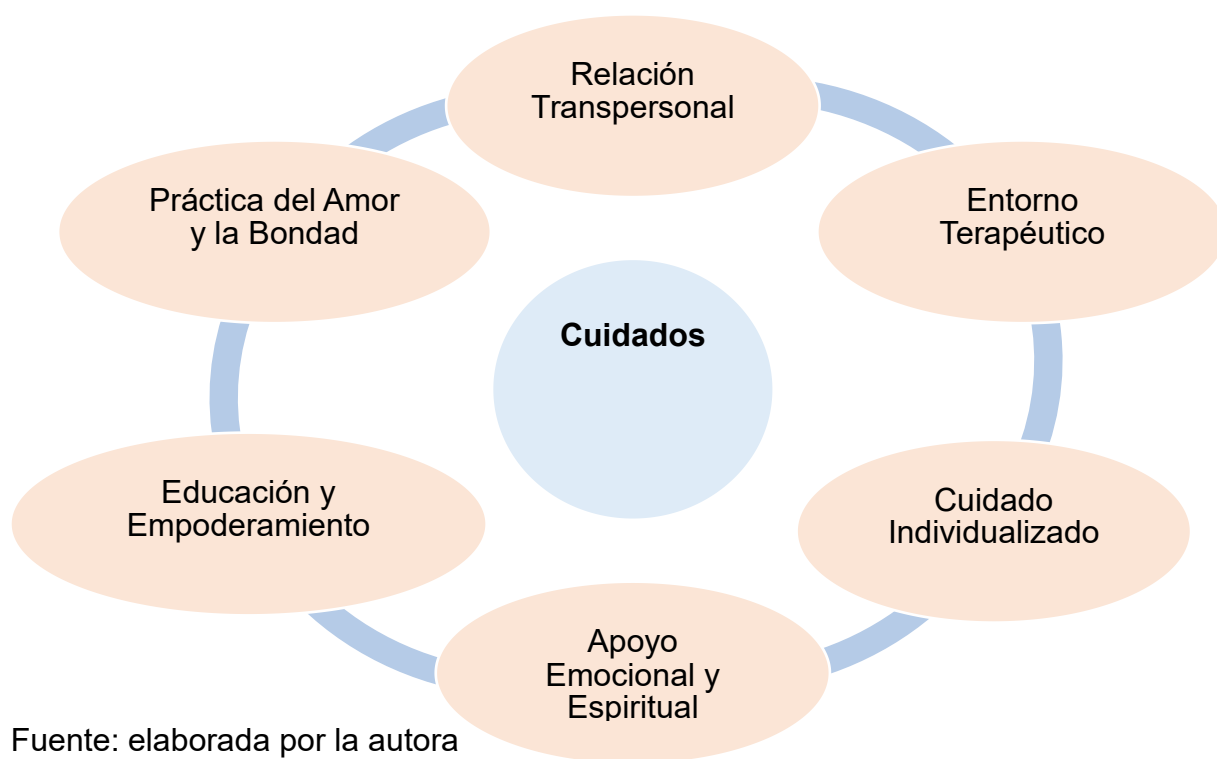
Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona.²⁷ Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los

profesionales hacia aspectos más humanos.

Esta teoría se traduce en la creación de un entorno de cuidado que promueva el bienestar emocional y físico del neonato y su familia. Los profesionales de enfermería aplican esta teoría al proporcionar un cuidado compasivo y empático, involucrando a los padres en el proceso de cuidado. Aunque los recién nacidos prematuros no pueden comunicarse de forma verbal, el contacto humano, la presencia afectiva y el toque suave son esenciales. Watson habla del cuidado transpersonal, es decir, una conexión más allá de lo físico, en la que el personal de enfermería crea una conexión afectiva a través del contacto piel con piel (como el método canguro), hablarles con suavidad, y estar de manera emocional presente.

De tal manera se aplican los factores del cuidado (Carative Factors / Caritas Processes), Algunos factores clave aplicados a prematuros. Sus elementos permiten ser visualizados en la atención de los neonatos prematuros en la UCIN en las siguientes dimensiones. Como se muestran en la figura 2.

Figura 2. Factores clave aplicados a prematuros.



Fuente: elaborada por la autora

Para la mejor comprensión la autora explica continuación como asume cada factor que se muestra en la figura 2:

La Relación transpersonal se necesita una conexión emocional, en la que se debe tener confianza con los padres del neonato, haciéndoles sentir parte integral del equipo de cuidados. Se pone de manifiesto al facilitar el contacto piel con piel (método canguro) entre el neonato y sus padres para fomentar el vínculo emocional y la estabilidad del bebé.

En relación con el entorno Terapéutico, se debe tener un ambiente adecuado, un entorno tranquilo y acogedor en la UCIN, para controlar los niveles de ruido y luz para reducir el estrés del neonato. Se manifiesta al utilizar incubadoras con control de temperatura y humedad, y limitar las interrupciones innecesarias para crear un ambiente más estable y confortable para el neonato.

El cuidado individualizado, debe realizarse a través de los planes de cuidados, se deben desarrollar planes de cuidados individualizados en el que se consideren las necesidades específicas de cada neonato y su familia. Visible al adaptar los horarios de alimentación y los procedimientos médicos a las necesidades y el ritmo del neonato, y proporcionar soporte nutricional adecuado.

El apoyo emocional y espiritual se debe mantener como acompañamiento integral, de manera que se le proporcione al RN un apoyo emocional y espiritual, de igual manera a los padres, donde se reconozca y se respetan las creencias y valores. Por lo que al ofrecer sesiones de apoyo psicológico es importante que se permita la presencia de líderes religiosos si los padres lo desean.

En relación con la educación y el empoderamiento, se debe involucrar a los padres, para educarlos y capacitarlos sobre los cuidados neonatales para que puedan participar en el cuidado de su bebé. Por lo que en el servicio se deben preparar y ofrecer talleres y recursos educativos de cuidado y manejo sobre técnicas de lactancia, cuidado del cordón umbilical, como alimentar, técnicas del baño y cuidados generales.

La práctica del amor y la bondad es esencial, tener empatía y compasión con la familia, donde se muestre la compasión y empatía en cada interacción con el neonato y su familia, así como asegurar que todas las intervenciones se realicen con suavidad y consideración. Se debe poner en práctica al explicar a los padres cada procedimiento que se realiza en el neonato, y tener seguridad de que comprendan y se sientan cómodos con cada paso del proceso.²⁷

Desarrollar una relación de ayuda-confianza con los padres del RN, quienes también están en una situación vulnerable desde el punto de vista emocional, es necesario para que se promueva la expresión de sentimientos positivos y negativos. De manera que se ayude a los padres a expresar sus emociones frente al nacimiento prematuro y brindar un entorno de apoyo en el que se asegure un ambiente tranquilo, cálido y amoroso que favorezca el desarrollo neurológico del RN.

En tal sentido, Watson resalta la espiritualidad y la intencionalidad del cuidado. Aunque el prematuro no comprende palabras, percibe la energía emocional del entorno, al crear un ambiente de amor, calma y respeto, incluso en medio de una unidad médica, promueve la estabilidad emocional y fisiológica del RN. Se enfatiza el cuidado holístico con los cuidados al RN, y cuidar a su familia, de forma especial en situaciones críticas como la prematuridad, con apoyo emocional a los padres, involucrarlos en el cuidado, y respetar sus creencias y emociones. Aplicar la teoría de Jean Watson en RN prematuros implica ofrecer un cuidado empático, humanizado, basado en la conexión emocional y la presencia consciente. No solo se cuida el cuerpo del RN, sino también su entorno afectivo, espiritual y familiar.

