

# Cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado

Arroyo A. Brenda <sup>(1)</sup>; Vargas Rodríguez Elsa <sup>(2)</sup>

DOI: <https://zenodo.org/records/10689707>

## RESUMEN

**Objetivo** Evaluar los cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales del Hospital Universitario Pediátrico Agustín Zubillaga. **Método:** Es una investigación descriptiva, observacional. Donde participaron 10 recién nacidos ingresados a la unidad de cuidados intensivos pediátricos en un periodo y 15 enfermeras de dicha unidad la recolección de datos fue mediante la observación estructurada, mediante la escala de CONFORT y un instrumento de observación de los cuidados de enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro. **Resultados:** el nivel de confort de los pacientes la puntuación inicial 50% de los participantes se encontraban en sedación óptima o en confort, 30% se ubicó en sedación inadecuada o en disconfort y 20% en sedación profunda. Luego de la aplicación de los cuidados de enfermería se observó que para la evaluación final las variables sedación profunda y sedación óptima o confort 40% se encontraban en estos niveles, mientras que 20% restante se ubicó en disconfort y el personal de enfermería estudiado, de acuerdo a la ficha de observación de cuidados hacia el confort, mantiene el mayor porcentaje de la población 70% con una puntuación entre 0 – 39 % lo que la ubica en la escala como malos, 50% se ubica dentro de la escala en regulares y solo 30% como bueno.

**Palabras clave:** confort, recién nacido, recién nacido hospitalizado, cuidados de Enfermería

Nursing Care oriented to the comfort of the hospitalized premature newborn.

## ABSTRACT

**Objective** To evaluate nursing care aimed at the comfort of premature newborns hospitalized in the Pediatric and Neonatal Intensive Care Unit of the University Hospital Pediatric Agustín Zubillaga. **Method:** This is a descriptive, observational investigation. In which 10 newborns enrolled in the pediatric intensive care unit in one period and 15 nurses from the unit participated in the data collection through structured observation, using the COMFORT scale and an observation instrument for comfort-oriented nursing care of a premature newborn. **Results:** 6th patient comfort level at the initial score, 50% of participants were in optimal or comfortable sedation, 30% were in inadequate or uncomfortable sedation and 20% in deep sedation. During the application of nursing care, it was observed that for the final evaluation the variables of deep sedation and optimal sedation or comfort were 40% at these levels, while the remaining 20% were used in discomfort and studied nursing staff, I follow the care observation sheet to provide comfort, maintaining the highest percentage of the population 70% with a score between 0 – 39% as far as the average on the scale, 50% if located within the scale at regular intervals. soil 30% as good

**Keywords:** comfort, newborn, hospitalized newborn, nursing care

Cuidados de enfermagem orientados ao conforto do recém-nascido prematuro Hospitalar.

## RESUMO

**Objetivo** Avaliar os cuidados de Enfermeria orientados para o conforto do bebê prematuro hospitalizado na Unidade de cuidados intensivos pediátricos e neonatais do Hospital Universitário Pediátrico Agustín Zubillaga. **Método:** É uma investigação descritiva, observacional. Donde participou de 10 crianças recebidas na unidade de cuidados pediátricos intensivos em um período e 15 enfermeiras desta unidade, a coleta de dados foi feita por meio da observação estruturada, pela escala de CONFORTO e por um instrumento de observação dos cuidados de enfermagem para o conforto del recién nacido prematuro. **Resultados:** el nivel de confort dos pacientes, a pontuação inicial, 50% dos participantes foram encontrados em sedação ótima ou em confort, 30% em sedação inadecuada ou em desconforto e 20% em sedação profunda. Além da aplicação dos cuidados de enfermeria, observou-se que para a avaliação final das variáveis, sedação profunda e sedação ótima ou confort 40% se encontram nesses níveis, enquanto os 20% restantes se encontram em desconforto e o pessoal de enfermeria estuda, de de acordo com a ficha de observação de cuidados para o confort, mantenha a maior porcentagem da população 70% com uma pontuação entre 0 - 39% em relação ao número na escala como ruim, 50% se o número dentro da escala em regulares e solo 30% como buenos.

**Palavras-chave:** confort, recém-nascido, recém-nascido hospitalizado, cuidados de enfermagem

<sup>(1)</sup> Enfermera Especialista Unidad de cuidados intensivo. Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.  
<https://orcid.org/0000-0001-6444-7432>  
**CONTACTO**  
teléfono: 04245264385  
[brenda.a41208@gmail.com](mailto:brenda.a41208@gmail.com)

<sup>(2)</sup> Dra. En Enfermería Profesora Titular Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado UCLA.  
<https://orcid.org/0000-0002-0112-0990>  
**CONTACTO**  
[elsavargas@ucla.edu.ve](mailto:elsavargas@ucla.edu.ve)  
04145125001

Recibido: 08 febrero 2023  
Aceptado: 20 de mayo 2023  
Publicado 15 de Julio 2023



## INTRODUCCIÓN

La Prematuridad, es definida por la Organización Mundial de la Salud como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, con un peso menor de 2,5kg<sup>1</sup>. Se estima que, a nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos nacen prematuros<sup>2</sup>. Ocasionando un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan, además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención.

