



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADAS/OS EN ENFERMERÍA
TÍTULO DE LA TESINA**

**MANEJO MATERNO EN EL ÁREA DE
PERIFÉRICOS Y LA INTERNACIÓN DE RECIÉN
NACIDOS AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
RIOBAMBA DICIEMBRE 2013- MAYO 2014.**

AUTORAS:

**Jenny Alexandra Pulgar Naranjo
Mayra Alexandra Buñay Cáceres**

TUTORA:

MsC. Cielito Betancourt

RIOBAMBA – ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)

Por la presente, hago constar que he leído el proyecto de tesina presentando por la Srta. MAYRA BUÑAY y la Srta. JENNY PULGAR para obtener el título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del proyecto hasta su presentación y evaluación.



MsC. Cielito Betancourt

TUTORA

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

MANEJO MATERNO EN EL ÁREA DE PERIFÉRICOS Y LA INTERNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DICIEMBRE 2013- MAYO 2014.

Tutora: MsC. Cielito Betancourt

Autoras: Mayra Alexandra Buñay Cáceres y Jenny Alexandra Pulgar Naranjo

Trabajo de investigación presentado como requisito para obtener la Licenciatura en Enfermería. Aprobado en nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo por el siguiente tribunal examinador a los días del mes de Julio del 2014.

MsC. Luz Lalón

Presidenta del tribunal

Firma

MsC. Cielito Betancourt

Tutora

Firma

MsC. Carlos Vargas

Miembro del tribunal

Firma

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Mayra Buñay y Jenny Pulgar somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

Nuestro trabajo de investigación dedicamos a Dios y a nuestros padres. A Dios porque ha sido nuestra luz en todo momento, guiándonos por el camino correcto y brindándonos fortaleza para seguir adelante en los momentos más difíciles.

A nuestros padres quienes han sido el pilar fundamental para salir adelante con su gran ejemplo de lucha y superación, sacrificándose por nosotras para apoyarnos moral y económicamente durante el transcurso de toda la carrera gracias queridos padres.

Mayra y Jenny

AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a todas las personas que hicieron posible este trabajo de investigación muchas gracias por su apoyo y enseñanza.

A nuestros padres quienes a lo largo de toda la vida han sido nuestro apoyo y motivación en nuestra formación académica.

A la Lcda. Cielito Betancourt por su asesoría y dirección en el trabajo de investigación, por su paciencia y dedicación.

A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia, enseñanza y dedicación.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO** por ser nuestro segundo hogar, quien nos abrió las puertas, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien para poder desenvolvemos en nuestra vida profesional.

Mayra y Jenny

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar el manejo materno en el área de periféricos y la internación de recién nacidos al servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba Diciembre 2013- Mayo 2014. La hipótesis planteada fue: El manejo materno del recién nacido en el área de periféricos influye en la internación de los mismos al servicio de Neonatología. El método que se utilizó en la investigación es el deductivo, el tipo de investigación fue descriptivo correlacional, el diseño de la investigación que se utilizó fue de campo, el tipo de estudio fue transversal y prospectivo. Para la recolección de datos se utilizó entrevistas y guía de observación, la población fue de 40 madres del Hospital Provincial General Docente de la Ciudad de Riobamba. Los principales resultados según los objetivos planteados nos indican que durante el desarrollo del estudio se evidenció el ingreso hospitalario de 21 niños al área de Neonatología 3 niños fueron ingresados por presentar hipotermia, 5 por hipoglicemia, 3 por dermatitis y 10 neonatos que en primeras instancias estuvieron ingresados en el área de Neonatología por prematuridad o por presentar complicaciones durante el parto los mismos que después de recibir el alta médica y permanecer bajo el cuidado de sus madres en el hogar reingresaron por presentar neumonía, bronconeumonía e infección de vías urinarias, además se encontró una gran cantidad de madres adolescentes en el área de Ginecología que en su mayoría tuvieron un déficit de conocimientos con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, además se constató un porcentaje elevado de madres con un nivel de instrucción secundaria incompleta, lo cual está íntimamente ligado con las edades de las madres adolescentes quienes nunca recibieron educación por parte del personal de salud en la etapa prenatal y además se observó un insuficiente apoyo de la pareja ya que existe una gran cantidad de madres solteras, poniendo todo lo detallado anteriormente en una situación de vulnerabilidad a los neonatos provocando su ingreso al servicio de Neonatología, por esta razón se diseñó un plan educativo de los cuidados básicos del recién nacido que fue socializado a todas las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This study aimed to investigate the maternal management in the peripheral area and newborn hospital serving at Neonatology Area at the General Hospital of Riobamba, in the period December 2013 - May 2014. Our hypothesis was: Newborn maternal management in the peripheral area affects newborn hospital serving at Neonatology Area. The deductive method was used in the research, the type of research was descriptive correlational, the research design was field; the type of study was cross-sectional and prospective. Interviews and observation guide were used for data collection. The population was 40 mothers from the General Hospital of Riobamba. The main results according to the objectives established indicate that during the study 21 children were interned in Neonatology area, 3 children for hypothermia, 5 for hypoglycemia, 3 for dermatitis, and 10 newborns who were admitted in the Neonatology area due to their prematurity or complications during delivery, these newborns after receiving a medical discharge and remain under maternal care at home were readmitted for pneumonia, bronchopneumonia and urinary tract infection. Many adolescence mothers were also found in the gynecology area which had a deficit of knowledge regarding basic care of the newborn, a high percentage of mothers with an incomplete level of secondary education were also found, so this is closely linked with the age of the adolescent mothers who were never educated by health personnel prenatally. An inadequate couple support was observed because there are a lot of single mothers. Then, the situation detailed above shows vulnerability to infants causing their income to the Neonatology area. Thus, an educational plan of basic newborn care was socialized to all mothers in the peripheral area of Gynecology service at the General Hospital.

Riobamba, July 3, 2014

TRANSLATION REVIEWED BY:


Lic. Denys Tenelanda

ENGLISH TEACHER-UNACH



ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA.....	ii
ACEPTACIÓN MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	iii
DERECHOS DE AUTORIA.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMINETO.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMARY.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÌNDICE DE TABLAS.....	xi
ÌNDICE DE CUADROS.....	xii
ÌNDICE DE GRÀFICOS.....	xii
INTRODUCCIÒN.....	1

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivos Específicos.....	3
1.4 Justificación.....	4

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	6
2.1 Posicionamiento teórico personal.....	6
2.2 Fundamentación teórica.....	6
2.2.1 Antecedentes de investigaciones anteriores.....	6
2.2.2 Antecedentes del Hospital Provincial General Docente Riobamba.....	7

2.2.2.1 Área de neonatología	8
2.2.3 Contexto general de la madre.....	9
2.2.4 Manejo materno.....	10
2.2.4.1 Recién Nacido.....	11
2.2.5 Adaptación del recién a la vida extrauterina.....	10
2.2.5 Necesidades básicas del recién nacido.....	16
2.2.6 Lactancia materna	17
2.2.7 Termorregulación.....	22
2.2.8 Higiene.....	24
2.2.9 Eliminación de orina y excreta	29
2.2.10 Sueño	30
2.2.11 Afecto.....	31
2.2.12 Prevención de accidentes	33
2.2.13 Signos de alarma.....	34
2.2.14. Tamizaje metabólico neonatal	35
2.2.15. Vacunas del recién nacido	35
2.2.16. Cuidados en la recepción del recién nacido.....	36
2.2.17 Cuidados de los padres en el alojamiento conjunto.....	41
2.2.18 Complicaciones neonatales.....	43
2.2.19. Otras patologías neonatales	46
2.3 Definición de terminos básicos.....	50
2.4 Hipótesis y Variables	52
2.4.1 Hipótesis	52
2.4.2 Variables	52

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO	56
3.1. Método deductivo.....	56
3.1.1 Tipo de investigación.....	56
3.1.2 Diseño de la investigación	56
3.1.3 Tipo de estudio.....	56

3.2. Población y muestra.....	56
3.2.1. Población	56
3.2.2. Muestra	56
3.2.3 Criterios de inclusión	56
3.2.4 Criterios de exclusión	57
3.2.5 Criterios éticos	57
3.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos	57
3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados	57

CAPÍTULO IV

4. Análisis estadístico	58
4.1 Comprobación de la hipótesis.....	86
4.2. Conclusiones y recomendaciones.....	89

CAPÍTULO V

5. Propuesta de intervención.....	92
Referencia bibliográfica.....	108
Anexos.....	110
Anexo 1 Instrumentos para recolección de datos.....	111
Anexo 2 Fotos.....	116
Anexo 3.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Variables.....	53
TABLA N° 2 Cruce de variables.....	83
TABLA N° 3 Consolidación de resultados.....	87
TABLA N° 4 Recursos humanos.....	107
TABLA N° 5 Recursos materiales.....	107

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No 4.1 Edad de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.....	58
CUADRO No 4.2 Estado civil de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.....	59
CUADRO No 4.3 Instrucción de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.....	60
CUADRO No 4.4 Residencia de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.....	61
CUADRO No 4.5 Días de hospitalización.....	62
CUADRO No 4.6 Número de hijo.....	63
CUADRO No 4.7 En los controles prenatales ha recibido educación sobre los cuidados básicos del recién nacido.....	64
CUADRO No 4.8 Importancia de la leche materna.....	65
CUADRO No 4.9 Sustancia que debe utilizar para limpiar el cordón del recién nacido	66
CUADRO No 4.10 Sustancia con la que se debe limpiar las cavidades del recién nacido es decir oídos, fosas nasales y ojos.....	67
CUADRO No 4.11 Signos de peligro del recién nacido.....	68
CUADRO No 4.12 Importancia de las vacunas del recién nacido.....	69
CUADRO No 4.13 Vínculo madre-hijo.....	70
CUADRO No 4.14 Riesgos del recién nacido.....	71
CUADRO No 4.15 Importancia del control de la temperatura del recién nacido.....	72
CUADRO No 4.16 Coloración normal del recién nacido.....	73
CUADRO No 4.17 Motivo ingreso del recién nacido al área de Neonatología.....	74
CUADRO No 4.18 Número de hijo.....	75

CUADRO No 4.19 Lactancia materna.....	76
CUADRO No 4.20 Higiene del recién nacido.....	77
CUADRO No 4.21 Limpieza del cordón umbilical.....	78
CUADRO No 4.22 Limpieza de cavidades.....	79
CUADRO No 4.23 Termorregulación.....	80
CUADRO No 4.24 Vínculo madre – hijo.....	81
CUADRO No 4.25 Motivo de ingreso a Neonatología.....	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No 4.1.....	58
GRÁFICO No.4.2.....	59
GRÁFICO No. 4.3.....	60
GRÁFICO No. 4.4.....	61
GRÁFICO No. 4.5.....	62
GRÁFICO No. 4.6.....	63
GRÁFICO No. 4.7.....	64
GRÁFICO No. 4.8.....	65
GRÁFICO No. 4.9.....	66
GRÁFICO No. 4.10.....	67
GRÁFICO No. 4.11.....	68
GRÁFICO No. 4.12.....	69
GRÁFICO No 4.13.....	70
GRÁFICO No 4.14.....	71
GRÁFICO No 4.15.....	72
GRÁFICO No 4.16.....	73
GRÁFICO No 4.17.....	74
GRÁFICO No 4.18.....	75
GRÁFICO No 4.19.....	76
GRÁFICO No 4.20.....	77

GRÁFICO No 4.21.....	78
GRÁFICO No 4.22.....	79
GRÁFICO No 4.23.....	80
GRÁFICO No 4.24.....	81
GRÁFICO No 4.25.....	82

INTRODUCCIÓN

El manejo materno es la situación que requiere de modificaciones de todo tipo en la que la madre asume distintas responsabilidades y adquiere capacidades para la crianza de su hijo para las cuales es de suma importancia saber sobre los cuidados básicos del recién nacido con acciones, destrezas o costumbres que permiten brindar un cuidado al recién nacido, manteniendo su salud y previniendo la enfermedad. Sabiendo que las madres que tienen más dificultad para el manejo materno son las madres adolescentes, las primíparas ya que por su inexperiencia o falta de educación tienen una perspectiva errónea de los cuidados del neonato lo que puede afectar la integridad del mismo desencadenando problemas de salud ocasionando ingresos hospitalarios. El trabajo del personal de salud debe estar orientado a la educación constante a las madres desde el periodo prenatal y realizar un seguimiento continuo después del nacimiento del recién nacido. En esta investigación se demostró que las madres que no manejan correctamente a los recién nacidos son las adolescentes, solteras, las que viven en el sector rural. Los resultados permiten desarrollar estrategias para lograr una participación oportuna que incluya: profesional de enfermería actualizado y con conocimientos científicos y técnicos, que brinde información a las pacientes. Para lo cual se brindó un plan educativo de los cuidados básicos del recién nacido. Este trabajo está estructurado en capítulos; el capítulo I: problematización, expone el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos, la justificación del mismo, es decir la importancia que tiene la investigación y el propósito del estudio. Capítulo II: marco teórico en donde encontraremos, posicionamiento teórico personal, antecedentes, fundamentación teórica, definición de términos básicos, hipótesis, variables y operacionalización de variables. En el capítulo III: se ha abordado el método de estudio, tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultado. Capítulo IV: análisis e interpretación de datos, comprobación de hipótesis, conclusiones y recomendaciones. Capítulo V: propuesta de intervención bibliografía, anexos y evidencias.

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento de un nuevo ser genera una gran responsabilidad que involucra a toda la familia, pero especialmente a la madre ya que a partir del nacimiento de su hijo emprende un gran desafío, ser capaz de cuidar de él, asegurando su bienestar, una vez que el niño nace surge una amplia gama de necesidades tanto para el recién nacido como para la madre, necesidades que en ocasiones no son cubiertas adecuadamente dando como resultado complicaciones en el neonato.

El ingreso hospitalario neonatal como lo conocemos hoy, dista mucho de lo que fue en sus comienzos, las condiciones en que eran internados los niños han ido evolucionando con el correr del tiempo, en las últimas décadas a nivel mundial se han producido importantes cambios en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbilidad infantil, dichos cambios se han generado por el tipo de manejo que proveen las madres a sus hijos específicamente por la calidad de los cuidados que estas proporcionan a los niños durante el periodo de adaptación al medio extra uterino según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En Ecuador las principales causas de ingresos hospitalarios a Neonatología relacionados con el manejo materno inapropiado son riesgos térmicos y metabólicos en un 34%, dermatitis en un 13%, sepsis neonatal en un 8%. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

En Chimborazo la hipoglicemia ocupa el tercer lugar con un 28% dentro de las principales causas de ingreso hospitalario, mientras que la hipotermia tiene un 13% ocupando el cuarto lugar. (INEC, 2010)

Mantener un equilibrio en la salud del recién nacido resulta extremadamente difícil, teniendo como consecuencia una serie de problemas que se van desarrollando en cadena, los mismos que son potencialmente dañinos para la salud del niño.

En el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, desde el mes de Agosto del 2013 hasta Diciembre del mismo año se ha registrado el ingreso de 41 niños por distintas causas relacionadas con el manejo materno 16 niños ingresaron por hipoglicemia, 12 por hipotermia, 7 por dermatitis, 2 por onfalitis, 4 por condiciones maternas como capacidades especiales, siendo detectadas estas patologías durante los tres primeros días de vida del recién nacido. (Libro de Ingresos y Egresos Neonatología, 2013)

Esto se debe probablemente al desconocimiento de cuidados básicos y adaptación a la vida extrauterina del recién nacido por parte de las madres tales como: alimentación, higiene, afecto, sueño, termorregulación, signos de peligro y prevención de accidentes. (Caballero, 2010)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El manejo materno en el área de periféricos influye en la internación de los recién nacidos al servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba Diciembre 2013-Mayo 2014?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el manejo materno en el área de periféricos y su influencia en la internación de Recién Nacidos al servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba Diciembre 2013-Mayo 2014.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales causas de ingreso hospitalario a neonatología de los recién nacidos del área de periféricos por manejo materno.
- Determinar los conocimientos de las madres con respecto a los cuidados básicos del recién nacido y su aplicación.
- Definir las características socio-demográficas de las madres en cuanto a rango de edad, nivel de escolaridad, estado civil, residencia y ocupación.
- Elaborar una guía educativa sobre cuidados básicos del recién nacido.

- Aplicar un plan educativo sobre cuidados básicos del recién nacido dirigido a las madres que se encuentran en el área de periféricos del servicio de Ginecología.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo investigativo se desarrollará debido a que durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el área de periféricos del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se observó que los conocimientos y el manejo materno no eran lo suficientemente adecuados para atender las necesidades básicas del recién nacido en un número considerable de madres, especialmente madres indígenas, adolescentes, madres con capacidades especiales y madres con embarazos no deseados.

En Ecuador la población indígena corresponde al 17% del total de los habitantes, con una mayor concentración de la misma en las provincias amazónicas y en la provincia de Chimborazo, con un 38% de población indígena, esta provincia se encuentra dividida en 10 cantones, Guamote es uno de ellos en donde el 77% de la población es indígena seguido por Colta con el 67%, Alausí con el 30% y Riobamba con el 11%. (INEC, 2010)

Como datos importantes se encontró que el 19 % de la población Chimboracense es analfabeta, además esta provincia presenta las tasas de fecundidad más altas de todas las zonas rurales del Ecuador, designándola así como la provincia más joven del país. (SIISE, 2012)

Esto se debería a que esta población tiene como principal creencia que la reproducción tiene un valor importante que se manifiesta en el mayor número de hijos que se pueda concebir, dejando de lado la importancia que conlleva tener un hijo y todas las responsabilidades que esto implica, arrojando como resultado una situación que puede incidir de manera negativa en la salud del niño.

También se encontró una gran cantidad de mujeres adolescentes que probablemente no tienen los conocimientos ni la experiencia suficiente para asumir el rol de madres con prácticas de cuidados saludables.

Las beneficiarias de este proyecto son las madres y recién nacidos que se encuentran en el área de periféricos en alojamiento conjunto en el servicio de Ginecología.

Mediante la aplicación de un plan educativo sobre cuidados básicos del recién nacido, de esta manera se mejorará el manejo materno, disminuyendo el ingreso hospitalario y se obtendrá una mejor adaptación a la vida extrauterina del neonato.

Teniendo en cuenta que el objetivo principal como trabajadores de la salud es el fomento y mantenimiento de la salud pero sobre todo la prevención de la enfermedad. Decimos que este trabajo es factible y viable ya que por medio de él se hará un aporte importante a la población afectada específicamente a las madres que requieran de información y educación, además contamos con la facilidad de contactar con las beneficiarias de este proyecto.

Con la situación planteada previamente surge la necesidad de investigar el MANEJO MATERNO EN EL ÁREA DE PERIFÉRICOS Y LA INTERNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DICIEMBRE 2013- MAYO 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Se buscó información preliminar del Ministerio de Salud Pública y la OMS con respecto a datos de mortalidad y morbilidad en neonatos y causas de las mismas.

El trabajo investigativo pertenece a la teorizante RAMONA MERCER “ADOPCION DEL PAPEL MATERNAL” Ya que realiza su enfoque en la maternidad, considerando la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cuál la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES

Autora: (Rosley Maribel Naranjo Chango, 2011) En las etapas iniciales del desarrollo de este trabajo de investigación se encontró un antecedente de una tesis a fin, esta perteneciente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública Escuela de Educación para la Salud, con el tema “Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana. Licto.2010-2011”.

En esta investigación lo que básicamente se realizó fue que mediante una encuesta con un universo de 20 madres donde se evaluaron características socio demográficas, conocimientos y prácticas, sobre Lactancia Materna se tabularon los datos obtenidos. De los resultados ; las características socio demográficas de la edad de las madres comprendidas entre 15 a 25 años de edad es el 28%, entre el 27 a 32 años corresponde el 29 %, en los conocimientos el 95% de madres conocen la importancia de la lactancia materna hasta los seis meses de vida; 5% desconocen; el 39% de madres conocen sobre los beneficios de lactancia materna contra las enfermedades;

85% de madres en la práctica no se lavan las manos; 85% de madres no preparan su pezón durante el embarazo.

Concluyendo que la mayoría de las madres del grupo de estudio oscilan entre una edad de 15 a 20 años lo que concuerdan con la falta de conocimientos que se reflejan con respecto a la lactancia materna debido a que son madres a una corta edad.

De la población de las madres de la Guardería Estrellitas del Mañana tienen una educación básica lo cual fue un elemento a considerar para el diseño del Manual que se entregó en esta institución.

2.2.2 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA

En el siglo pasado sin fecha exacta y con la colaboración de las hermanas de la Caridad, entró a funcionar un pequeño Hospital que brindaba servicios médicos básicos acordes a la época, en beneficio de la comunidad. En 1942 el Gobierno Nacional encargo al Servicio Cooperativo Interamericano, la construcción del nuevo Hospital, demorando largos años su edificación. Así sucedió la solemne inauguración del Hospital Policlínico de Riobamba, el 23 de mayo de 1952 el Hospital inició sus actividades con los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Traumatología.

En Enero de 1998, ya se encontraban funcionando casi todos los departamentos y servicios que tiene el Hospital hoy en día, se decide el traslado a su nuevo local ubicado en la Av. Juan Félix Proaño y Chile, su inauguración fue el 7 de Marzo de 1998, las modernas instalaciones prestan servicios a toda clase de personas del país y del extranjero además este hospital desarrolla actividades de docencia e investigación en salud y fundamentalmente en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría; corresponde al segundo nivel de prestaciones de servicio.

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, cuenta con capacidad de 220 camas y personal Médico profesional experimentado, así como personal Administrativo, Trabajadores y Técnicos con experiencia, lo que permite satisfacer

las necesidades de la población. (Revista Medica Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2009)

2.2.2.1 ÁREA DE NEONATOLOGÍA

La unidad de Neonatología es la encargada de proveer atención de salud al recién nacido/a de 0 a 27 días de vida mediante acciones de fomento, curación y recuperación de la salud.

Distribución física del servicio

La unidad de Neonatología se encuentra ubicada en el tercer piso, consta de una vía de acceso que es la entrada principal, en la misma que existe un pequeño Hall previo al ingreso en donde el personal y madres se colocan las botas.