1.4 Modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo y su aplicación en la UCIN para favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del neonato prematuro.

Este modelo enfatiza la importancia de adaptar las intervenciones a la EG y a la condición de salud del prematuro. Se basa en la comprensión del comportamiento del prematuro y busca reducir el estrés, promover su desarrollo neurológico y emocional. El programa más reconocido dentro de este modelo es el Neonatal

Individualized Developmental Care and Assessment Programme (NIDCAP por sus siglas en ingles), que organiza las intervenciones según las necesidades individuales del recién nacido que se centran en mejorar su desarrollo y bienestar. 28, 29.

La teoría sostiene que el cuidado debe ser sistemático e interactivo, considera al prematuro como un participante activo en su propio cuidado. La CCD, es un modelo que en su esencia propone optimizar el macroambiente (luz y ruido) y microambiente (dolor, posicionamiento), promueve la lactancia materna y el método canguro para reducir estrés e impulsar el desarrollo neurosensorial. 29

Se fundamenta en principios científicos, clínicos y humanísticos que buscan optimizar el desarrollo del neonato prematuro. Al minimizar el estrés, promover un entorno protector y fomentar la participación familiar, los CCD no solo mejoran la supervivencia, sino también la calidad de vida a largo plazo de estos pacientes. Este enfoque integral es esencial para garantizar un desarrollo saludable y reducir las secuelas asociadas a la prematuridad. Como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Cuidados Centrados en el Desarrollo.



Fuente: tomado de Altimier L. 29

La Teoría se centra en la interacción de cinco subsistemas del RN: el sistema autónomo, motor, de estados, de atención-interacción y de autorregulación. Estos subsistemas interactúan de manera sinérgica y cualquier alteración en uno de ellos puede afectar a los demás. En el contexto de la prematuridad, esta teoría se aplica de la siguiente manera:

1. Evaluación Inicial: se observa al recién nacido para identificar señales de estrés o estabilidad en cada uno de los subsistemas.
2. Intervenciones Individualizadas: Basándose en las observaciones, se diseñan intervenciones específicas para apoyar el desarrollo del bebé y minimizar el estrés. De manera que si el bebé muestra signos de estrés en el sistema autónomo (como cambios en la frecuencia cardíaca), se pueden ajustar las intervenciones para proporcionar un entorno más calmado.
3. Monitoreo Continuo: se realiza un seguimiento constante de las respuestas del bebé a las intervenciones, se ajusta el cuidado según sea necesario para promover la estabilidad y el desarrollo óptimo.

Los CCD, buscan crear un entorno que apoye el desarrollo neurológico y emocional del RN prematuro. Se explica cómo se aplican en cada momento del cuidado:

a. Control del Ambiente:

- Ruido: reducir el ruido en la UCIN, mediante el uso de materiales absorbentes de sonido, hablar en voz baja y minimizar el uso de dispositivos ruidosos.
- Luz: regular la intensidad de la luz, usar iluminación tenue y cubrir las incubadoras para simular un ambiente intrauterino.

2. Promoción del Contacto Piel a Piel:

- Método Canguro: fomentar el contacto piel a piel entre el bebé y los padres para regular la temperatura corporal del bebé, mejorar la lactancia materna y fortalecer el vínculo afectivo.

3. Manejo del Dolor:

- Succión no nutritiva: permitir que el bebé chupe un chupete para calmarse y manejar el dolor durante procedimientos médicos.

- Analgésicos: administrar analgésicos cuando sea necesario para aliviar el dolor del bebé.

4. Participación de los Padres:

- Educación: proporcionar información y formación a los padres sobre cómo interpretar y responder a las señales del bebé.

- Involucramiento activo: involucrar a los padres en el cuidado diario del bebé, incluye la alimentación, el cambio de pañales y el baño.

5. Posicionamiento y Manipulación:

- Posicionamiento contenido: colocar al bebé en una posición que imite la flexión natural del útero, se puede utilizar rolos o nidos.

- Manipulación cuidadosa: manipular al bebé de manera suave y lenta para reducir el estrés y prevenir lesiones.

6. Estimulación sensorial:

- Estímulos sensoriales suaves: proporcionar estimulación táctil, auditiva y visual de forma controlada y gradual para apoyar el desarrollo sensorial del bebé.

7. Alimentación individualizada:

- Lactancia materna: promover la lactancia materna y ofrecer apoyo para la extracción de leche materna.

- Nutrición adaptada: ajustar las estrategias de alimentación según las necesidades individuales del bebé, se incluye el uso de leche materna fortificada o fórmula especializada.

Implementar estas estrategias en los CCD ayuda a crear un entorno que favorece el desarrollo neurológico, emocional y físico de los recién nacidos prematuros y mejora sus resultados a largo plazo. En cuanto a la estabilización cardiorrespiratoria es vital, pues se asegura una adecuada oxigenación, ventilación y circulación sanguínea para mantener los órganos vitales que funcionen de forma correcta, esto puede requerir de ventilación mecánica, administración de oxígeno suplementario y medicamentos para apoyar la función cardíaca, se debe tener en cuenta las características clínicas del prematuro

De igual manera se debe tener en cuenta el soporte nutricional adecuado. Proporcionar la cantidad necesaria de calorías y nutrientes para promover el crecimiento y desarrollo. Esto puede implicar alimentación intravenosa (parenteral) o alimentación oral, depende de la edad gestacional y la capacidad del bebé para succionar y tragar.

El control de la temperatura es muy importante en los RNP. De esta forma, mantener al bebé en ambiente térmico neutro, dígase una temperatura en rango de 36,5-37,5 para minimizar el gasto calórico y el estrés, se logra con la utilización de incubadoras, calentadores radiantes y ropa adecuada según la edad gestacional y el peso.

Otro de los cuidados a tener en cuenta es la prevención y manejo de las infecciones. El lavado de mano según el proceder a realizar, manipulación del prematuro con porte estéril y el uso de guantes, mantener la integridad de piel y mucosa del prematuro, higiene ambiental según normas del servicio, crear una barrera si se sospecha de sepsis y administrar antibióticos si necesario, forman parte de estos cuidados.

Al igual que el monitoreo continuo. Se debe vigilar de cerca los signos vitales mediante el monitoreo cardiorespiratorio, la mecánica respiratoria, la alimentación (la tolerancia gástrica), la actividad y el crecimiento del bebé para detectar cualquier problema de inmediato. Unido a ello el personal de enfermería debe minimizar el estrés, esto se logra al reducir la exposición a ruidos, luces brillantes y manipulaciones innecesarias para promover un desarrollo neurológico saludable.

En relación con promover el vínculo padres, se debe facilitar el contacto piel con piel (método canguro), la participación de los padres en el cuidado del prematuro, y la comunicación regular con equipo médico seguimiento médico. De igual manera brindar apoyo y educación a la familia, este apoyo debe ser emocional y educar a los padres sobre el cuidado del bebé prematuro, el seguimiento médico necesario y las posibles complicaciones que se puedan presentar en esta etapa.