El ambiente intrauterino se caracteriza por brindar al feto durante los nueve meses seguridad y confort, así como la estimulación táctil, vestibular, cinestésica y auditiva<sup>3</sup>. Para los neonatos pretérmino, este ambiente cambia drásticamente poniendo en riesgo su pronóstico de vida, debido a la inmadurez de sus sistemas fisiológicos, anatómicos y bioquímicos. Por otra parte, autores señalan que mientras que los recién nacidos a término eutróficos están bien equipados para manejar los estresores encontrados en el ambiente extrauterino, los recién nacidos pretérmino pueden fallar en su adaptación autonómica y funcional debido a su inmadurez<sup>4</sup>.

Ahora bien, a nivel neurológico durante las primeras semanas de vida, los neonatos pretérmino presentan conductas desorganizadas, son generalmente menos activos, y pueden estar tranquilos o irritables, además de esto, presentan ciclos desordenados de sueño y vigilia, sus reflejos de succión, tono muscular, entre otros, son más débiles. Esto se explica debido a la inmadurez del sistema nervioso central, pues el máximo desarrollo del cerebro ocurre entre las semanas 29 y 41, lo que los hace más propensos a presentar retraso en el desarrollo<sup>5</sup>.

Por otra parte, las respuestas cardio-respiratorias y hemodinámica de los neonatos, son parámetros importantes al momento de evaluar e interpretar la regulación de las funciones autonómicas en estos recién nacidos. La frecuencia y el ritmo cardíaco, la tensión arterial y el patrón respiratorio varían ampliamente en respuestas a estímulos externos o estresantes. Pudiendo evidenciar cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca por debajo o por encima de la media, así como cambios en el patrón respiratorio que varían desde la taquipnea hasta la apnea.

Así mismo, a nivel anatómico se puede mencionar que estos recién nacidos son pequeños y su peso suele ser menor de los 2,5 kg, presenta características especiales como la piel delgada, brillante y rosada, poca grasa subcutánea, baja actividad espontánea del tono muscular, las extremidades presentan dificultades para la adopción de la posición en flexión, entre otras condiciones, propias de su inmadurez. Las características antes mencionadas, conllevan a muchas dificultades de adaptación a la vida extrauterina y

largos períodos de hospitalización debido a las complicaciones a las que se enfrentan<sup>6</sup>.

En otro orden de ideas, debido a su inmadurez, el recién nacido prematuro se enfrenta a un sin fin de condiciones adversas, motivo por el cual debe ser ingresado a una unidad de cuidados intensivos o intermedios, donde se le garantice una observación continua, valorando sus respuestas fisiológicas y su proceso de adaptación al nuevo ambiente, evitando con ello complicaciones propias de su prematuridad

No obstante, a pesar de que el medio ambiente de una UCI Neonatal está diseñado para sostener médicamente al frágil recién nacido, contrasta ampliamente con el pacífico medio intrauterino. Los monitores, los respiradores, las bombas de perfusión, los pulsioxímetros y los compresores de oxígeno, así como las diversas pruebas invasivas utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de su inmadurez, constituye un medio particularmente estresante para el mismo<sup>2</sup>.

La marcada ausencia de una madre que “acompañe” y “sostenga” afectivamente al recién nacido en su dolorosa experiencia contribuye a la inadaptación a un medio percibido como hostil. El mismo autor, describe que para el recién nacido un estímulo percibido como amenazante, un movimiento súbito, un cambio brusco en el nivel de sonido o un contacto físico sorpresivo carente de afecto genera respuestas desorganizadas con movimientos mioclónicos repetitivos, movimientos de caída al vacío y rigidez en los miembros, entre otros. Tal como ocurre con los animales, estos recién nacidos responden con temor a determinadas situaciones “indican” un riesgo para su integridad<sup>7</sup>

En este orden de ideas, otros investigadores argumentan que muchos de los problemas críticos, que se dan en los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio y que presentan los neonatos mientras se encuentran en la UCI, son el resultado de los intentos que ellos realizan para poder adaptarse a este medio ambiente extrauterino y a la agresión que significan la mayoría de los procedimientos médicos. El ruido, la iluminación excesiva y las manipulaciones permanentes del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos deletéreos<sup>8</sup>.

Por consiguiente, el cuidado al recién nacido prematuro crítico, debe ser minucioso debido a que el objetivo principal de las intervenciones debe estar orientado a proporcionar confort, estabilidad hemodinámica, respiratoria y un adecuado desarrollo neurológico, todo esto, a través de intervenciones dirigidas a optimizar el Macroambiente como la disminución de ruidos y luces; y el microambiente, centrado principalmente, en la postura corporal, la manipulación y el manejo del dolor<sup>9</sup>

En este aspecto, el Confort como la experiencia inmediata de sentirse fortalecido al satisfacer las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental). Como se describe en esta teoría las intervenciones asociadas al confort son realizadas en su mayoría con el fin de aliviar o generar satisfacción no solo en el contexto físico; también en las demás esferas del paciente. Podemos decir entonces que el confort es mucho más que la ausencia de dolor o de comodidad física, sino un estado de bienestar<sup>10</sup>.