Comprende las siguientes salas:

Infectados externos: Los recién nacidos que nacen en el domicilio o vienen de otras casas de salud, con una capacidad para 3 pacientes con su respectiva toma de oxígeno.

Cuidados intermedios: Los neonatos que nacen en la institución y que requieren atención especializada, esta sala tiene una capacidad para 6 pacientes, cada uno con su respectiva toma de oxígeno y aspiración de secreciones.

Cuidados mínimos: Generalmente se encuentran los neonatos en plan canguro o que ya están de pre-alta, esta tiene una capacidad para 3 neonatos con su respectiva toma de oxígeno.

Cuidados intensivos neonatales: Para recién nacidos que requieran de estos cuidados, tiene la capacidad para 3 pacientes la misma que se encuentra equipada para tal fin y con los medicamentos e insumos necesarios que la institución posee.

Área de Periféricos

Es una extensión del área de Neonatología que se encuentra ubicada en el servicio de Ginecología, donde los recién nacidos se encuentran en alojamiento conjunto bajo el cuidado de sus madres y además cuenta con la atención frecuente de una licenciada de Enfermería y de una interna rotativa de Enfermería. (HPGDR, 2012)

2.2.3 CONTEXTO GENERAL DE LA MADRE

Considerando la adolescencia una etapa vulnerable para el embarazo, se toma como referencia el perfil que Ecuador maneja sobre esta problemática, siendo de gran importancia los datos obtenidos del (INEC, 2010), el cual considera adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años, considerando la conducta reproductiva de las adolescentes de manera importante no solo en embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias a nivel social, económico y de salud.

En algunos casos los embarazos en adolescentes forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente los embarazos no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, lo que conlleva a una grave problemática de tipo social como lo es la “madre soltera” y por ende madres con poco experiencia y conocimiento para llevar a cabo la crianza de sus hijos. (Rojas, 2010)

Aunque las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, la conducta reproductiva de este grupo de edad se considera de gran preocupación, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión, a pesar de esto en nuestro país las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en los últimos 20 años: en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 y en el 2005 se estima en 90 por mil. (INEC, 2010)

De acuerdo con el nivel educativo se observa que la condición de la madre es vulnerable por la no culminación adecuada de los procesos de desarrollo propios de la edad, y más aún por la falta de conocimiento que tienen sobre la maternidad y los cuidados propios del recién nacido.

Los conocimientos que debe tener una madre para suplir sus cuidados pertinentes y por ende los del recién nacido, se adquieren a través de un proceso de desarrollo continuo y armónico, relacionado con la etapa del ciclo vital pertinente, la edad y todo el contexto sociocultural y psicológico que vivencia la madre.

2.2.4 MANEJO MATERNO

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado materno, el nacimiento de un hijo tiene grandes implicaciones para la familia convirtiéndola en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia.

Es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la consolidación de roles de los progenitores, el alojamiento conjunto favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, los padres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar. (Valdivia, 2011)

Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud. El vínculo entre la madre y su hijo se comienza a generar desde su concepción, desarrollándose a través de toda la gestación y el apego es un tipo de vinculación estrecha que caracteriza a una relación muy sensible entre la madre y el recién nacido.

Las interferencias tales como separación temprana, circunstancias especiales no esperadas o las proyecciones de la madre, pueden alterar esa relación y afectar el desarrollo del neonato a nivel físico, emocional o social y verse reflejadas en su conducta y sus hábitos alimentarios. De esta manera, el ámbito del alojamiento conjunto es un espacio de múltiples interacciones donde es más beneficioso observar

y acompañar sin interferir en los procesos que naturalmente van desarrollando las madres, ameritando la intervención solamente en aquellas circunstancias en las cuales se detecte dificultades, riesgos o conflictos en relación con el cuidado.

Las madres, ya sea por experiencias anteriores o por ausencia de ellas, por su propia experiencia como hijos o las vivencias acontecidas en el seno de sus familias tienen una leve idea de las cuestiones de crianza. Todo el espectro de representaciones acerca del cuidado desde el nacimiento está impregnado de las costumbres, pautas culturales, religiosas y sociales y toman un nuevo significado al momento de ejercer un rol en la crianza de los hijos.

La relevancia de este conjunto de conocimientos previos es tal, que muchas veces los propios protagonistas no alcanzan a objetivar la fuerte influencia de los mismos en la cotidianeidad. A continuación, se abordan aspectos esenciales del cuidado de las madres y el recién nacido. (Hernades, 2009)

2.2.5 RECIÉN NACIDO

A partir del nacimiento el nuevo ser requiere de muchos cuidados, pero existen algunos que son indispensables para conservar la vida y el bienestar del neonato estos cuidados son los siguientes: lactancia materna, higiene, termorregulación, vínculo madre-hijo etc. Los mismos que los describiremos minuciosamente a continuación.

Se define como recién nacido o neonato al producto que se obtiene de la concepción bien sea por parto normal o por cesárea desde su nacimiento hasta el día 27. Al igual que el adulto el recién nacido tiene necesidades básicas muy importantes, a medida que se suplen estas necesidades también existe un mayor nivel de supervivencia debido al perfeccionamiento y desarrollo del ser humano gracias a los cuidados que son proporcionados principalmente por la madre. (García, 2010)

Abraham Maslow, plantea con su teoría de las necesidades humanas cinco categorías las cuales están ligadas a las necesidades del primer ciclo de vida, siendo el recién nacido una persona que necesita satisfacer estas categorías:

- Necesidades fisiológicas como respirar, comer, eliminar
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de amor y pertenencia
- Necesidad de estima
- Necesidad de autorrealización a través de la expresión por medio del llanto.

2.2.5.1 ADAPTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO A LA VIDA EXTRAUTERINA

- **Adaptaciones respiratorias**

La adaptación más importante del neonato a la vida extrauterina es la habilidad de la respiración. Esto depende de una variedad de factores relacionados con el crecimiento y el desarrollo fetal. Como preparación para el gran esfuerzo que requiere el sistema respiratorio en el momento del nacimiento, el feto inicia movimientos respiratorios en el útero. Para facilitar la completa expansión de los alvéolos con aire en el momento de la primera respiración, estos están llenos con líquido pulmonar fetal. Este líquido distiende los alvéolos y mejora la habilidad de estos sacos aéreos al estrecharse y volver a abrirse cuando el aire es inspirado.

La habilidad del tejido pulmonar a expandirse con la inspiración y relajarse parcialmente para permitir la exhalación del CO₂ durante la espiración. Los pulmones fetales deben estar suficientemente desarrollados como para producir surfactante, un complejo de fosfolípidos que reduce la tensión de superficie de los alvéolos y previene su colapso con la espiración. El surfactante es producido por las células alveolares tipo II, que comienzan su producción alrededor de las 24-26 semanas de edad gestacional.

La secreción de surfactante pulmonar llega a ser completamente efectivo en torno a las 35-36 semanas de edad gestacional, permitiendo el éxito de la inspiración, y previniendo el colapso o atelectasias durante la fase espiratoria del ciclo respiratorio.

El lecho vascular pulmonar debe estar desarrollado para que pueda realizarse el intercambio de gases. Finalmente, el recién nacido debe poseer un SNC intacto para iniciar y coordinar el esfuerzo respiratorio. (Ramirez, 2009)

- **Adaptación cardiovascular**

Con el clampaje del cordón umbilical y el inicio de la primera respiración, ocurren cambios importantes en el sistema cardiovascular del recién nacido.

- **Cierre del foramen oval**

Como las arterias pulmonares se dilatan en respuesta a la oxigenación del tejido pulmonar, la resistencia de la vasculatura pulmonar cae y con ella la presión del corazón derecho. Simultáneamente, la presión del corazón izquierdo aumenta. Esto contribuye al cierre funcional del foramen oval en las horas inmediatas al nacimiento. El cierre permanente de este bypass no se produce hasta varios meses después. El shunt derecha izquierda puede mantenerse durante este tiempo, dando lugar a un murmullo cardíaco no patológico en algunos neonatos.

- **Cierre del ductus arterioso**

El ductus arterioso es sensible a los cambios en la tensión de oxígeno arterial. Cuando esta tensión (PaO₂), aumenta con la primera respiración, el ductus arterioso se cierra. El cierre funcional ocurre en las 15 horas siguientes al nacimiento, y el cierre permanente se completa a las 3 semanas. La hipoxemia mantenida conlleva la persistencia del ductus y el shunt de sangre a través del bypass de circulación fetal. El llanto puede dar como resultado la reapertura del ductus en algunos niños.

- **Cierre del ductus venoso**

El clampaje del cordón umbilical produce el cierre del ductus venoso. La fibrosis de este bypass de circulación fetal ocurre en la primera semana. La presión sistémica aumenta con el clampaje del cordón umbilical por eliminación del largo lecho vascular placentario, con aumento de la resistencia sistémica. Simultáneamente la disminución del retorno venoso en la vena cava inferior, contribuye a la caída de la presión venosa.

- **Adaptaciones endocrinas y metabólicas**

El sistema endocrino es quien dirige la coordinación de los ajustes a la vida extrauterina. Las hormonas sintetizadas por las glándulas endocrinas, soportan la mayoría de las funciones endocrinas y median las respuestas a las situaciones de estrés internas y externas. La actividad endocrina es regulada por el sistema nervioso mediante un complejo sistema de feed-back. Los tres patrones neuroendocrinos principales son el hipotálamo anterior, hipotálamo posterior y la médula parasimpático-adrenal.

Los sistemas neurohormonales principales están intactos al nacimiento y las hormonas esenciales para las adaptaciones del neonato, incluyendo la hormona del crecimiento, hormona estimuladora del tiroides, hormona corticotrópica, cortisol y catecolaminas son secretadas. (Gordon, 2011)

- **Adaptaciones gastrointestinales**

El rápido crecimiento del neonato requiere que éste ingiera, digiera y absorba suficientes nutrientes. A pesar de su inmadurez funcional y estructural, el tracto gastrointestinal es capaz de digerir y absorber leche materna y leche de vaca modificada y eliminar productos de desecho. La boca está conformada para facilitar la lactancia al pecho. Las arrugas del paladar duro, los músculos peri-orales y la grasa de las mejillas asisten al neonato en la succión efectiva, a comprimir la areola y estrujar el pezón durante la lactancia.

Las papilas gustativas están localizadas primeramente en la punta de la lengua, y son capaces de distinguir entre el sabor dulce y el amargo. La capacidad gástrica está muy limitada durante el primer día de vida, pero el estómago es fácilmente distensible y su capacidad aumenta a medida que lo hace la ingesta. El pepsinógeno está presente desde el comienzo e inicia la digestión de la leche en cuanto ésta llega al estómago. El tiempo de vaciado gástrico es de 2-4 horas. El esfínter del cardias es inmaduro y la regurgitación de leche tras la toma es frecuente en el recién nacido.

El tracto intestinal del neonato es proporcionalmente más largo que el del adulto. Las enzimas esenciales para la digestión de las proteínas están presentes. Las grasas son digeridas y absorbidas de forma menos efectiva, por inadecuada secreción de lipasa pancreática. Las grasas de la leche de madre son de más fácil digestión que las que se encuentran en la leche de vaca, por la presencia de lipasa en la leche materna.

- **Adaptaciones renales**

Aunque la orina es producida y excretada dentro del líquido amniótico por el feto desde el cuarto mes de gestación, el riñón todavía no es maduro al momento del nacimiento. Las nefronas continúan desarrollándose durante el primer año de vida. El neonato es extremadamente susceptible a la deshidratación, la acidosis y el desbalance electrolítico en presencia de ingesta escasa, vómitos o diarrea.

La mayoría de los neonatos (92%), tienen su primera micción en las 24 horas siguientes al nacimiento. Esta primera micción puede ser de color ambarino oscuro y densa por su alto contenido en urato y mucosa. Los cristales de ácido úrico excretado pueden teñir el pañal, si bien esto carece de significación clínica. La orina va siendo más clara y menos concentrada a medida que aumenta la ingesta.

La gravedad específica de la orina del neonato es baja, debido a la inmadurez de la nefrona y su poca habilidad para concentrar la orina. 1006-1012 son valores normales. Los túbulos renales son cortos lo que limita su efectividad para la reabsorción tubular y los mecanismos de concentración. Bicarbonato y aminoácidos

son excretados por la orina. La proteinuria transitoria es común y muy elevada en el primer día de vida postnatal, cayendo rápidamente. (García, 2010)

- **Adaptaciones neurológicas**

Aunque todo este sofisticado mecanismo de adaptación revela un sistema neurológico intacto, éste es inmaduro al nacimiento. El cerebro sólo es el 25% del tamaño del de un adulto y la mielinización de las fibras nerviosas, aunque se ha iniciado en el cuarto mes de gestación, es muy escasa en el momento del nacimiento. El recién nacido exhibe numerosos reflejos primitivos o primarios que desaparecen a medida que el sistema nervioso se desarrolla, observando temblores transitorios, frecuentes sobrecogimientos e incoordinación de la actividad motora.

Aunque el sistema nervioso es inmaduro, si está lo suficientemente integrado como para soportar las adaptaciones neonatales al nacimiento. El sistema nervioso autónomo coordina las funciones cardíaca y respiratoria, y la capacidad sensorial está muy desarrollada. Reflejos de alimentación, protección e interrelación social están presentes. Los estímulos dolorosos son percibidos por el neonato, así como otras funciones fisiológicas y neurológicas, incluyendo los ciclos de sueño.

- **Adaptaciones al ambiente**

En el período inmediato al nacimiento, el neonato progresa a través de una serie de patrones conocidos como períodos de reactividad. Estos distintos estados, se inician inmediatamente después del nacimiento y se caracterizan por estados de vigilia y sueño, y cambios rápidos en las funciones fisiológicas. El niño puede necesitar cuidados especializados de enfermería durante cada uno de los períodos porque la adaptación, especialmente respiratoria y de ajuste de temperatura, no siempre son suaves. (Ramírez, 2009)

2.2.6 NECESIDADES BÁSICAS DEL RECIÉN NACIDO

El vínculo primario es el del binomio madre-hijo, a partir del cual el nuevo individuo sentará las bases afectivas que sustentarán su proceso madurativo emocional y el establecimiento de sus vínculos futuros. Por ello es fundamental preservarlo,

fomentarlos y acompañarlos en la consolidación desde el nacimiento, todas las acciones de los profesionales de la salud realizadas durante el trabajo de parto y el nacimiento tienen que estar orientadas hacia ese objetivo primordial.

El contacto piel a piel inmediato precoz y prolongado es la mejor estrategia para el restablecimiento del vínculo en la vida extrauterina, generando beneficios a corto y mediano plazo para el binomio. El recién nacido regula temperatura rápidamente sobre el cuerpo materno, percibe nuevamente los latidos cardíacos maternos y puede iniciar la succión al pecho en un entorno seguro y confortable; la madre segrega que favorece el alumbramiento, la retracción uterina, disminuye el sangrado y favorece el inicio de la lactancia.

Luego del nacimiento el traslado del binomio al alojamiento conjunto, con supervisión de un personal entrenado, permite que continúen en estrecho contacto y se previenen dificultades de identificación. Durante el periodo de alojamiento conjunto, es importante fomentar la pronta respuesta de los padres a las manifestaciones del recién nacido en demanda de apego; esto genera sensación de seguridad en relación a la satisfacción de sus necesidades.

Fomentar en los padres la observación y el contacto visual en los momentos de vigilia durante el contacto físico en brazos, incluyendo progresivamente estímulos auditivos con el arrullo y el habla.

2.2.7 LACTANCIA MATERNA

La leche materna es la fuente perfecta de nutrición para los recién nacidos, ya que contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas. Igualmente, suministra enzimas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que requieren los bebés. La leche materna también contiene valiosos anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones. En la actualidad se ha tratado de hacer sustitutos de la leche materna, pero no llegan a equiparar su calidad ya que algunos componentes de la leche materna son desconocidos y otros son difíciles de sintetizar.

La leche materna contribuye al crecimiento del bebé, le provee de nutrientes que necesita durante el proceso de desarrollo, así como agentes inmunológicos que protegerán al bebé en su estado vulnerable y que servirá para el desarrollo de su sistema inmunológico. Es la alimentación del niño directamente del seno materno. La lactancia materna permite prolongar la estrecha relación que unió a la madre y al hijo durante el embarazo; constituye además un acto de amor que tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva de la madre y el hijo.

El organismo de la mujer está preparado para producir el alimento ideal del niño, la lactancia materna es la forma que la naturaleza tiene de proporcionar alimento al recién nacido, y con tal de que la mujer lo acepte y entienda lo que significa, es el comienzo ideal para una relación feliz y sana entre la madre y el niño. La leche materna es el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a los niños hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años. (Alcocer, 2009)

Los niños alimentados con leche materna tienen como ventaja que son más inteligentes, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La leche va cambiando su composición desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura, siendo la leche inicial diferente de la leche final. La leche varía su composición según la hora del día.

- **Lactancia materna a libre demanda**

El bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; sin tener en cuenta el tiempo, ya que cada bebé tiene su propio ritmo y es normal que succione también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho. Para que la lactancia sea efectiva se debe dar un pecho hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular.

Siendo habitual que el niño succione muy frecuentemente en los primeros días y luego tienda a espaciar la toma, aproximadamente cada 2-3 horas el niño debe

alimentarse. Es importante en la libre demanda que el niño este bien sujeto al pecho, tanto la madre como el niño en una adecuada posición y la toma debe durar el tiempo que quiera el bebé y aunque la mayoría termina en pocos minutos, algunos pueden succionar hasta media hora; hay que recordar que los que succionan lentamente reciben la misma cantidad que los que succionan rápidamente.

Técnicas correctas de la lactancia materna

Cuanto antes lacte el bebé después del nacimiento mucho mejor, de esta manera el bebé acepta rápidamente la sensación de los pechos y los pezones maternos y al mamar estimula la hormona a producir la cantidad adecuada de leche.

- **Posición de la Madre**

Con el tiempo, la mayoría de las mamás y sus hijos se convierten en verdaderos expertos y son capaces de llevar a cabo el amamantamiento en las circunstancias más difíciles. Durante las primeras cuarenta y ocho horas deberá permitirse que el bebé lacte cada vez que lllore, aunque no por más de dos o tres minutos en cada pecho. Más tarde se pasará a alimentarlo cada tres o cuatro horas, con períodos más largos para lactar aunque por lo general basta con un total de media hora.

El organismo de la mujer está preparado para producir el alimento ideal del niño: la leche materna durante el embarazo, las glándulas mamarias sufren modificaciones y al final de la gestación están en condiciones adecuadas para la lactancia. Ello es producto de la confianza, que sólo se logra con la experiencia y con la pérdida de los miedos y las inhibiciones. Sin embargo hay algunas reglas básicas, que deben ser seguidas con mucho cuidado, especialmente al comienzo, lo principal es que la madre debe estar cómoda, ya sea que esté acostada o sentada.

Al comienzo es mucho más fácil dar de lactar estando sentada, sobre todo si los pechos son grandes, pesados y difíciles de mantener a la altura que el niño los necesita. Después de algún tiempo, la madre aprende a amamantar estando acostada, lo cual facilita mucho las cosas en las horas de la noche. Para que el cuerpo de la madre esté cómodo, debe tener apoyo adecuado.

- **Posición sentada**

La madre debe colocarse en una silla baja, con los pies colgados sobre una butaca y si es necesario, para que los brazos estén cómodos, se pueden colocar una almohada o una cobija sobre sus rodillas, para que el niño le quede a la altura requerida.

- **Posición acostada**

Si la madre está acostada, en posición lateral y utiliza una almohada que se le apoyo a la espalda, ello le quitará las tensiones y dolores y la hará relajar. El mismo efecto tendrán almohadas, toallas o cobijas usadas para elevar al bebé, o colocadas entre las rodillas flexionadas. Es importante usar la imaginación y el sentido común, para que estas sugerencias prácticas no se conviertan en reglas estorbosas. El niño debe ser sostenido en forma tal, que quede mirando de frente el pecho materno y su abdomen debe quedar en contacto con el de la madre. La cabeza no debe estar, ni muy flexionada, ni muy extendida.

La madre debe ofrecerle todo el pecho y no solamente el pezón, los dedos de la madre no deben convertirse en un obstáculo para que el niño tome suficiente cantidad de tejido dentro de la boca. Si el pecho está muy tenso, y el niño muestra alguna dificultad para formar una tetilla adecuada, puede ser necesario extraer un poco de leche con técnicas de ordeñar. Así, con pecho más " flojo " el niño lo podrá agarrar más cómodamente y ponerse a lactar.

- **Posición del Niño**

El niño debe tener la boca completamente abierta antes de agarrar el pezón y la areola. No debe dejar que el niño introduzca el pezón con la boca semiabierta. La madre debe tocar con su pezón la mejilla del niño, o un lado de la boca o los labios, para estimular el reflejo de búsqueda y así hacérsela abrir.

- **Higiene de las mamas**

La mujer debe comenzar el cuidado de sus senos a partir del tercer mes de embarazo, evitando usar prendas que no se adapten al volumen de las mamas, antes de dar de

lactar al niño la madre debe lavarse las manos con agua y jabón, limpiarse el pezón y la areola con agua hervida, luego tomará el pezón entre los dedos índices y medio, presionando la areola para que el pezón quede expuesto. El niño debe colocarse en posición semisentada, para facilitar el eructo sin que vomite. Es importante evitar que las fosas nasales del niño hagan contacto con la mama, porque esto dificulta su respiración. (Pineda, 2013)

- **Pautas para amamantar**

Cuando las madres tienen la decisión de amamantar es conveniente ofrecerles pautas claras y sencillas para favorecer la instauración de la lactancia y el amamantamiento eficaz. Es fundamental entonces enseñarles qué aspectos observar:

Actitud: Es un signo que informa el estado general del bebé: activo, somnoliento, desinteresado, demandante.

Succión: La succión vigorosa es un signo saludable en un recién nacido y manifiesta su predisposición para alimentarse; la succión es más superficial y rápida al principio de la mamada y luego más profunda y lenta. Presencia de movimiento acompasado de carrillos y sonido al deglutir son signos de estar alimentándose adecuadamente.

Humedad de las mucosas: La humedad de la mucosa de la boca es un signo de buena hidratación.

Sueño: Períodos de sueño muy cortos pueden indicar que el recién nacido no se alimenta satisfactoriamente.