En resumen, el objetivo es lograr la supervivencia del prematuro y optimizar a largo plazo su desarrollo, trabajar de forma integral en todo el aspecto de su salud y bienestar. La esencia de los cuidados centrados en el desarrollo en prematuros es respetar la individualidad del RN, proteger su desarrollo cerebral, y vincular de manera activa a la familia en un entorno controlado y sensible. Este enfoque mejora los resultados clínicos y emocionales tanto para el bebé como para sus padres.²⁷

1.5 Integración de la Teoría de Jean Watson y los Cuidados Centrados en el Desarrollo en la Atención del Recién Nacido Prematuro en la UCIN

En esta investigación la autora define como elemento clave en Jean Watson y los CCD su integración, pues ambas tienen la visión de ver el prematuro como un ser humano, con valor intrínseco, digno de amor y cuidado, además un ser activo, competente y sensible ya que el RNP coexiste como un sujeto de cuidado humanizado y desarrollo activo. De igual forma en la relación con los padres, lo distinguen con un enfoque espiritual y emocional hacia la familia en la que la participación activa en el cuidado es esencial y deben incluir con emoción y de forma física a los padres como cuidadores principales.

Además, en cuanto al entorno de cuidado tiene un valor agregado el espacio emocional que se mantenga seguro y compasivo, con un ambiente sensorial adecuado y protector para crear un entorno físico y emocional armonioso y neuroprotector. El rol del profesional que brinda atención debe dedicar cuidado transpersonal, empático y consciente, para facilitar del desarrollo individual, reflexivo, empático y respetuoso de los tiempos del RNP, con el objetivo del cuidado holístico y de bienestar, para así dar protección y optimización del desarrollo cerebral que le aporta bienestar integral: físico, emocional, neurológico y familiar al RNP.

Esta integración permite visualizar estrategias integradas de cuidado en la UCIN con el RNP. Como se muestra en la Figura 4, basado en el ambiente físico y

emocional adecuado, presencia y vínculo afectivo, lectura de señales del RN, la participación de la familia y la humanización del cuidado técnico.

De forma tal que, integrar la teoría de Jean Watson con los CCD en la UCIN fortalece un modelo de atención integral, donde el RNP es reconocido no solo como un paciente, sino como un ser humano único, en desarrollo, digno de amor, respeto y cuidado consciente. Este enfoque permite la mejora de los resultados clínicos y del neurodesarrollo, fortalece el vínculo afectivo temprano y Humaniza los entornos hospitalarios.

Figura 4. Integración de la teoría de Jean Watson con los CCD en la UCIN



Fuente: elaborado por la autora

Consideraciones finales del capítulo I

La utilización de la Teoría de Jean Watson y los CCD como referentes teóricos posibilitaron el sustento epistemológico para la caracterización de los neonatos prematuros que ingresaron en la UCIN del HGAL de Cienfuegos. En tal sentido permite que los cuidados en la práctica diaria de Enfermería se establezcan con una adecuada comunicación e interrelación con la madre y la familia, lo que facilita cuidados humanizados e individualizados al prematuro para su cuidado integral, holístico e individualizada, no solo al tratar la enfermedad física, sino también a considerar aspectos emocionales, espirituales y sociales del neonato y su familia. Como práctica de los CCD, para mejorar el desarrollo con intervenciones hacia el RNP y su familia. Lo que propicia un sentido de unidad del RNP para su desarrollo, incidir en la disminución del estrés, al crear un ambiente armonioso para mejorar la calidad de vida del prematuro.

Capítulo II. Referentes metodológicos que sustentan la caracterización del RNP en UCIN del HGAL

Capítulo II. Referentes metodológicos que sustentan la caracterización del RNP en UCIN del HGAL

Los cuidados de Enfermería al RNP tienen como objetivo, garantizar el bienestar integral del RNP, y la familia en el que se promueve su salud y la prevención de enfermedades a lo largo de esta etapa. La autora para seguir la lógica de la investigación diseña este capítulo que abarca el diseño metodológico que será presentado a continuación.

2.1. Tipo y escenario de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, que da salida mediante un estudio descriptivo, transversal, en los RNP ingresados en la UCIN en el HGAL de Cienfuegos. Corona,²⁸ investigador que define la condición de un estudio como transversal, cuando existe un interés por parte del investigador en los cambios en el tiempo del fenómeno investigado. Refiere que al menos dos momentos diferentes en que van a ser obtenido los mismos datos (o sea datos correspondientes a las mismas variables) de la investigación deben ser medidos.

Esta investigación se desarrolló durante el período comprendido entre enero del año 2023 a junio del año 2024, con el objetivo de caracterizar los RNP en la UCIN en el HGAL. Éste es un Hospital, único de su tipo en la provincia de Cienfuegos, que presta asistencia médica y de Enfermería en las áreas: clínica, quirúrgica, urgencia, gineco-obstétrica, docente e investigativa, para la población de Cienfuegos, con una capacidad de 640 camas de hospitalización. El área gineco-obstétrica del Hospital se insertó en el año 2000.

Los servicios neonatales que ofrece la institución son: unidad de cuidados intensivos, cuidados intermedios, cuidados especiales, terapia recuperativa, servicio piel a piel, puerperios fisiológicos y quirúrgicos, así como atención al neonato en parto y puerperio inmediato y como fortaleza del servicio consta con

banco de leche humana. La plantilla de enfermería necesaria es de 96 enfermeros (as) cubierta por 71 enfermeros (as) que representa el 74 % distribuidos de la siguiente manera: seis (6) especialista materno infantil, 45 licenciados, 17 técnicos, tres (3) técnico superior de ciclo corto.

2.2. Universo y muestra

Se trabajó con un universo de 139 RNP correspondientes al periodo de estudio los cuales requirieron atención y seguimiento en la UCIN. Las variables del estudio se operacionalizan a continuación en el cuadro 1.

Cuadro 1. Operacionalización de la variable

Caracterización clínica prematuro				
Datos	Variables	Tipo de variable	Presentación	Forma de análisis
Perinatales	Clasificación en función de la edad gestacional: se refiere a la edad de un embrión, un feto o un RN desde el primer día de la última regla de la madre.	Cuantitativa continuas	1-Prematuro tardío: 34 – 36,6 semanas. 2-Moderada: 30 – 33,6 semanas. 3-Extrema: semanas 28-30,6 4-Muy extrema < 28	Números y (%)
	Clasificación según el Peso al nacer: peso con que nace en gramos.	Cuantitativa continuas	Extremo bajo peso (< 1000 gr), Muy bajo peso (1000-1499 gr), Bajo peso (1500-2499 Peso normal	Números y (%)

			(≥ 2500 gr).	
Neonatales	Apgar Es un examen que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé evalúa nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento Vía del parto Salida del feto a través del canal de parto o quirúrgica Variables	Cuantitativa continuas Cualitativa nominal dicotómica	1-7-10 2-4-6 3-0-3 Eutócicos Distócicos	Números y (%) Números y %
Perinatales	Sexo Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativa nominal dicotómica	Feminino Masculino	Número y %
Clínicas	Morbilidad: Proceso que genera alteración	Cualitativa Nominal	1-Si 2-No	Números y (%)

	de la fisiología del Rn.			
	Mortalidad:	Cualitativa Nominal	Muerte neonatal comprendida desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.	Números y (%)

2.3. Organización y análisis de datos

La recogida de la información se realizó a través de los datos encontrados en la historia clínica neonatal y el libros de registro de ingreso de UCIN. Se proporcionó información sobre los objetivos, finalidad, y beneficios del estudio. El análisis estadístico se realizó mediante el programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, de SPSS Inc., Chicago - EE. UU.) Versión 18.0 para Windows.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se examinaron medidas de tendencia central, frecuencias y por ciento.