En relación a lo anterior, las intervenciones de enfermería son fundamentales para la adaptación del recién nacido, en la etapa de transición. Pues es este personal el que permanece la mayor parte del tiempo al lado del recién nacido y puede interpretar mejor las respuestas del prematuro a los estímulos y tratamientos y decidir cuál es el momento adecuado para efectuar sus intervenciones desde que el neonato ingresa a la UCI<sup>11-12</sup>

La unidad de cuidados intensivos polivalentes “Dr. Francisco Finizolla” del Hospital Universitario Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” se encuentra conformada por 8 cupos; 4 de los cuales están destinados a pacientes recién nacidos. Dentro de los principales motivos de ingreso de estos pacientes se encuentra la prematuridad, ingresando generalmente en condiciones críticas inestables, requiriendo en la mayoría de los casos asistencia ventilatoria, uso de drogas, monitoreo continuo de constantes vitales, realización de pruebas y procedimientos que permitan un adecuado diagnóstico y manejo por parte del personal médico y de enfermería.

En tal sentido, desde el momento de sus ingresos dichos recién nacidos, son ubicados en incubadoras, debido a su peso y características físicas que los predisponen a grandes pérdidas de calor y por tanto empeoramiento del cuadro clínico. Durante su estadía hospitalaria los pacientes son sometidos a un sinnúmero de procedimientos invasivos y no invasivos, que alteran notablemente sus constantes vitales, periodos de descanso y respuesta a estímulos externos. Es por ello que surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son los Cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, Hospital Universitario Pediátrico Agustín Zubillaga del estado Lara? **Objetivo general** Evaluar los cuidados de Enfermería que favorezcan el confort del recién nacido hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, Hospital Universitario Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga, Barquisimeto, edo. Lara

## METODOLOGIA

El presente estudio estuvo enmarcado dentro del paradigma positivista, o hipotético-deductivo. El enfoque utilizado fue el cuantitativo, de tipo descriptivo no experimental, observacional, registrando el comportamiento del sujeto en su entorno habitual y por último de corte transversal. La población o universo de estudio, estuvo conformada por los 10 recién nacidos ingresados a la unidad de cuidados intensivos pediátricos Dr. Francisco Finizolla en un periodo de 2 meses y el personal de enfermería de dicha unidad. Se utilizó como técnica de recolección de datos la observación estructurada. El instrumento de recolección de datos estuvo basado en la escala de COMFORT determinando con ello los cambios conductuales (nivel de consciencia, calma-agitación, tensión facial y movimientos musculares) y fisiológicos (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial,) del recién nacido prematuro y la Ficha de observación estructurada de cuidados de enfermería orientados hacia el confort<sup>13</sup>

La aplicación del instrumento se llevó a cabo durante la realización de los cuidados por parte del personal de enfermería (higiene de vía aérea, administración de tratamiento, posicionamiento dentro de la incubadora, toma de muestras y estudios, alimentación, aseo). La presente escala fue diseñada en el contexto específico de que en los países de lengua española no existía ningún instrumento validado que objetivara el grado de confort de los pacientes críticos pediátricos. La versión española de la COMFORT Behavior Scale obtuvo un alfa de Cronbach de 0,715 y está compuesta por 3 factores, con 2 ítems cada uno: 1) alerta y movimiento físico; 2) calma/agitación y respuesta respiratoria/llanto, y 3) tono muscular y tensión facial.

**Variabes:** mide 9 parámetros y cada uno de ellos tiene valores que van desde 1 a 5 puntos; por lo tanto, la puntuación máxima nos estaría hablando de dolor extremo y la mínima de 7 puntos indican control adecuado del dolor

**Utilidad clínica:** evalúa los signos conductuales y fisiológicos como la ventilación espontáneo u asistida, despierto o en estado de sedación. Tono muscular, movimientos corporales, expresión facial, frecuencia cardíaca y presión arterial. Es por ello por lo que al ser tan completa está validada para la UCIN.

**Puntuación:** 8-10 sedación muy profunda; 10-17 sedación profunda; 18-26 sedación superficial; >27 No sedación.

Ficha de observación estructurada de cuidados de enfermería orientados hacia el confort. Consta de 21 ítems, divididos en 5 dimensiones con alternativas dicotómicas (SI=1 puntos; NO = 0 puntos); con un total de 22 puntos. La validez y confiabilidad del instrumento se realizó a través de un juicio de expertos<sup>13</sup>.

## RESULTADOS

Los resultados de la observación reflejan que para la dimensión alerta en la puntuación inicial, el mayor porcentaje, se ubicó ligeramente dormido y despierto y alerta (sensible al ambiente) 40% para cada uno de ellos; 10 % se encontró somnoliento (cierra los ojos frecuentemente) y el 10% restante se encontró despierto y alerta (exagera la respuesta al estímulo) mientras que en la puntuación final, el mayor porcentaje fue ligeramente dormido con 50% de la muestra, 30% somnoliento (cierra los ojos frecuentemente) y el restante 20%, se ubicó despierto y alerta (sensible al ambiente). Por su parte para la dimensión agitación, el mayor número de recién nacidos se ubicó 40% ligeramente ansioso, y el restante 60% se distribuyó entre calmado (niño sereno y tranquilo) 20%; ansioso (el niño parece agitado, pero se calma con cuidados) 20% y muy ansioso (niño agitado, difícil de calmar) 20%, para la puntuación inicial; mientras que en la puntuación final 40 % se mantuvo calmado (niño sereno y tranquilo), 40 % ligeramente ansioso, 10% ansioso (el niño parece agitado) pero se calma con cuidados y 10% muy ansioso (niño agitado, difícil de calmar)