Llanto: El llanto débil así como el llanto muy frecuente es un signo de un bebé en malestar y esto en algunas oportunidades puede estar causado por problemas alimentarios.

La demanda de comidas aumenta progresivamente con las horas de vida y en general a las 48 horas experimenta un pico máximo que precede a la bajada de leche de la madre, luego de esto el recién nacido experimenta mayor saciedad porque aumenta el volumen y cambian las características de la leche materna. La observación de la

frecuencia en la alimentación y eliminación en el recién nacido es una valiosa herramienta para las madres a la hora de evaluar la alimentación de su hijo.

Es de utilidad ofrecer a los padres recomendaciones generales para amamantar al recién nacido:

Utilizar una posición cómoda recordando cambiarla periódicamente para favorecer el drenado del pecho y liberar la zona de presión de la boca del bebé en la aréola. Observar la posición del bebé y adhesión de la boca al pecho.

Permitir que el bebé tome de un pecho hasta quedar satisfecho y cuando realice una pausa prolongada ofrecerle el segundo pecho; puede que en esa instancia el recién nacido se encuentre satisfecho y ya no quiera continuar succionando.

Progresivamente la mayoría de los bebés comienzan a tomar del segundo pecho. La posibilidad de ofrecer alternativamente uno y otro pecho previene la congestión mamaria.

Dar la posibilidad que el bebé decida cuando finalizar la mamada, dado que se separa del pecho o disminuye notoriamente el interés en la succión.

Modificar ligeramente la posición del recién nacido al finalizar la mamada, facilita que si hay aire en el tracto digestivo pueda movilizarse y salir al exterior. No es beneficioso percutir ni mover vigorosamente al bebé para forzar este proceso, si con la maniobra habitual no hay eructo es porque el bebé no tiene aire para eliminar. (Cordero, 2008)

2.2.8 TERMORREGULACIÓN

Los recién nacidos sanos y de término suelen regular la temperatura rápidamente en el período de transición, a pesar que en los neonatos los mecanismos de ganancia y pérdida de calor tengan limitaciones para contribuir a la termorregulación, la mayoría de ellos logra desempeñar satisfactoriamente esta función vital.

Las madres deben recibir información acerca de los cuidados a implementar en la cotidianeidad para favorecer la termorregulación de su hijo así como las acciones a realizar en el caso que se presenten dificultades con éste aspecto.

Enseñarles a los padres a tomar la temperatura a su hijo y los límites de normalidad de la misma es una alternativa para prevenir riesgos en el bienestar del recién nacido, es importante tener en cuenta que los padres cuenten con el recurso del termómetro en el hogar y que puedan realizar una lectura certera evitando intervenciones derivadas de apreciaciones erróneas. (Caballero, 2010)

Respecto de los límites de normalidad es apropiado que los padres comprendan que tanto el límite inferior como el límite superior no son la situación ideal para permanecer el recién nacido, de manera que en esas instancias implementar medidas sencillas contribuye a que su hijo modifique el parámetro y si no se logra el objetivo en corto tiempo, es motivo de consulta inmediata. En la educación a los padres sobre cuidados para la termorregulación es importante poner énfasis en:

- Mantener una temperatura ambiente.
- Evitar el exceso de abrigo al bebé.
- No apoyarlo sobre superficies frías.
- Evitar el contacto del recién nacido con las corrientes de aire, así como su exposición directa a calefactores, acondicionadores de aire o ventiladores.
- Realizar el baño del recién nacido preferentemente en el lugar más cálido de la casa, con corto tiempo de inmersión y secado rápido y vigoroso.
- Si está frío al tacto o el control de temperatura con termómetro está por debajo del límite inferior recomendado, desvestir y colocar sobre el cuerpo materno o paterno en contacto piel a piel hasta que se recupere.
- Controlarlo nuevamente a los 15 minutos de contacto para ver la tendencia.
- Si está caliente al tacto, o el control con termómetro está por encima del límite superior recomendado, desabrigarlo y controlarlo en quince minutos para ver la tendencia. El baño puede facilitar la pérdida de calor en esa situación.

- Si en cualquiera de estas dos circunstancias antes mencionadas, el recién nacido no recupera la temperatura a valores dentro de la normalidad al cabo de una hora, es motivo de consulta. (Ramirez, 2009)

2.2.9 HIGIENE

La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort. El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente de manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es habitual que las madres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación y es preciso explicarles las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias.

Antes de alimentar el cambio de pañal conjuntamente con la higiene del cordón estimula el alerta activo del recién nacido, constituye entonces una estrategia útil para los bebés que no demandan alimento espontáneamente o muy somnolientos. Otra posibilidad es realizar el cambio de pañales luego de alimentar dado que por las características del sistema digestivo de los recién nacidos, suelen tener deposiciones mientras se alimentan o inmediatamente después de hacerlo.

Cuando el cambio de pañal y la higiene de cordón se realizan luego de la alimentación, hay posibilidades de que el recién nacido regurgite de manera que hay que preparar a las madres para que ante la posible ocurrencia de este evento no se alarmen, alentándolos a que movilicen al bebé en forma lenta y lateralicen la cabeza del niño en caso de regurgitación. La higiene de los genitales se realiza de acuerdo a las pautas generales de cuidado de la piel que se detallan en este mismo apartado; es importante recomendar la higiene por arrastre. (Muñoz, 2012)

Enfatizar a las madres que en el caso de las niñas realizar la higiene genital de arriba hacia abajo evita la contaminación de la vagina y la uretra con gérmenes del tracto intestinal; en el caso de los varones realizar la higiene sin movilizar el prepucio pero limpiando cuidadosamente la zona del meato uretral. Al cerrar el pañal dejar fuera el muñón umbilical y evitar ajustar en exceso las cintas adhesivas para no comprimir el abdomen.

La elección del tipo de pañales dependerá del recurso económico familiar; es aconsejable que si son descartables sean sin perfume y evaluar que las zonas elastizadas no lesionen la piel. Si se usan pañales de tela fijarlos con nudo o una banda adhesiva, desaconsejar el uso de alfileres para la fijación y el uso de lavandina para el enjuague de los pañales. Respecto de la selección del tamaño adecuado para cada recién nacido los pañales descartables suelen venir identificados en el paquete de acuerdo al peso del bebé; es importante verificar que al colocarlo y cerrarlo el borde superior no exceda la línea del ombligo para mantener el muñón umbilical al exterior y para evitar comprimir la parrilla costal comprometiendo la mecánica respiratoria.

El cuidado del cordón en el hogar es una actividad que los padres realizarán cada vez que cambien el pañal de su hijo. Para poder realizarlo en forma correcta tienen que conocer todos los aspectos relacionados con la evolución normal del mismo, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar.

Hay que explicar a los padres que la higiene habitual del cordón umbilical es importante para evitar que se infecte, que no produce dolor en el recién nacido porque es tejido sin terminaciones nerviosas y el malestar del bebé durante el procedimiento se relaciona con el contacto del líquido frío en la piel circundante.

La higiene se realiza limpiando el cordón con gasa estéril humedecida en alcohol tomándolo desde la punta del muñón o desde el clamp, frotando con movimiento ascendente desde la base hacia arriba en el trayecto de todo el muñón umbilical. Es importante traccionar suavemente del muñón para que en la base la piel se separe del mismo y permita la correcta limpieza por arrastre, para eliminar las secreciones y la humedad. (Hernades, 2009)

El muñón umbilical, con el correr de los días va modificando su aspecto reseccándose y endureciéndose hasta caerse; este proceso lleva entre ocho y catorce días. Una vez que se produce la caída hay que continuar con iguales cuidados en el ombligo hasta que cicatrice completamente. El olor fétido, rubor y calor alrededor del cordón o la

persistencia del muñón más allá de los 14 días de vida son motivo de consulta inmediata.

Es importante que las madres tengan claridad acerca de cuestiones cotidianas que pueden generarles dudas acerca de si contribuyen o retrasan la caída del cordón. Una Revisión de la Base Cochrane de 2008, evidencia que el baño del recién nacido, no perjudica la normal involución del tejido del muñón umbilical si se procede al secado cuidadoso luego del mismo ni predispone a infecciones si se lleva a cabo con medidas de higiene adecuadas.

De igual modo, la evidencia muestra que la higiene con alcohol es beneficiosa para prevenir infecciones, pero no acelera directamente el proceso de secado ni caída del cordón y recomienda tener en cuenta el entorno socio económico y nivel de escolaridad de la madre, a la hora de elegir una forma de cuidado del cordón. Los recién nacidos sanos tienen mecanismos que aseguran que sus cavidades permanezcan limpias siempre y cuando no se encuentren cursando algún proceso que produzca secreciones.

El estrato ciliar del epitelio que tapiza las coanas y el conducto auditivo es muy denso y por lo tanto no es totalmente eficaz en su función de barrido; tiene un gran número de células caliciformes que favorecen a la producción de moco. Es importante educar a los padres al respecto dado que introducir elementos tales como torundas de algodón prensado u otro tipo de elementos para la limpieza de los orificios puede provocar lesión de la mucosa y mayor producción de secreciones por reacción irritativa de la misma.

El baño del recién nacido es uno de los momentos más gratificantes y esperados por los padres, de manera que hay que animarlos a realizarlo en forma adecuada y segura. Es un cuidado de confort e higiene que puede realizarse diariamente pero que no es estrictamente imprescindible. El recién nacido aún no transpira con eliminación de sustancias sebáceas, ni realiza actividades donde pueda ensuciarse, de manera que no existe una necesidad de frecuencia diaria de baño por lo menos en el primer mes de vida.

Para que puedan llevarlo a cabo en forma adecuada es importante que cuiden algunos aspectos tales como:

- La temperatura ambiente: reforzar todas las recomendaciones antes mencionadas para cuidar la termorregulación y sugerir realizarlo en el lugar y horario más cálido de la casa.
- Preparar todos los elementos que vaya a necesitar para no tener que desplazarse ni dejar solo al recién nacido en ninguna instancia del procedimiento.
- Constatar la temperatura del agua con el antebrazo para que sea agradable, evitando así quemaduras por excesivo calor o enfriamiento del recién nacido por baja temperatura.
- Utilizar el baño de arrastre bajo chorro de agua o de inmersión en recipiente de uso exclusivo para el baño del bebé.
- Para bañar al bebé por arrastre sostenerlo apoyando el tórax sobre el antebrazo, fijándolo a la altura de las axilas y utilizando la otra mano para masajear la piel y separar pliegues.
- Para bañar al bebé de inmersión preparar el agua en el recipiente y sumergirlo lentamente, sostenerlo con una mano firme en la nuca y la otra bajo la zona glútea, una vez que esté sumergido hasta el tórax y apoyado sobre el fondo, liberar la mano que sostiene la zona glútea para proceder a masajear la piel y separar los pliegues.
- Al realizar baño por inmersión, higienizar antes y fuera de la bañera los genitales si es necesario, para evitar contaminar el agua con deposiciones.
(Ramirez, 2009)

Corte de uñas

Las uñas son anexos de la piel y como tales se han constituido embriológicamente en forma conjunta. Al nacer se observan frágiles y al cabo de los primeros días de vida comienzan a quebrarse o cortarse en hebras, dejando asperezas que pueden autolesionar al recién nacido. No es recomendable el corte de uñas en esta instancia, porque se corta parte de la piel a la que están adheridas y puede producirse infección.

Es factible tomar alguna medida para evitar los rasguños, protegiendo las manos con los puños de la ropa o corrigiendo las asperezas con una lima suave. (Cordova H, 2008)

Recomendaciones generales para el cuidado de la piel del recién nacido:

- El agua es el único líquido para la higiene que no daña la piel del recién nacido.
- Para higienizar los genitales utilice lavado con agua tibia por arrastre o con algodón humedecido.
- Aplicar cremas, aceites o talcos sobre la piel del recién nacido puede generar reacciones graves por contacto, de manera que su uso está desaconsejado. Los productos a base de alcohol se absorben fácilmente por la alta permeabilidad de la piel y resultan tóxicos para el neonato; se recomienda no utilizar perfumes, colonias ni lociones.
- En caso de usar jabones elegir los que no contienen colorantes, perfumes y con pH neutro.
- Lavar el cabello con agua sola o utilizar el mismo jabón neutro que para el cuerpo.
- Los productos de higiene instantánea que hay disponibles en el mercado, como las toallitas humedecidas, no son recomendables para la piel del recién nacido. Reserve su uso para luego del primer mes de vida, como alternativa cuando no dispone de agua para la higiene.
- El corte de cabello en el recién nacido es una cuestión estética que plantean algunas familias. Esta práctica no es recomendable dado que implica una agresión a la piel del cuero cabelludo que permanece muy sensibilizado luego del parto. El cabello contribuye a la termorregulación, protegiendo la cabeza que es una zona de alta vascularización y amplia superficie corporal. (Ramirez, 2009)

2.2.10 ELIMINACIÓN DE ORINA Y EXCRETA

El recién nacido normal una vez que comienza a eliminar orina tiene una diuresis variable que los padres pueden evaluar de manera sencilla de acuerdo a sus características y frecuencia. La orina del recién nacido es inicialmente concentrada y pueden visualizarse en el pañal manchas color ladrillo que denotan la presencia de uratos. Esta situación es normal en las primeras 48-72 h de vida y mejora espontáneamente con la bajada de leche de la madre, cuando el neonato comienza a incorporar mayor volumen de líquido, a partir de esa instancia la orina se observa diluida.

Las deposiciones evolucionan desde el nacimiento hasta que se instala la lactancia materna, alrededor de las tres semanas pos nacimiento. El meconio se acumula en el intestino del feto durante la vida intrauterina; luego del nacimiento es la primera deposición del neonato, de color verde oscuro negruzco, consistencia espesa pegajosa. Está compuesto por agua, lípidos, proteínas, precursores del colesterol, ácidos grasos libres, productos de la deglución del líquido amniótico, células epiteliales, bilis y secreciones intestinales.

Su eliminación en condiciones normales comienza luego del nacimiento dentro de las primeras 24 – 36 horas y permanece hasta que se elimina totalmente y comienzan las deposiciones de transición coincidentemente con el principio de la bajada de la leche materna y los cambios en el sistema digestivo que esto provoca en el recién nacido. Las deposiciones de transición tienen un color amarillo dorado, aspecto líquido desagregado y un olor ácido característico, suelen ser frecuentes y explosivas como consecuencia del proceso fermentativo de la leche materna. Esto en muchas ocasiones genera la presencia de gases en el intestino causando malestar y dolor cólico. (Roche, 2010)

Es importante manifestarle a los padres que esta etapa es parte del proceso madurativo normal del intestino de un recién nacido que se resuelve espontáneamente cuando aparecen las deposiciones definitivas, no se médica y puede mejorarse con medidas de confort como el posicionamiento. Las deposiciones

definitivas se presentan en etapa de lactancia instalada; son heces más consistentes y pastosas; la frecuencia de eliminación es menor que las deposiciones de transición pero variable de un recién nacido a otro dado que comienza a definirse un patrón de eliminación individual.

Estas deposiciones permanecen hasta que se incorpora la alimentación complementaria. El ritmo evacuatorio de los bebés amamantados es un signo de que están recibiendo adecuadamente el pecho y por las características de la leche materna tienen escasa tendencia al estreñimiento o alteraciones evacuatorias. En los bebés alimentados con fórmula hay que controlar la frecuencia y estar atento a las modificaciones del patrón evacuatorio dado que puede sugerir necesidad de cambios de concentración, volumen o tipo de fórmula, previa revisión de la técnica de preparación y administración.

2.2.11 SUEÑO

El sueño del recién nacido ocupa entre dieciocho y veinte horas de las veinticuatro del día, durante el mismo es necesario establecer algunas medidas de protección para preservar la salud y el descanso del bebé. Los cuidados para el sueño del recién nacido, están orientados a prevenir eventos de riesgo de vida asociados al sueño como el síndrome de muerte súbita del lactante y se basan en las características anatomofisiológicas del sistema respiratorio y la capacidad de respuesta del sistema nervioso.

El tono muscular del cuello del recién nacido es mínimo lo que lo hace incompetente para el sostén de la cabeza, lo cual es una pauta madurativa completamente normal en esta etapa de la vida. Las estructuras de los órganos ubicados en el cuello están conformadas por cartílago escasamente consolidado por lo tanto tienen poca estabilidad y son fácilmente colapsables ante cambios mínimos de posición del cuello. La forma de preservar dichas estructuras en un plano seguro, es el decúbito dorsal sobre una base firme. (Panamericana, 2009)

Un recién nacido sano neurológicamente, en decúbito dorsal, tiene posibilidad de respuesta lateralizando la cabeza ante la situación de vómito evitando la bronco

aspiración. Los ambientes que no son excesivamente cálidos, así como la lactancia materna favorecen los despertares frecuentes del recién nacido y esto constituye en sí mismo un factor de protección frente a eventos adversos relacionados con el sueño.

Recomendaciones para el sueño seguro:

- La temperatura del ambiente no debe superar los 23°C.
- No fumar en el ámbito donde vive o duerme un recién nacido.
- La posición correcta para dormir el recién nacido es decúbito dorsal.
- La superficie de la cuna donde se apoye al recién nacido debe ser rígida evitando que el cochón se hunda.
- No usar almohada.
- Acostar al recién nacido con los pies apoyados en el fondo de la cuna de manera que no pueda desplazarse más allá.
- Evitar el exceso de abrigo al recién nacido.
- Cubrir con la ropa hasta la altura de las axilas dejando los brazos por fuera de la misma.
- Retirar de la cuna juguetes, almohadones y cualquier objeto que pueda caer sobre el recién nacido obstruyendo la vía aérea.
- Lactancia materna.

2.2.12 AFECTO

El desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres inicia desde el momento en que es deseado o no, principalmente este vínculo está más ligado a la madre ya que durante los 9 meses de gestación la relación de dependencia es completa, y continua así luego del embarazo debido a los estrechos lazos que genera la madre con su hijo durante la lactancia, pero en este proceso afectivo es muy importante la vinculación del padre, el cual la debe realizar integrándose a todas las actividades del cuidado del niño para ir generando este estrecho vínculo madre - padre e hijo que influye no solamente en el bienestar y estabilidad familiar, si no en un desarrollo óptimo del niño. (Mercer, 1984)

Para suplir esta necesidad básica que tiene el recién nacido de afecto es fundamental que cada una de las actividades que se realice con él se hagan con amor, ya sea alimentarlo, bañarlo, acariciarlo, entre otros. Propender por el bienestar del niño en todos los aspectos que puedan influir en este con amor es la principal forma de establecer un vínculo afectivo y de generar el afecto que tanto necesita un bebé.

El acompañamiento constante al recién nacido es un factor fundamental en el afecto, el que se sienta cuidado, el que sienta el contacto con su madre a través de una caricia por ejemplo, genera en él sentimientos de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor. El masaje suave, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre, generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo.

Pero este vínculo afectivo no se da solamente cuando se tiene el niño en las manos, es necesario empezarlo a crear desde el embarazo, reconociendo el embarazo y al bebé como ese ser que trae felicidad e irradiar estos sentimientos positivos de la madre con el bebé. Los 9 meses de gestación son el vínculo total madre e hijo y es el momento óptimo para iniciar la demostración de amor, si se inicia en ese momento luego del embarazo los procesos de afecto serán adecuados, duraderos y verídicos, porque de allí desprende todo el actuar de la madre con su hijo.

Los vínculos afectivos se consolidan significativamente en los primeros cuatro o cinco días después del nacimiento, la constante interacción preferiblemente de la madre con el bebé va generando ese sentimiento de apego con ella y no con otras personas que sean quienes cuiden y suplan las necesidades del niño, él depende totalmente de la madre o de la persona quien lo cuida para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, la intensidad y duración del apego son fundamentales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse de manera óptima. (Monroy, 2011)

Si por el contrario no se satisfacen las necesidades ni se realizan los cuidados al recién nacido, al igual que el adulto el niño siente dolor, un dolor que puede impedir el deseo de comer, o por el contrario puede empezar a sentir más hambre y comer y comer pero no se llena, y no es precisamente lo que se interpreta de este llanto que

según se percibe por lo general es de hambre, sino que es un llanto de dolor por alguna necesidad que no fue satisfecha en algún momento, y de la cual es responsable la madre que es quien vela constantemente por el bienestar de su hijo. (Roche, 2010)

2.2.13 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

En la etapa neonatal los accidentes dependen de las medidas precautorias del cuidador dado que los neonatos no deambulan y tienen limitado desplazamiento por esta misma razón las medidas de seguridad en el hogar son más sencillas de implementar. Es conveniente trabajar con las madres desde la internación conjunta en la forma segura de realizar los procedimientos habituales de cuidado de su hijo. El sitio más seguro de permanencia de un recién nacido es en brazos de su cuidador o en la cuna. Evite colocarlo en mesadas, camas u otras superficies y de ser así permanezca junto a él.

Es desaconsejable realizar otras actividades con el recién nacido en brazos como cocinar, planchar o beber líquidos calientes. No es aconsejable dejar al recién nacido a cargo de otros menores. Los recién nacidos no deben permanecer con las mascotas sin supervisión de un adulto. Alejar la cuna de los recién nacidos de fuentes directas de calor o frío. Constatar siempre la temperatura del agua a utilizar para la higiene del recién nacido con la cara interna del antebrazo que es una zona sensible. Antes de higienizar o cambiar al recién nacido preparar todos los elementos que necesarios al alcance de la mano para no tener que trasladarse a buscarlos.

Durante el baño sostener al recién nacido por debajo de las axilas con la cabeza apoyada sobre el antebrazo; de esta manera se garantiza que no se deslice bajo el agua; realizar el resto de las maniobras con la mano hábil. Al retirar de la bañera o pileta apoyarlo en una toalla sobre una superficie cercana y envolverlo rápidamente para secarlo. Desestimar el uso de cordones, cintas ni cadenas en el cuello, brazos o piernas del recién nacido, dado que pueden ceñirse y obstruir la entrada de aire o la circulación.

Los alfileres o prendedores con punzante en la ropa del recién nacido pueden causar lesiones por lo cual no son elementos seguros para usar. La administración de líquidos, alimentos (miel, azúcar), tisanas u otras sustancias está completamente desaconsejada. Los medicamentos requieren indicación precisa del pediatra para su administración y receta emitida por el profesional. Es importante vigilar la posición del cuello para evitar obstrucción de la vía aérea por hiperextensión o flexión.

2.2.14 SIGNOS DE ALARMA

Las madres como cuidadores primarios necesitan orientación respecto de cuando consultar en forma inmediata para resolver oportunamente situaciones emergentes o hacerlo en forma telefónica o programada evitando así los riesgos de salidas precipitadas y de potenciales intervenciones diagnósticas innecesarias. Al egreso al hogar, las madres deben conocer los aspectos a observar y vigilar en su hijo recién nacido que amerite concurrir rápidamente al centro de atención más cercano. (Bejarano, 2010)

Signos del recién nacido ante los cuales los padres deben consultar inmediatamente:

- Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez).
- Dificultad para respirar.
- Temperatura axilar fuera del límite de normalidad pautado.
- Rechazo del alimento.
- Ausencia de deposiciones por más de 72 h.
- Ausencia de orina por más de 18 h.
- Rodete enrojecido en la zona del cordón umbilical.
- Olor fétido en el cordón umbilical.
- Coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares.
- Letargo.
- Llanto incoercible.

2.2.15 TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL

El Tamizaje Metabólico Neonatal es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.

Se previene la aparición de cuatro enfermedades:

- Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Hipotiroidismo (Discapacidad intelectual)
- Galactosemia (Discapacidad intelectual y muerte precoz)
- Fenilcetonuria (Discapacidad intelectual)

La cobertura a nivel nacional es de 1.885 unidades operativas de salud, de las cuales 1.881 pertenecen al Ministerio de Salud Pública, 1 al hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Ambato, 2 a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y 1 particular en la ciudad de Cuenca.

El gobierno nacional a través del proyecto, invierte \$55,69 dólares por cada prueba realizada a los niños recién nacidos de nuestro país para la prevención de discapacidad intelectual y muerte precoz.

2.2.16 VACUNAS DEL RECIÉN NACIDO

Vacuna contra la hepatitis B

Esta vacuna protege contra una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis B y se recomienda su aplicación dentro de las primeras 12 horas de vida durante la internación. Se aplica en la pierna, en el músculo del muslo.

Bcg

Esta vacuna protege contra las formas graves tuberculosis y se recomienda su aplicación antes de dejar la maternidad dentro de los 7 días del nacimiento. Se aplica en el brazo derecho y es común que se forme una pequeña cicatriz en el sitio de la aplicación. (Bejarano, 2010)

2.2.17 CUIDADOS EN LA RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- **Atención inmediata**

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación. Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos requeridos en este período. (Isidro, 2009)

El médico que atiende al recién nacido debe tener un conocimiento completo de los antecedentes perinatales. Esto le permite saber anticipadamente si atenderá a un RN probablemente normal o con determinados riesgos. Es muy distinto prepararse para recibir a un prematuro de menos de 1500g, a un gemelo que a un RNT que proviene de un embarazo fisiológico y de un parto espontáneo.

La primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos:

Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos. Este test mantiene su plena vigencia como expresión de la buena adaptación vital del recién nacido a la etapa extrauterina.

Descartar malformaciones mayores. Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. Antropometría y primera evaluación de edad gestacional. La edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN. Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal.

La atención inmediata requiere de cuidados y procedimientos de enfermería especiales. Los que se tomaron del Manual de Enfermería, Cuidados Intensivos Neonatales (Olavarria, 2012)

Los aspectos más importantes son:

- Recepción del RN en la sala de parto
- Aspiración de secreciones
- Ligadura y sección del cordón
- Secado del niño y cuidado de la termorregulación
- Identificación del RN
- Antropometría
- Paso de sonda nasogástrica
- Administración de vitamina K
- Profilaxis ocular
- Muestra de cordón para grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo.

Cuidados en la transición.

Las primeras horas de vida del recién nacido requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-hijo

en un período especialmente sensible e importante y el inicio precoz de la lactancia. En el diseño y organización de toda maternidad se debe considerar que se cuenten con las facilidades para que el cuidado de transición se efectúe junto a la madre.

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3 minutos) una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mucus y secreciones en la boca. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende. Esta primera etapa se ha llamado primer período de reactividad. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardíaca a márgenes de 120-140/min y la respiratoria a cifras de menos de 60/min. (Cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este período dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un segundo período de reactividad. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos. Aparecen de nuevo secreciones y mucus en la boca, ocasionalmente puede vomitar. Se escuchan ruidos intestinales. Hay cierta labilidad en la frecuencia cardíaca en respuesta a estímulos exógenos con taquicardia transitoria. El paso de meconio puede producir taquicardia o bradicardia transitoria. La aspiración nasogástrica, generalmente produce bradicardia. (Olavarria, 2012)

- **Emisión de orina y expulsión de meconio**

Se debe pesquisar y anotar la emisión de la primera micción y la expulsión de meconio y deposiciones. Algunos de estos eventos ocurrirán cuando el niño está en puerperio. El 92% de los recién nacidos, emite la primera orina en las primeras 24 horas de vida, un alto porcentaje lo hace en la sala de partos. Todos deben haberlo hecho a las 48 h de vida. En caso contrario debe sospecharse una anomalía del riñón o vías urinarias. En cuanto a la expulsión de meconio, alrededor del 69 % lo hacen en las primeras 12 h de vida; el 94% en las primeras 24 h y el 99% en el curso de las 48 h de vida.

- **Atención del RN en el puerperio**

Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo.

- **Alimentación natural**

Este es uno de los momentos para proporcionarle información a la madre respecto a la lactancia natural y sus ventajas, Debe recibir apoyo para su inicio y técnica y ser tranquilizada con respecto a problemas frecuentes que se presentan en el amamantamiento. El apoyo de todo el personal de salud durante su estadía en Puerperio es decisivo para una buena lactancia.

- **Aspecto del meconio y deposiciones de transición**

Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, que al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café más claro. Entre el 3er y 4º día las deposiciones adquieren el típico color amarillo oro de la alimentación al pecho. A partir del 2º y 3er día es frecuente que el niño obre cada vez que es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas. Es importante explicar a la madre que esto es normal.

- **Color y piel**

En las primeras 24 h y después de las primeras 2 h de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado. Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritematosas papulares, a las cuales se les ha mal llamado eritema tóxico. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y

extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presenta una pequeña pústula en el centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico.

- **Ictericia**

La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológico. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Por esta razón debe explicársele cuando es conveniente que acuda para evaluar la ictericia. Al alta, se le debe indicar que en caso de que la ictericia aumente y las extremidades, debe consultar para que se evalúe su ictericia y se considere el tratamiento preventivo con fototerapia. (Moraga, 2010)

- **Comportamiento y reflejos**

Tanto la posición y tono del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos. Todos estos hechos serían muy anormales en un adulto o niño mayor y es necesario explicárselos y tranquilizarla.

- **Efectos hormonales**

Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan frecuentemente un aumento de tamaño mamario. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5° día en que aparece secreción láctea, que se constata comprimiendo el nódulo mamario. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo-menstruación. Son fenómenos normales que desaparecen espontáneamente.

- **Evolución del peso**

En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 7mo día. Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño.

- **Cuidado del ombligo**

El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada cambio de ropa. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. (Steven, 2008)

2.2.18 CUIDADOS DE LOS PADRES EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO

Durante la estadía en la hospitalaria los padres, al igual que su hijo recién nacido necesitan ser cuidados, tal cual lo postulan los principios del cuidado centrado en la familia. Para que sus necesidades se vean satisfechas y las posibles complicaciones puedan detectarse y se resuelvan precozmente, es imprescindible la presencia, en el área de alojamiento conjunto, de enfermeros comprometidos y capacitados en su rol.

La anticipación ante signos de alarma y la canalización oportuna de inquietudes facilita el diagnóstico y la resolución de problemas en tiempo y forma. Esto favorece la confianza de los padres en el equipo de salud y promueve una adecuada comunicación entre los padres y Enfermería.

Al momento de los profesionales relacionarse con las familias y sus hijos, hay algunos aspectos importantes a tener presentes:

- Conocer los antecedentes perinatales.
- Presentarse y explicitar la franja horaria en la que estaremos a cargo.
- Llamar al recién nacido por su nombre.
- Incentivar el vínculo.
- Fomentar la observación de las señales de su hijo.
- Incluirlos en todas las actividades relacionadas con el cuidado de su hijo.
- Utilizar lenguaje acorde para facilitar la comprensión
- Favorecer en todas las oportunidades el aprendizaje incidental.
- Enseñar acerca de cuidados básicos, signos de alarma y resolución de problemas frecuentes.
- Valorar la comprensión y apropiación de las pautas de cuidado ofrecidas.
- Capitalizar experiencias anteriores de los padres.
- Detectar referentes cercanos para generar marco de contención.
- Citarlos para el seguimiento o referirlos a un prestador habitual.
- Fortalecer su autoestima como padres.
- Despejar toda inquietud referente a su hijo en tiempo y forma.
- Facilitar material escrito sobre aspectos relevantes de fácil comprensión.
- Solicitar colaboración a otros integrantes del equipo interdisciplinario de áreas específicas (psicólogos, asistentes sociales).

Esto conlleva la responsabilidad profesional inherente al cuidado de esa familia en situación vulnerable poniendo en juego todo el conocimiento y las habilidades para promover un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud. Es una valiosa oportunidad de hacer visible y jerarquizar el rol educador del enfermero ante la comunidad. Desde el punto de vista de sanitario, trabajar en la educación de las familias es una efectiva estrategia de promoción y prevención en salud, que impacta a largo plazo y trasciende en beneficios para la sociedad en su conjunto. (Ramos, 2012)

2.2.19 COMPLICACIONES NEONATALES

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación. (Arbulu, 2011)

Hipoglicemia

Los niveles bajos de azúcar en la sangre en los bebés recién nacidos también se llaman hipoglicemia neonatal, se refiere a un nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre en los primeros días después del nacimiento. Los bebés necesitan azúcar (glucosa) para obtener energía, la mayor parte de esa glucosa es empleada por el cerebro, el bebé recibe la glucosa de la madre a través de la placenta antes del nacimiento. Después del nacimiento, el bebé obtiene la glucosa de la madre a través de la leche materna o la leche maternizada y también la produce en el hígado. (Bejarano, 2010)

Los niveles de glucosa pueden bajar si:

- Hay demasiada insulina (hiperinsulinismo) en la sangre. La insulina es una hormona que extrae la glucosa de la sangre.
- El bebé no está produciendo suficiente glucosa.
- El cuerpo del bebé está usando más glucosa de la que se está produciendo.
- El bebé no es capaz de alimentarse lo suficiente para mantener los niveles de glucosa altos

La hipoglucemia neonatal ocurre cuando el nivel de glucosa del recién nacido está por debajo del nivel considerado seguro para la edad del bebé y se presenta aproximadamente en 1 a 3 de cada 1,000 nacimientos. (Gordon, 2011)

Hipotermia

La hipotermia consiste en una temperatura corporal anormalmente baja. La superficie corporal del recién nacido es grande con relación al peso, por lo que puede perder calor rápidamente, sobre todo en el caso del bebé que nace con un peso bajo. En ambientes frescos, la temperatura del recién nacido tiende a bajar. El calor también puede perderse rápidamente a causa de la evaporación, lo cual puede ocurrir cuando el recién nacido está todavía mojado con líquido amniótico.

Una temperatura corporal anormalmente baja puede hacer que disminuya el azúcar de la sangre (hipoglucemia), puede aumentar la acidez sanguínea (acidosis metabólica) e incluso puede ocasionar la muerte. El cuerpo utiliza energía rápidamente con el fin de mantenerse caliente; así cuando el niño se enfría necesita más oxígeno. En consecuencia, la hipotermia hace que el suministro de oxígeno a los tejidos pueda resultar insuficiente.

Todos los recién nacidos deben mantenerse en un ambiente con una temperatura elevada para evitar la hipotermia. Este cuidado empieza ya en la sala de partos cuando se seca al recién nacido rápidamente para evitar la pérdida de calor por evaporación y luego se le arroja con una manta. También se le coloca un gorro en la cabeza para evitar la pérdida de calor a través del cuero cabelludo. En caso de que el niño tenga que estar desnudo para someterse a una observación o un tratamiento, se le coloca bajo un aparato que desprenda calor.

Dermatitis

La dermatitis del pañal se refiere, en sentido amplio, a cualquier enfermedad cutánea que se manifiesta sólo o principalmente en la zona que cubre el pañal. No obstante, es preferible usar el concepto de “dermatitis irritativa del área del pañal” como: la reacción inflamatoria de la piel cubierta por el pañal (abdominal, perineal y glútea),

de tipo irritativo, originada por el contacto prolongado de esta superficie cutánea con la orina, las heces.

En cuanto a la etiopatogenia de esta entidad, el agente irritativo no es único, sino una mezcla de diversos factores de diferente capacidad irritativa sobre la piel. Los principales factores que influyen son: la fricción, la oclusión, la excesiva humedad, la capacidad irritante de la orina y las heces, así como el aumento del pH en la piel del área del pañal. Al final, hay un daño sobre la barrera de la epidermis, con la pérdida de la función de barrera de la piel. (Moraga, 2010)

El factor inicial más importante es la oclusión del área del pañal, lo que favorece la humedad, la cual se exagera por la orina y las heces del bebé. El aumento de la humedad favorece la sobre hidratación y maceración de la piel. Además, la orina transforma su urea en amonio por la acción de la ureasa fecal, con lo que aumenta el pH, lo que estimula las proteasas y lipasas fecales que dañan la piel.

La dermatitis irritativa del pañal afecta entre el 5 y 25% de los lactantes en algún momento. La dermatitis irritativa del área del pañal afecta sobre todo a las zonas convexas, con lesiones cutáneas en las áreas que tienen contacto más directo con el pañal, tal como: los genitales externos, las nalgas y las zonas perineales provocando grandes infecciones en el neonato requiriendo su ingreso hospitalario.

Infección del cordón umbilical (onfalitis)

El cordón umbilical es una estructura que une al feto a la placenta y que sirve para que se alimente. Básicamente es una estructura gelatinosa que contiene dos arterias y una vena, que sirven para enviar nutrientes al niño y para recoger sus productos de desecho de la sangre el cual se pinza y se corta en el momento del parto.

Todos los recién nacidos conservan parte del cordón durante los primeros días de vida y debe considerarse como una herida o puerta de entrada para infecciones. De hecho, el mayor riesgo que presenta esta estructura es el de infección, llamada onfalitis.

La onfalitis es una infección localizada en el cordón umbilical del recién nacido. Se

suele ver más en niños prematuros, y es más frecuente entre los 5 y los 9 días de vida.

En general la causa suelen ser bacterias que están en el ambiente y que se depositan en el cordón umbilical, una zona donde pueden crecer con relativa facilidad si no se realizan los cuidados adecuados. A veces esta infección puede adquirirse si se manipula el cordón sin lavado previo de manos. La colonización de bacterias es normal y se inicia en el momento del parto, motivo por el cual se deben cuidar mucho las maniobras de cuidado de la zona. (Moraga, 2010)

Predisponen a la infección eventos como la rotura prematura de membranas o los partos en madres con infecciones, o con el líquido amniótico infectado. Existe mayor riesgo en los recién nacidos prematuros y en los que tienen que permanecer ingresados por otros motivos. Además del riesgo que supone estar en un medio hospitalario, a veces ciertas manipulaciones necesarias de la zona (como los cateterismos umbilicales) son un factor de riesgo importante

2.2.20 OTRAS PATOLOGÍAS NEONATALES

Enfermedad de membrana hialina

También conocido en la literatura como síndrome de distress respiratorio (RDS), continúa siendo un problema clínico dominante en el recién nacido pretérmino sobre todo menor de 32 semanas, siendo una de las causas más comunes de morbilidad. Su causa es la deficiencia de surfactante alveolar. Los factores de riesgo más importantes son la prematurez y el muy bajo peso al nacer, siendo su incidencia mayor a menor edad gestacional; otros factores de riesgo son la diabetes materna y la asfixia perinatal. La presentación clásica incluye grados variables de dificultad respiratoria con aumento de los requerimientos de oxígeno, asociado a hallazgos radiológicos diagnósticos y aparición de los síntomas precozmente luego del nacimiento. Esto es causado primariamente por las atelectasias alveolares con edema alveolar asociado.

Síndrome de aspiración meconial

Se define como un cuadro de dificultad respiratoria en un recién nacido con líquido amniótico teñido de meconio y cuyos síntomas no pueden ser explicados por otra causa. La emisión de meconio intraútero puede ser un fenómeno relacionado con la madurez fetal o un signo de sufrimiento fetal, siendo infrecuente su emisión antes de las 34 semanas de gestación. El síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial se produce en 4-5% de los recién nacidos con líquido amniótico con meconio (LAM); por lo general la aspiración se produce intraútero, siendo menos frecuente durante las primeras respiraciones postnatales. La probabilidad de SALAM es mayor cuando el LAM es espeso y el recién nacido nace deprimido (asfisia perinatal); o sea que la presencia de patrones de frecuencia cardíaca fetal alterados asociados a LAM hace que sea más probable su aspiración. (Gadea, 2011)

Los problemas pulmonares se producen por obstrucción de vía aérea, la cual puede ser total (atelectasias) o parcial (hiperinsuflación por mecanismo valvular), por neumonitis química con reacción inflamatoria secundaria y por inhibición del surfactante por el meconio; son frecuentes los escapes aéreos (25% de los casos) y la hipertensión pulmonar persistente (HTPP), consecuencia de la vasoconstricción pulmonar hipóxica y acidosis, todo lo cual agrava más el cuadro. El recién nacido con SALAM es más frecuente que sea post-maduro, con evidencia de pérdida de peso, y es característica la tinción de la piel, faneras y cordón umbilical por meconio. Suele existir depresión cardiorrespiratoria al nacer, secundaria al insulto hipóxico intraútero. La aparición de distress respiratorio es precoz con cianosis, quejido, aleteo, retracciones y marcada taquipnea. Es característica la hiperinsuflación torácica y se auscultan roncus pulmonares.

Neumonía connatal

Las variedades de neumonía (por diferentes patógenos y vía de contagio) que afectan al neonato son cuatro: neumonía congénita (vía transplacentaria agentes TORCH), neumonía intrauterina (asociada con corioamnionitis), neumonía adquirida durante el nacimiento (organismos que colonizan tracto genital) y neumonía adquirida después

del nacimiento (inicio de síntomas en primer mes de vida, adquirida nosocomial o en el hogar). La inmadurez inmunológica del recién nacido condiciona una evolución rápidamente progresiva y más grave. Debido a que la neumonía bacteriana conlleva una importante mortalidad en el recién nacido, un alto índice de sospecha debe tenerse en todos los recién nacidos, términos y más aún pretérminos, ante la aparición de síntomas respiratorios. (Gadea, 2011)

En la historia obstétrica es importante destacar la existencia de ruptura de membranas ovulares (de pretérmino, prolongada mayor a 18 horas o de menor duración pero con síntomas y signos de corioamnionitis materna: fiebre, taquicardia materna y fetal, dolor uterino, líquido amniótico fétido), infección urinaria materna en curso y parto prematuro sin causa clara.

El estreptococo grupo B es el patógeno que con más frecuencia produce neumonía neonatal. Este organismo es característicamente adquirido del tracto genital materno durante el trabajo de parto o nacimiento y la sepsis por dicho germen se desarrolla en 1% de los niños colonizados por esta vía, siendo más frecuente en pretérminos con tasa de mortalidad más altas en este grupo. De ahí la importancia de la detección sistemática de estado de portadora de EGB en la mujer embarazada a las 35 semanas, en vistas a la necesidad de profilaxis intraparto con penicilina cristalina; esta intervención ha disminuido drásticamente las tasas de sepsis precoz por EGB, pero puede alterar el espectro de bacterias que colonizan el tracto vaginal, lo cual puede cambiar el espectro de bacterias que causan neumonía en el recién nacido.

Taquipnea transitoria neonatal

La taquipnea transitoria, un diagnóstico frecuente, a menudo conlleva problemas diagnósticos y terapéuticos. Su diagnóstico es de exclusión y la evolución rápida a la mejoría con recuperación completa es característica. Típicamente aparece como un distress respiratorio en recién nacidos de término o casi a término (35-36 semanas), siendo más frecuente en los nacidos por cesárea sin trabajo de parto previo, con alto contenido de líquido pulmonar al nacimiento (retardo en la absorción del líquido pulmonar). Las manifestaciones clínicas incluyen elementos de síndrome de

dificultad respiratoria leves a moderados en las primeras pocas horas luego del nacimiento.

La radiografía de tórax es la clave para el diagnóstico. Los hallazgos característicos son aumento del volumen pulmonar con hilios prominentes e infiltrados difusos (por aumento de los linfáticos periarteriales que participan en el clearance de líquido alveolar), aunque en algunos casos puede ser difícil de distinguir de la neumonía connatal o la aspiración de meconio en sus etapas iniciales solo por la apariencia radiológica, sobre todo si existen factores de riesgo.

La gasometría arterial revela varios grados de hipoxemia, a pesar de que la falla respiratoria es infrecuente. En general no se requieren fracciones inspiradas de oxígeno mayores a 40% para mantener una PaO₂ normal. (Arbulu, 2011)

Hipertensión pulmonar persistente

Es una condición clínica en la cual la resistencia vascular pulmonar (RVP) se encuentra elevada, por lo general, como resultado de una falla en la disminución normal de la RVP postnatal. Esto lleva a un grado variable de cortocircuito derecha-izquierda a través de canales fetales persistentes (foramen oval, ductus arterioso) dando como resultado hipoxemia grave.

La RVP puede estar elevada como respuesta a un estado patológico subyacente (neumonía, SALAM) o como resultado de una anomalía estructural del lecho vascular pulmonar. La hipoxia, la hipercapnia y la acidosis causan vasoconstricción y elevan la presión vascular; su presencia puede generar mal adaptación de la circulación fetal a la neonatal. La hipoplasia del lecho vascular aparece en situaciones de hipoplasia pulmonar. La proliferación excesiva de la musculatura lisa vascular pulmonar ocurre en la forma idiopática o en la asociada con asfixia crónica intrauterina. La congestión del lecho vascular pulmonar por aumento retrógrado de la presión arterial pulmonar causa HTPP y puede verse asociado a algunas cardiopatías congénitas o a fallo ventricular izquierdo.

Diarrea

Las causas de ésta pueden ser muy variadas, desde una mala absorción de azúcares o una enfermedad celíaca hasta alergia a la leche, alimento que suele aparecer relacionado con las diarreas de los bebés. Hay que tener especial cuidado cuando el recién nacido padece este trastorno ya que podría convertirse en deshidratación, por lo que es necesario reponer frecuentemente los líquidos perdidos.

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

Recién nacido: Se define como la etapa del ciclo vital que comprende el período desde el nacimiento hasta los 30 días de vida, determinada por cambios físicos que ocurren en el bebé en su proceso de adaptación. En esta etapa el recién nacido es un ser totalmente indefenso, por lo cual necesita del total cuidado materno para vivir.

Manejo materno: Situación que requiere de modificaciones de todo tipo en el que la madre asume distintas responsabilidades y adquiere capacidades para la crianza de su hijo.

Cuidados básicos del recién nacido: Son las acciones, destrezas o costumbres que permiten brindar un cuidado al recién nacido manteniendo su salud y previniendo la enfermedad. Para fines de esta investigación se tomarán los cuidados básicos como acciones que le permiten a la madre cuidar al recién nacido, previniendo la enfermedad y manteniendo su salud.

Internación Hospitalaria: Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del hospital por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida con la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del servicio de urgencias, por consulta externa, reingresar por presentar complicaciones.

Complicaciones Neonatales: Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del recién nacido normal y de la patología de este período. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación que incluye la maduración de todos los órganos y de la puesta en marcha de diversos

mecanismos indispensables desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino.

Signos de alarma: Señales de alerta o de peligro inminente en la salud del recién nacido que tienen que ser atendidas a la brevedad posible ya que constituyen un riesgo para la vida del niño como por ejemplo diarrea, convulsiones, fiebre, vomito, dificultad respiratoria.

Factores socio-demográficos: Los indicadores demográficos son el reflejo de las características demográficas de una población. Entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad y sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, el porcentaje de la población urbana y la esperanza de vida al nacer, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud-enfermedad.

Factores socioculturales: Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

El manejo materno del recién nacido en el área de periféricos influye en la internación de los mismos al servicio de Neonatología.

2.4.2 VARIABLES

Variable independiente: Manejo materno del Recién Nacido

Variable dependiente: Internación hospitalaria

TABLA N° 1 VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Variable independiente Manejo materno del Recién Nacido	Es la atención que brinda la madre al recién nacido mediante cuidados básicos que le permiten adaptarse adecuadamente a la vida extrauterina.	Cuidados básicos	Lactancia materna	Conoce Desconoce	Guía de observación
			Higiene	Bueno Regular Malo	Guía de observación
			Signos de peligro en general	Conoce Desconoce	Entrevista
			Inmunizaciones	Conoce Desconoce	Entrevista
			Vínculo madre-hijo	Bueno Regular Malo	Guía de observación

			Prevencción de accidentes	Conoce Desconoce	Entrevista
		Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina	Termorregulación	Hipertermia Normotermia Hipotermia	Guía de observación
			Adaptación respiratoria circulatoria	Cianótico Ictérico Plétora Rosado	Guía de observación
Variable dependiente Internación hospitalaria	Hospitalización del recién nacido por presentar problemas o complicaciones de salud.	Problemas de salud	Hipotermia Hipoglicemia Dermatitis Otras patologías	# ingresos # ingresos # ingresos # ingresos	Entrevista Historia clínica

		Internación	Ingreso hospitalario	1 – 3 días 3 – 6 días 6 – 9 días 9 días o más	Historia clínica
			Durante la estancia	0 – 2 días 2 – 4 días 4 – 6 días 6 – 8 días 8 – 10 días 10 días o más	Historia clínica Entrevista

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO DEDUCTIVO

El método es deductivo porque la investigación parte de lo general a lo particular, es decir a nivel mundial, nacional y local que es en el área de periféricos del HPGDR

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional porque durante ella se ha ido detallando el comportamiento de las variables en todas sus dimensiones calificándolas mediante una escala y estableciendo la relación que existe entre el manejo materno y la internación hospitalaria a Neonatología.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de campo, porque los datos e información que precisa la indagación se recogerán en el mismo lugar de los hechos, es decir en el servicio de periféricos, área Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

3.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Es de tipo transversal y prospectivo porque la información y los datos se obtendrán en un tiempo determinado es decir de Diciembre 2013 a Mayo del 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Madres y los recién nacidos que se encuentran en el área de periféricos durante el periodo de estudio.

3.2.2. MUESTRA

40 madres del de área de periféricos del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a). Madres de recién nacidos del área de periféricos que fueron producto de parto normal y cesárea sin complicaciones.
- b). Madres que se encuentren hospitalizadas con recién nacidos.
- c). Recién nacidos hospitalizado

3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a). Niños con problemas durante el parto.
- b). Madres con toxemia

3.2.5 CRITERIOS ÉTICOS

- a). Se respetará la privacidad de las pacientes en todos sus aspectos.
- b). No se tomara fotos sin la protección necesaria de su identidad, ni tampoco sin el consentimiento de las pacientes.
- c). Consentimiento informado.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a). Guía de observación
- b). Entrevista
- c). Historia clínica

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de las entrevistas y de la guía de observación van a ser analizados de una manera cuantitativa y cualitativa, con un nivel representativo como son los cuadros expresados por los porcentajes correspondientes en el sistema Excel.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES QUE SE ENCUENTRAN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HPGDR.

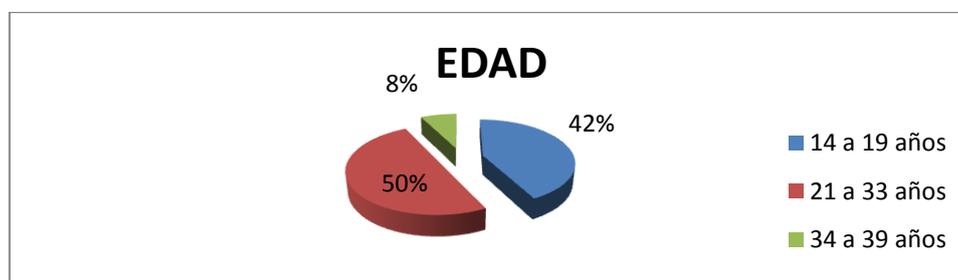
CUADRO No 4.1 EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 19 años	17	42%
21 a 33 años	20	50%
34 a 39 años	3	8%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.1



Fuente: Cuadro No 4.1 Edad de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Autoras

Análisis: El gráfico muestra que el mayor número de madres que participaron en el estudio fueron madres adultas con el 50% seguida por madres adolescentes con el 42%.

Interpretación: Con los resultados encontrados vemos que la prevalencia de madres adolescentes es grande, poniendo en una situación de riesgo y vulnerabilidad al recién nacido porque no es propio que las madres adolescentes hayan adquirido estos conocimientos en su proceso de crecimiento y desarrollo.

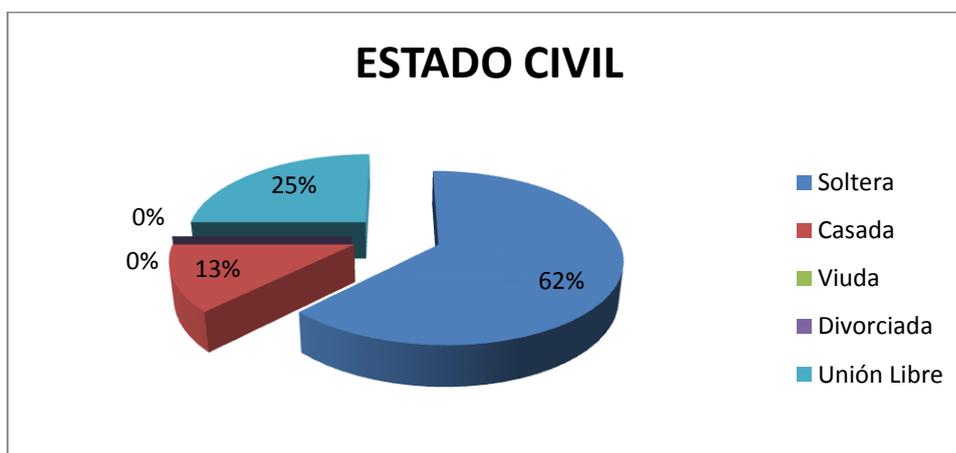
CUADRO No 4.2 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	25	62%
Casada	5	13%
Viuda	0	0%
Divorciada	0	0%
Unión Libre	10	25%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.2



Fuente: Cuadro No 4.2 Estado civil de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 62% indica que el estado civil que predomina en este estudio son las madres solteras, el 25 % se encuentran en unión libre.

Interpretación: Se identificó que el 62% de las mujeres que se encontraron en alojamiento conjunto son madres solteras y están solas frente al cuidado del recién nacido, sin contar con el apoyo de su pareja en los procesos diarios lo cual aumenta la responsabilidad y el trabajo materno.

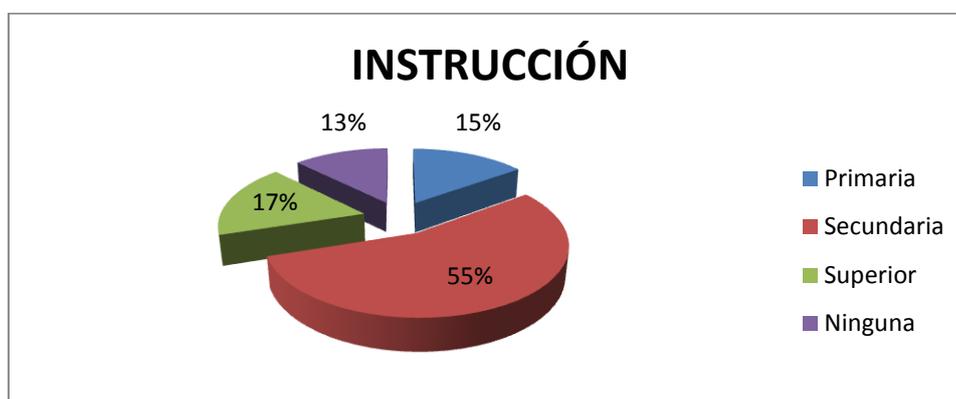
CUADRO No 4.3 INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	6	15%
Secundaria	22	55%
Superior	7	17%
Ninguna	5	13%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.3



Fuente: Cuadro No 4.3 Instrucción de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Autoras

Análisis: A partir de la investigación los resultados obtenidos del nivel de instrucción muestran que el 55% de las madres tienen instrucción secundaria, el 15% tienen instrucción primaria y el 13% no cursaron ningún nivel de escolaridad.

Interpretación: Es importante destacar que el 13% de las madres no tienen ningún nivel de escolaridad afectando directamente a la calidad de vida del niño ya que el grado de instrucción influye en la comprensión de los conocimientos proporcionados por parte del personal de salud.

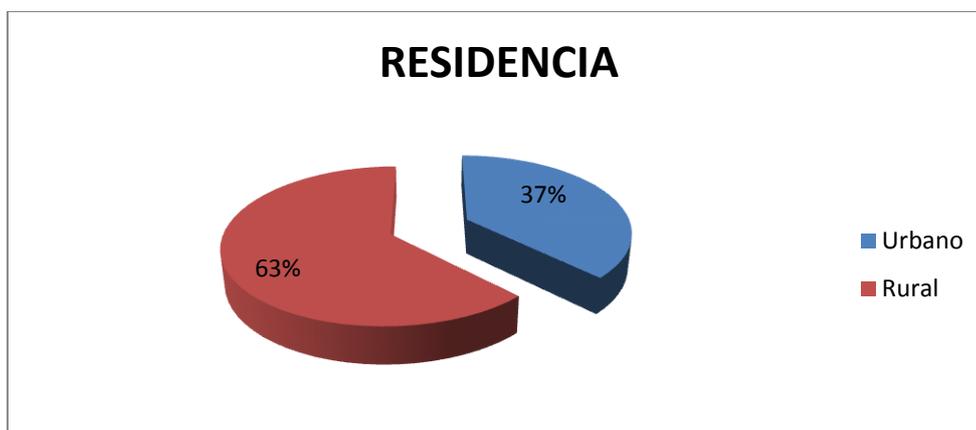
CUADRO No 4.4 RESIDENCIA

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	15	37%
Rural	25	63%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.4



Fuente: Cuadro No 4.4 Residencia de las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

ANÁLISIS: La mayoría de las pacientes provienen de la zona rural con un 63% y el 37% corresponde a las madres que viven en la zona urbana.

INTERPRETACIÓN: Gran parte de las madres entrevistadas son de la zona rural lo que explicaría el porqué de la existencia de una cifra considerable de madres sin ningún nivel de escolaridad. La educación en las zonas rurales es irrelevante para los miembros de estas comunidades.

CUADRO No 4.5 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un día		0	0%
Dos días		22	55%
Tres días o mas		18	45%
TOTAL		40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.5



Fuente: Cuadro No 4.5 Días de hospitalización

Elaborado por: Autoras

Análisis: Según la representación gráfica vemos que las madres encuestadas estuvieron hospitalizadas el 55% dos días y el 45% tres días o más mientras que no existen madres con un día de hospitalización.

Interpretación: Para la realización de este estudio se tomó en cuenta a las madres que se encontraron cursando el puerperio mediato ya que en esta etapa se empiezan a evidenciar las complicaciones neonatales provocadas por manejo materno.

CUADRO No 4.6 NÚMERO DE HIJO

NÚMERO DE HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primero	21	52%
Segundo	11	28%
Tres o más	8	20%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.6



Fuente: Cuadro No 4.6 Número de hijo actual

Elaborado: Autoras

Análisis: Se puede observar que la mayor cantidad de mujeres hospitalizadas son madres primerizas con un 52%, madres por segunda ocasión existen en un 28% y el 20 % tienen tres hijos o más.

Interpretación: La mayoría de las pacientes entrevistadas son madres primerizas lo que podría considerarse como un factor de riesgo para la salud del recién nacido por la falta de experiencia y poca capacidad que las nuevas madres tienen para brindarle la atención y el cuidado adecuado.

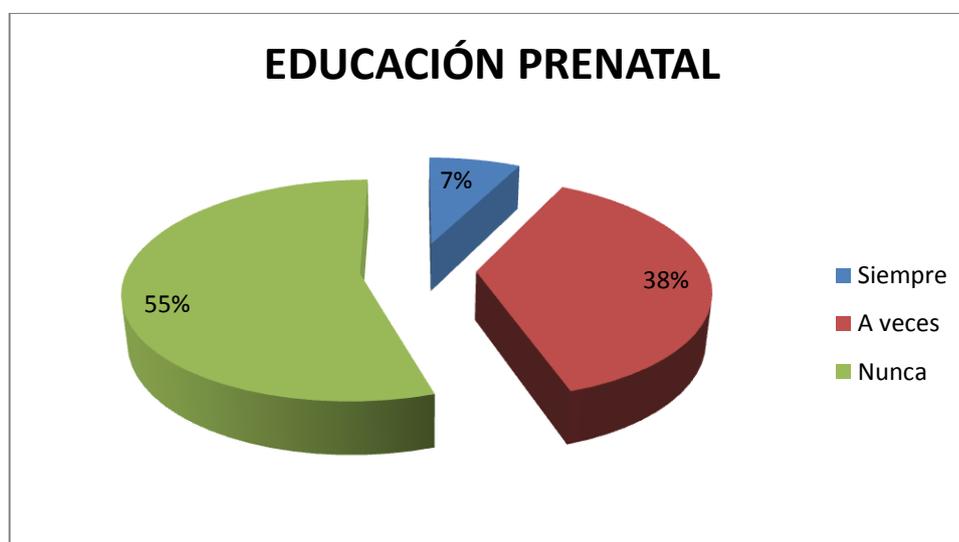
CUADRO No 4.7 EDUCACIÓN PRENATAL

EDUCACIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	3	7%
A veces	15	38%
Nunca	22	55%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.7



Fuente: Cuadro No 4.7 Educación prenatal

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 55% de las pacientes entrevistadas nunca recibieron educación prenatal con respecto a cuidados básicos del recién nacido, el 38% respondió que a veces y el 7% que siempre.

Interpretación: La educación prenatal constituye las primeras bases de la salud del recién nacido porque es una etapa en la que se despiertan y se desarrollan todas las capacidades latentes en la madre especialmente las emocionales pero también las más importantes las de tipo intelectual y en este gráfico la falta de información y de educación de las madres se ve reflejada por un 55%.

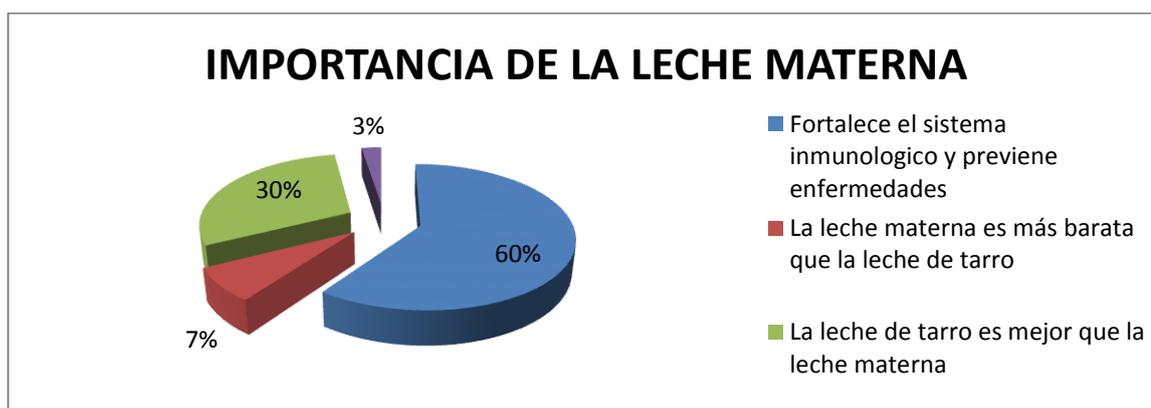
CUADRO No 4.8 IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA

IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fortalece el sistema inmunológico y previene enfermedades	24	60%
La leche materna es más barata que la leche de tarro	3	7%
La leche de tarro es mejor que la leche materna	12	30%
La leche materna no es suficiente porque carece de algunos nutrientes	1	3%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.8



Fuente: Cuadro No 4.8 Importancia de la leche materna

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 30% de las madres entrevistadas piensan que la leche de tarro es mejor que la leche materna, el 7% dicen que la leche materna es importante porque es barata y el 3% consideran que la leche materna no es importante ya que carece de algunos nutrientes.

Interpretación: A pesar de que el mayor porcentaje de esta entrevista demuestra que las madres consideran que la leche materna es importante, existe un 30% que creen que la leche de tarro es más importante que la leche materna, este resultado es revelador ya que las madres no identifican la importancia de la leche materna y por ende no conocen los beneficios de esta.

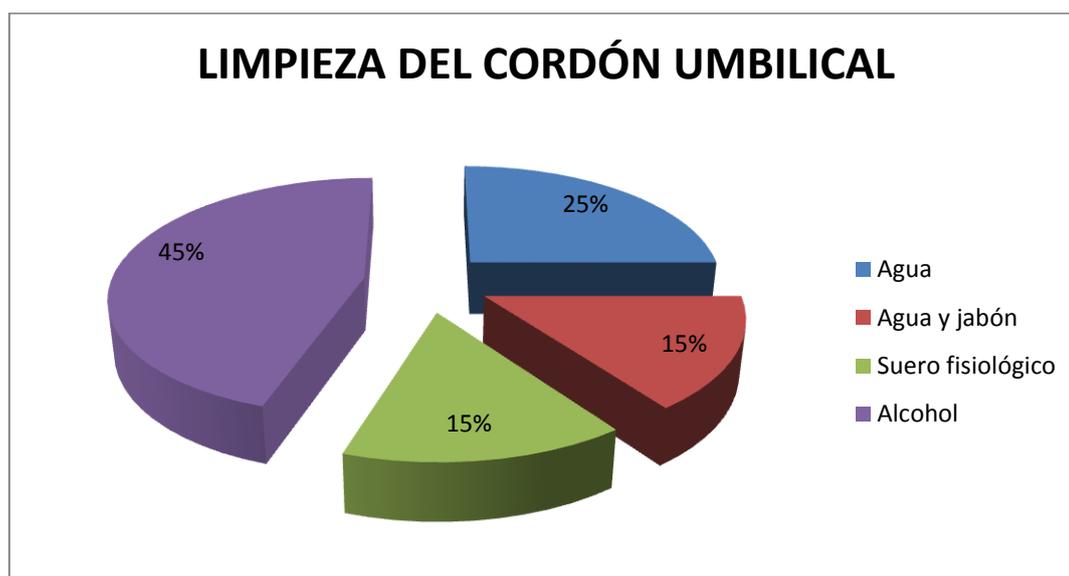
CUADRO No 4.9 LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL

LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agua	10	25%
Agua y jabón	6	15%
Suero fisiológico	6	15%
Alcohol	18	45%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.9



Fuente: Cuadro No 4.9 Limpieza del cordón umbilical

Elaborado por: Autoras

Análisis: Como se puede observar la mayor parte de las madres reconocen la sustancia correcta para limpiar el cordón umbilical, el 25% dicen que es el agua, un 15% consideran que el suero fisiológico es la sustancia correcta y el 15% restante señalan que es el agua y jabón.

Interpretación: El conocimiento de las madres con respecto al aseo del cordón umbilical es bueno porque los resultados de la entrevista arrojan que la mayoría de las madres conocen cual es la sustancia correcta con la que debe limpiar el muñón umbilical con el fin de prevenir infecciones.

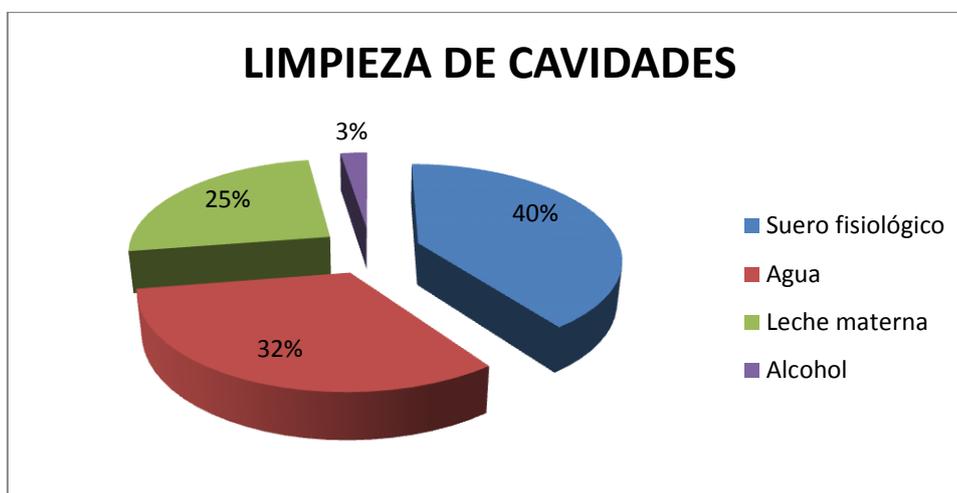
CUADRO No 4.10 LIMPIEZA DE CAVIDADES

LIMPIEZA DE CAVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suero fisiológico	16	40%
Agua	13	32%
Leche materna	10	25%
Alcohol	1	3%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.10



Fuente: Cuadro No 4.10 Limpieza de cavidades

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 40% de las madres encuestadas conocen cual es la sustancia indicada para realizar el aseo de cavidades del recién nacido, el 32% señalan que la sustancia adecuada es el agua, el 25% consideran que es la leche materna y el 3% dicen que es el alcohol.

Interpretación: De acuerdo con los resultados obtenidos las madres encuestadas están erradas en sus conocimientos, esto podría dar como resultado una situación de riesgo para el recién nacido ya que estarían poniendo en riesgo de infección al neonato utilizando las sustancias equivocadas.

CUADRO No 4.11 SIGNOS DE PELIGRO

SIGNOS DE PELIGRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No puede beber ni tomar el pecho	0	0%
Vomita todo lo que come	0	0%
Tiene convulsiones	0	0%
Esta irritable	0	0%
No concilia el sueño	0	0%
Todas	29	72%
Ninguna	11	28%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.11



Fuente: Cuadro No 4.11 Signos de peligro del recién nacido

Elaborado por: Autoras

Análisis: Según la representación gráfica el 72% de las madres entrevistadas reconocen todos los signos de peligro del recién nacido y el 28% indican que ninguno de los signos mencionados anteriormente representar ningún peligro para el neonato.

Interpretación: Una cantidad considerable de madres tienen conocimiento sobre los signos de peligro. Es importante que la madre tenga un adecuado conocimiento acerca de los signos de alarma que puede llegar a presentar el recién nacido ya que es a partir de esta identificación es que se le brinda un adecuado y propio cuidado al neonato en caso de necesitarlo.

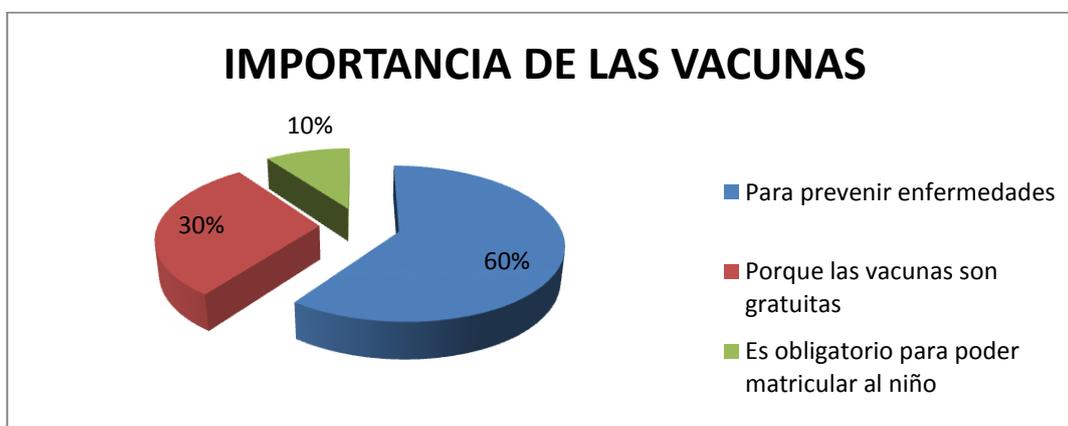
CUADRO No 4.12 IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Para prevenir enfermedades	24	60%
Porque las vacunas son gratuitas	12	30%
Es obligatorio para poder matricular al niño	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No. 4.12



Fuente: Cuadro No 4.12 Importancia de las vacunas

Elaborado por: Autoras

Análisis: De las encuestas realizadas el 60 % de las madres afirman que las vacunas son importantes porque previenen enfermedades, el 30% indican que su importancia radica en su gratuidad y el 10% piensa que son importantes porque es obligatorio para poder matricular al niño.

Interpretación: De acuerdo con los resultados obtenidos la mayoría de las madres reconocen la verdadera importancia de vacunar a sus hijo mientras que el porcentaje restante no reconocen la verdadera razón poniendo a otras opciones que son totalmente irrelevantes como principales.

CUADRO No 4.13 VÍNCULO MADRE - HIJO

AFECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	90%
NO	0	0%
NO ES NECESARIO	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.13



Fuente: Cuadro No 4.13. Vínculo madre - hijo

Elaborado por: Autoras

Análisis Como se puede observar el 90% de madres consideran importante brindarles afecto y cariño al recién nacido mientras que el 10 % nos dicen que no es necesario.

Interpretación: Es decir que la mayoría de las madres consideran importante brindarles afecto y cariño al recién nacido, lo que es bueno porque el desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres inicia desde el momento de la concepción pero este vínculo está principalmente ligado a la madre debido a los estrechos lazos que se generan durante los 9 meses de gestación, así como también tenemos un 10% de madres que consideran que no es importante brindarles afecto a sus hijos por miedo a asumir el papel de madres, esto se dio especialmente en madres adolescentes.

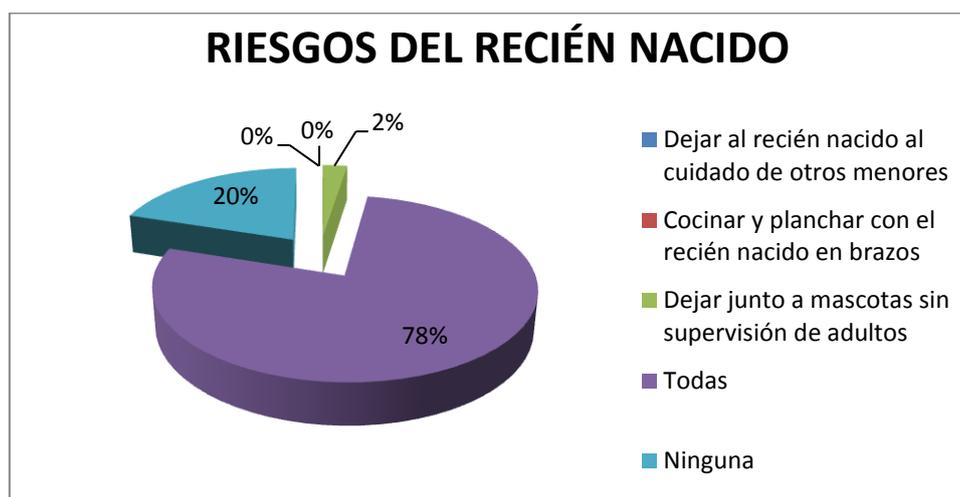
CUADRO No 4.14 RIESGOS DEL RECIÉN NACIDO

RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dejar al recién nacido al cuidado de otros menores	0	0%
Cocinar y planchar con el recién nacido en brazos	0	0%
Dejar junto a mascotas sin supervisión de adultos	1	5%
Todas	31	80%
Ninguna	8	15%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.14



Fuente: Cuadro No 4.14 Riesgos para el recién nacido

Elaborado por: Autoras

Análisis: Del 100% de madres encuestadas el 73 % de madres reconocen los riesgos para el recién nacido, el 15% dice que ninguna de estas opciones son un riesgo para el neonato.

Interpretación: Es decir que la mayoría de las madres consideran que el recién nacido necesita de más atención y cuidado por parte de ellas para prevenir cualquier circunstancia de riesgo, mientras que algunas madres no consideran que todas las opciones son riesgos potenciales para el recién nacido por desconocimiento o falta de educación.

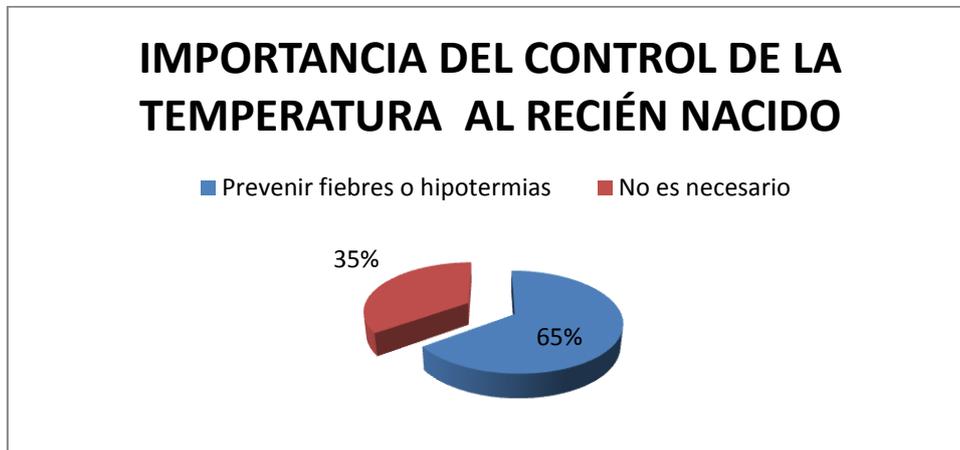
CUADRO No 4.15 IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA TEMPERATURA AL RECIÉN NACIDO

TEMPERATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prevenir fiebres o hipotermias	26	65%
No es necesario	14	35%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.15



Fuente: Cuadro No 4.15 Importancia del control de la temperatura del recién nacido

Elaborado por: Autoras

Análisis: El gráfico nos demuestra que el 65% de las madres consideran importante el control de la temperatura al recién nacido, mientras que el 35% considera que no es necesario el control de la misma.

Interpretación: El mayor porcentaje de madres consideran que es muy importante el control de la temperatura del recién nacido para prevenir convulsiones por fiebre alta o hipotermias por temperatura baja, mientras que una mínima cantidad no lo consideran importante porque está bajo el cuidado de personal especializado en el hospital.

CUADRO No 4.16 COLORACIÓN NORMAL DEL RECIÉN NACIDO

COLORACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cianótico	0	0%
Ictérico	6	15%
Pletórico	6	15%
Rosado	28	70%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.16



Fuente: Cuadro No 4.16 Coloración normal del recién nacido

Elaborado por: Autoras

Análisis: El gráfico nos demuestra que el 70% de las madres piensan que la coloración normal de la piel del recién nacido es rosada, en un 15% pletórico y el otro 15% ictérico.

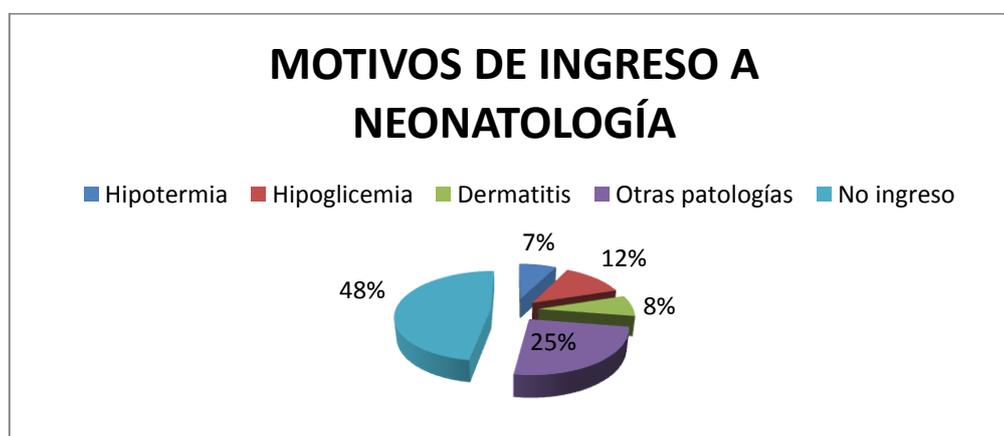
Interpretación: La mayoría de madres saben cuál es la coloración normal de la piel del recién nacido, lo cual nos da a entender que ante cualquier cambio de coloración de la piel de sus hijos ellas pondrán actuar rápidamente pudiendo de esta manera evitar daños en la salud del recién nacido.

CUADRO No 4.17 MOTIVOS DE INGRESO A NEONATOLOGÍA

MOTIVO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipotermia	3	7%
Hipoglicemia	5	12%
Dermatitis	3	8%
Otras patologías	10	25%
No ingreso	19	48%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista realizada a las madres de alojamiento conjunto del servicio de Ginecología del HPGDR.
Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.17



Fuente: Cuadro No 4.17 Motivos de ingreso a neonatología
Elaborado por: Autoras

Análisis: El 48% de los recién nacidos hijos de madres que se encontraron en el área de periféricos no ingresaron al servicio de neonatología, el 25% ingresaron por otras patologías, el 12% por hipoglicemia, el 8% por dermatitis y el 7% por hipotermia.

Interpretación: El mayor porcentaje de recién nacidos no ingresaron al servicio de neonatología ya que las madres les proporcionaron los cuidados adecuados, los que ingresaron por otras patologías como neumonía, bronconeumonía, infección de vías urinarias son causadas por problemas de manejo materno después del egreso y en un porcentaje considerable los niños que estuvieron bajo el cuidado de sus madres en alojamiento conjunto ingresaron a Neonatología por mal manejo materno con patologías como hipoglicemia, hipotermia y dermatitis.

4.1.2 RESULTADO DE LAS GUÍAS DE OBSERVACIÓN APLICADAS A LAS MADRES QUE SE ENCUENTRARON EN EL ÁREA DE PERIFÉRICOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HPGDR.

CUADRO No 4.18 Número de hijo

N° DE HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primero	21	52%
Segundo	11	28%
Tres o mas	8	20%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR.

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.18



Fuente: Cuadro No 4.18 Número de hijo

Elaborado por: Autoras

Análisis: La mayor cantidad de mujeres hospitalizadas son madres primerizas con un 52%, madres por segunda ocasión existen en un 28%.

Interpretación: La mayoría de las pacientes entrevistadas son madres primerizas lo que podría considerarse como un factor de riesgo para la salud del recién nacido por la falta de experiencia y poca capacidad que las nuevas madres tienen para brindarle la atención y el cuidado adecuado al mismo.

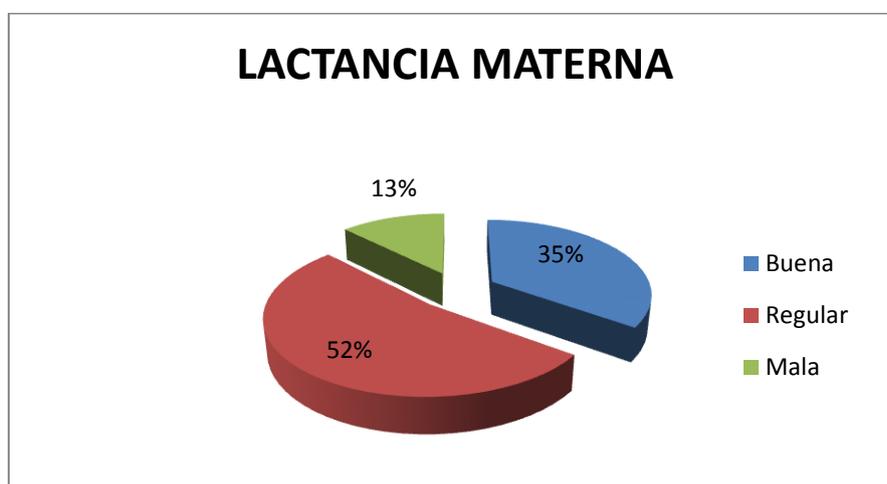
CUADRO No 4.19 Lactancia materna

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	14	35%
Regular	21	52%
Mala	5	13%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.19



Fuente: Cuadro No 4.19 Lactancia materna

Elaborado por: Autoras

Análisis: La representación gráfica muestra que el 52% tienen una técnica regular de amamantar al recién nacido, el 35% tienen una técnica buena al momento de amamantar al recién nacido y el 13% tienen una mala técnica.

Interpretación: Aplicando la guía de observación pudimos constatar que gran parte de las madres entrevistadas tienen una regular manera de amamantar al recién nacido ya que no conocen las posiciones adecuadas ni la manera correcta de colocar el pezón al neonato para facilitar la succión por desconocimiento y falta de información.

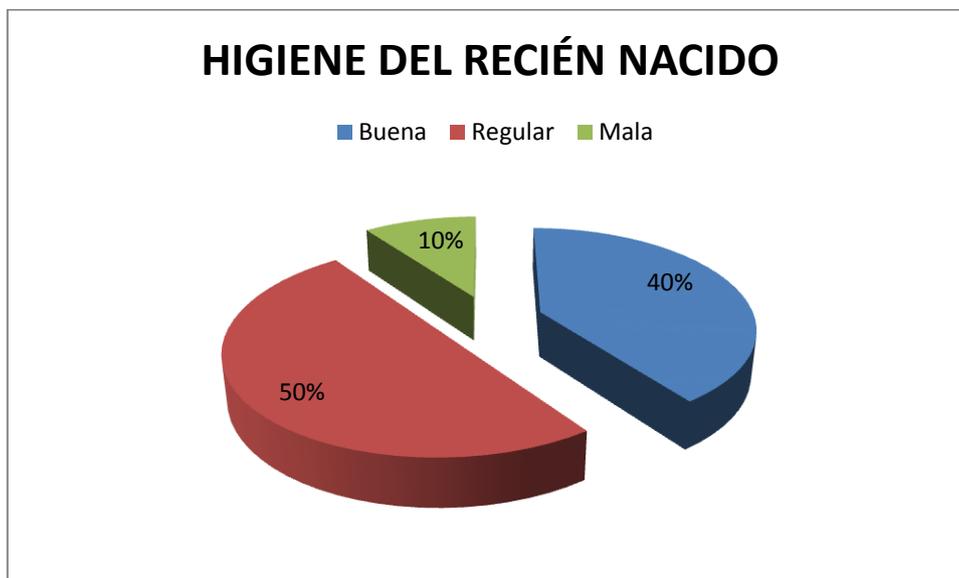
CUADRO No 4.20 Higiene del recién nacido

HIGIENE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	16	40%
Regular	20	50%
Mala	4	10%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.20



Fuente: Cuadro No 4.20 Higiene del recién nacido

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 50% de las madres encuestadas tienen una técnica regular al momento de bañar al recién nacido, el 40% tienen una buena técnica y el 10% tienen una mala técnica.

Interpretación: Mediante la guía de observación se pudo constatar la falta de conocimiento al momento de bañar al recién nacido especialmente en las madres adolescentes y en las madres primerizas las cuales están representadas por el mayor porcentaje colocando al neonato en riesgo de sufrir pérdidas de calor y a padecer posibles complicaciones.

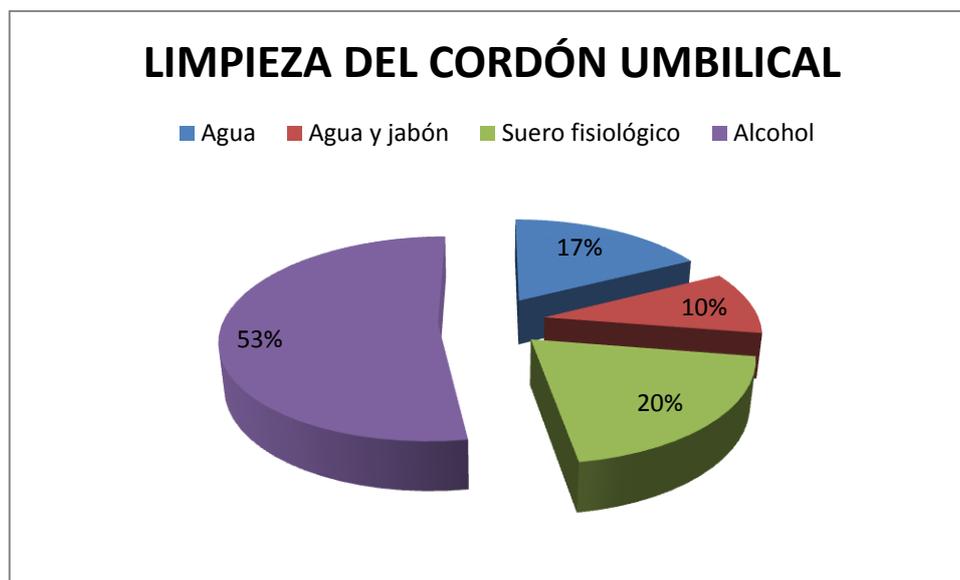
CUADRO No 4.21 Limpieza del cordón umbilical

SUSTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agua	7	17%
Agua y jabón	4	10%
Suero fisiológico	8	20%
Alcohol	21	53%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.21



Fuente: Cuadro No 4.21 Limpieza del cordón umbilical

Elaborado por: Autoras

Análisis: Como se puede observar en el gráfico el 53% de las madres realizaron el aseo del cordón umbilical con alcohol, el 20% tuvieron la intención de hacerlo con suero fisiológico, un 17% con agua y el 10% restante con agua y jabón.

Interpretación: Se pudo observar que después de bañar a los recién nacidos las madres tuvieron que realizar el aseo del cordón umbilical de sus hijos en donde se pudo comprobar que el 53% de ellas lo hicieron correctamente mientras que los porcentajes restantes quisieron hacerlo con la sustancia equivocada.

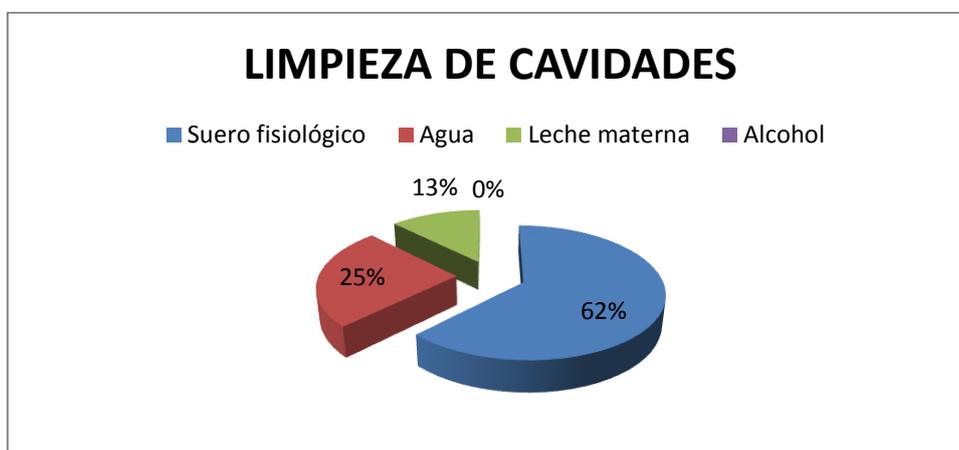
CUADRO No 4.22 Limpieza de cavidades

SUSTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suero fisiológico	25	62%
Agua	10	25%
Leche materna	5	13%
Alcohol	0	0%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.22



Fuente: Cuadro No 4.22 Limpieza de cavidades

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 62% de las madres que se observó utilizaron la sustancia indicada para realizar el aseo de cavidades del recién nacido, el 25% tuvieron la intención de usar agua y el 13% leche materna.

Interpretación: De acuerdo con lo que se observó el 62% de las madres utilizaron la sustancia correcta que es el suero fisiológico mientras que el porcentaje restante consideran que el agua y la leche materna es la sustancia correcta para realizar el aseo de cavidades seguramente por creencias que ellas tienen en algunos de los casos también porque así lo han hecho con sus anteriores hijos o simplemente por desconocimiento.

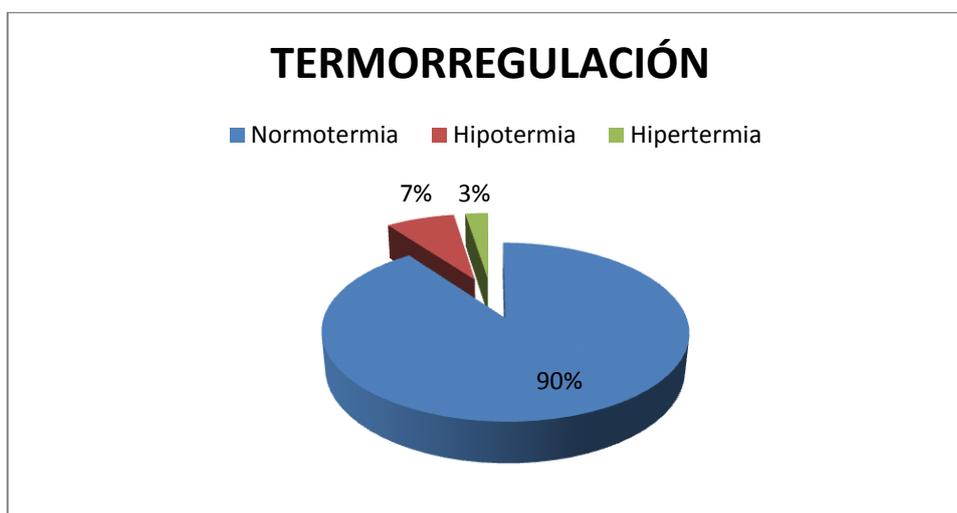
CUADRO No 4.23 Termorregulación

TERMORREGULACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normotermia	36	90%
Hipotermia	3	7%
Hipertermia	1	3%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.23



Fuente: Cuadro No 4.23 Termorregulación

Elaborado por: Autoras

Análisis: El 90% de los recién nacidos tienen una temperatura normal o también considerada como normotermia, se encontró un 7% con hipotermia y un 3% con hipertermia.

Interpretación: Al momento de controlar la temperatura de los recién nacidos que se encontraron en alojamiento conjunto con sus madres se encontró a la mayor parte de ellos con una temperatura dentro de los parámetros normales pero también se encontró un porcentaje considerable de niños con alteraciones en la temperatura estos serían los niños que ingresaron a neonatología por mal manejo materno.

CUADRO No 4.24 Vínculo madre – hijo

VÍNCULO MADRE-HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	28	70%
Regular	11	27%
Malo	1	3%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.24



Fuente: Cuadro No 4.24 Vínculo madre – hijo

Elaborado por: Autoras

Análisis Según lo observado el 27% demostró un regular vínculo madre-hijo y en el 3% se evidenció un vínculo madre-hijo malo.

Interpretación: Se observó el rechazo de algunas madres hacia sus hijos ya que eran madres adolescente y no tenían la manera de reaccionar ante la situación dada lo que genera riesgo para el neonato porque es un ser totalmente indefenso que depende exclusivamente de los cuidados de la madre para subsistir.

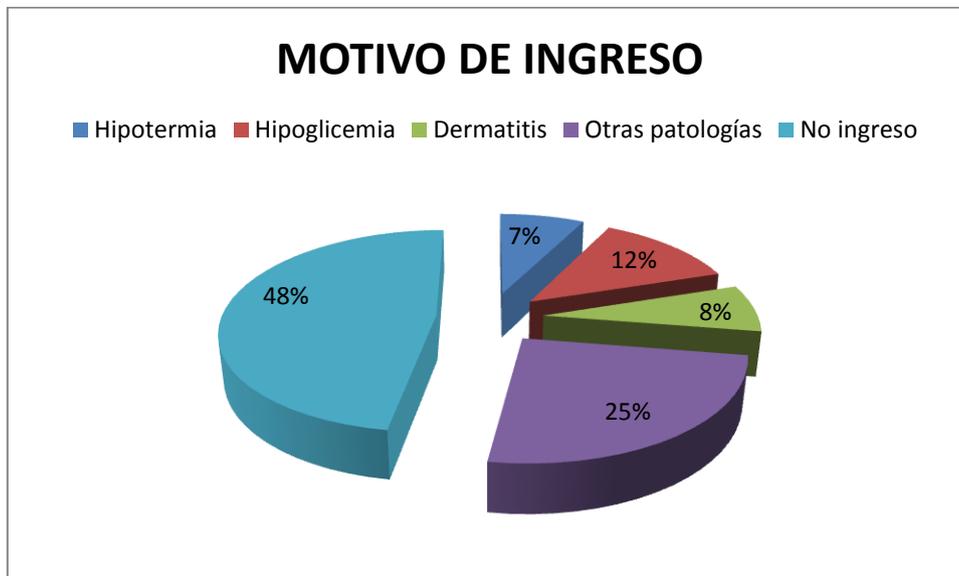
CUADRO No 4.25 Motivo de ingreso a Neonatología

MOTIVO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipotermia	3	7%
Hipoglicemia	5	12%
Dermatitis	3	8%
Otras patologías	10	25%
No ingreso	19	48%
Total	40	100%

Fuente: Guía de observación aplicada a las madres del área de periféricos del servicio de Ginecología del HPGDR

Elaborado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

GRÁFICO No 4.25



Fuente: Cuadro No 4.25 Motivo de ingreso a Neonatología

Elaborado por: Autoras

Análisis: El gráfico nos indica que el 48% de los recién nacidos hijos de madres que se encontraron en el área de periféricos no ingresaron al servicio de neonatología, el 25% ingresaron por otras patologías, el 12% por hipoglicemia, el 8% por dermatitis y el 7% por hipotermia.

Interpretación: Se encontró un porcentaje considerable de recién nacidos que estuvieron bajo el cuidado de sus madres en alojamiento conjunto los mismos que ingresaron a Neonatología por mal manejo materno con las siguientes patologías: hipoglicemia, hipotermia y dermatitis.

Tabla N° 2 Cruce de variables

TEMA	ENTREVISTA	GUÍA DE OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
LACTANCIA MATERNA	60 % Correcta	52% manejo regular	Aplicando la guía de observación se constató que gran parte de las madres entrevistadas tienen una regular manera de amamantar al recién nacido por lo que no demostraron lo que dijeron el momento de realizar la práctica.
HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO	43 % buena	50 % regular	Hay una diferencia significativa entre lo que las madres dijeron en la entrevista y lo que demostraron en la práctica ya que se verificó la falta de práctica durante el baño del recién nacido.

LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL	45% alcohol	53 % Alcohol	Las madres demostraron que la educación brindada tuvo buena acogida porque realizaron este procedimiento correctamente, contribuyendo de esta manera a la buena salud del recién nacido
LIMPIEZA DE CAVIDADES	40% suero fisiológico	62% suero fisiológico	De igual forma en este procedimiento las madres demostraron su capacidad al momento realizar el aseo de cavidades a sus hijos.
TERMORREGULACIÓN	65% prevenir fiebres e hipotermias	90% normotermia	La mayoría de las madres conocen la importancia del control de la temperatura por lo cual en la guía de observación se encontró que el 90% de niños tenían la temperatura dentro de parámetros normales.

<p>VÍNCULO MADRE-HIJO</p>	<p>90% bueno</p>	<p>70% bueno</p>	<p>En la entrevista las madres consideran que brindarles tiempo y cariño al recién nacido es importante, pero en la guía de observación se encontró un porcentaje mínimo de madres que rechazan a sus hijos.</p>
<p>MOTIVOS DE INGRESO A NEONATOLOGÍA</p>	<p>48% no ingresaron 25% otras patologías 12% hipoglicemias 8% dermatitis 7% hipotermias</p>	<p>48% no ingresaron 25% otras patologías 12% hipoglicemias 8% dermatitis 7% hipotermias</p>	<p>El 48 % de recién nacidos no ingresaron al servicio de Neonatología porque sus madres los manejaban adecuadamente, mientras que los porcentajes restantes si ingresaron por patologías como hipoglicemia, hipotermia, dermatitis es decir por mal manejo materno lo que hace indispensable la educación constante a las madres.</p>

Realizado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

4.1 Comprobación de la hipótesis

La hipótesis planteada de la investigación es “El manejo materno del recién nacido en el área de periféricos influye en la internación de los mismos al servicio de Neonatología”.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se acepta la hipótesis ya que el manejo materno si influye en la internación de los recién nacidos porque mediante la entrevista y la guía de observación se encontró que existe una cantidad considerable de neonatos que fueron hospitalizados por hipoglicemia, hipotermia y dermatitis lo que se ve relacionado directamente con el manejo materno, según los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, encontrando una gran cantidad de madres adolescentes en el área de Ginecología, en su mayoría tuvieron un déficit de conocimientos con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, además se verificó un porcentaje elevado de madres con un nivel de instrucción secundaria incompleta lo cual está íntimamente ligado con las edades de las madres adolescentes las mismas que nunca recibieron educación por parte del personal de salud en la etapa prenatal y además se observó un insuficiente apoyo de la pareja ya que existe una gran cantidad de madres solteras.

Tabla N° 3 Consolidación de resultados

CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS		
INDICADOR	RESPUESTA	
Edad de las madres entrevistadas	Adultas	50%
	Adolescentes	42%
	Añosas	8%
Estado civil de las madres entrevistadas	Solteras	62%
	Unión libre	25%
	Casadas	13%
Nivel de instrucción de las madre entrevistadas	Primaria	15%
	Secundaria	55%
	Superior	17%
	Ninguna	13%
Lugar de residencia	Urbano	37%
	Rural	63%
Numero de hijo	Primerizas	52%
	Segundos hijos	28%
	Tres hijos o más	20%
Lactancia materna	Conoce	60%
	Desconoce	40%
Higiene	Buena	40%
	Regular	50%
	Mala	10%
Signos de peligro en general	Conoce	72%
	Desconoce	28%
Inmunizaciones	Conoce	60%
	Desconoce	40%
Vínculo madre-hijo	Bueno	70%
	Regular	27%

	Malo	3%
Prevención de accidentes	Conoce	70%
	Desconoce	30%
Termorregulación	Hipertermia	3%
	Normotermia	90%
	Hipotermia	7%
Hipoglicemia	# ingresos	12%
Hipotermia	# ingresos	7%
Dermatitis	# ingresos	8%
Otras patologías	# ingresos	25%
No ingresaron	# ingresos	48%

Realizado por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar

4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1. CONCLUSIONES

- Se encontró un porcentaje considerable de recién nacidos que estuvieron bajo el cuidado exclusivo de sus madres en alojamiento conjunto, los mismos que ingresaron a Neonatología por mal manejo materno con las siguientes patologías: hipoglicemia, hipotermia y dermatitis. Además se evidenció el reingreso de recién nacidos por presentar otras patologías como neumonía domiciliaria, bronconeumonía, infección de vías urinarias días después de haber recibido el alta médica.
- Los conocimientos de las madres sobre cuidados básicos del recién nacido en cuanto a: alimentación, higiene, termorregulación, afecto, prevención de accidentes y signos de alarma es insuficiente lo que hace necesario la educación prenatal, post natal y de seguimiento en relación al crecimiento y desarrollo del niño.
- Las características sociodemográficas de las madres que formaron parte de esta investigación, empezando por el rango de edad se encontró, madres adolescentes en un 42% y madres primíparas en un 52%, poniendo en una situación de riesgo y vulnerabilidad al recién nacido ya que las madres adolescentes y madres primíparas no tienen los conocimientos ni la experiencia suficiente para asumir esta responsabilidad. En cuanto al nivel de instrucción de las madres se encontró que en su gran mayoría tienen secundaria incompleta en un 55%, lo cual está ligado al rango de edad de las madres adolescentes. El 62% de las mujeres que se encontraron en el área de periféricos son madres solteras y están solas frente al cuidado del recién nacido, sin contar con el apoyo de su pareja en los procesos diarios lo cual aumenta la responsabilidad y el trabajo materno.
- La elaboración de una guía educativa servirá como material de apoyo para las madres del área de periféricos principalmente para las madres primíparas y adolescentes mejorando el manejo de los recién nacidos en sus primeros días de vida.

- Los cuidados que necesita el recién nacido son actividades que se deben hacer de manera diaria para mantener su salud y el bienestar, pero lo más importante es que la madre sea quien realice estas actividades para que asuma su rol de madre despertando su responsabilidad y afianzando el vínculo entre ella y su hijo, es por eso que la aplicación de un plan educativo en esta etapa fue esencial ya que es aquí donde se despiertan sus mayores inquietudes como nuevas madres.

4.3.2. RECOMENDACIONES

- Es importante la educación continua por parte del personal de enfermería especialmente por las internas de enfermería que son las principales encargadas del cuidado del recién nacido en la etapa de alojamiento conjunto, también se encontró una gran cantidad de reingresos al servicio de Neonatología por lo que se recomienda al personal de enfermería de esta área brindar educación constante a las madres antes de que el recién nacido sea dado de alta.
- Se sugiere al personal encargado del banco de leche trabajar conjuntamente con el personal de enfermería del área de periféricos proporcionando no solamente información teórica sino también desarrollando espacios en los que se genere la devolución práctica de esta información para poder corregir los errores que las madres suelen tener al momento de brindar estos cuidados a sus hijos.
- Teniendo en cuenta que la mayoría de madres que tienen problemas con el manejo de sus hijos son aquellas que viven en zonas rurales, madres adolescentes, madres primíparas y madres solteras se recomienda al personal de enfermería del área de periféricos proporcionar información utilizando un lenguaje más sencillo, técnicas demostrativas, prácticas o exposiciones netamente ilustrativas con el fin de facilitar el aprendizaje de las madres.
- La guía educativa sobre cuidados básicos del recién nacido debe ser revisada y actualizada continuamente por el personal de enfermería con la finalidad de aplicar planes educativos a las madres del servicio de Ginecología del área de periféricos sobre cuidados básicos del recién nacido.

- La atención constante por parte del personal de salud en las primeras horas de vida del recién nacido es muy importante pero también debe ser complementada creando conciencia en las nuevas madres de que los cuidados básicos del recién nacido es responsabilidad exclusiva ellas, por eso es de vital importancia que sean quienes apliquen los cuidados a sus hijos de manera directa.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO
DIRIGIDO A LAS MADRES DEL ÁREA DE PERIFÉRICOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.



UNACH
2014

Autoras:

Mayra Alexandra Buñay Cáceres

Jenny Alexandra Pulgar Naranjo

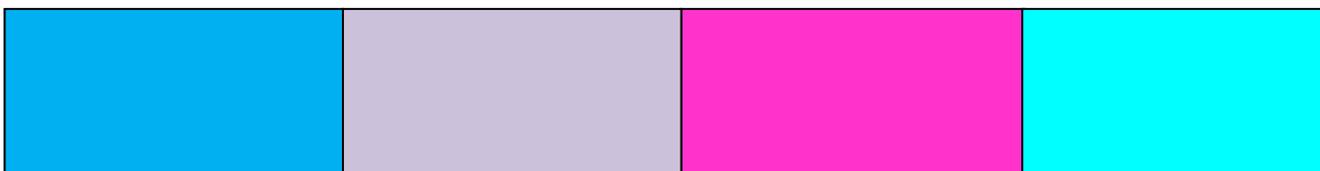
Coautora:

MsC. Cielito Betancourt

Editorial:

RIOBAMBA- ECUADOR

2014



INTRODUCCIÓN

La presente guía tiene como finalidad dar a conocer los cuidados básicos que requiere el recién nacido, está dirigido a las madres que se encuentran en alojamiento conjunto en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba, contiene material educativo e ilustrativo que servirá como una pauta para que la madres pongan en práctica estos cuidados.



¡Un bebé recién nacido siempre es una bendición!



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una guía educativa sobre los cuidados básicos del recién nacido dirigido a las madres del área de periféricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los procedimientos y técnicas sobre los cuidados básicos del recién nacido.
- Proporcionar información a las madres promoviendo el cuidado adecuado de los recién nacidos para evitar complicaciones en la salud de los neonatos.





RECIÉN NACIDO



Se define como recién nacido o neonato al producto que se obtiene de la concepción bien sea por parto normal o por cesárea desde su nacimiento hasta el día 28. Al igual que el adulto el recién nacido tiene necesidades básicas muy importantes, a medida que se suplen estas necesidades también existe un mayor nivel de supervivencia debido al perfeccionamiento y desarrollo del ser humano gracias a los cuidados que son proporcionados principalmente por la madre.

A partir del nacimiento el nuevo ser requiere de muchos cuidados, pero existen algunos que son indispensables para conservar la vida y el bienestar del neonato estos cuidados son los siguientes: lactancia materna, higiene, termorregulación, vínculo madre-hijo etc. Los mismos que los describiremos minuciosamente a continuación.

¡Cada bebé es único y hermoso!

LACTANCIA MATERNA



Leche materna: es el alimento ideal para el recién nacido ya que:

- ❑ Mejora las defensas.
- ❑ Puede prevenir cierto tipo de alergias.
- ❑ Ayuda a la relación madre-hijo, favoreciendo el contacto precoz.
- ❑ Mejora la absorción, digestión y vaciamiento gástrico.
- ❑ Hay una mejor absorción de todos sus componentes.
- ❑ Facilita el crecimiento intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrotizante.

Es importante que desde el nacimiento del niño la madre alimente a su hijo exclusivamente con leche materna hasta por lo menos los 6 primeros meses de vida.



POSICIONES PARA DAR DE LACTAR AL RECIÉN NACIDO

Cada madre utiliza la que se adapta mejor a sus preferencias o a sus circunstancias, pero para evitar problemas tanto a la madre (dolor, grietas) como para el niño (gases, vómitos) se debe poner en práctica la técnica correcta.

Para que el bebé coja bien el pezón, acerque sus labios al pecho ayudándole a encontrar el pezón. Cuando abra completamente la boca acerca el niño al pecho y no el pecho al niño. La boca del bebé debe abarcar el pezón y la mayor parte de la areola y su lengua debe estar debajo del pecho. En este momento, los labios del bebé sobresalen hacia fuera, la barbilla está contra el pecho y la nariz se apoya en los dedos de la madre permitiéndole respirar.

Aunque lo más habitual es amamantar sentada o estirada con el bebé frente a la madre, son muchas las posiciones a las que se puede llegar a recurrir:

Postura sentada: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho.



Postura sentada: El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.



Postura estirada: En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.



Postura estirada - Posición estirado (en paralelo inverso): En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura "a cuatro patas", en caso de obstrucciones o mastitis localizadas en la parte superior del pecho.



BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

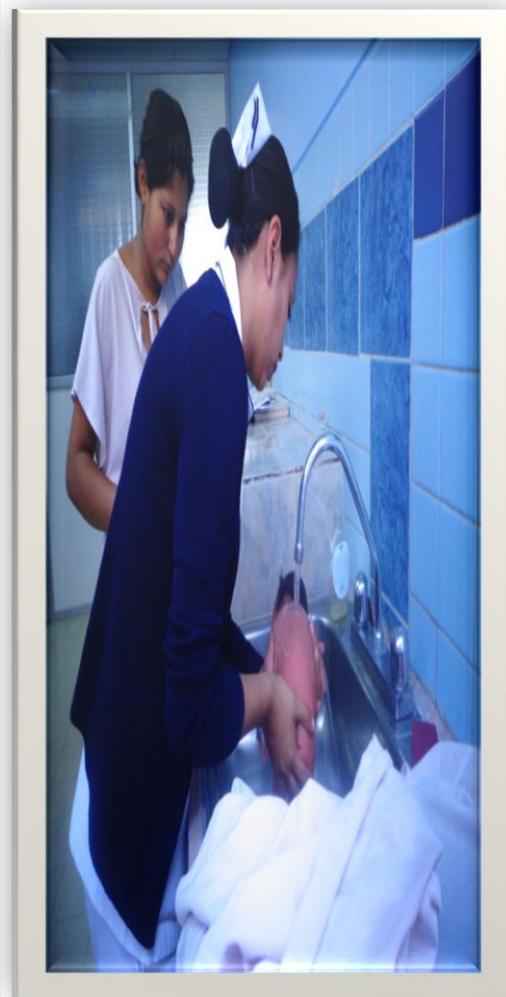
Este es el momento de mayor interacción entre la madre y el bebé, sin olvidar, está claro, el de la lactancia.

El baño es especial, es un momento de relax, de juego, de contacto directo con el niño, sin olvidar el objetivo primordial que es una buena higiene.

La tarea del baño debe ser tranquila, que nada interrumpa ese momento, se puede realizar en una bañera especial de bebé o en el lavabo si es amplio, en definitiva, en un lugar cómodo con una temperatura ambiente adecuada y con todo lo necesario alrededor, se debe preparar todo con anterioridad.

MATERIAL NECESARIO

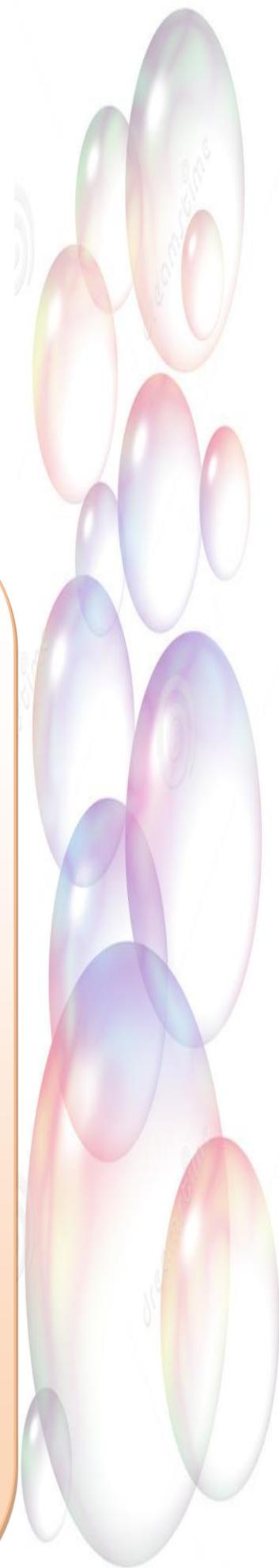
- ❑ Agua limpia
- ❑ Jabón de pH neutro sin perfume
- ❑ Toalla
- ❑ Pañal nuevo
- ❑ Ropa limpia
- ❑ Material para limpiar el ombligo
(algodón y alcohol)
- ❑ Material para limpiar cavidades
(algodón y suero fisiológico)





PASOS A SEGUIR

1. Desnudarlos despacio.
2. Antes de sumergirlo limpiaremos la zona genital, si tiene el pañal sucio, para no ensuciar el agua de la bañera.
3. Cubrir al niño con la toalla y solo dejar al descubierto la cabeza que es por donde se va a empezar mojándola y enjabonándola suavemente.
4. Una vez enjabonada se procede a enjuagar y a secar rápidamente, introducir al niño en el agua hasta casi los hombros, si es posible, sujetándole bien pasándole el brazo por detrás de la espalda, hasta sujetar su bracito por la axila, así la cabeza queda libre y el cuerpo bien sujeto.
5. Calmarlo si se pone nervioso, hablándole y acariciándole e ir echando agua con la mano por todo el cuerpo.
6. Lavar la cara con agua.
7. Con la mano humedecida y con poca cantidad de jabón, ir frotando suavemente todo el cuerpo empezando por la cabeza e insistiendo en la zona por detrás de las orejas, seguir con el cuello, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies y por último los genitales.
8. Enjuagarle, echándole agua de nuevo con la mano, eliminando todos los restos de jabón.
9. Sacarlo del agua con cuidado y taparlo con una toalla o capa caliente.
10. El secado debe ser preciso, sin frotar, haciendo pequeños toques con la toalla y empapando la humedad, prestando especial atención a las zonas de los pliegues (cuello, axilas, ingles y genitales) y en las manos y pies.

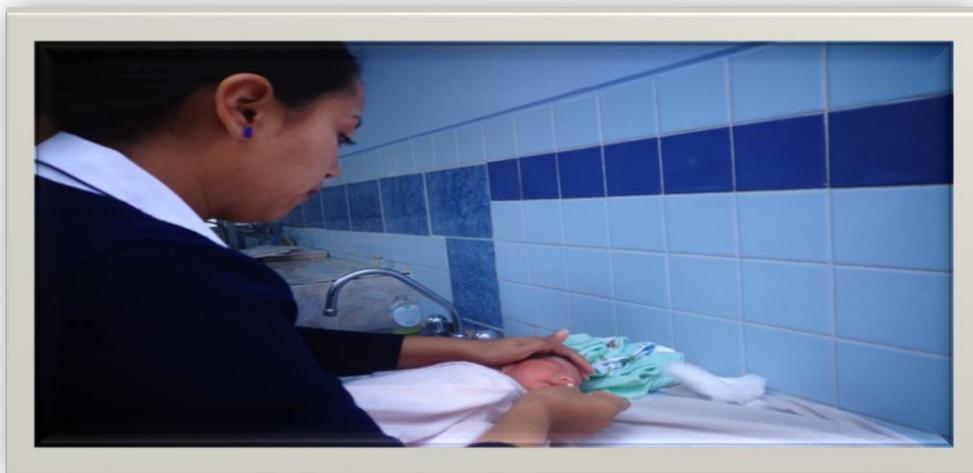


ASEO DEL CORDÓN UMBILICAL

1. Lavado de manos con agua y jabón.
 2. Añadir antiséptico en un algodón, preferiblemente utilizaremos alcohol.
 3. Procederemos a limpiar de adentro hacia afuera con movimientos circulares.
 4. Asegurarnos de que quede bien seco pero nunca soplar sobre el cordón.
 5. No es preciso dejar una gasa enrollada en el cordón, pero sí asegurarnos que el pañal no rose la zona umbilical colocarlo por debajo.
- El ombligo suele caer entre el quinto y el décimo día.

ASEO DE CAVIDADES

1. Iniciar la limpieza de los ojos de afuera hacia adentro con una torunda húmeda.
2. Limpiar las fosas nasales con una torunda humedecida en suero fisiológico en forma de gusanitos con movimientos giratorios y repetir si es necesario.
3. Al final se limpian los genitales con torundas húmedas del centro hacia la periferie.



SIGNOS DE PELIGRO DEL RECIEN NACIDO



A NIVEL RESPIRATORIO:

- Dificultad respiratoria.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de secreciones y obstrucción bronquial.
- Tos.
- Estado de agitación, irritabilidad.

EN LA ALIMENTACIÓN:

- Inapetencia. Rechazo de las tomas.
- Dificultad para comer por la dificultad respiratoria, la hiperventilación y la distensión abdominal.
- Succión ineficaz.
- Vómitos.
- Pérdida de peso.

TERMORREGULACIÓN:

- Fiebre o hipotermia.

Generalmente esto se da por el contagio con alguna bacteria o virus pero esto se puede prevenir.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Para evitar que los niños inicien con procesos infecciosos tenemos que realizar unas medidas de prevención como son:

- Lavarse las manos frecuentemente los padres y cualquiera que toque al niño.
- Baño y aseo diario.
- Limpiar frecuentemente con agua y jabón los juguetes del niño.



AFECTO

Para suplir esta necesidad básica que tiene el recién nacido de afecto es fundamental que cada una de las actividades que se realice con él se hagan con amor, ya sea alimentarlo, bañarlo, acariciarlo, entre otros. Propender por el bienestar del niño en todos los aspectos que puedan influir en este con amor es la principal forma de establecer un vínculo afectivo y de generar el afecto que tanto necesita un bebe.

El acompañamiento constante al recién nacido es un factor fundamental en el afecto, el que se sienta cuidado, el que sienta el contacto con su madre a través de una caricia por ejemplo, genera en el sentimientos de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor. El masaje suave, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre hacia el generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo.





Las vacunas son una parte muy importante para el cuidado de la salud del recién nacido porque son las encargadas de brindar protección sobre numerosas enfermedades.

Vacuna contra la hepatitis B

- Esta vacuna protege contra una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis B y se recomienda su aplicación dentro de las primeras 12 horas de vida durante la internación. Se aplica en la pierna, en el músculo del muslo.

Bcg

- Esta vacuna protege contra la tuberculosis y se recomienda su aplicación antes de dejar la maternidad dentro de los 7 días del nacimiento. Se aplica en el brazo derecho y es común que se forme una pequeña cicatriz en el sitio de la aplicación



BIBLIOGRAFÍA

- Casado de Frías E., Nogales Espert A. Pediatría. Ed. Harcourt-Brace. Madrid 2007.
- Cruz M., Crespo M., Brines J., Jiménez R. Compendio de Pediatría. Ed. Espaxs. Barcelona 2008.
- Ruiz Jiménez M.A. Enfermería Pediátrica. Tomo I. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz 2005.
- Schulte E., Price D., James S. Enfermería Pediátrica. 7ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 2009.
- Whaley & Wong. Enfermería Pediátrica. 4ª edición. Ed. Mosby/ Doyma Libros. Madrid. 2005.
- Alcocer, A. (2009). manual de lactancia materna de la teoría a la practica. España: editorial Mexicana Panamericana S.A.
- Andrade, F. R. (2009). manual de neonatología. Mexico: editorial universitaria potosina Mexico.
- Avery, G. (2011). neonatologia fisiopatologia y manejo del recién nacido. Madrid: editorial médica Panamericana S.A.
- Caballero, C. G. (2010). tratado de pediatria social. España: ediciones dias de Santos S.A.
- Cordero, M. J. (2008). lactancia materna. España: elsevier.
- Todas las fotos de esta guía educativa fueron tomadas por en el transcurso de la investigación por: Mayra Buñay y Jenny Pulgar.

RECURSOS HUMANOS

Tabla N° 4 Recursos humanos

CANTIDAD	DESIGNACIÓN	FUNCIONES A REALIZAR
2	Autoras	Desarrollar las actividades <ul style="list-style-type: none">• Jenny Pulgar• Mayra Buñay
1	Tutor	Tutoría Coordinación <ul style="list-style-type: none">• MsC. Cielito Betancourt

RECURSOS MATERIALES Y COSTO

Tabla N° 5 Recursos materiales

DESCRIPCIÓN	APLICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL EN DÓLARES
Elaboración de un plan educativo.	Planes de charlas impresiones	4	1,00	79\$
Demostración práctica.	Gigantografías	5	15,00	
Movilización	Pasajes	20	2,00	40\$
Total de la inversión			\$ 119	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F R. (2009). *Manual de Neonatología*. México: Editorial Universitaria Potosina México.
- Alcocer, A. (2009). *Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la Práctica*. España: Editorial Mexicana Panamericana S.A.
- Arbulu, P. (2011). *Complicaciones Neonatales*. España: Sisbib.
- Avery, g. (2011). *Neonatología Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Bejarano, N. (2010). *Protegiendo al Recién Nacido durante el Puerperio*. Colombia: Publication Asset.
- Caballero, C. G. (2010). *Tratado de Pediatría Social*. España: Ediciones Días de Santos S.A.
- Cordero, M. J. (2008). *Lactancia Materna*. España: ELSEVIER.
- Cordova H. (2008). *Enfermería Pediátrica*. España: Andres.
- Gadea, N. (2011). *Patologías Neonatales*. México:Ediciones Maldonado.
- García, C. C. (2010). *Tratado de Pediatría*. España: Ediciones Dias Santos S.A.
- Gordon, A. (2011). *Neonatología Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido*. Madrid: Medica Panamericana S.A.
- Hernades, R. M. (2009). *Pediatría*. España: Ediciones Dias Santos S.A.
- HPGDR. (2012). *ASIS del servicio de Neonatología*. Riobamba.
- Isidro, V. (2009). *Cuidados del Recién Nacido*. Mexico: Aguainfant.
- Mercer, R. (1984). *Estimulación y Acesoramiento a Madres Adolescentes durante el Periodo Perinatal*. Estados Unidos: Interamericana.
- Monroy, A. (2011). *Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud*. México: Pax México.
- Moraga, R. (2010). *Cuidados de la Piel del Recién Nacido*. España: Printex.
- Muñoz, J. J. (2012). *Guía de Cuidados del Recien Nacido*. Colombia: Vista Alegre.

- Olavarria, G. (2012). *Cuidados en la Recepción del Recién Nacido*. Panamá: Panamericana.
- Panamericana, O. D. (2009). *Esquema de Protección Social para la Población Materna Neonatal e Infantil*. México: Libri Mundi S.A.
- Pineda, H. C. (2013). *Fundamento de la Lactancia Materna*. Venezuela: Central.
- Ramirez, A. F. (2009). *Manual de Neonatología*. México: Universitaria Potosina México.
- Ramos, M. (2012). *Maternidad Adolescente Construyendo Nuevos Destinos*. México: Editor Movimiento Manuela Ramos.
- Revista Médica *Hospital Provincial General Docente Riobamba*. (2009).
- Roche, M. E. (2010). *Manual de Procedimientos de Enfermería Materno Infantil*. España: Poblagrafic S.A..
- Rojas, F. (2010). *Nivel de Conocimiento de las Madres Adolescentes durante el Embarazo*. Venezuela: Pineda.
- Santos, F. (2004). *Metodología Básica de Investigación en Enfermería*. Mexico: Diaz de Santos.
- Steven. (2008). *Manual de Asistencia Respiratoria y Cuidados en Neonatología*. Madrid: Fuentes.
- Valdivia, V. (2011). *Conocimiento de las madres sobre cuidados maternos*. Venezuela: Pineda.

LINCOGRAFÍA

- http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD CIENCIAS DE SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MADRES QUE SE ENCUENTRAN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HPGDR.

OBJETIVO: Determinar la relación manejo materno-ingreso hospitalario a Neonatología.

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria y no conlleva ningún riesgo para la madre ni para el niño, por lo que solicitamos el consentimiento informado para aplicar esta encuesta.

INSTRUCTIVO: Subrayar o marcar con una X la respuesta que usted considere correcta.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:
2. Estado civil: a) Soltera () b) Casada () c) Viuda () d) Divorciada () e) Unión libre ()
3. Nivel de instrucción: a) Primaria () b) Secundaria ()

c) Superior	()
d) Ninguna	()
4. Lugar de residencia:	

5. ¿Días de hospitalización?

- a) Un día
- b) Dos días
- c) Tres o más días

6. ¿Qué número de hijo es su recién nacido actual?

- a) Primero
- b) Segundo
- c) Tres o más

7. ¿En los controles prenatales ha recibido educación sobre los cuidados básicos del recién nacido?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

8. ¿Por qué considera que la leche materna es importante?

- a) Fortalece el sistema inmunológico (defensas del organismo)
- b) La leche materna es más barata que la leche de tarro
- c) La leche de tarro es mejor que la leche materna
- d) Previene enfermedades
- e) La leche materna no es suficiente porque carece de algunos nutrientes.

9. ¿Seleccione con qué sustancia se debe limpiar el cordón del recién nacido para evitar infecciones?

- a) Agua
- b) Agua y jabón
- c) Suero Fisiológico
- d) Alcohol

10. ¿Seleccione con qué sustancia se debe limpiar las cavidades del recién nacido es decir oídos, fosas nasales y ojos.

- a) Suero fisiológico

- b) Agua
- c) Leche materna
- d) Alcohol

11. ¿Señale cuáles son los signos de peligro en general del recién nacido?

- a) No puede beber ni tomar el pecho
- b) Vomita todo lo que come
- c) Tiene convulsiones
- d) Esta irritable
- e) No concilia el sueño
- f) Todas
- g) Ninguna

12. ¿Por qué considera que las vacunas son importantes para el recién nacido?

- a) Para prevenir enfermedades
- b) Porque las vacunas son gratuitas
- c) Es obligatorio para poder matricular al niño

13. ¿Considera que es importante brindarle tiempo y cariño al recién nacido?

- a) Si
- b) No
- c) Es necesario pero no indispensable

14. ¿Elija cuál de las siguientes opciones considera un riesgo para el recién nacido?

- a) Dejar al recién nacido al cuidado de otros menores.
- b) Cocinar y planchar con el recién nacido en brazos.
- c) Dejar junto a mascotas sin supervisión de adultos
- d) Todas
- e) Ninguna

15. ¿Por qué considera que es importante controlar la temperatura del recién nacido?

- a) Para prevenir convulsiones por la fiebre alta
- b) Para evitar hipotermia (temperatura baja)

c) No es necesario el control de temperatura

16. ¿De las siguientes opciones cuál considera que es la coloración normal del recién nacido?

a) Cianótico (coloración azulada de la piel)

b) Ictérico (coloración amarilla de la piel)

c) Pletórico (coloración roja de la piel)

d) Rosado (coloración normal de la piel)

17. ¿Por qué motivo ingreso su hijo al área de Neonatología?

a) Hipotermia (temperatura baja)

b) Hipoglicemia (decaimiento del niño)

c) Dermatitis (sarpullido)

d) Otras patologías



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Determinar la relación manejo materno-ingreso hospitalario a Neonatología.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Número de hijo

- a) Primero
- b) Segundo
- c) Tres o más

2. Lactancia Materna

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

3. Higiene del recién nacido

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

4. La sustancia utilizada para limpiar el cordón del recién nacido :

- a. Agua
- b. Agua y jabón
- c. Suero Fisiológico
- d. Alcohol

5. La sustancia utilizada para limpiar las cavidades del recién nacido :

- a. Suero fisiológico
- b. Agua
- c. Leche materna
- d. Alcohol

6. Termorregulación

- a) Normotermia
- b) Hipotermia
- c) Hipertermia

7. El vínculo madre- hijo:

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

8. El motivo de ingreso al área de Neonatología es:

- a) Hipotermia
- b) Hipoglicemia
- c) Dermatitis
- d) Otras patologías

ANEXO 2

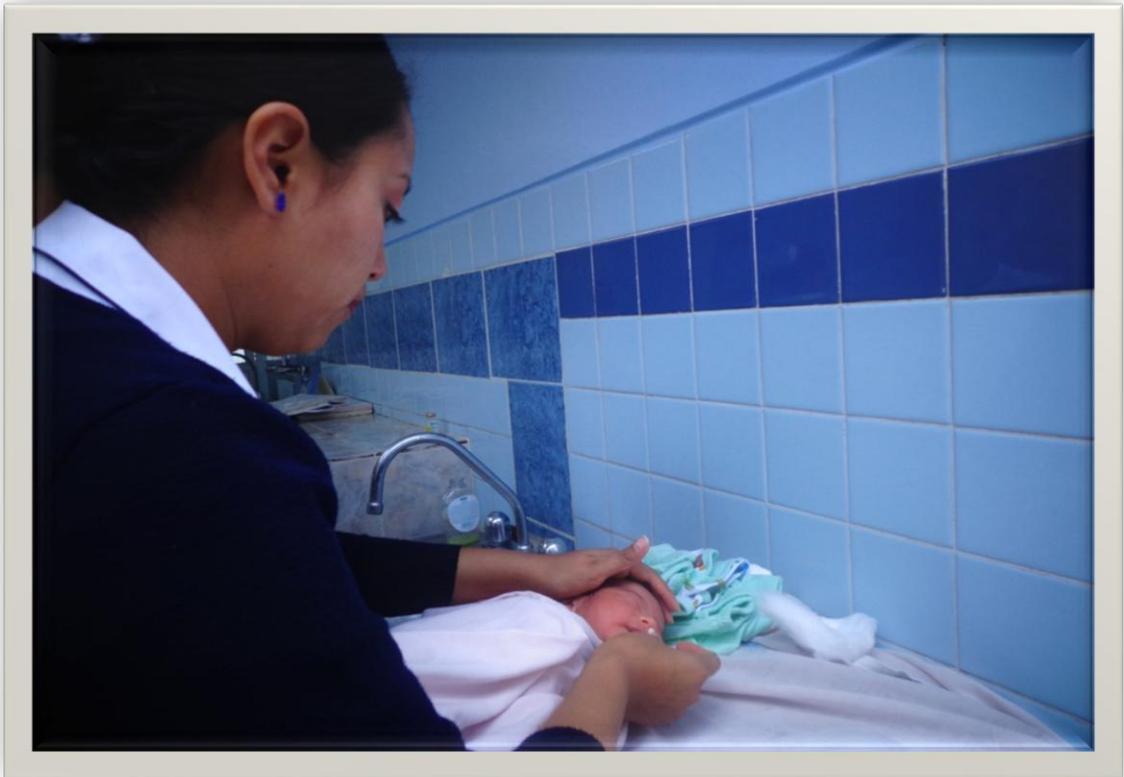
FOTOS

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO













**APLICACIÓN DE
ENTREVISTAS Y
GUÍAS DE
OBSERVACIÓN**

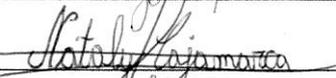
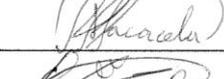
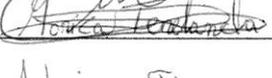
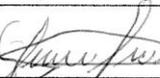
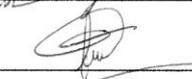
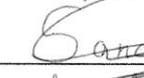
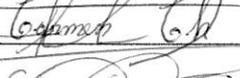






ANEXO 3

MADRES BENEFICIADAS CON EL PLAN EDUCATIVO EN EL ÁREA DE PERIFÉRICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Mery Tapia	
Nataly Cajamarca	
Luvia Chimbolema	
Andrea Lagos	
Vanessa Vacacela	
Cecilia Casque	
Monica Tenelanda	
Timena Adriano	
Cristina Carguacundo	
Viviana Andaloz	
Maria Cando	
Lida Melica	
Pilar Elizabeth Chulli Quinte	
Rosa Merdieta	
Camila Sanchez	
Flor Llango	
Marcela Morales	
Carmen Chavez	
Silvia Coro	
Martha Caguana	
Rocio Larasco	

Carmen Guaminga	Carmen Guaminga
Rosa Laipaguano	Rosa Laipaguano
Mario Salguero	Mario Salguero
Abigail Inchiglema	Abigail Inchiglema
Rocio Crespo	Rocio Crespo
Diana Pilco	Diana Pilco
Juana Chuguilan	Juana Chuguilan
Ana Lucia Loma	Ana Lucia Loma
Leidy Chicaiza	Leidy Chicaiza
Maritza Taipe	Maritza Taipe
Maria Yulema	Maria Yulema
Maria Chiliguana	Maria Chiliguana
Juana Chavez	Juana Chavez
Jessica Chugñay	Jessica Chugñay
Theana Calderon	Theana Calderon
Rosa Paraguay	Rosa Paraguay
Cristina Sagñay	Cristina Sagñay
Laura Chimpatasig	Laura Chimpatasig
Lucia Guatoloca	Lucia Guatoloca