Después de la aprobación del proyecto de investigación, por los directivos de la institución investigada, se presentó al Consejo Científico (Anexo 2). A declarar que durante la investigación se preservaron los aspectos éticos (Anexo3) según la declaración de Helsinki.³⁰

La información de esta investigación es confidencial y sólo puede ser divulgada en eventos o publicaciones. Los datos serán difundidos a través de artículos científicos, además de resúmenes en eventos científicos. Se entregará un informe de investigación a la institución y al servicio de neonatología, con el objetivo de retroalimentar al personal de Enfermería.

Consideraciones finales del capítulo II

El empleo de un estudio cuantitativo que asume el diseño de la investigación descriptivo transversal, permitió la caracterización de los RNP ingresados en la UCIN, en tal sentido se pudo realizar la recopilación y evaluación de los datos obtenidos e interpretar sus resultados, mediante la operacionalización de la variable.

Capítulo III. Resultados de la caracterización del RNP en UCIN del HGAL

Capítulo III. Resultados de la caracterización del RNP en UCIN del HGAL

La edad gestacional al nacimiento de los prematuros en el estudio predominó entre las 34 a 36,6 semanas de gestación con un 57,5 %. En cuanto al peso al nacer de los recién nacidos pretérmino, el 43,9% nació con peso entre los 1500 a 2499 gramos y con predominio del sexo masculino con el 57,6%. Se reconoce además que el 52,5% de los RN pretérmino fueron por parto eutócico, donde el 71,9% de ellos presentaron apgar normal (7-10) al nacimiento. Como se observa en la tabla 1

Tabla 1. Características Clínicas de los Prematuros en la UCIN

Variables A Evaluar	No	%
Edad Gestacional al Nacimiento		
<28	3	2,15
28—30,6	15	10,8
31-33,6	41	29,5
34—36,6	80	57,55
Total	139	100%
Peso (gramos)		
Menor de 1000	7	5,03
1000-1499	32	23,02
1500-2499	61	43,9
≥ 2500	39	28,05
Total	139	100
Sexo		
Femenino	59	42,4
Masculino	80	57,6

Total	139	100
Tipo de Parto		
Eutócicos	73	52,5
Distócicos	66	47,5
Total	139	100
Apgar al Nacimiento		
Deprimido(0-3)	16	11,51
Modernamente deprimido (4-6)	23	16,55
Apgar normal(7-10)	100	71,94
Total	139	100

Fuente: historia clínica

Estos resultados revelan evidencias similares con estudios nacionales realizados en Camagüey y Santis Spiritus donde se caracteriza a los RNP, los resultados guardan relación con la edad gestacional al nacimiento, el peso, el sexo masculino y el apgar. ^{31,32} Análisis realizado por la autora encontró similitud en estudios internacionales revelados por la OMS que de igual forma coincidieron en la edad gestacional, el sexo, no así en el tipo de parto por la alta tasa de cesárea a nivel mundial y se apreció además variaciones en cuanto al apgar dado por incidir en diferentes regiones y el nivel de acceso a cuidados neonatales. ^{33, 34}

En cuanto el peso se asocia a morbilidades que hacen al prematuro requerir mayor número de intervenciones específicas para los cuidados por tener riesgo a complicaciones, y algunos estudios han demostrado que los varones prematuros tienen mayor susceptibilidad a complicaciones respiratorias y neurológicas, por diferencias hormonales y de maduración pulmonar. ³⁵ Otro resultado obtenido en esta investigación guarda relación con las intervenciones terapéuticas a los RNP en la UCIN.

Éstas evidenciaron que las de mayores prácticas son la administración de oxígeno y sondaje orogástrica en el 82% de los RNP en la UCIN, en segundo porcentaje el cateterismo central en el 68,3% de los casos, de los cuales el 28,8% se les administró antibióticos, y se realizaron procedimientos de muy alta complejidad en menor medida en un neonato, con diálisis peritoneal, pleurotomía y abordaje quirúrgico. Los resultados reflejan la frecuencia del uso del cuidado asistido de soporte respiratorio en los RNP y la atención nutricional en ellos cuando presentan inestabilidad clínica.

Las intervenciones frecuentes como el cateterismo central (63,04 %) resaltan la importancia del acceso venoso seguro y prolongado en estos pacientes, lo cual puede estar asociado a la administración prolongada de fármacos o nutrición parenteral. De la misma manera la administración de antibióticos en casi un tercio de los casos (28,8 %) sugiere un abordaje preventivo o terapéutico frente a la sospecha de infecciones o una vez confirmadas, coherente con los protocolos de sepsis neonatal. Resultados que se muestran en la tabla 2.

En procedimientos complejos como la pleurotomía, la diálisis peritoneal y los abordajes quirúrgicos que solo fue en un caso, fue a un neonato con complicaciones graves que lo requirió. En las intervenciones terapéuticas realizadas con mayor número a los RNP en la UCIN, coincide con estudio de Rodríguez ³⁵ sobre procedimientos terapéuticos en neonatos críticos en la Habana en el que identificaron una alta frecuencia del uso de la oxigenoterapia y uso de antibióticos en neonatos con bajo peso, ³⁵ así como Rojas ³⁶ en Perú al estudiar prácticas clínicas en neonatos críticos. Se reportó una alta frecuencia de sondaje orogástrico y administración de antibióticos en neonatos con distrés respiratorio. ³⁵ Lee ³⁷ en Estados Unidos en el que en estudio similar tuvieron una elevada incidencia de los neonatos que recibieron oxigenoterapia y más de la mitad se le administró catéter central. ³⁷ De igual modo Martínez ³⁸ en Holguín en estudio de sepsis neonatal y su relación con intervenciones invasivas, destacaron el uso frecuente de catéteres centrales en neonatos con sospecha de sepsis. ³⁸

Tabla 2. Intervenciones terapéuticas a los RNP en la UCIN

Procederes UCIN	No	%
Administración De Oxígeno	114	82
Caterismo Central	95	68,3
Sondaje Vesical	4	2,9
Sondaje Orogástrica	114	82
Pleurotomía	1	0,7
Proceder Quirúrgico	1	0,7
Punción Lumbar	2	1,4
Administración De Antibiótico	40	28,8
Uso De Hemoderivados	9	6,5
Diálisis Peritoneal	1	0,7

Fuente: historia clínica

En las patologías de los RNP en la UCIN que fueron ingresados en el periodo de estudio se aprecia dentro de relevantes, la mala adaptación pulmonar y la enfermedad de la membrana hialina que entre ambas suman el 45% de los neonatos que ingresaron en la UCIN en el periodo de estudio. Además, la depresión neonatal y la transición complicada en conjunto fueron el 17,3 %, la sepsis precoz y adquirida y las complicaciones neurológicas (hemorragia intraventricular) aparecen con baja frecuencia. Resultados que se presentan en la tabla 3.