Para la dimensión movimientos físicos, la puntuación inicial 60% de los recién nacidos realizaba movimientos ocasionales (3 o menos) 20% realizaba movimientos vigorosos limitados a extremidades, 10 % realizaron movimientos vigorosos incluyendo cabeza y tronco y 10% realizó movimientos frecuentes (3 o más), movimientos suaves; para la puntuación final 70% realizó movimientos ocasionales (3 o menos), mientras que 30% presentó movimientos frecuentes (3 o más), movimientos suaves. (cuadro 1) En relación a la frecuencia cardíaca, en la puntuación inicial 30% de la población presentó una elevación infrecuente superior al 15% del valor basal, 20 % permaneció con FC permanentemente en la línea basal, 20 % presentó elevaciones frecuentes de la FC >15% de la basal, 20 % presentó elevación persistente de la FC >15% de la basal y el último 10% se mantuvo bajo la línea basal. Por su parte, se observó que 40% de la población se mantuvo permanentemente en la línea basal, 30% presentó elevaciones frecuentes de la FC >15% de la basal, 20% elevaciones infrecuentes de la FC >15% de la basal y 10% se mantuvo bajo la línea basal al momento de evaluar la puntuación final.

Para la tensión arterial, 60% de los evaluados presentó una elevación frecuente superior al 15% del valor basal, 30% presentó elevaciones frecuentes de la TA >15% de la basal y el restante 10% permaneció en la línea basal, esto para la puntuación inicial; por su parte, en la puntuación final se evidenció que 50% presentó una elevación frecuente superior al 15% del valor basal, 30% permaneció en la línea basal y el 20%

restante presentó elevaciones frecuentes de la TA >15% de la basal para el momento de la valoración final. En la respuesta respiratoria el 30% de la población presentó resistencia al respirador, 20% presentó no respiración espontánea y llanto ocasional, gemido, 10% presentó respiración espontánea, el mismo porcentaje (10%) se mantuvo tranquilo, no llanto, y el restante 10% tuvo un llanto ocasional, gemido, esto en la puntuación inicial; en la puntuación final el 100% se distribuyó de forma equitativa (20%) entre los ítems no respiración espontánea, respiración espontánea, resistencia al respirador, tranquilo, no llanto y llanto ocasional, gemido. (cuadro 2) Que con respecto al tono muscular 50% de los pacientes evaluados mantuvieron un tono muscular normal tanto en la puntuación inicial como en la puntuación final. En cuanto a la evaluación del tono facial 50% de los participantes sufrieron un aumento del tono evidenciable en algunos tonos musculares para la puntuación inicial y posterior a los cuidados disminuyó a un tono facial normal el mismo grupo de pacientes (50%) (Cuadro 3.)

El nivel de confort de los pacientes la puntuación inicial 50% de los participantes se encontraban en sedación óptima o en confort, 30% se ubicó en sedación inadecuada o en disconfort y el restante 20% se encontraron en sedación profunda. Luego de la aplicación de los cuidados de enfermería se observó que para la evaluación final las variables sedación profunda y sedación óptima o confort 40% se encontraban en estos niveles, mientras que 20% restante se ubicó en disconfort. (Cuadro 4). Expresan los cuidados de Enfermería inherentes a la postura del paciente para favorecer el confort del recién nacido prematuro. En donde el 67% de los profesionales evaluados utiliza los elementos disponibles en la UCIN para realizar los nidos, moldeables, adecuado para el tamaño del RNPT. En contraste, el mismo porcentaje de la población, 67%, no cambia de posición cada 3 u 4 horas según su estado al RNPT, y en un porcentaje más elevado se observa que 73% de las profesionales no controla presiones óseas, cartilaginosas y línea media y organizada del RNPT. (cuadro 5)

Los cuidados de enfermería orientados hacia el confort para evaluar el ruido en los recién nacidos pre término, 93% de las profesionales no apoya objetos sobre la incubadora. Por su parte, 100% de los participantes no cubre la incubadora con manta gruesa o dispositivo adecuado para aislar al recién nacido de los ruidos, y 100 % de la población no suele colocar a los RN más lábiles en el lugar más tranquilo o realizar concientización acerca de la importancia de disminuir el ruido en la UCIN con carteles indicadores (Cuadro 6) Muestra que 100% de los profesionales de enfermería evaluados cubre con protectores de tela que no permitan el paso de la luz al recién nacido. Sin

embargo, el mismo porcentaje (100%) de los participantes no gradúa la intensidad de la luz. Y en menor porcentaje (60%) Cubre solo la zona donde se encuentra la cabeza del neonato, en casos especiales cuya gravedad no permite cubrir totalmente la incubadora. (Cuadro 7) El manejo del dolor en los recién nacidos prematuro por parte del personal de Enfermería, arrojando que solo 27% brinda envoltura de contención frente a procedimientos estresantes o doloroso, mientras que para el restante 73% no es una práctica común. En el mismo aspecto 100% de la muestra, no suele proporcionar la succión no nutritiva ante la conducta de manifestación del dolor. (Cuadro 8)

Para evaluar el contacto piel a piel y con la familia en donde 100% de los profesionales reconoce el papel de la familia como esencial durante el periodo de internación del RN. E igualmente respetar la diversidad de culturas, religiones y tradiciones familiares. A su vez el 87% de esta población divulga el lavado de manos como la principal medida de control de infecciones nosocomial en los familiares y todos los miembros del equipo de salud, en contra de un 13 % quien no lo hace habitualmente. En un porcentaje menor (40%) no ayuda al aprendizaje y participación de la familia en los cuidados y toma de decisiones del niño. (Cuadro 9) El personal de enfermería estudiado, de acuerdo a la ficha de observación de cuidados hacia el confort, 70% con una puntuación entre 0 – 39 % lo que la ubica en la escala como malos, 50% se ubica dentro de la escala con una puntuación entre 40 – 59 % regulares y 30% como buenos con 60 – 79 % de la puntuación. (Cuadro 10).