Domínguez, ³⁹ en estudio realizado en cuidados intensivos neonatales sobre organización y resultados alcanzados en Cuba, expone resultados similares. Este estudio tiene similitud en relación con las patologías respiratorias. De igual forma el estudio realizado por Montes ⁴⁰ en España, y de Benites, ⁴¹ en Argentina, se presentan iguales resultados.⁴¹

Las patologías de depresión neonatal y la transición complicada en ese vínculo reflejaron, que son las que inciden en mayor medida en el estado clínico inmediato postparto. La sepsis precoz y adquirida y las complicaciones neurológicas (hemorragia intraventricular) aparecen con baja frecuencia, pero desde el punto de vista clínico son las más relevantes por su impacto en la evolución. Mientras que las infecciones (sepsis precoz y adquirida) y las complicaciones neurológicas (hemorragia intraventricular) se presentó en menor frecuencia, pero son desde el punto de vista clínico neonatal relevantes por su impacto en la evolución de estos neonatos. Estos resultados son similares al estudio realizado por Rivera-Rueda ⁴² en México. ⁴²

Tabla 3. Relación de Patologías de los RNP en la UCIN al ingreso

Patologías	No	%
Enfermedad de membrana hialina	26	18,7
Mala adaptación pulmonar	37	26,6
Transición complicada	8	5,8
Depresión neonatal	16	11,5
Sepsis inicio precoz	4	2,9
Sepsis adquirida	4	2,9
Hemorragia intraventricular	4	2,9
Reapertura del ductos	5	3,6
asfixia	4	2,9
Malformaciones congénitas	4	2,9

Fuente: historia clínica

La tabla 4 presenta que el 69,1% de los RNP en la UCIN en el período de estudio, permanecieron en esa área de cuidados. Lo que evidencia que en pocos días mejoraron el estado de salud por lo que transitan por una corta estadía y luego se trasladan a otras áreas de cuidados, del servicio, según normas hasta su egreso final, lo que coincide con el estudio realizado en Holguín ³⁷ y con el estudio

brasileño de Silva ⁴¹ intervenciones invasivas y mortalidad neonatal en unidades de terapia intensiva, que exponen resultados similares. ^{37, 41}

Tabla 4. Distribución de la estadía de los RNP en la UCIN

Estadía en UCIN	No	%
1 a 7 días	96	69,1
8 a 14 días	20	14,4
15 a 29 días	16	11,5
30 a más días	7	5,0
Total	139	100

Fuente: historia clínica

Al analizar la mortalidad de los RNP en la UCIN en el período de estudio, luego de la morbilidad presentada donde hubo un total de 17 fallecidos que representa el 12 % de los que transitaron en esa área. Donde el 47% de los fallecidos tenían menos de 31 semanas de gestación, el 59% pesó menos de 1500 g, el 41% nacieron con bajo peso para la edad gestacional, mientras que el 70,6% fueron del sexo masculino, nacieron por parto distócico y tuvieron una puntuación deprimida al nacer. Datos que se presentan en la tabla 5.

Por lo que al analizar los resultados anteriores podemos decir que la edad que predominó en estos fallecidos son de alta vulnerabilidad prematuros extremos, donde la supervivencia guarda relación con complicaciones graves y severos, y coincide con el estudio de Rodríguez ³⁵ realizado en La Habana, en este estudio se reportó un porcentaje similar de los fallecidos en UCIN que tuvieron peso <1500 g y APGAR deprimido, donde la sepsis y la disfunción multiorgánica fueron las principales causas de muerte. ³⁵

En cuanto el sexo masculino y el parto distócico que también tienen asociación con la variable del estudio, lo que armoniza con Valdés, ⁴⁴ en su estudio de mortalidad prematura según causas seleccionadas en el Policlínico 5 de septiembre en Pinar del Río, y que reportan mayor riesgo de complicaciones en neonatos masculinos. Destacan la baja edad gestacional y el peso al nacer como determinantes clave, junto al compromiso neonatal inmediato (APGAR bajo) y el predominio del sexo masculino como factor de riesgo. ⁴⁴

Del Río ⁴⁵ en España realizó un estudio de predicción de mortalidad en recién nacidos, encontró como resultados que los prematuros extremos (<28 semanas) las principales causas de mortalidad fue la sepsis o disfunción multiorgánica, con predominio en el sexo masculino. ⁴⁵ Pues la edad gestacional y el peso al nacer influyen como determinantes clave, de conjunto al APGAR bajo y el sexo masculino como factor de riesgo. De la misma manera en América Latina, estudios en Perú y Brasil ya mencionados también destacan la sepsis neonatal como causa principal de muerte en UCIN, y se destaca en neonatos con peso <1500 g. ^{36, 43}

Tabla 5. Análisis de mortalidad de los RNP en la UCIN

Variables	No fallecidos N= 17	%
Edad Gestacional al Nacimiento		
<28	3	17,6
28—30,6	5	29,4
31-33,6	3	17,6
34—36,6	6	35,3
Peso (gramos)		
Menor de 1000	3	17,6
1000-1499	7	41,2
1500-2499	6	35,3
≥ 2500	1	5,9

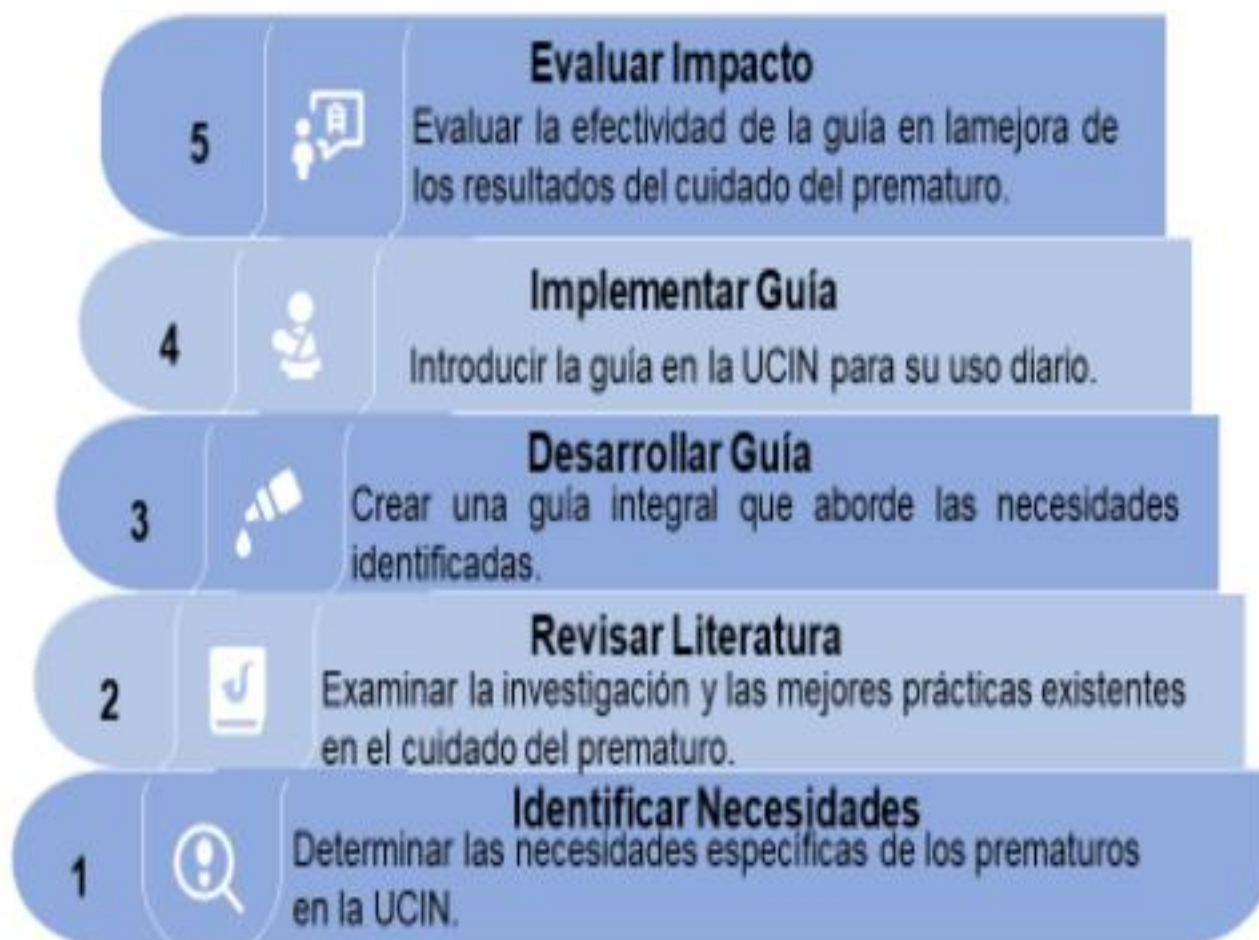
Valoración nutricional		
Peso adecuado para edad gestacional	10	58,8
Bajo peso para su edad gestacional	7	41,2
Sexo		
Femenino	5	29,4
Masculino	12	70,6
Tipo de Parto		
Eutócicos	5	29,4
Distócicos	12	70,6
APGAR al Nacimiento		
Deprimido	12	70,6
Apgar normal	5	29,4
Principales causas de mortalidad		
	no	%
Malformaciones congénitas	4	23,5
Defunción de múltiples órganos	5	29,4Z
Sepsis de inicio precoz	4	23,5
Asfixia	3	17,6

Fuente: historia clínica

A partir de la Caracterización del prematuro en la UCIN del HGAL, se identificó las necesidades específicas de los prematuros en la UCIN y las mejores prácticas existentes en el cuidado del prematuro, mediante la revisión de literatura en la que se determinó las necesidades específicas de los prematuros en la UCIN. De manera que estos resultados le permiten a la autora identificar la necesidad de diseñar una Guía de Atención al Prematuro en el contexto de estudio.

Esta guía estará basada en los pasos que se presentan en la figura 5, la identificación de los pasos serán guiados para la mejora de los resultados del cuidado del prematuro, donde una vez implementada se introducirá la misma en la UCIN para su uso diario, en la que en su desarrollo según las necesidades identificadas, para practicar los mejores cuidados al prematuro.

Figura 5. Etapas para la propuesta de la guía

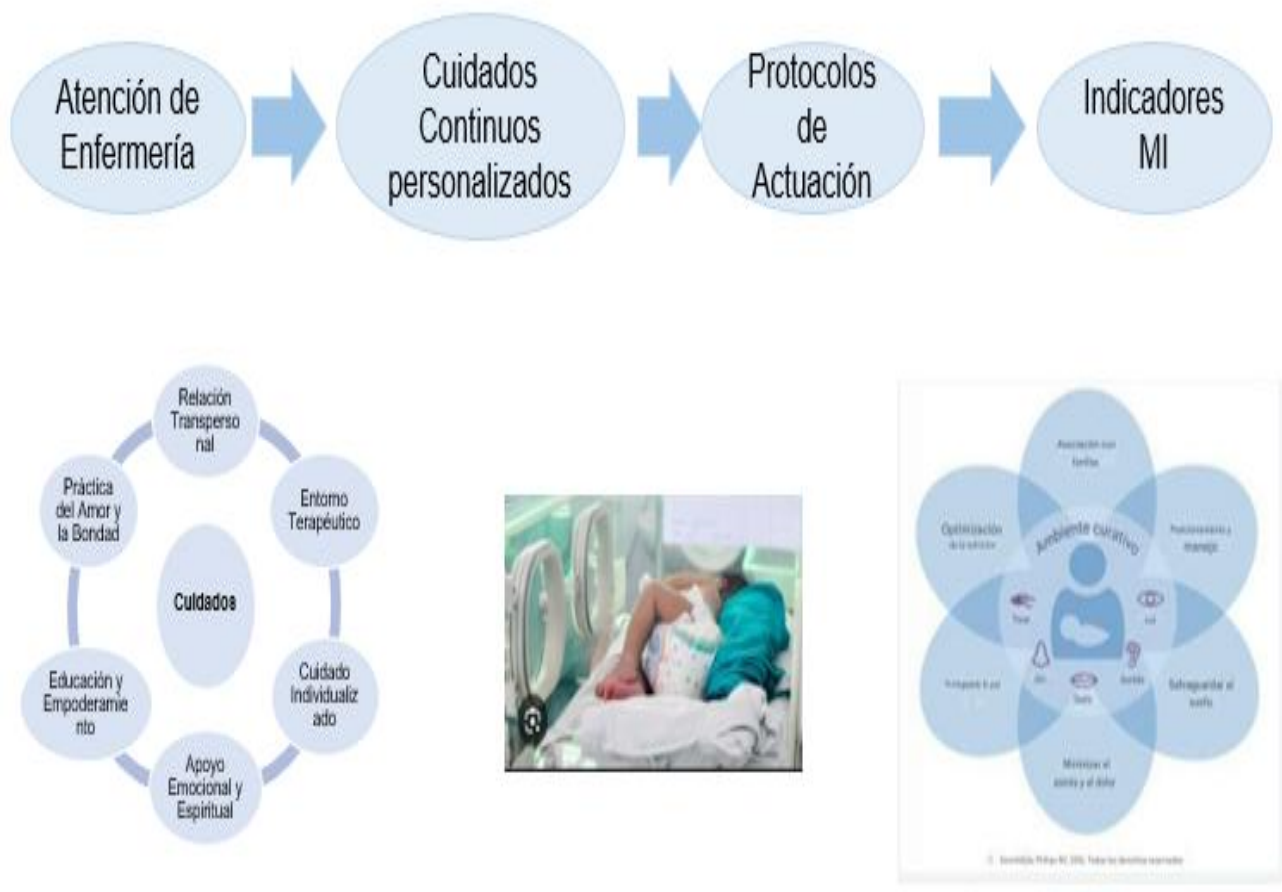


Fuente: elaboración propia de la autora

De igual manera como resultado agregado se pudo evidenciar que con atención de enfermería al RNP en la UCIN y con prácticas de cuidados continuos y personalizados, permitieron elaborar y actualizar protocolos de actuación

sustentados en la integración teórica de la atención humanizada y personalizadas de Jean Watson y los CCD para lograr la supervivencia del recién prematuro pretérmino y contribuir a los indicadores maternos infantil de morbilidad y mortalidad neonatal.