## DISCUSIÓN

A lo largo de la historia la idea del confort ha evolucionado, los primeros significados que se le otorgaron tenían relación con el confortar, consolar o reforzar. Han sido muchos los especialistas, además de organismos internacionales que se han dedicado al estudio de este tema. La Organización Mundial de la Salud, define el confort como "un estado de Bienestar Físico, Mental y Social". En resumen, se puede afirmar que el análisis del confort resulta de suma importancia para el correcto crecimiento y desarrollo de los recién nacidos prematuro, ya que permite considerar los parámetros y factores que intervienen en su bienestar<sup>1</sup>.

Correlacionando estos datos con investigaciones previas, titulo su trabajo de investigación "valoración del dolor y sedación en pediatría con las escalas de CONFORT Y CHEOPS en pacientes de cuidados intermedios y cuarto de shock. Aplicando la escala de Confort, determino de forma porcentual la cantidad de pacientes que presentan un nivel óptimo de sedación; en la misma se evidencia que el 43.7% no presentan adecuado nivel de sedación, debido a que es muy

profunda (25%) o simplemente es inadecuada 18.7%. Así mismo, en la jornada matutina se encontró que el 59.8% de los pacientes tenían una sedación óptima; y en la jornada vespertina el porcentaje disminuyó a 52.2%.

Por lo que concluyo que al no tener una valoración de los grados de dolor y sedo-analgésia a través de escalas validadas para este propósito no se puede dar un adecuado manejo de los mismos; promueve el uso de las escalas de CHEOPS Y Confort en las áreas de Intermedios y Cuarto de Shock para un mejor manejo del dolor y sedación de los pacientes<sup>14</sup>

Por su parte, desarrollaron el trabajo titulado Grado de malestar del paciente crítico pediátrico y consecuencias con variables sociodemográficas y clínicas, analgesedación y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2). Se objetivaron puntuaciones globales de disconfort de  $10,79 \pm 3,7$  en el turno de mañana versus  $10,31 \pm 3,3$  en el de noche. Se observó asociación estadística al comparar al grupo de pacientes analgesedados con el grupo de no analgesedados en ambos turnos (2: 45,48;  $p = 0,001$ ). A la vez, también se observó una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre puntuaciones bajas de disconfort y menor desarrollo de síndrome de abstinencia. Concluyeron que existe una parte de la población estudiada que padece disconfort, por lo que se hace necesario el desarrollo de protocolos específicos guiados por instrumentos válidos y testados en la práctica clínica, como la COMFORT Behavior Scale-versión española<sup>15</sup>.

Otro de los instrumentos empleados en la presente investigación fue la ficha de observación estructurada de cuidados de Enfermería orientados hacia el confort. A través de esta, se evaluó un conjunto de elementos del medio ambiente de la UCIN. En la publicación sobre alteraciones ambientales que inciden en el neurodesarrollo de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Describe que el medio ambiente de la UCIN puede interferir en el desarrollo del prematuro, en sus estados conductuales y en la capacidad de desarrollar respuestas adaptativas. El ruido, la iluminación excesiva y las manipulaciones permanentes del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a estos estímulos<sup>16</sup>.

Como base teórica se en este aspecto se utiliza el trabajo relacionado a los factores ambientales y nivel de estrés del recién nacido prematuro del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Los resultados fueron analizados estadísticamente y presentados en tablas de simple y doble entrada, encontrándose que el mayor porcentaje de prematuros se encontraron bajo factores ambientales de ruido, luz y manipulación inadecuados (65, 82.5 y 70 por ciento respectivamente); y que el

67.5 por ciento de ellos presenta estrés leve, 25 por ciento moderado y un 7.5 por ciento sin estrés. Que existe relación estadística altamente significativa ( $p=0,003 < 0,05$ ) entre el factor ambiental manipulación y nivel de estrés<sup>17</sup>.

Para los cuidados centrados en el desarrollo y la familia en el recién nacido prematuro. El posicionamiento correcto del prematuro actúa como un factor decisivo dentro de sus cuidados. El correcto posicionamiento y contención corporal produce sensación de seguridad, quietud y control. Mejora la tolerancia al estrés. El cuidado postural busca un estado funcional adecuado, pero también el confort del menor<sup>18</sup>.

En la investigación, Intervenciones de enfermería en micro y macro ambiente en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2018, refiere que con respecto al control de postura si cumplen con uso de nidos de contención 100% y facilitar los movimientos de flexión 60%. En la manipulación mínima no cumplen con agrupar intervenciones 70%, evitar manipulaciones innecesarias 80%, respetar periodos de sueño 70 % y acompañar al recién nacido a que retome de nuevo su estado de confort 60%<sup>19</sup>.

Con respecto a esta dimensión dolor es necesario citar el estudio sobre efectividad de las medidas no farmacológicas en el alivio del dolor neonatal durante la venopunción. Los hallazgos determinaron que 62.0% de los recién nacidos que recibieron solución glucosada al 24% no presentaron dolor. Para el caso de los bebés a los que se les aplicó la succión no nutritiva, el 59% no presentó dolor, estadísticamente no se evidenció significancia entre ambos tratamientos ( $p=0.59$ ), en ese sentido, se infiere que ambas intervenciones no farmacológicas son efectivas durante la venopunción<sup>20</sup>.

De igual forma, otros investigadores evidenciaron que dentro de los tratamientos no farmacológicos aplicados en Enfermería de la UCIN, la medida analgésica más utilizada fue al administración de sacarosa oral (90.8%), seguido de los cuidados básicos por parte de una enfermera como cargados y caricias (89.2%); sin embargo los principios de manejo del dolor no eran tomados como prioridad, resultando en consecuencias duraderas en el desarrollo neurológico, por tal motivo el estudio propuso implementar un conceso de escala de la evaluación y manejo del dolor en la atención neonatal<sup>21</sup>.

Un estudio realizado en la región de Paris entre 2005 y 2006, sobre Epidemiología y tratamiento de procedimientos dolorosos en neonatos en unidades de cuidados intensivos donde a un total de 430 neonatos en 14 unidades de cuidados intensivos, tanto UCINs como UCIPs (Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos) el número medio de procedimientos a los

que se ve sometido un paciente de este tipo puede ascender a 16 por día de hospitalización, y de estos alrededor de 12 pueden ser procedimientos considerados como dolorosos<sup>22</sup>.

## CONCLUSIONES

Se concluye que el personal de enfermería estudiado, de acuerdo a la ficha de observación de cuidados hacia el confort, mantiene el mayor porcentaje de la población (70%) con una puntuación entre 0 – 39 % lo que la ubica en la escala como malos, (50%) se ubica dentro de la escala en regulares y solo un (30%) como buenos. Evidenciándose con ello que ha disminuido la aplicación de los cuidados orientados al confort del recién nacido por parte del personal. En su mayoría lo cuidados ante el ruido y el manejo del dolor no farmacológico son los que presentan mayor respuesta negativa. Sin embargo, se mantienen porcentajes de aplicabilidad de dichos cuidados, en el cuidado de la luz y contacto piel a piel y con la familia. De igual forma y de acuerdo a los resultados obtenidos y a las investigaciones previas analizadas en torno a la COMFORT Behavior Scale-versión española, se puede resaltar que la escala de COMFORT es una de las más útiles y completas a la hora de evaluar a la población pediátrica. Pues integra tanto los parámetros físicos (FC – TA- RESPUESTAS RESPIRATORIAS) como conductuales (ALERTA – AGITACION – MOVIMIENTOS FISICOS – TONO MUSCULAR – TENSION FACIAL) permitiendo al personal de salud identificar el nivel de confort o disconfort de este grupo etario y generar cuidados y actividades orientadas a su mejoría.

**Agradecimientos** Las autoras quieren agradecer a los participantes el tiempo y esfuerzo dedicado a nuestra investigación. Además, al CDCHT de la Universidad Lisandro Alvarado por el registro y la Universidad Hugo Chávez Frías.

**Conflicto de intereses** Las autoras no presentan ningún conflicto de intereses.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado** Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Contribución de los autores** Las autoras somos responsables de la investigación y confirmamos la autoría de este trabajo. Todos los autores hemos participado en su concepto y diseño, en la recogida de muestra, en el análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito

**Consideraciones éticas;** Mediante un consentimiento informado se solicitó permiso a comité de bioética y a los padres de los recién nacidos, con el objetivo de obtener los datos requeridos para el trabajo de investigación, posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos a la muestra

seleccionada. Seguidamente se procedió a la organización de los datos para su análisis.