Figura 6. Desarrollo de la investigación



Fuente: elaboración propia de la autora

Conclusiones

La caracterización del prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima permitió identificar las principales características clínicas y de riesgo que afectan a estos neonatos, de manera que contribuyó a un mejor entendimiento de su perfil en este contexto específico. Los hallazgos de la investigación evidencian que la mayoría de los prematuros presentan complicaciones relacionadas con la inmadurez orgánica y la prematuridad, lo que resalta la importancia de implementar intervenciones tempranas y protocolos de atención especializados para mejorar sus resultados de salud.

La caracterización realizada aporta información valiosa para la planificación y optimización de los recursos en la unidad neonatal, permite una atención personalizada y basada en las necesidades específicas de cada recién nacido prematuro. Este estudio fortalece la base de conocimientos en enfermería neonatal, promueve prácticas clínicas fundamentadas en evidencia y fomenta la investigación continua en el área, con el fin de mejorar la calidad del cuidado y los resultados de los neonatos prematuros.

Recomendaciones

A dirección de enfermería del servicio de neonatología del HGAL:

Fortalecer los protocolos de atención neonatal: se recomienda diseñar los protocolos de actuación de enfermería para garantizar una atención especializada y adaptada a las necesidades específicas de los prematuros.

Promover programas de formación y actualización para el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, enfocados en las mejores prácticas y en la gestión de los casos más complejos identificados en la investigación.

Desarrollar un sistema que permita registrar y analizar de forma continua los datos de los prematuros atendidos, de forma tal que facilite la toma de decisiones basada en evidencia y mejore los resultados clínicos.

Fomentar la investigación y la innovación en el servicio para continuar la investigación que hoy se presenta.

Referencias bibliográficas

1. London ML, Wieland-Ladewig P, Olds Sally B, Moberly SM. Enfermería maternal y del recién nacido. MC GRAW HILL, 5ta edición. 2013 [citado 2025 Ene 18]. Disponible en: https://www.ingebook.com/ib/NPcd/IB_BooksVis?cod_primaria=1000187&codigo_libro=5245
2. OMS. Nacimientos prematuros. 2023 [citado 2025 Feb 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Liu L, Villavicencio F, Yeung D, Perin J, Lopez G, Strong KL, Black RE. National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis. Lancet Glob Health. 2022;10(3):e337-e347. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00566-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00566-0).
4. Matos ALJ, Reyes HKL, López NGE, Reyes HMU, Aguilar FES, Pérez PO, Reyes GU, López CG, Flores MBC, Quero HA, Quero EA. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020 [Acceso 2024 Dic 20] ;7(3):179-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
5. OMS. Mortalidad neonatal. 2024 [citado 2025 Feb 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
6. OPS/OMS. 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década. 2023 [citado 2025 Mar 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
7. Domínguez DF. La prematuridad: un problema pendiente de solución. Rev Cubana Pediatr. 2021 [citado 2025 Feb 05]; 93(1): e1435. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312021000100001&lng=es.

8. MINSAP. UNICEF Cuba acompaña al MINSAP en Taller nacional de actualización en el manejo del recién nacido pretérmino, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado e infecciones. 2023 [citado 2025 Feb 15]. Disponible en: <https://www.unicef.org/cuba/comunicados-prensa/unicef-minsap-aexcid-taller-nacional>
9. Rigol RO, Santisteban ASR. Obstetricia y ginecología. 4a. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2023 [citado 2023 Sep 15]: 500-08. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>
10. Fernández BH, González Pi Y. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario “Hermanos Cruz”. 2022. Rev Ciencias Médicas. 2023 [citado 2025 Feb 16]; 27. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6207>.
11. Informe anual estadístico del programa materno infantil del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, provincia de Cienfuegos. 2022. Material impreso.
12. Informe anual estadístico del programa materno infantil de provincia de Cienfuegos. 2023. Material impreso.
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana; 2024 [citado 2025 Feb 05]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2024/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2023/>
14. Cobeñas LIYM. Rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro en el servicio de neonatología del Hospital General de Jaén, 2014 [Tesis] 2017 [citado 2024 Dic 20]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/1463/T016_44241541_T%20jaen.pdf?sequence=4&isAllowed=y
15. Mendoza TLA, Claros BDI, Mendoza TLI, Arias GMD, Peñaranda OCB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto

16. prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. 2016; 81(4): 330-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
17. OPS/OMS. Prematuridad 2023. 2023 [citado 2024 Dic 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-prematuridad-2023>
18. Jimenez FLE, González CN. Caracterización del bajo peso al nacer en Cienfuegos. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur. 2021 [citado 2025 Mar 20]; 4(1): e113. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/113>.
19. Delgado DSMa, Mejía CMR, Arguello CDC. Morbimortalidad neonatal en niños pretérminos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, 2020 – 2021. Universidad católica Redemptoris Mater [Tesis]. 2022 [citado 2025 Mar 20]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.ni/8/1/8.pdf>
20. Reicher L, Fouks Y, Yogev Y. Cervical Assessment for Predicting Preterm Birth- Cervical Length and Beyond. J Clin Med. 2021 Feb 7;10(4):627. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10040627>.
21. Herranz BA. ¿Qué es la prematuridad?. Portal Clínic 2018 [citado 2025 Mar 20]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad>
22. Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. BJOG. 2003 [citado 2025 Mar 20];110 Suppl 20:3-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12763104/>
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2014 [citado 2025 Mar 20]. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
24. Barra L, Marín A, Coó S. Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: fundamentos y características principales. Andes Pediatr. 2021 [citado 2025 Ene 12]; 92(1):131-37. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2695>

25. Borja NÁ, Gracia EEM, Espona VM, Sáez RMdelP, Rodríguez CRI, Allona LS. Plan de cuidados estandarizado dirigido a bebés prematuros en UCI neonatal. Revista sanitaria de investigación. 2024 [citado 2025 Mar 12]; 5(4). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-estandarizado-dirigido-a-bebes-prematuros-en-uci-neonatal/>
26. Vera SBMB, Aquilué BM, Ariño GG, Brocate SJM, Moreno FR, Ruata LA. Estandarización de los cuidados en la UCI neonatal: plan de cuidados al recién nacido prematuro. Revista sanitaria de investigación. 2023 [citado 2025 Mar 12]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estandarizacion-de-los-cuidados-en-la-uci-neonatal-plan-de-cuidados-al-recien-nacido-prematuro/>
27. Mina Calderón, C Cuidado humanizado y satisfacción de la atención percibida por los padres de recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales en una clínica privada de Lima, 2022. Universidad Privada Norbert Wiener [Tesis]. 2022 [citado 2025 Abr 22]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/8a678d82-4ba4-4bf8-b241-db28f4f1af33>
28. Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 9na ed. España: Elsevier; 2018 [citado 2025 Ene 10]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=nlpgDwAAQBAJ&printsec=copyright&source=gbs_pub_info_rv=onepage&q&f=false
29. Corona MLA, Fonseca HM. ¿Mi estudio es transversal o longitudinal? Medisur. 2023 [Acceso 2025 Ene 29]; 21(4): 931-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000400931&lng=es
30. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. Newborn Infant Nurs Rev. 2016; 16(4): 230-244. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

31. World Medical Association. Declaración de Helsinki, Fortaleza, Brasil, Paris: Asociación Médica mundial [Internet]. Finlandia: WMA; 2013 [citado 2025 Abr 23]. Disponible en: https://www.uchile.cl/documentos/declaracion-de-helsinki-2013pdf_111779_0_3900.pdf.
32. Rodríguez OC, Piña R, Rodríguez Puga R. Características clínicas y epidemiológicas de madres con recién nacidos prematuros. Sancti Spíritus. 2023 [citado 2025 Abr 23];27(6):e4508. [Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/san/v27n6/1029-3019-san-27-06-e4508.pdf>
33. Rodríguez Puga R, Pérez Díaz Y, Rodríguez Abalo OC. Perfil clínico-epidemiológico de madres con recién nacidos pretérmino. Jorge Cienc Pediatría Camagüey. 2024 [citado 2025 Abr 23]; (mayo):742. Disponible en: <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorgecienciapdcl2024/2024/paper/viewFile/742/1126>
34. March of Dimes, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. WHO; 2012 [citado 2025 Abr 23]. Disponible en: https://www.manosunidas.org/sites/default/files/informe_nacido_demasiado_pronto_oms_2012.pdf
35. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. Estimaciones globales de nacimientos prematuros 2020 [citado 2025 Abr 23]. Healthy Newborn Network. Disponible en: <https://healthynewbornnetwork.org/es/resource/2023/national-regional-and-global-estimates-of-preterm-birth-in-2020-with-trends-from-2010-a-systematic-analysis/>
36. Rodríguez Y, González Díaz M, Hernández Lazo Y. Procedimientos terapéuticos en neonatos críticos. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2019 [citado 2025 Jul 2];91(2):e456. Disponible en: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/456>
37. Rojas L, Quispe M, Vargas A. Prácticas clínicas en neonatos críticos: estudio en una UCIN peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 2];37(4):612–8. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/612>

38. Lee HC, Bennett MV, Schulman J, Gould JB. Procedural interventions and outcomes in neonatal intensive care. *Pediatrics* [Internet]. 2017;139(3):e20162891. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2891>
39. Martínez Pérez L, Rodríguez Milián M, Díaz González A. Sepsis neonatal y su relación con intervenciones invasivas. *Rev Ciencias Médicas Holguín* [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 2];26(3):e1234. Disponible en: <https://revcmh.sld.cu/index.php/cmh/article/view/1234>
40. Domínguez Dieppa F. Cuidados intensivos neonatales: organización y resultados alcanzados en Cuba. *Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2008 [citado 2025 Jul 2];3(1):4–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4773/477348934002.pdf>
41. Montes Pérez L, Suárez Castro D. Principales patologías de ingreso en UCI neonatal. *NPunto* [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 2];5(57):27–54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949795>
42. Benítez J, Bordón C, Céspedes M, et al. Factores que motivan la internación en la UCIN. *CIMEL* [Internet]. 2004 [citado 2025 Jul 2];9(1):17–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71790104.pdf>
43. Rivera-Rueda MA, Fernández-Carrocer LA, Michel-Macías C, et al. Morbilidad y mortalidad de neonatos <1500 g ingresados a la UCIN. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2017 [citado 2025 Jul 2];31(4):163–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-morbilidad-mortalidad-neonatos-1500g-S0187533718300311>
44. Silva CM, Oliveira AC, Souza LM. Intervenções invasivas e mortalidade neonatal em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1];74(1):e20200345. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYZ123>
45. Valdés VR, Ramos-Cordero ÁE, Valiente MW, Junco SB, Valdés VR. Mortalidad prematura según causas seleccionadas en el Policlínico “5 de septiembre”. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300010

46. Del Río R, Thió M, Bosi M, Figueras J, Iriando M. Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 1];93(1):24–33. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prediccion-mortalidad-recien-nacidos-prematurosarticulo-S1695403319303777>

Bibliografía consultada

- Barra, C. et al. Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros. SciELO Chile, 2021. [Acceso 2025 Ene 10]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000100131
- Cuidados Centrados en el Desarrollo de recién nacidos prematuros. Comillas University, 2021. [Acceso 2025 Feb 23]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/65327/PFG001350.pdf>
- Cantero-Rodríguez I, Abraham AJ. Caracterización clínica y epidemiológica de neonatos con bajo peso al nacer y sepsis tardía. Rev Med Ciego. 2023;29(1):e3608. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/3608/3989/1857>
- Clínica Barcelona. Causas y factores de riesgo de la prematuridad. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad/causas-y-factores-de-riesgo>
- March of Dimes, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.manosunidas.org/sites/default/files/informe_nacido_demasiado_pronto_oms_2012.pdf
- Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, et al. Epidemiología de la prematuridad y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016;81(4). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
- Organización Panamericana de la Salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro. OPS/OMS; 2019. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro>

OPS/OMS. Actualización de conocimientos por una atención neonatal de calidad en Cuba. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/20-6-2023-actualizacion-conocimientos-por-atencion-neonatal-calidad-cuba>

Organización Mundial de la Salud, UNICEF, PMNCH. Nacidos demasiado pronto: decenio de acción sobre el parto prematuro. Informe global. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520847>

Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. Estimaciones nacionales, regionales y mundiales de nacimientos prematuros en 2020, con tendencias desde 2010: un análisis sistemático. Healthy Newborn Network. 2023. Disponible en: <https://healthynewbornnetwork.org/es/resource/2023/national-regional-and-global-estimates-of-preterm-birth-in-2020-with-trends-from-2010-a-systematic-analysis/>

Anexo 1. Aval de directivos del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

El que suscribe:

Manifiesta el acuerdo para que la institución participe en el proyecto de investigación titulado: Caracterización del prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Doy consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio de forma voluntaria y sustentada en el propósito de contribuir a la mejora constante del cuidado de enfermería del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Para que así conste firmo el presente consentimiento en conjunto con el jefe del proyecto a los _____ días del mes de _____ del 20_____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2: Aval del Consejo Científico

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

Presentado por su autor principal _____

Donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ queda en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento Informado de participación en el estudio sobre caracterización del recién nacido prematuro de la provincia de Cienfuegos

Yo _____ participo de forma voluntaria en una investigación que tiene como objetivos sistematizar los referentes teóricos para la caracterización de los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos y caracterizar a los recién nacidos prematuros que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

De manera que estoy dispuesto a participar en los procedimientos empíricos requeridos para la investigación, que toda la información recogida se mantendrá reservada y no será utilizada para fines inapropiados e ilícitos. Conozco que este estudio requiere la obtención de datos positivos y negativos sobre el desarrollo de este proceso por lo que seré honesto y sincero en mis declaraciones.

Los resultados que se obtengan no tendrán fines administrativos sino investigativos, por lo cual no se me darán a conocer de manera personal, pero sí formaran parte de una tesis de maestría y de doctorado al efecto, que será del conocimiento de la comunidad científica. Autorizo su utilización en publicaciones y en otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad.

Afirmo y confirmo que mi participación es voluntaria. He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a: Esp materno infantil Maydel Coca Tiefembruiker teléfono 51339587

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación y expreso mi consentimiento,

Nombre _____

Apellidos _____

Firma _____