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (19 de setiembre de 2018). *Nacimientos prematuros*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Murcia, C; Parra, H; y Rodríguez Y. Cuidado de enfermería orientado hacia el confort en recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo neonatal san Gabriel de la ips corpomedical sas.. (2016). Bogotá- Colombia.
3. Benavides. H. Efectos de la Estimulación Multimodal Temprana en Neonatos Pretérmino Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 46, No. 12, p. 789 - 795(1989).
4. Kurdahi y Balian. Respuestas de los bebés prematuros a las intervenciones de enfermería de rutina y al ruido en la UCIN. Disponible en: [https://journals-lww-com.translate.goog/nursingresearchonline/Abstract/1995/05000/Responses\\_of\\_Premature\\_Infants\\_to\\_Routine\\_Nursing.9.aspx?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=es&x\\_tr\\_hl=es-419&x\\_tr\\_pto=sc](https://journals-lww-com.translate.goog/nursingresearchonline/Abstract/1995/05000/Responses_of_Premature_Infants_to_Routine_Nursing.9.aspx?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es-419&x_tr_pto=sc)
5. González, C. Intervenciones de enfermería en la adaptación del neonato de pretermino. Tesis. Como requisito parcial para obtener el Grado de maestría en enfermería con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. (1996)
6. Pérez Miguelsanz M.<sup>a</sup> J., Cabrera Parra W., Varela Moreiras G., Garaulet M.. Distribución regional de la grasa corporal: Uso de técnicas de imagen como herramienta de diagnóstico nutricional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 abr [citado 2023 Ene 25]; 25(2): 207-223. Disponible:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000200003&lng=es).
7. García, P. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. Rev Esp Pediatric 2002; 58:28-36.
8. Gorski, P. A., Huntington, L., & Lewkowicz, D. J. Manejo de recién nacidos prematuros en hospitales. Estimulante controversia sobre el momento de la estimulación, 17(1), 103–112. (1990).
9. Dulanto, P. V., Lévano, V. L., & Quijada, R. EAplicación del cuidado centrado en el desarrollo del prematuro por la enfermera de la UCIN. [Tesis e Posgrado. Optar segunda especialidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima]. Repositorio. upch. 2018. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3753/Aplicacion\\_DulantoPajuelo\\_Viviana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3753/Aplicacion_DulantoPajuelo_Viviana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Taylor sg, kolcaba katharina. La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 706-719
11. Ocampo, S. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Revista oficial de la Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología. Vol. 1, N 05. Hospital General Juan María de Salvatierra, La Paz, Baja California Sur, México
12. Manchego, E. Cuidados de enfermería en paciente recién nacido Prematuro. Para optar el título de segunda especialidad en Enfermería del cuidado del paciente critico neonatal. Lima-Perú. (2019).
13. Carhuaricra, J; Robles, S y Surichaqui, R. (2018). Cuidados de enfermería orientado hacia el confort de los Recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos Neonatales del hospital Cayetano Heredia. Trabajo académico para optar el título de especialista en Enfermería en cuidados intensivos neonatales. Lima-Perú. Recuperado de: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH\\_41b6a492dc2fdb0dd33b1315cefa849](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_41b6a492dc2fdb0dd33b1315cefa849)
14. Martínez, V Paradigmas de investigación. Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. [Disponible en: [https://psicomaldonado.files.wordpress.com/2014/05/7\\_paradigmas\\_de\\_investigacion\\_2013.pdf](https://psicomaldonado.files.wordpress.com/2014/05/7_paradigmas_de_investigacion_2013.pdf)].

15. Bosh, A. Luna-Castaño, P. Garcia-Solerd, P. Tamame-San Antonioe, M. Alcolea-Monge, M. et al. Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgesedación y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2) Anales de Pediatría, Volume 95, Issue 6, 2021, Pages 397-405, ISSN 1695-4033, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.016>.
16. De Santos A. Alteraciones ambientales que inciden en el neurodesarrollo de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. RELAPED. 2021 vol.1, Núm. 6. Disponible: <https://relaped.com/alteraciones-ambientales-que-inciden-en-el-neurodesarrollo-de-los-neonatos-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales/>
17. Salas, C. Factores ambientales y nivel de estrés del recién nacido prematuro del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. (2019). Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11719>
18. Sánchez, M, Guedes, C, Martos, I. Cuidados del Neonato Prematuro Centrados en el Desarrollo y la Familia. En: Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud. España; 2014.
19. Macedo, C. Intervenciones de enfermería en micro y macro ambiente en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2018. RECUPERADO DE: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11070>
20. Campos, L Efectividad de las medidas no farmacológicas en el alivio del dolor neonatal durante la venopunción Universidad Nacional de Trujillo (2020) <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15615>
21. López-Maestro M, De la Cruz J, Perapoch-Lopez J, Gimeno-Navarro A, Vazquez-Roman S, Alonso-Diaz C, Muñoz-Amat B, Morales-Betancourt C, Soriano-Ramos M, Pallas-Alonso C. Eight principles for newborn care in neonatal units: Findings from a national survey. Acta Paediatr. 2020 Jul;109(7):1361-1368. doi: 10.1111/apa.15121. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31799756.
22. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, Saizou C, Lapillonne A, Granier M, Durand P, Lenclen R, Coursol A, Hubert P, de Saint Blanquat L, Boëlle PY, Annequin D, Cimerman P, Anand KJ, Bréart G. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA. 2008 Jul 2; 300(1):60-70. doi: 10.1001/jama.300.1.60. PMID: 18594041.

### ANEXOS

ALERTA	PI		PF	
	f	%	f	%
Profundamente dormido	0	0	0	0
Ligeramente dormido	4	40	5	50
Somnoliento (cierra los ojos frecuentemente)	1	10	2	20
Despierto y alerta (sensible al ambiente)	4	40	3	30
Despierto y alerta (exagera la respuesta al estímulo)	1	10	0	0
AGITACION	PI		PF	
Calmando (niño sereno y tranquilo)	2	20	4	40
Ligeramente ansioso	4	40	4	40
Ansioso (el niño parece agitado, pero se calma con cuidados)	2	20	1	10
Muy ansioso (niño agitado, difícil de calmar)	2	20	1	10
MOVIMIENTOS FISICOS	PI		PF	
No movimientos	0	0	0	0
Ocasionales (3 o menos)	6	60	7	70
Frecuentes (3 o más), movimientos suaves	1	10	3	30
Vigorosos limitados a extremidades	2	20	0	0
Vigorosos que incluye cabeza y tronco	1	10	0	0

**Cuadro 1. Estado de alerta, agitación y movimientos físicos presentes en el recién nacido prematuro hospitalizado**

Frecuencia Cardiac	PI		PF	
	f	%	f	%
Bajo la línea basal	1	10	1	10
Permanentemente en la línea basal	2	20	4	40
Elevaciones infrecuentes de la FC >15% de la basal	3	30	2	20
Elevaciones frecuentes de la FC >15% de la basal	2	20	3	30
Elevación persistente de la FC >15% de la basal	2	20	0	0
Tensión Arterial	f	%	f	%
Bajo la línea basal	0	0	0	0
Permanentemente en la línea basal	1	10	3	30
Elevaciones infrecuentes de la TA >15% de la basal	6	60	5	50
Elevaciones frecuentes de la TA >15% de la basal	3	30	2	20
Elevación persistente de la TA >15% de la basal	0	0	0	0

<b>Respuesta Respiratoria (Vm)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No respiración espontanea	2	20	2	20
Respiración espontanea	1	10	2	20
Resistencia al respirador	3	30	2	20
Resistencia al respirador, tos regular	0	0	0	0
Lucha con el respirados	0	0	0	0
Tranquilo, no llanto	1	10	2	20
Llanto ocasional, gemido	2	20	2	20
Quejido monótono	0	0	0	0
Llanto ocasional, gemido	1	10	0	0
Grito	0	0	0	0

**Cuadro 2. la frecuencia cardíaca, tensión arterial y respuesta respiratoria en el recién nacido prematuro hospitalizado**

	<b>PI</b>		<b>PF</b>	
<b>TONO MUSCULAR</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Músculos relajados	0	0	1	10
Tono muscular reducido	2	20	1	10
Tono muscular normal	5	50	5	50
Aumento del tono muscular, flexión de manos y pies	3	30	3	30
Extremadamente aumentado, rigidez, flexión de manos y pies	0	0	0	0
<b>TENSION FACIAL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Totalmente relajado	1	10	2	20
Tono facial normal	3	30	5	50
Aumento del tono, evidenciable en algunos grupos musculares	5	50	3	30
Tono aumentado en muchos grupos musculares	1	10	0	0
Músculos faciales muy contraídos (mueca)	0	0	0	0

**Cuadro 3. Tono muscular en el recién nacido prematuro hospitalizado**

	<b>PI</b>	<b>PI</b>	<b>PF</b>	<b>PF</b>
<b>ESCALA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sedación profunda	2	20	4	40
Sedación optima o en Confort	5	50	4	40
Sedación inadecuada o en disconfort	3	30	2	20

**Cuadro 4. Comparación entre el puntaje inicial y el puntaje final de la escala de CONFORT de los cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado.**

Cuidados en la postura	Si		No	
	f	%	f	%
Utiliza los elementos disponibles en la UCIN para realizar los nidos, moldeables, adecuado para el tamaño del RNPT.	10	67	05	33
Cambia de posición cada 3 u 4 horas según el estado del RNPT	05	33	10	67
Controla presiones óseas, cartilaginosas y línea media y organizada del RNPT	04	27	11	73

**Cuadro 5. Cuidados en la postura, orientado al confort del recién nacido prematuro hospitalizado**

Rido	Si.		No	
	fr	%	fr	%
Cierra las puertas y ventanas de la incubadora en forma delicada, apretando los pestillos para no hacer ruido	10	67	05	33
No apoya objetos sobre la incubadora	14	93	01	7
Cambia el tono de voz cerca de la unidad.	06	40	09	60
Instala señales de advertencia para recordar al personal que sea cuidadoso.	05	33	10	67
Controla el volumen de las alarmas de los equipos e incubadoras	05	33	10	67
Cubre la incubadora con manta gruesa o dispositivo adecuado para aislar de los ruidos.	00	00	15	100
Disminuye el sonido de teléfonos e impresoras, y retira radios,	04	27	11	73
Coloca a los RN más lábiles en el lugar más tranquilo	00	00	15	100
Realiza concientización acerca de la importancia de disminuir el ruido en la UCIN con carteles indicadores	00	00	15	100

**Cuadro 6. Cuidados ante el ruido, orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado**

Luz	Si		No	
	f	%	f	%
Gradúa la intensidad de la luz. (utiliza luz natural de la UCIN)	00	00	15	100
Cubre con protectores de tela que no permitan el paso de la luz.	15	100	00	00

Cubre solo la zona donde se encuentra la cabeza del neonato (en casos especiales cuya gravedad no permite cubrir totalmente la incubadora)	06	40	09	60
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----	----

**Cuadro 7. Cuidados en la iluminación orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado**

Manejo del dolor	Si.		No	
	f	%	f	%
Táctil: brinda envoltura de contención frente a procedimientos estresantes o doloroso	04	27	11	73
Orotáctil: proporciona la succión no nutritiva ante la conducta de manifestación del dolor	00	00	15	100

**Cuadro 8. Manejo del dolor orientado al confort del recién nacido prematuro**

OBSERVACION	SI.		NO	
	fr	%	fr	%
Reconoce el papel de la familia como esencial durante la internación del RN.	15	100	00	00
Ayuda al aprendizaje y participación de la familia en los cuidados y toma de decisiones del niño	09	60	06	40
Respetar la diversidad de culturas, religiones y tradiciones familiares.	15	100	00	00
Divulga el lavado de manos como la principal medida de control de la infección nosocomial en los familiares y todos los miembros del equipo de salud	13	87	02	13

**Cuadro 9. Cuidados del contacto piel a piel y con la familia orientados al confort del recién nacido prematur**

Cuidados centrados en el desarrollo	Puntaje final	
	f	%
0 - 39 % Malo	7	70
40 - 59 % Regular	5	50
60 - 79 % Bueno	3	30
80 - 100 % Muy bueno	0	0

**Cuadro 10. Calidad de los cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro**