

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud



*CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SIGNOS
DE ALERTA DEL RECIÉN NACIDO, AL MOMENTO
DEL ALTA DEL HOSPITAL CASTRO RENDÓN*

Plan de Tesis

Para obtener el título de Licenciada en Enfermería

Autora:

Carina Fabiana Cayupi Ponce; Legajo N° 124849

Directora:

Lic. Fresia Mónica Carrasco Contreras

23 de Agosto del 2017, Neuquén, Argentina

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Resumen.....	3
Summary.....	4
Tema.....	5
Introducción.....	6
Origen y planteo del problema.....	8
Planteo del problema.....	9
Objetivo general.....	9
Descripción del lugar donde se llevará a cabo la investigación.....	10
Fundamentación.....	14
Estado del arte.....	18
Marco teórico.....	27
Definición teórica y operacional de términos	
Variable.....	47
Operalización de las variables.....	52
Diseño metodológico.....	55
Población.....	55
Plan de recolección del dato.....	57
Plan de presentación, análisis e interpretación del dato.....	57
Viabilidad.....	58
Aportes de la investigación.....	60
Análisis de datos	
Perfil sociodemográfico de la población.....	62
Evaluación del conocimiento.....	69

Conclusión.....	82
Recomendaciones.....	84
Anexos	
Cuestionario.....	85
Resultados de las entrevistas realizadas.....	91
Bibliografía.....	95

RESUMEN

Objetivo principal: Describir los conocimientos que poseen las madres de los Recién Nacidos (RN) sobre los signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos, al momento del alta institucional.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo – prospectivo, con recolección de datos a través de un cuestionario de múltiple opción a 64 madres que se encuentran con sus hijos internados en la UCIN o Maternidad del Hospital Provincial Dr. Castro Rendón de la ciudad de Neuquén en el periodo julio - agosto 2017.

Resultados principales: del servicio de Neonatología, el 100% de las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido; las madres entre 21 a 35 años el 25% poseen un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 75% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 50% conocimiento **parcial** y el otro 50% un conocimiento **suficiente**; mientras que, en el servicio de Obstetricia, el 33% las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido y el otro 67% presenta un conocimiento **suficiente**; de las madres entre 21 a 35 años el 31% poseen un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 69% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 60% conocimiento **parcial** y el otro 40% un conocimiento **suficiente**.

Conclusión principal: se determinó que el nivel de conocimientos sobre signos de alarma del recién nacido alcanzado por las madres del servicio de Neonatología fue **suficiente** en el 67% de las madres entrevistadas y **parcial** en el 33%; mientras que en el servicio de Obstetricia fue **suficiente** en el 65% y **parcial** en el 35%. En ninguno de los dos servicios se presentó conocimiento **insuficiente**.

Palabras claves: madres, recién nacido (RN), signos de alarma, conocimiento.

SUMMARY

Main objective: Describe the newborn mother's knowledge about the warning signs related to their child's health at the time of hospital discharge.

Methodology: Prospective-descriptive quantitative study with recollection of data through a multiple-choice questionnaire applied to 64 children mothers at the NICU or Maternity Unit of Castro Rendon Hospital at Neuquén city between July and August of 2017.

Main Results: 100% of the mothers under 20 years old of the NICU have a partial knowledge of the warning signs of the newborn health; 25% of the mothers between 21 and 35 years old have a partial knowledge, meanwhile the other 75% have enough knowledge. Finally, 50% of the mothers older than 36 years old have a partial knowledge, and the other half has enough knowledge. At the maternity, a 33% of the mothers under 20 years old have a partial knowledge about warning signs of the newborn health. The other 67% had enough knowledge; 31% of the mothers between 21 and 35 years old have a partial knowledge; meanwhile the other 69% has enough knowledge. At last, 60% of mothers over 36 years old have a partial knowledge and the other 40% enough knowledge.

Main Conclusion: At the NICU, the level of knowledge of the mothers about warning signs at the newborn health was enough at 67% and partial on the other 33%; meanwhile at the maternity 65% have enough knowledge and 35% have partial knowledge. Insufficient knowledge was not recorded at any unit.

Main words: Mothers, Newborn, warning signs, knowledge.

TEMA

Conocimiento de las madres sobre signos de alerta del recién nacido, al momento del alta del Hospital provincial Dr. Castro Rendón.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia global hacia la disminución, sin embargo no está igualmente distribuida en las diferentes edades. La mayor parte de la mortalidad proviene de la etapa neonatal (menos de 28 días). El riesgo de morir en el primer mes de vida es 30 veces mayor que en niños de 1 a 5 años. (UNICEF. State of the World's Children. Geneva: UNICEF; 2003)

Durante el año 2015, la Organización Save the Children realizó un estudio que abarcó 179 países, donde concluyó que Argentina es el país mejor posicionado de América Latina respecto de la mortalidad materno-infantil, ocupando así el puesto 36 entre 179 países en el índice anual. (Save the Children, 2015)

Los esfuerzos por mantener niveles bajos de mortalidad infantil, están estrechamente ligados a estrategias en salud, que buscan educar y concientizar a los padres, para que sean capaces de dar al niño los cuidados especiales que necesita.

“El recién nacido necesita cuidados especiales y sus necesidades deben ser satisfechas por otros. Su desarrollo debe ser estimulado por el afecto, las caricias y los cuidados que se le brindan, por lo tanto es de vital importancia promover vínculos afectivos entre los padres y el hijo. Es necesario que padres y cuidadores estén bien informados sobre los cuidados necesarios de un recién nacido para que le brinden mejores atenciones. Los profesionales de la salud juegan un papel importante en brindar información precisa, bien fundamentada y acorde con la realidad de cada niño y su familia...”. (Martinc, 2008).

El nacimiento de un niño es un gran acontecimiento familiar, pero si además es la llegada del primer hijo, será una gran revolución, ya que genera un gran cambio en la vida de los padres y de la pareja. Más allá del deseo y la planificación del embarazo, no dejará de traer una mezcla de temor, felicidad, esperanza y optimismo.

El nacimiento de un niño genera un amplio margen de sentimientos en padres y familiares que están esperando recibirlo. Todos desean la llegada de un niño

sano, que cumpla "sin querer", con las expectativas que se han ido idealizando a lo largo de los meses. En algunos casos, su llegada no será como era de esperar, y entonces deberán recibirlo mucho antes de lo planeado, o en otros casos, quizás tendrá algunas dificultades inesperadas; sea cual fuese la razón, a veces la bienvenida en casa deba seguir esperando, hasta su recuperación.

Durante la internación, los padres deberán conocer a su hijo y aprender a satisfacer todas las necesidades que él no puede cubrir por sí solo, deberán aprender a enfrentar situaciones desconocidas hasta el momento, pero además, habrán de aprender a confiar en ellos mismos y tener la certeza de que son capaces de cuidar a su RN al momento del alta. En este aprendizaje, será esencial la participación de enfermería, como educador y mediador entre las necesidades del niño y la acción de los padres.

Una vez superada la internación, que podrá durar días o meses, el nuevo integrante de la familia irá a su casa, y allí, ya no tendrán la ayuda del personal de salud; desde ese momento serán solo ellos quienes deberán cuidar y decidir qué es lo mejor para mantener la salud de su hijo, sabiendo reconocer todos los signos de alarma que puedan presentarse.

Por lo anteriormente mencionado, se propone con esta investigación, indagar acerca de los conocimientos que poseen las madres sobre signos de alerta del recién nacido, al momento del alta del Hospital provincial Dr. Castro Rendón, durante el periodo julio - agosto 2017.

La investigación seguirá una estrategia metodológica de tipo descriptivo transversal. Según el problema planteado y la estrategia que se sigue, se considera que para la recolección de los datos, el instrumento más adecuado es la encuesta a las madres del servicio de Neonatología y Maternidad, acerca del conocimiento que poseen sobre signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos.

Palabras claves: madres, recién nacido (RN), alta institucional, signos de alarma, conocimiento, aprendizaje, educación.

ORIGEN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

El origen del problema surge en primera instancia en el servicio de Neonatología del HPN (Hospital Provincial de Neuquén), Dr. Castro Rendón.

En este servicio se brinda atención a los recién nacidos prematuros o de término, nacidos en la institución o derivados de otras instituciones de la ciudad o de otras ciudades del interior de la Provincia. Esta asistencia es exigente, por la vulnerabilidad propia de los neonatos, y es continua, durante las 24 horas de los 365 días de cada año, ya que según el estado de salud estarán días o meses en recuperación. Durante este tiempo, sus padres deberán ir adquiriendo conocimientos necesarios para el momento del alta, a través de la educación brindada por el personal de salud, especialmente de parte de enfermería que es quien brinda cuidados las 24 horas del día.

En la práctica diaria se observa que no existe una única manera de comunicarse con la familia, generalmente es el médico quien informa sobre el estado de salud del RN. Enfermería prioriza cuidados en la atención directa de los RN asignados y emergentes si los hubiera.

Actualmente, en este servicio no se les entregan folletos o instructivos educativos sobre los signos de alerta, y no se cuenta con estudios o informes que reflejen el conocimiento aprendido durante la internación, haya sido esta en Internación Conjunta o en el Servicio de Neonatología.

Considerando que desde el servicio de Neonatología se les da el alta a niños de riesgo y en muchos casos con patologías que deben seguir siendo tratadas en su hogar, se presenta la incertidumbre de saber si las/os madres-padres podrán hacer frente al cuidado, que los mismos necesitan, luego de un tiempo de internación.

Ante este interrogante, surge la necesidad y la propuesta de realizar una investigación, cuyo aporte permita valorar el nivel de conocimiento que poseen las madres de los niños antes de salir del servicio de Neonatología

Una vez planteado el origen y la necesidad, se proyecta incluir en este estudio al servicio de Maternidad de la misma institución. Conociendo que, en este sector de internación conjunta, el tiempo de internación de la madre y el niño es mucho menor (2 a 3 días) al de un servicio de cuidados intensivos, se busca conocer si en ese tiempo las madres podrán adquirir conocimientos que los ayuden a detectar tempranamente signos de alarma de su hijo en su domicilio.

Planteo del Problema

A partir de las observaciones realizadas, se planteó el siguiente interrogante que dará inicio a la investigación:

- **¿Qué conocimientos poseen las madres sobre signos de alerta del recién nacido, al momento del alta del Hospital Castro Rendón (HPN), durante el periodo julio - agosto 2017?**

Objetivo general

- Describir los conocimientos que poseen las madres de los RN sobre los signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos, al momento del alta institucional.

Objetivo específico

- Indagar si las madres reciben información acerca de signos de alerta del recién nacido, durante la internación.

Descripción del lugar donde se llevará a cabo la investigación

El Hospital Provincial Dr. Eduardo Castro Rendón, es el establecimiento sanitario de mayor complejidad de la región patagónica y cabecera del sistema de salud de la provincia de Neuquén. Se encuentra ubicado entre las calles Talero, Buenos Aires, Alderete y Santa Fe.

Creado en el año 1913, no solo recibe a usuarios de sus áreas de influencia, sino que también, es receptor de pacientes de toda la provincia, puesto que recibe permanentemente derivaciones médicas para internación, y consultas ambulatorias en distintas especialidades. Debido a esto y a los Servicios Asistenciales que presta el Hospital Provincial ha alcanzado uno de los máximos Niveles de Complejidad dentro del sistema de salud provincial; su nivel de complejidad se corresponde a un Nivel VIII, por contar, además con: atención Ambulatoria en sus Consultorios Externos, Internación, distintas Especialidades Médicas Quirúrgicas, Servicios Intermedios y Cuidados Intensivos. También por mantener Actividades de Docencia e Investigación, además de ser receptor de alumnos de la Universidad Nacional del Comahue de la carrera Licenciatura en enfermería y residencias médicas.

Actúa como centro asistencial destinatario de derivaciones de distintos puntos de la Provincia de Neuquén y de provincias limítrofes. (Servicio de estadística. Oficina central. Dpto. Información y Registros Médicos. Hospital Dr. E. Castro Rendón)

El Departamento de Maternidad e Infancia, asegura el funcionamiento en la atención de los servicios de Obstetricia, Pediatría y Neonatología.

El **servicio de Neonatología** es el de mayor complejidad de la provincia y brinda: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidad de Cuidados Intermedios, lactario para neonatos, seguimiento de prematuros y rooming. En la actualidad el servicio recibe alrededor de 30 ingresos mensuales, brindando atención a recién nacidos menores de 28 días de vida, que cursan diferentes patologías o que tienen una edad gestacional menor a 36 semanas

(prematuros); los mismos pueden haber nacido en la institución o ser derivados desde otras instituciones que no posean la complejidad necesaria para la atención del niño. Durante el año 2016 se registró que del 100% de los ingresos: el 75% (22 ingresos mensuales) correspondía a neonatos nacidos en el Hospital Dr. Castro Rendón, mientras que el 25% (8 ingresos mensuales) correspondía a neonatos nacidos en otros efectores de salud de la provincia.

Por cuestiones edilicias, el sector de Neonatología se encuentra dividido en dos pisos; así NEO I corresponde a la Unidad de Cuidados Intermedios y NEO II a la Unidad de Cuidados Intensivos; esto sin duda responde la falta de espacio físico que impide la unificación de un mismo servicio.

Actualmente, NEO II (2do piso) cuenta con una superficie de 80 m² aproximadamente, subdividido en 5 sectores: 3 de ellos tienen las unidades de internación (con una capacidad de 4 unidades cada uno) con lo cual completa un total de 12 unidades, 1 sector utilizado como office de medicación y un último sector utilizado como depósito de material limpio y estéril. En el mismo se brinda cuidado a neonatos de alta complejidad, con patologías de gravedad, prematuridad extrema, que se encuentran en soporte ventilatorio, con vías centrales, tratamiento parenteral, etc.

Por otro lado, NEO I (1er piso) cuenta con una superficie de 65 m² aproximadamente, subdividido en 3 sectores: 2 de estos tienen una capacidad de 4 unidades cada uno, con lo cual completa un total de 8 unidades y 1 sector utilizado como office sucio. En la misma se brinda atención a neonatos de menor complejidad, que se encuentran en recuperación nutricional, con soporte enteral (por sonda nasogástrica, lo más habitual, u oral) o tratamiento con oxigenoterapia no invasiva etc. Estos RN serán dados de alta a su domicilio o transferidos a sus hospitales de referencia para completar su recuperación.

La atención al recién nacido involucra, ya sea directa o indirectamente, a un amplio recurso humano, contando con: 18 médicos pediatras y neonatólogos; 56 enfermeros (1 jefe, 1 sub-jefa y 54 agentes de enfermería que realizan función asistencial) de los cuales, 42,6% son licenciados, 44,2% son profesionales y el 13,2% son auxiliares; y personal de los servicios de apoyo

(radiología, laboratorio, ecografía, kinesiología, cardiología, maestranza, camilleros, personal administrativo, auxiliares de limpieza, etc.).

Las internaciones de los recién nacidos, pueden durar días o meses, por ello, con el fin de afrontar las circunstancias que viven los padres de los recién nacidos durante la internación, se ha creado un grupo de apoyo familiar con la participación de un médico, psicólogo y asistente social, en donde los padres pueden compartir experiencias y preocupaciones propias de la situación por la que están transitando.

En el **servicio de Obstetricia** se realiza: control de embarazo de alto riesgo, control perinatal, cursos de psicoprofilaxis para el parto, ecografías gineco-obstétricas, partos, perinatología y salud fetal.

En la actualidad el servicio atiende alrededor de 110-120 nacimientos mensuales, de los cuales, aproximadamente el 60% son partos naturales, mientras que el 40% restante se realiza por cesárea. Durante el año 2016 se registró que del total de esos nacimientos, 22 neonatos requirieron atención especializada y debieron ser ingresados a la Unidad de Neonatología de la institución.

El sector de Obstetricia se encuentra ubicado en el 2do piso del HPN, subdividido en 2 áreas, una de internación y otra semi-restringida. El área de internación cuenta con 7 habitaciones con baño privado (equipadas con 23 camas en total), 1 sector de medicación y 1 office sucio. Mientras que el área semi-restringida, cuenta con 4 salas de parto, 2 salas de parto, 1 sala de recepción, sala de hospital de día (utilizada para la internación de día de mujeres con Diabetes gestacional), guardia obstétrica, 1 sector de medicación y 1 office sucio y sala de quirófano ambulatorio (utilizado al servicio del hospital en general).

La atención brindada en el sector de Maternidad involucra a: 5 licenciadas obstétricas; 4 médicas residentes; 10 médicos de planta; 37 agentes de enfermería (1 jefe, 1 subjefe y 35 enfermeros asistenciales) de los cuales, 10 son licenciados, 19 son profesionales y 8 son auxiliares; y 1 enfermera

destinada a brindar a las madres educación sobre lactancia materna y cuidados básicos del recién nacido.

En este servicio, el alta se da luego de 2 días (en un parto normal) o 3 días (en caso de cesáreas) de internación, siempre que la evolución transcurra dentro de parámetros normales. Una vez dada el alta institucional, los motivos de reingreso son en general: bebés que necesitan tratamiento con luminoterapia, o mujeres que presenten infección postparto.

Debido al limitado tiempo que presenta la internación del binomio madre-hijo, se busco como refuerzo, la incorporación de una enfermera destinada solo a brindar educación a la reciente madre. La misma se encarga de ofrecer enseñanza sobre lactancia materna y cuidados básicos del recién nacido. Realiza su asistencia en el sector de lunes a viernes de 6 a 14 hs, y destina 2 hs de las mismas, por la mañana en los consultorios de pediatría, con el fin de que cualquier madre que se encuentre post-alta pueda realizar consultas.

FUNDAMENTACIÓN

Considerando que el alta institucional se les dará en algún momento a todos los niños con más o menos factores de riesgo, y en muchos casos con patologías que deben seguir siendo tratadas, se pone énfasis en la educación para el alta que las madres debieran recibir, para luego poder actuar frente a los signos de alerta que pueda presentar su hija/o.

La decisión del alta, sobre todo en una unidad de cuidados neonatales, será conjunta y multidisciplinaria, y la elaboración de un plan educativo para la familia debe ser vista como un pilar esencial para el éxito futuro.

El equipo de salud debe ser un orientador y facilitador de ello, debe aclarar todas las dudas de los padres, sin dejar de pasar por alto sugerencias u opiniones de los mismos, pues es ahí donde se encuentran las verdaderas problemáticas.

Enfermería posee características de un rol educador, por ello, en el ejercicio profesional diario, la comunicación es una herramienta que debe poner en práctica a cada momento, interpretando qué dicen los recién nacidos, las familias, los colegas y el resto del equipo de salud. Las habilidades en la valoración, observación, ejecución de técnicas y cuidados individualizados, deben ir acompañadas de una eficaz capacidad de comunicación, con el fin de lograr transmitir conocimientos a las madres de los recién nacidos. Esto requerirá asistencia adicional para que las madres puedan entender y elaborar mecanismos adaptativos que le permitan efectuar los preparativos adecuados en el hogar, comprendiendo las indicaciones de cuidados especiales, si los hubiera.

Es necesario que el personal de enfermería realice un abordaje centrado en el niño y en los familiares de éste, a partir de una visión holística, identificando a la familia del neonato como la primera responsable de los cuidados de salud de su hija/o. Detectando oportunamente los problemas, necesidades, intereses, recursos, potencialidades y expectativas que puedan presentar los padres en el

cuidado de la salud del niño, durante su internación y al momento del egreso hospitalario.

Es necesaria la creación de un plan de cuidados que tenga como fin prevenir las complicaciones más comunes, donde la educación sea brindada de forma coherente y con un lenguaje común, no solo entre profesionales, sino que centrado en la individualidad de la familia y de las necesidades específicas del niño/a.

Durante la internación, la tarea del enfermero en rol de educador debe enfocarse en permitir el acercamiento y contacto de las madres con su hijo/a el mayor tiempo posible; permitiendo la creación de lazos entre ellos, favoreciendo así el reconocimiento de los mismos, y prontamente, el apego necesario. Los padres necesitan conocer a sus hijas/os en lo más mínimo de sus detalles, puesto que de esta manera, serán padres seguros e independientes, capaces de reconocer alguna anomalía futura en el niño.

El personal de enfermería debe saber lo que las madres sienten por sus hijos, que piensan del cuidado que ellos le brindan a su hijo/a, conocer que tan seguros se sienten ante el cuidado que brindarán en el hogar y saber si se creen capaces de poder realizarlo. Además, debieran preguntarles reiteradas veces qué entendió de lo que se le explico, para así conocer que tanto lograron captar y si comprenden la importancia del cuidado que les enseña; además conocer cuáles son sus dudas y miedos, para que sean quienes puedan darles a las madres la seguridad que necesitan, para ser capaces de cuidar a su hijo/a.

En el marco de la iniciativa de UNICEF, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, en los pasos sugeridos para la transformación del modelo asistencial, la organización del seguimiento del recién nacido sano y especialmente del de riesgo, en consultorios externos especializados, promueve la priorización de la inclusión familiar como un componente esencial para la atención integral de estos niños, que merecen igualdad de oportunidades en su inserción familiar, educativa y social. (UNICEF, 2011)

El seguimiento de recién nacidos *“forma parte de la prevención en salud, enfocada en una política de prevención precoz, pues en los primeros meses de vida se juegan muchos parámetros de la vida del niño y también de sus padres”*. (Novali, L., 1997)

Graziella Fava Vizziello, en su libro: *Los hijos de las máquinas*, dice que *“el seguimiento enfoca la evolución de estos niños desde el punto de vista somático, funcional y psíquico, poniendo de relieve la importancia de las numerosas interacciones del médico y la familia, actividad que debe ser coadyuvada desde el inicio por otras figuras profesionales que son indispensables para estos niños”*. (Fava Vizziello, G., 1993)

En la última década, enfermería ha avanzado de manera rápida y significativa, y ha adquirido nuevos conocimientos científicos, los cuales ha aplicado a los cuidados que da al sujeto y a su familia. Durante toda esta evolución y ampliación de la información, los campos de la práctica de la enfermería se han hecho más fluidos, separados y ajustados a las necesidades e intereses en cada una de las etapas que afronta un recién nacido junto a sus padres. Los índices de morbi-mortalidad materno infantil, han descendido notablemente con la participación adecuada sobre la vigilancia y control de la salud de la mujer y su hijo durante el embarazo, el parto y el postparto.

En nuestra cultura, aun hoy se ve idealizada la imagen de una madre con su bebé saludable, y de hecho, la mayoría de los niños (90%), tendrán un nacimiento con trastornos leves y transitorios, que le permitirán gozar de buena salud junto a su familia. Sin embargo, un porcentaje menor (alrededor del 10%), requerirá algún cuidado especial, que lo obligará a permanecer internado un tiempo más de lo habitual. (Ceriani Cernadas, J. M., Fustiñana C. A., Mariani, G., Jenik, A. & Lupo, E. A., 2009)

Los enfermeros del área materno-infantil, están presentes en un momento de alto temor emocional para la familia, como es el nacimiento de un hijo. Esto constituye un privilegio y 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 sanitario, trabajar en la educación de las familias es una efectiva estrategia de promoción y prevención en salud, que impacta a corto, mediano y largo plazo y trasciende en beneficios para la sociedad en su conjunto.

Se considera que con esta investigación se logrará reflejar los conocimientos que adquieren las madres sobre signos de alerta al momento del alta, recabando información que permitirá mostrar al personal de salud el saber, que en gran parte, transmiten ellos a los padres.

Se trata de una investigación políticamente viable, que dispone del recurso humano necesario, presenta un bajo costo y tiempo. Al realizarse en una institución que recibe un alto porcentaje de nacimientos mensuales, habiendo un gran número de madres que podrán estar dispuestas a participar de la investigación, se permitirá que este estudio sea factible para lograr la participación de los sujetos. Además, se podrá generalizar los hallazgos por lo menos a lo largo de la provincia, ya que se cuenta con las mismas políticas de salud en todo Neuquén.

Se considera que no existirán problemas éticos ni morales con la investigación a realizar, por el contrario ayudará a mejorar el trabajo diario de los servicios, además al ser cuestionarios de tipo anónimo, se podrá resguardar la identidad de quien da las respuestas.

Con esta investigación se busca aumentar la satisfacción de varias necesidades de la salud de los recién nacidos, ya que podrá permitir la elaboración de programas de educación que beneficien a la madre y mucho más aun a su recién nacido.

ESTADO DEL ARTE

Bohórquez Gamba, O. A., Santana, A. R., Pérez, L. J. & Munévar, R. Y. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y el recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances de enfermería, volumen XXVII (2)*.

Este trabajo fue realizado por estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, entre los años 2004-2007. Ofrece un enfoque integral de 5 trabajos de grado, efectuados y desarrollados en servicios de Internación (puerperio) de cuatro hospitales de Bogotá, dentro del proyecto "Seguimiento domiciliario a la madre y al recién nacido durante el puerperio".

En los mismos se describe el vínculo madre-hijo-padre y familia como grupo de apoyo, a quienes realizaron seguimiento mediante llamado telefónico y visitas domiciliarias, identificando factores de riesgo y signos de alarma. Respondiendo a ello, los estudiantes y docentes realizaron acciones de promoción para la salud y prevención de enfermedades mediante sesiones educativas, contribuyendo en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal por causas evitables. Además demostró, que enfermería sobrepasa escenarios hospitalarios y participa en espacios de la vida cotidiana como el hogar.

Este informe aporta a la investigación que cuando el trabajo de enfermería es continuo, desde la internación hasta el hogar, el logro que se alcanza contribuye eficientemente en la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil por causas prevenibles a través de estrategias sencillas.

Ponce Capitán, M. A. (2005). *Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria*. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Este estudio, surge tras la necesidad de conocer cuál es el grado de conocimientos de las puérperas sobre sus autocuidados y los cuidados del RN en el momento del alta de la unidad de posparto del Hospital Universitario

«Virgen de Valme» de Sevilla. Se planteó un estudio observacional, descriptivo y transversal, durante los meses de diciembre de 2003 a febrero de 2004. La población de estudio se compuso de un total de 50 mujeres ingresadas en la unidad de posparto y que cumplían ciertos criterios de inclusión.

La conclusión más importante se acentúa en la necesidad de dar continuidad a la educación maternal en el puerperio.

Como aporte se considera la forma en que se dispuso la entrega y recogida del cuestionario, como una posible estrategia al momento de la recolección de datos.

Molina, C. R. & Leiva, D. V. (2010). Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Enfermería Actual en Costa Rica, volumen 18.*

El siguiente artículo presenta los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, de un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal, del Programa Educativo de Enfermería. El mismo fue realizado durante la etapa de posparto y dirigido a 13 madres adolescentes, durante el mes de Julio del 2007 en 4 áreas de salud de Costa Rica.

La información fue recolectada mediante la aplicación de un cuestionario, denominado "pretest", el objetivo fue realizar un diagnóstico para determinar las necesidades educativas de las madres adolescentes y luego se desarrolló un programa educativo de Enfermería (durante la etapa de posparto), utilizando elementos de la teoría de Orem (1991)

Las necesidades educativas encontradas en el diagnóstico se relacionaron con: cambios físicos y psicológicos en la etapa posparto, estilo de vida en la etapa posparto, planificación familiar, lactancia materna, cuidados y estimulación del recién nacido/a.

Al indagar acerca del cuidado del/a bebé, pudo extraerse que las jóvenes tenían bastante desconocimiento al respecto y la información que poseían les había sido transmitida por sus madres, por lo cual, estaba cargada de mitos populares que evidenciaban que el cuidado brindado a sus bebés podía no ser

ni suficiente ni adecuado. Igualmente, todas las participantes aseguraban sentir temor por la nueva etapa en la que se encontraban.

Esta investigación sirve como aporte al estudiar y poner en evidencia el "conocimiento" que las madres adolescentes tienen en relación al autocuidado y por sobre todo al cuidado brindado a su hijo. En la actualidad, el trabajo con madres adolescentes es diario, por ello considero que aporta a la hora de demostrar el cuidado que ellas tienen hacia sus hijos en relación con el tema de la investigación a realizar.

Rosabal Suarez, L. & Piedra Cosme, B. (2004). Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Revista Cubana Enfermería, volumen XX (1)*.

Este estudio de intervención prospectivo, se realizó en el hogar materno de Baraguá, del área de salud de Baraguá (Mella, Santiago de Cuba), en 12 mujeres ingresadas en enero de 2003, con el fin de indagar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna de las futuras madres.

Como instrumento se confecciono una encuesta, con 10 preguntas de múltiple opción. Para considerar si las mujeres tenían conocimientos sobre lactancia.

Lo que se toma como aporte del instrumento de recolección, es la entrevista cerrada con múltiple opción, que se realiza en dos partes, por un lado los datos personales que podrían ser acerca de los padres y el niño, y por otro lado los ítems realizados sobre el conocimiento preciso acerca del tema investigado.

Castiblanco López, N. & Muñoz de Rodríguez, L. (2010). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en Enfermería, volumen XXIX (1)*.

Este artículo surgió de la tesis "El significado que tiene para las madres cuidar el recién nacido prematuro en el hogar, desde su contexto cultural", para

obtener el título de magíster en Cuidado de enfermería para la salud materna perinatal.

El mismo es un estudio cualitativo etnográfico focalizado, con soporte en la etno enfermería. La información fue suministrada por ocho madres (participantes del Programa Madre Canguro Integral), en sus hogares, a partir de la realización de entrevistas a profundidad.

Así, se concluyó, que para las madres cuidar al recién nacido prematuro en el hogar implica un cuidado básico, esencial, especial y extremo.

El cuidado directo al recién nacido prematuro en el hogar significa para la madre cangurear, masajear, proteger del frío, alimentar, mantener la higiene, conservar el medio, dar amor, colocar oxígeno si lo requiere y saber sobre las señales del niño.

Las madres buscan adaptarse con una meta clara y precisa: "cuidar de su recién nacido prematuro en el hogar", porque aunque no sea fácil, están convencidas de que la recuperación de su hijo prematuro es más rápida en sus propios hogares.

Lo que se rescata del estudio, es su perspectiva de tratar el cuidado del niño prematuro en su hogar, ya lejos del cuidado de enfermería y sus conocimientos, sino desde su entorno familiar como cuidadores. Sin duda este informe demuestra que se logró generar seguridad en las madres, que una vez establecidas en sus hogares fueron capaces de cuidar a su hijo prematuro. Obtener información del conocimiento y la cultura familiar, facilita a la enfermera ofrecer un cuidado apropiado, que garantice el éxito en el desarrollo del niño prematuro una vez que logra el alta hospitalaria. Este es un informe que permite demostrar que cuando existe confianza y conocimiento en los padres, los mismos serán capaces de garantizar cuidados relacionados con la salud de sus hijos. Su punto de vista etnográfico, permite analizar la investigación de manera diferente.

Chapilliquen Pérez, J. E. (2009). *Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

El presente estudio de investigación para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. El mismo tenía el objetivo de determinar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Este estudio de tipo descriptivo, empleo como técnica, la encuesta y como instrumento el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes.

Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida.

Lo que se rescata del estudio, es la evidente necesidad de las madres adolescentes a ser guiadas por el profesional de enfermería, para brindar adecuados cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.

Noguera Ortiz, N. & Rodríguez Rodríguez, M. R. (2008). *Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. Avances en enfermería, volumen XXVI (1)*.

Este artículo surge del trabajo de grado para optar por el título de Enfermera Especialista en Enfermería Materno Perinatal, que tuvo como propósito realizar una propuesta del cuidado de enfermería desde lo cultural, con base en las prácticas de cuidado que las madres adolescentes realizan con sus hijos durante la etapa de puerperio.

La propuesta se desarrolló a partir de los resultados obtenidos en la investigación "Prácticas de cuidado que las madres adolescentes realizan con

sus hijos recién nacidos durante la etapa de puerperio" (2002). La propuesta de cuidado se diseñó a partir de un estudio exploratorio, descriptivo y documental con abordaje cualitativo, teniendo en cuenta la investigación base, la recolección y la revisión de la bibliografía. Surge del cuidado relacionado con dos dominios de la investigación base: favorecer el cierre de las aberturas transitorias (cordón umbilical) que posee el recién nacido y evitar la entrada de frío y calor para la búsqueda del equilibrio en el cuerpo del mismo.

Se concluye que reconocer el conocimiento del personal de salud acerca de las creencias populares que practica la mujer para proteger al recién nacido, facilitaría la atención integral en las instituciones hacia la persona, la familia y la comunidad. La educación brindada debe basarse en prácticas de cuidado conocidas y evaluadas con el fin de preservarlas, negociarlas o transformarlas. Este informe aporta a la investigación que al momento de educar a padres de un recién nacido, entrarán en conflicto lo que el personal de salud enseña, con su legado cultural. Se debe comprender entonces que el cuidado del niño debe centrarse en prácticas negociables que favorezcan el cuidado en el hogar.

Jiménez Márquez, E. J. & Sosa Silva, A. B. (2014). *Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú

La presente es una investigación que tuvo como objetivos: identificar, analizar y describir la educación que brindan las enfermeras a las madres primerizas con hijos prematuros en el servicio de Neonatología del H.N.A.A.A.

Esta investigación de tipo cualitativa con diseño de estudio de caso, tuvo como sujetos de estudio a siete madres primerizas con hijos prematuros que concurrieron al servicio de Neonatología del H.N.A.A.A.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad y su marco teórico fue sustentado por la teoría de Ramona Mercer. Después de todo el proceso investigativo se pudo evidenciar, que el nacimiento del niño desencadena sentimientos tales como: culpa, miedo, y tristeza en las

madres primerizas, debido al desconocimiento o la presencia de dudas con respecto a su crianza. Al reflexionar sobre sus experiencias con un bebé pre término hospitalizado, se pudo evidenciar que la enfermera educaba sobre los cuidados que debía brindar la madre, tanto en la hospitalización como en el post alta, de los que se obtuvieron tres categorías: I - promoción del vínculo afectivo madre - hijo a través de la lactancia materna; II - educación sobre los cuidados primordiales para el Recién Nacido Prematuro: Higiene, vestimenta y abrigo; y III – búsqueda de la trascendencia Espiritual del Recién Nacido Prematuro: Bautizo.

Este informe aporta a la investigación la evidencia de que la educación que la enfermera da a la madre para el recién nacido, se inicia en la hospitalización y se proyecta directamente al hogar, puesto que genera en la madre la seguridad de que ella es capaz de cuidar a su hijo de forma adecuada. Además esta educación permite la eliminación de dudas e inquietudes y permite disminuir los sentimientos de miedo y culpa que genera en las madres tener un hijo prematuro. De igual manera puede informarse y aprender a reconocer los signos de alarma y actuar acertadamente ante determinadas situaciones.

Martínez Pérez, A. P. (2009). *Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Esta investigación tuvo como objetivo principal, identificar cual fue la modificación de conocimientos en las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido, después de la aplicación de un programa educativo, en la ciudad de Bolívar, Bogotá D. C., en el 1er semestre del 2009.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, cuyo diseño es cuasi experimental, utilizando una muestra total de 30 madres adolescentes, quienes cumplieron los criterios de inclusión.

Como resultado de la misma se obtuvo que el programa educativo “Cuidando a mi recién nacido”, logró modificar los conocimientos de las madres

adolescentes en relación a los cuidados básicos, como alimentación, signos de alarma, etc., del recién nacido, encontrándose sobre el 90%, lo cual significó que el aporte de los programas de educación a esta población es positivo.

Una vez más se ve reflejado que la enseñanza hacia las madres es lo que permite que las mismas generen el conocimiento necesario para el cuidado de sus hijos. Esta investigación contribuye sumando más evidencia respecto a que el conocimiento se gana a través de la enseñanza que el personal de salud brinda a las madres, y de esta manera se contribuye directamente a favorecer la salud del recién nacido.

Campos Burga, M. M. & Castillo Agip, J. Y. (2015). *Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca-Ferreñafe, 2014.* Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Esta investigación fue realizada con el objetivo de describir, analizar y comprender los cuidados culturales que brinda la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca - Ferreñafe, 2014.

La misma es una investigación de tipo cualitativa, con enfoque etnográfico. La muestra fue no probabilística determinada por saturación, siendo los informantes nueve madres que tenían un neonato, que dieron a luz por parto domiciliario, y que eran bilingües (hablaban quechua y español). El escenario de investigación fue el hogar de cada madre.

Para la recolección de datos se utilizó la observación participante, la entrevista etnográfica y el diario de campo.

Como resultados se concluyó que las madres mantenían prácticas populares en el cuidado al neonato para satisfacer sus necesidades básicas, usando la naturaleza de acuerdo a su bagaje cultural; brindaban lactancia materna combinada con infusiones de Sauco, Cutiquero, Manzanilla, leche de vaca, y no ofrecían el calostro a los neonatos porque creían que la primera leche es "*mala*"; como protección cósmica ante aire, mal de ojo, y susto, utilizaban el cuy, azufre, periódico con timolina. El afecto y acompañamiento se brindaba al sostener al neonato en su espalda con la "*chicta*".

Lo que se rescata del estudio es la evidencia de la enorme influencia que ejerce la cultura de las madres, en el cuidado de los neonatos. Las personas viven inmersas en una determinada cultura, donde adquieren rasgos culturales propios de su familia y entorno, haciendo que sus creencias y prácticas sobre el cuidado de la salud se originen y desarrollen dentro de ese contexto social. Cada cultura tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos, que varían de acuerdo a la comunidad, caserío o región; con valores, creencias y prácticas de los cuidados arraigados e influidos por el entorno en la comunidad, haciendo que muchos de éstos afecten o sean poco saludables para la salud familiar, y en especial para los neonatos por ser los más vulnerables.

Conocer los cuidados culturales que realizará una madre, permitirán guiar correctamente la práctica del cuidado enfermero.

La madre es la primera persona que ha de recibir información y educación por parte del personal de salud utilizando herramientas y estrategias adecuadas que le permitan comprender la información brindada, por ser quienes pasan el mayor tiempo con los niños y son las responsables de los cuidados básicos de éstos. Sin embargo las madres optan por no modificar algunas prácticas nocivas, como el de evitar manipular o sobar la zona de inyección o el de automedicarse con hierbas de la zona.

MARCO TEÓRICO

El **conocimiento** es el acto o efecto de conocer, es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la reflexión.

A lo largo de la historia, se han creado diferentes conceptos acerca del conocimiento. Para el filósofo Platón (427-347 a.C.) *"(...) el conocimiento podía alcanzarse. Para él, el conocimiento debía ser certero e infalible y tener como objeto lo que es en verdad real, en contraste con lo que es sólo apariencia"*. Para lo cual, define dos niveles de saber: la *opinión*, que son observaciones que ignoran la realidad de las cosas, formando parte de lo probable y aparente, y las cuales no podrían llegar a ser el conocimiento verdadero; mientras que el *conocimiento*, sería *"(...) el punto más alto del saber, porque concierne a la razón en vez de a la experiencia."*, la razón sería la única que conduciría a la realidad verdadera. (Valhondo, D., 2003)

Aristóteles (384-322 a.C.) por su parte establecía que *"la experiencia es la base del conocimiento verdadero y que la percepción (...), es el punto de partida necesario y obligatorio (...) de todas las ciencias. Para él, el conocimiento comienza en los sentidos"*. (Valhondo, D., 2003)

A fines del siglo XVII y hasta los primeros años del siglo XIX, surge un movimiento cultural e intelectual conocido como la Ilustración, que tenía como objetivo finalizar "las tinieblas de la humanidad" a través de la razón. Los pensadores de esta época, consideraban que la razón humana podría combatir con la ignorancia, superstición y dominación, para construir un mundo mejor. En este contexto surge la filosofía de Kant (1724-1804), quien reflexionará sobre un conocimiento humano basado en la adquisición de un conocimiento sensible y otro no sensible (espiritual). Así, *"Contra el empirismo, demuestra que toda experiencia supone unas formas apriorísticas (...), que no proceden de la experiencia, sino que son condiciones de la experiencia, es decir, empírico implica lo no empírico. Contra el racionalismo, demuestra que existen unas formas apriorísticas esencialmente referidas a la visión, y que sin la visión no puede darse conocimiento alguno."* (Valhondo, D., 2003)

Desde Kant hasta la Edad Contemporánea, surgen corrientes empíricas, idealistas y científicas que intentan definir el conocimiento y su adquisición.

Carlos Sabino (1996) establece que el *“conocimiento llega a nosotros como un proceso, no como un acto único donde se pasa de una vez de la ignorancia a la verdad; y es un proceso no sólo desde el punto de vista histórico (...) también en lo que respecta a cada caso particular, a cada descubrimiento, teoría o hipótesis que se elabora”*. (p.15)

Ahora bien, sabiendo que el conocimiento es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, se establece que aprender es una acción esencial para el ser humano.

El **aprendizaje** consiste en adquirir, procesar, comprender y aplicar una información que nos han enseñado, es decir, cuando aprendemos nos adaptamos a las exigencias que los contextos nos demandan.

Sobre el **aprendizaje**, Moreira, M. A. (2005) considera que es **significativo** cuando permite *“la interacción entre el nuevo conocimiento y el conocimiento previo. (...), el nuevo conocimiento adquiere significado para el aprendiz y el conocimiento queda más rico, más diferenciado, más elaborado en relación con los significados ya presentes y, sobre todo, más estable.”* (p.4)

Las personas formamos parte de grupos sociales con los cuales nos relacionamos influenciando sobre sus miembros y permitiendo que estos generen influencia sobre nosotros. De ellos conocemos y aprendemos a desarrollarnos y desenvolvemos en la sociedad. Todos llegamos a ser influenciados de alguna manera, ya sea de forma positiva o negativa.

Estableciendo esto, se nota cada vez más la necesidad de que enfermería oriente su accionar a partir de ello, comprendiendo las necesidades de su población de estudio desde un **modelo holístico**, que vea al usuario como un todo y no solo como un ser biológico, pensando al individuo como un ser social que necesita de su entorno.

Sin embargo, Amezcua Martínez (citado por Palacios Ceña, 2007) expone que *“La visión actual del sujeto por parte de los profesionales sanitarios...favorece la pérdida de las experiencias vividas.”* De ahí la necesidad de potenciar la competencia cultural de la enfermera y evitar la universalización de los cuidados. (Palacios Ceña, D., 2007)

El cuidado de enfermería ha de ser holístico permitiendo a la madre no perder sus experiencias, sino que aportando conocimientos a las mismas, cambiando hábitos que no sean saludables por otros que si lo sean, mejorando algunos que probablemente ya tenga, y sumando otros que desconozca, para así lograr un saber integral, que les permita sentirse seguros a la hora de brindarles el cuidado necesario a su hijo/a.

Sobre la **percepción** se ofrecen diversas definiciones: (Universidad de Murcia)

- Gibson: define la teoría de que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. El organismo solo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para sobrevivir.
- Neisser: la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.
- Psicología moderna: la interacción con el entorno no podría ser posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. Conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Alrededor de la década de 1950, **Virginia Henderson** comienza las bases de lo que más tarde sería su **Modelo en enfermería**. Allí definió a la enfermería

con un rol de suplencia, ya que la enfermera sería la persona capaz de asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyeran a la salud o a la recuperación del mismo. Ella establecía que el mismo podría realizarlas si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto le permitiría al individuo ganar independencia de forma más rápida. (Riopelle, L., Grondin, L. & Phaneuf, M., 1999)

Además, el Modelo de Henderson abarcó términos de salud, cuidado, persona y entorno desde una perspectiva holística; puesto que consideraba que la enfermera no solo debía valorar las necesidades del usuario, sino que también las condiciones y los estados patológicos que podrían modificarlo, identificándolo a su vez como un ser social inmerso en una familia como unidad.

Margaret Jean Watson estudia el **cuidado de enfermería** con enfoques filosóficos y con base espiritual, viéndolo como el ideal moral y ético de la enfermería. Para Watson (citado por Teorías filosóficas, 2013) la enfermería *“es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir los sentimientos, y a su vez, es capaz de experimentarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”*. (Teorías filosóficas, 29 de Mayo, 2013).

Enfermería basa sus conocimientos en el acto de cuidar, Watson (citado por Teorías filosóficas, 2013) establece que *“es necesario identificar al cuidado como un fenómeno universal, que se exprese en acciones y esas acciones son diferentes según las distintas culturas por parte de quienes dan cuidado y quienes lo reciben, según las percepciones, experiencias y significados”*. (Teorías filosóficas, 29 de Mayo, 2013).

La Organización Mundial de la Salud, define que enfermería *“abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos discapacitados y personas en situación terminal.”* (OMS, 2016)

La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) define a la enfermería como la *“protección, fomento y optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.”* (ANA, 2016)

Considerando al usuario como un ser holístico, el profesional de enfermería deberá evaluar las necesidades del individuo y planear cuidados que a la vez logren incluir a su familia. Enfermería debería además, poner en marcha métodos de enseñanza que le permitan al individuo un aprendizaje significativo, integrando a sus conocimientos anteriores, los nuevos aprendidos.

Enfermería siempre está presente en las distintas circunstancias en que se hace necesaria su atención y cuidado, sin importar la etapa del ciclo vital en la que la persona se encuentre. Sin embargo en la investigación que se pretende realizar, nos centraríamos principalmente en la primera etapa del ciclo vital.

En la **primera etapa del ciclo vital** se encuentran los periodos: neonatal, que corresponde a los primeros 28 días de vida del niño; y la del **lactante**, que abarca desde los 28 días de vida hasta los doce meses. Estos términos se ajustan a recién nacidos pretérmino, a término o pos término.

La etapa prenatal neonatal es muy corta, pero esencial para la captación oportuna de defectos genéticos y congénitos que se descubrirán para prevenir y tratar gran parte de las enfermedades. Durante este tiempo, la maduración de los distintos sistemas orgánicos, los va a habilitar o condicionar para la adaptación a la vida extrauterina.

En **neonatología** se prestan servicios a niños **recién nacidos**, o menores de 28 días de vida, considerados **de riesgo**, es decir que *“...han sido expuestos a procesos que comprendieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición a la vida extrauterina, y que son susceptibles de padecer enfermedad e incluso morir...Este grupo incluye también a los recién nacidos vivos de embarazos no controlados o de los que se carece de*

anamnesis completa, por las consecuencias inmediatas que pueden derivar de esta situación al momento de su nacimiento.” (Comité Científico de Enfermería Neonatal – Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan (2009). Cuidados en enfermería neonatal. Buenos Aires: Journal)

Clasificación del Recién Nacido

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera: (OMS, 2016)

- **RNT (Recién nacido de término):** Aquellos nacidos después de las 37 semanas de gestación y 41 semanas con seis días. (< de 42 sem. de gestación).
- **RNPrT (Recién nacido prétermo):** Aquellos nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:
 - * Prematuros extremos (<28 semanas)
 - * Muy prematuros (28 a <32 semanas)
 - * Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)
- **RNPosT (Recién nacido postérmino):** Aquellos nacidos con >42 semanas de gestación.

Luego, según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican según el percentil, (los percentiles o tablas de crecimiento son cuadros de medidas que permiten valorar y comparar el peso de un niño o niña con relación a un rango estándar). Los parámetros que se miden son: estatura, peso y circunferencia de la cabeza, se utilizan los primeros años de vida.

- **APEG: Adecuado peso para la edad gestacional:** cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)

- BPEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- MBPN: muy bajo peso al nacer
- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

A los prematuros, definidos por una edad gestacional inferior a 37 semanas, se los ha dividido en subgrupos de acuerdo a la edad gestacional y peso de nacimiento, por las diferencias que presentan en cuanto a riesgos, morbilidad y mortalidad. Así a los neonatos con peso de nacimiento menor a 1500 g se los clasifica como de muy bajo peso de nacimiento (MBPN), a los menores de 1000 g, extremo bajo peso de nacimiento (EBPN) y a aquellos cuyo peso se encuentran entre los 500 y 750 g se los llama microprematuros. Estos dos últimos grupos justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50 % de la discapacidad en la infancia. (Revista de enfermería, 2007).

La madurez del recién nacido estará determinada por la edad gestacional que posea el mismo. Así se darán las categorías neonatales: (OMS, 2016)

- **Recién nacido Prematuro:** Es aquel que tiene menos de 37 semanas de gestación, subdividiéndose a su vez en prematuro extremo al niño < 28 semanas de gestación, muy prematuro al nacido entre las semanas 28 – 31, y prematuros moderados a tardío al nacido entre las 32 y 36 semanas de edad gestacional.
- **Recién nacido de término:** aquel nacido entre las 37 – 40 semanas de gestación.
- **Recién nacido pos-término:** niño nacido con más de 41 semanas de gestación.

Desde el inicio de la vida se comunica, pero más aún en el nacimiento comienza el periodo de intercomunicación en la relación y vínculo con la madre, manifestando su descontento mediante el llanto y su placer con la ausencia del mismo.

Al comenzar la época de **lactante**, las adquisiciones y el desarrollo madurativo lo va a ir conduciendo a la independencia progresiva hasta el final del primer año de vida. En condiciones extremas como la prematurez, estas etapas serán vivenciadas de una manera muy diferente, con largos periodos de internación (que podrían llegar a superar los tres meses).

Se estipula que un **niño nacido de término**, en condiciones normales y con una adaptación esperable para su edad gestacional, estará internado con su madre en una institución hospitalaria durante 2 o 3 días; sin embargo un neonato pretérmino o con complicaciones en la adaptación a la vida extrauterina, podrá estar internado por un tiempo indeterminado que en general supera los 28 días.

Será en este tiempo en el que enfermería deberá no solo trabajar con el niño, sino que también lo hará con su familia, comprendiendo que la educación hacia ellos es fundamental para el posterior cuidado que el lactante requerirá en su hogar.

Pensando en la educación que debería brindarse a la familia del recién nacido, durante los últimos 35 años se ha desarrollado el modelo **Maternidades Centradas en la Familia (MCF)**, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (HMIRS) de Buenos Aires, Argentina. En 1991 la OMS y UNICEF presentaron la iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), que se crea con el fin promover la lactancia materna en las maternidades, y llega a ser implementada en Argentina desde 1994, proponiendo así la iniciativa **Maternidades Centradas en la Familia**.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF y la de **Maternidad Segura**, durante el 2009, UNICEF trabajó en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación en un proyecto que definió los criterios mínimos que debería reunir un centro maternal para ser considerado **Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)**. Así, se estableció además, que la misma ha de tener una cultura organizativa que reconozca a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, y priorice la seguridad de la atención; estimulando el respeto

y la protección de los derechos de la mujer y el niño, por parte de los miembros del equipo de salud; y que promueva la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de los mismos; implementando prácticas seguras y de probada efectividad, y fortaleciendo otras iniciativas. (OPS/OMS, 2008)

En nuestro país, con su implementación se intenta promover una atención humanizada, que ponga énfasis en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención, con el fin de reducir la morbi mortalidad materna y neonatal.

Para promover la calidad de cuidado en la salud de los niños, se deberá favorecer en los padres un proceso de sensibilización acerca de cuáles son los problemas más graves que pueden afectar a su hijo, las causas y consecuencias, y los recursos y oportunidades para resolverlos. Pero para generar estos procesos es necesario crear un espacio donde se propicie la participación, el diálogo, la reflexión, el debate, el intercambio de saberes, la creatividad y la confianza en las propias posibilidades de acción y cambio. (UNICEF – 2011)

La Unidad de Pediatría del Hospital Ángeles de las Lomas, México, define a los **signos de alarma del recién nacido** como *"...el síntoma que puede ser causado por muchas enfermedades y que en general es difícil distinguir, ya que en los recién nacidos, a diferencia de los niños mayores, un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades..."*. (Hospital Ángeles de las Lomas, 2013)

La Clínica Palermo (2015), de Buenos Aires-Argentina, afirma que los siguientes signos y síntomas son los que se deben tomar como urgencia médica en un recién nacido: (Clínica Palermo, 2015)

- Palidez
- Cianosis
- Rubicundez
- Ictericia

- Pobre succión
- No come
- Deposición con sangre o moco
- Vomito persistente
- Temperatura superior a 38 grados o menor de 36 grados
- Signos de dificultad respiratoria: aleteo nasal, hundimiento de costillas, aumento en el número de veces que respira, ausencia de respiraciones.
- Región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel
- Irritabilidad continua
- Diarrea: deposiciones acuosas, más de una deposición por comida
- Estreñimiento por más de 48 horas
- Abdomen globoso brillante, piel templada, y dolor al tacto.

Para desarrollar los **conceptos** de cada uno de los **signos de alarma** se extrajo información de diversa bibliografía que se detalla a continuación:

Palidez

Ausencia de color en la piel del neonato, que puede ser causada por insuficiencia circulatoria, anoxia, anemia (la palidez por anoxia puede asociarse con bradicardia en tanto que la palidez por anemia se asocia con taquicardia). (Comunidad de enfermería neonatal, 2011)

Cianosis

Coloración azulada de la piel y de las mucosas que se produce a raíz del exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o por un defecto en la estructura de la molécula de hemoglobina como en el caso de la metahemoglobinemia. (Comunidad de enfermería neonatal, 2011)

- * **Cianosis central:** (piel azulada incluyendo lengua y labios). Es la consecuencia de una baja saturación de oxígeno en la sangre. Esto puede estar asociado con enfermedades pulmonares, o cardíacas congénitas, o por tipos de hemoglobina anormales como metahemoglobina o sulfahemoglobina etc.

- * **Cianosis periférica:** (se ven afectadas solo las extremidades, brazos, piernas) En esta cianosis se produce una disminución de la circulación sanguínea local en los órganos periféricos, puede ser a causa de hipotermia, inestabilidad vasomotora o shock.

Rubicundez

Coloración rojiza de la piel, que puede estar causada por hipertermia o policitemia como puede darse en los casos de desnutrición fetal, transfusión intergemelar o materno-fetal. (Comunidad de enfermería neonatal, 2011)

Ictericia

Coloración amarilla de la piel y las mucosas, esta se debe al aumento de los niveles séricos de bilirrubina. La hiperbilirrubinemia puede ser fisiológica y transitoria causada por: metabolitos presentes en la leche materna que inhiben la conjugación de la bilirrubina en el hígado del recién nacido para su posterior excreción, pero también puede ser patológica por diversos motivos (hemolítica por incompatibilidad sanguínea, enfermedad metabólica, y colestasis, entre otras). (Comunidad de enfermería neonatal, 2011)

No come o tiene una pobre succión

Las razones más frecuentes, a parte de la prematurez, son las perturbaciones durante el período neonatal como problemas de la lengua (frenillo muy corto, lengua retráctil, lengua que se enrolla hacia arriba, entre otros), hipoglucemia, hipoxia, ictericia, anestesia y analgesia de la madre durante el parto, incluida la epidural, así como la llamada inmadurez del sistema nervioso central. (Leche League France, 1999)

Deposición con sangre o moco: (Ramos Espada, J. M., Rodríguez Herrera, A. & Silva García, G., 2008)

La presencia de sangre en las heces debe generar alarma en los familiares. Suele referir cantidades de sangre pequeñas desde negruzcas hasta las más frecuentes rojas o rojizas. Los mecanismos de compensación en el niño, sobre todo en el lactante y preescolar, son menos eficaces que en el niño mayor y el adulto, haciéndolo más vulnerable ante una hemorragia digestiva. La evaluación rápida, con una exploración clínica adecuada, pondrá de manifiesto

que en la mayoría de los casos, no se necesitará tratamiento urgente, pudiendo definir en el transcurso del estudio, con las pruebas pertinentes, el diagnóstico y el posterior tratamiento adecuado.

Por hemorragia digestiva baja (HDB), se entiende toda pérdida valorable de sangre por lesiones que afectan al tubo digestivo más allá del ángulo de Treitz. Tomada esta referencia anatómica, clínicamente la hemorragia se presentará en forma de:

- **Melena:** Deposiciones de sangre expulsada por el recto negruzca, untuosas, alquitranada y malolientes mezcladas con material fecal, que suelen provenir de tramos altos del tubo digestivo, siendo más negra cuanto más tiempo permanezca en el mismo.
- **Hematoquecia:** Deposiciones de sangre rutilante, roja, fresca y brillante que puede preceder a la defecación, ir mezclada con ella o ser independiente de aquélla. En general su origen se da por lesiones debajo del ángulo de Treitz, aunque a veces proviene de sangrados altos abundantes, y por tanto mínimo contacto con los fermentos digestivos, apareciendo por el recto como sangre no modificada.

Vomito persistente

El vómito consiste en la expulsión violenta por la boca del contenido del estómago y de las porciones altas del duodeno provocada por un aumento de la actividad motora de la pared gastrointestinal y del abdomen. Los vómitos son una causa frecuente de consulta en pediatría, la mayoría de las veces en relación con cuadros benignos, aunque en otras pueden ser reflejo de una enfermedad grave. El vómito debe distinguirse de la regurgitación, que se refiere al desplazamiento sin esfuerzo del contenido gástrico hacia el esófago y la cavidad oral, como ocurre con el reflujo gastroesofágico fisiológico. La madre/padre deberá saber la diferencia entre vómito y regurgitación, y reconocer la necesidad de realizar una consulta médica. (De la Torre Espí, M. & Molina Cabañero, J. C., 2007)

Hipertermia/Hipotermia:

La OMS (1997), estableció que los valores normales de temperatura central en el recién nacido a término son entre 36,5 - 37,5 °C. (SIBEN, 2010)

En los recién nacidos la pérdida y ganancia de calor varían de acuerdo a varios factores: (El universal, 2013)

- **Superficie corporal:** el tono vasomotor periférico y la cantidad de tejido subcutáneo, el escaso aislamiento térmico, la masa corporal pequeña, la escasa habilidad para cambiar de postura, la imposibilidad de tiritar para mantener calor, el no poder modificar su vestimenta como respuesta al stress térmico, constituyen todas ellas desventajas para la termorregulación, también pueden tener condicionada la capacidad de termorregulación por hipoxia, intoxicación farmacológica o enfermedades subyacentes.
- La producción y disipación del calor se regulan por termogénesis y sudoración, los neonatos tienen un sistema sensorial que les permite apreciar la temperatura ambiental a través de receptores cutáneos; el área trigeminal de la cara es altamente sensible al frío y al calor, al detectarse enfriamiento por estos receptores, se origina una rápida respuesta metabólica.
- El sistema de control central actúa a través de receptores hipotalámicos que aún no están ajustados a una temperatura fija.

Signos de dificultad respiratoria

Las manifestaciones clínicas más comunes de las enfermedades pulmonares neonatales son: cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio, retracciones costales, quejido espiratorio, cianosis y alteraciones en la auscultación pulmonar. (Pérez-Rodríguez J. & Elorza D., 2003)

La frecuencia de respiraciones normal del recién nacido, presenta un máximo de 60 respiraciones en cada minuto y esta es la cifra máxima tolerable para hablar de frecuencia respiratoria normal. Las respiraciones podrán tener irregularidades, pero siempre respetando el límite de la frecuencia. Si la frecuencia respiratoria se encuentra por encima de 60 el niño presenta una

taquipnea y en caso de ser de forma sostenida deberá recibir atención médica. (Intermountain Healthcare, 2012)

La respiración normal se lleva a cabo sin esfuerzos, por ende la utilización de músculos accesorios o el esfuerzo respiratorio requerirá también atención médica.

El cese de flujo de aire en la vía aérea por 20 segundos o el cese de flujo por menos de este tiempo que se acompaña de coloración azulada en la piel (cianosis) o con enlentecimiento de la frecuencia de latidos del corazón (bradicardia) se denomina apnea. La causa del enlentecimiento de la frecuencia respiratoria o de apnea puede ser una infección, aunque puede corresponder a una convulsión en el recién nacido, problemas cardíacos o corresponder a atragantamiento o asfixia durante la alimentación o por secreciones difíciles de deglutir entre otras situaciones. Estos niños, en general, deberán recibir aporte de oxígeno para mantener un color sonrosado, junto con una evaluación que determine la gravedad de la insuficiencia respiratoria. (Pérez-Rodríguez J. & Elorza D., 2003)

Región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel (Pérez Moneo A. B., Pérez Butragueño M. & Molina Amores C., 2012)

La onfalitis consiste en la infección del ombligo y los tejidos que lo rodean. Es una infección típica del periodo neonatal y cursa con: dolor, induración, eritema, mal olor, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo. Los factores de riesgo para su aparición son:

- Bajo peso al nacer
- Trabajo de parto prolongado
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Cateterismo umbilical
- Partos domiciliarios
- Cuidado inapropiado del cordón.

El niño además puede presentar alteración de la temperatura, irritabilidad o letargia, vómitos o afectación del estado general, lo que sugiere presencia de complicaciones.

Las complicaciones son poco frecuentes pero graves: sepsis neonatal, trombosis portal, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal y fascitis necrotizante.

El diagnóstico es clínico, siendo los signos más característicos el exudado purulento junto con el eritema periumbilical.

Sin duda, su tratamiento deberá ser de forma rápida para evitar futuras complicaciones.

Irritabilidad continua (Saunders M. & Gorelick M. H., 2011)

Los bebés normalmente lloran de 1 a 3 horas diarias. Esto será normal en un bebé cuando tiene hambre, sed, cansancio, soledad o dolor o durante la noche. Pero, si un bebé llora con demasiada frecuencia, puede ser una señal de algo que requiere tratamiento. Los bebés podrán llorar por:

- * Cólicos
- * Incomodidad o irritación ocasionada por un pañal mojado o sucio, por gases excesivos o por sentir frío
- * Hambre o sed
- * Enfermedad
- * Infección (una causa probable si el llanto está acompañado de irritabilidad, letargo, inapetencia o fiebre.
- * Medicamentos
- * Contracciones y espasmos musculares normales que perturban el sueño
- * Dolor
- * Dentición

Diarrea

La diarrea consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal. La diarrea refleja un

aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. Hay que tener en cuenta la edad del niño, ya que la frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. En caso de presentarse este síntoma, el niño requerirá asistencia médica. (Román Riechmann, E., Barrio Torres, J. & López Rodríguez, M. J., 2009)

Estreñimiento

El estreñimiento se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen; en la actualidad para su definición se aceptan los criterios de Roma III. Los recién nacidos y lactantes alimentados con lactancia materna suelen tener al menos dos deposiciones al día y el lactante con alimentación complementaria tendrá al menos tres por semana, y el niño mayor, dos por semana. Utilizándolo como referencia, se podrá decir que un lactante con menos de dos deposiciones al día, en el primer caso, o con menos de tres deposiciones semanales, en el segundo caso, padece estreñimiento y deberá recibir asistencia médica. (Sánchez Ruiz, F., Gilbert, J. J., Bedate Calderón, P. & Espín Jaime, B., 2007)

Abdomen globoso brillante, piel templada, y dolor al tacto (Zúñiga Rocha, S.)

La expresión abdomen agudo implica el concepto de una emergencia médica de origen abdominal. Corresponde a un diagnóstico provisorio, que se utiliza para enfrentar una enfermedad caracterizada por dolor abdominal de etiología desconocida y de iniciación brusca que, dejada a su espontánea evolución sin tratamiento, podría conducir a complicaciones mayores. Así, obliga a efectuar los estudios de laboratorio necesarios que contribuyan a establecer un diagnóstico etiológico definitivo, del cual derivará el tratamiento correcto.

En los primeros días de la vida, las anomalías digestivas congénitas constituyen la causa más importante de abdomen agudo. A mayor edad, son más frecuentes los problemas adquiridos. Ahora bien, tanto cuadros congénitos

como adquiridos son difíciles de diagnosticar, sobretodo en lactantes y niños muy pequeños, debido fundamentalmente, a la dificultad de obtener la información clínica adecuada.

Algunas de las causas de dolor abdominal en lactantes pueden ser:

- **Virosis respiratoria alta.**
- **Neumonía-pleuroneumonía.**
- **Otitis.**
- **Gastroenteritis.**
- **Infección urinaria.**

El síntoma más frecuente a toda edad lo constituye el dolor. En los lactantes y niños menores será su madre quien podrá decir sobre signos indirectos de este dolor, que permitan orientación, como lo son el llanto, la posición que el niño adopta y los antecedentes previos.

El síntoma que sigue en frecuencia es el vómito. Será importante conocer sus características: si es alimentario, bilioso, de retención o hemático. Un vómito bilioso en un recién nacido es un signo ominoso y orientará con cierta seguridad hacia una obstrucción intestinal. Son importantes también, la frecuencia, especialmente la tendencia a la progresión y el momento de presentación, si son postprandiales precoces o tardíos, o relacionados con algún evento o situación. El vómito que se va haciendo continuo, persistente, bilioso, obedece probablemente a una causa orgánica. Así mismo, el vómito que precede al dolor abdominal, suele no corresponder a una patología quirúrgica.

Signos como la alteración de las deposiciones, la hemorragia, el meteorismo, la disminución de la excursión abdominal en los lactantes, la alteración de los ruidos intestinales, y los signos y síntomas generales tales como fiebre, taquicardia, compromiso progresivo del estado general, la lengua saburral y la halitosis, la deshidratación, y los cambios de coloración de la piel e hidratación de las mucosas, deben ser considerados.

Educación a los padres durante Internación conjunta

La internación es el limitado tiempo que el personal de salud posee para dar a conocer y lograr afianzar conceptos que los padres de un recién nacido, sea prematuro o de término, requieren para hacer eficiente el cuidado de la salud de su hijo.

En la publicación que Soria, R. M. (2012) realiza para la revista Enfermería Neonatal, establece que la internación: *“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 aquí donde entonces, la familia comienza a ser el objeto de cuidado del personal de salud, pero principalmente del sector de enfermería, puesto que como ella explica *“El rol de los enfermeros como profesionales del cuidado 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, dado que son quienes tienen contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje.”*. (p 22)

Debemos saber que ninguna familia será igual a otra, pues en cada una de ellas podrán haber existido circunstancias especiales no esperadas, como el estado crítico de la madre luego del parto/cesárea; una separación temprana, como el nacimiento prematuro del niño; o proyecciones e ideales que los padres tenían puestas sobre su hijo y por alguna razón deberán ser reformuladas; todas ellas jugarán un papel principal alterando la unión familiar y haciéndola más fuerte o más débil, dependiendo de cada uno de ellos. Por ello, el personal de salud deberá contribuir a *“...fortalecer la autoestima de los padres para que se sientan capaces de ejercer su paternidad con responsabilidad y autonomía.”*

“...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 familias, ameritando nuestra intervención solamente aquellas circunstancias en las cuales detectamos

dificultades, riesgos o conflictos en relación con el cuidado y la crianza. Las familias, 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 un acervo al que se remiten inexorablemente respecto 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.”. (Soria, R. M., 2012, p 22)

Aspectos esenciales que deberán trabajarse para el cuidado de los padres y el recién nacido:

Vínculo

El vínculo primario será el binomio madre-hijo, puesto a partir de este el niño logrará generar lazos con ella y hacia otros, lo cual, favorecerá su desarrollo madurativo emocional. Será fundamental preservar, fomentar y acompañar el fortalecimiento del vínculo como objetivo primordial.

El contacto piel a piel inmediato, precoz y prolongado (COPAP) será la mejor estrategia, puesto que contribuirá a la rápida regulación de la temperatura corporal del recién nacido y permitirá el inicio de la succión al pecho del mismo, en paralelo, hará que la madre segregue ocitocina favoreciendo el alumbramiento, la retracción uterina, la disminución del sangrado y favorecimiento del inicio de la lactancia.

“Durante la internación en la maternidad, es importante fomentar la pronta respuesta de los padres a las manifestaciones del recién nacido en demanda de apego... 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...”. (Soria, R. M., 2012, p 22)

La transición de la Unidad al hogar del prematuro y sus padres

La Lic. Malerbaa, M. C. (2010) expone en su informe que "...frente al abrupto nacimiento del bebé, la pregunta de los padres es si ese hijo pequeño y débil, rodeado de aparatos electrónicos y cables, va a sobrevivir. No pueden pensar en llevárselo.". (p 4). Es así que, cuando el alta comienza a ser una opción, el miedo aumenta junto al gran estado de agotamiento que muchos de ellos presentan.

El alta debe planificarse pausadamente, debe ser la culminación de una serie de progresos clínicos del niño y del trabajo progresivo de inclusión de los padres en el cuidado del bebé. La decisión ha de ser conjunta y multidisciplinaria y la elaboración de un plan educativo para la familia. Se trata de una planificación, con objetivos claros que debe estar escrita en la historia clínica y al alcance de todos los profesionales implicados en el cuidado. Debe mantenerse una coherencia en la información y un lenguaje común entre todos los profesionales.

El proceso de preparación de los padres deberá ser individual y centrado en las necesidades específicas de su bebé y de las posibilidades de aprendizaje e idiosincrasia de cada familia en particular. (Malerbaa, M. C., 2010, p 5)

Las claves para comenzar a hablar con los padres del alta son: preguntar (inquietudes, deseos, miedos), escuchar (silencios, palabras, gestos y miradas), entender (diferencias), facilitar (el aprendizaje con palabras propias, las decisiones), respetar (silencios, llantos, resistencias), evitar (complacencia tanto como el autoritarismo) y acercarse en el marco de una relación no paternalista. (Malerbaa, M. C., 2010, p 6)

El objetivo principal es la autosuficiencia de los padres para cuidar a su hijo en el hogar, interpretar sus necesidades y conocer cuándo consultar frente a un problema.

DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Variable

Las variables son características o cualidades, que se dan en cierta cantidad o magnitud en un sujeto, y que son susceptibles a sufrir cambios. Las mismas serán objeto de análisis, manipulación o control en una investigación. (Arias, 2006)

Las variables que sean identificadas en un estudio, indicarán que es lo que se debe observar o medir en un proyecto de investigación.

Sabino (1980), define por variable a “cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes valores, es decir, que puede variar, aunque para un objeto determinado que se considere puede tener un valor fijo”.

Características que se desean conocer de las madres a entrevistar

- **Edad:** Las investigaciones comprueban que a menor edad de la madre, menor es el conocimiento adquirido y mayor la necesidad de aprender sobre las necesidades de su hijo recién nacido.
- **Cantidad de hijos:** Las investigaciones comprueban que las madres que ya tienen hijos poseen en general conceptos ya instaurados que pueden favorecer o dificultar el cuidado hacia el recién nacido
- **Información recibida:** Se busca conocer si las madres están recibiendo educación que les permita aprender sobre signos de alarma; conocer además los temas de los cuales reciben información.

Se definen a continuación las catorce respuestas correctas del cuestionario:

1_ Características del signo palidez: El recién nacido puede presentar ausencia de color en la piel, tornándose pálida por diferentes causas biológicas. Este signo debe ser tomado como alerta de alguna complicación en el niño, y por ende debe recibir asistencia médica a la brevedad.

2_ Características del signo cianosis: Se define como coloración azulada de la piel de extremidades y/o boca (incluyendo lengua y labios), generada por una baja saturación de oxígeno en la sangre o por una disminución de la circulación sanguínea local en los órganos periféricos, puede ser a causa de hipotermia, inestabilidad vasomotora o shock. Por cualquiera de las causas antes mencionadas, el niño siempre deberá recibir atención médica.

3_ Características del signo rubicundez: Coloración rojiza de la piel, que puede estar causada por hipertermia o policitemia. Si su madre comprueba que la temperatura se encuentra en rangos estables y desconoce otra causa, lo primero que debe hacer es llevarlo al médico para que lo examine.

4_ Características del signo ictericia: Coloración amarilla de la piel y las mucosas, que se debe al aumento de los niveles séricos de bilirrubina. La hiperbilirrubinemia puede ser fisiológica y transitoria o patológica por diversos motivos, la acción correcta sería que sus padres lleven al niño para un examen médico.

5_ No come o tiene una pobre succión: El recién nacido debería alimentarse cada 3 – 4 Hs., si un niño se alimentaba sin dificultades y comienza a no tener hambre o a succionar de manera diferente sin razón aparente, las razones pueden ser varias, pero los padres deberán consultar siempre con un médico.

6_ Depositiones con sangre o moco: La presencia de sangre en las heces debe generar alarma en los familiares. Suele referir cantidades de sangre pequeñas desde negruzcas hasta las más frecuentes rojas o rojizas. Este signo requiere de una evaluación médica.

Las deposiciones normales en el recién nacido serán durante los primeros días de color oscuro o negro, para continuar con un color verdoso más claro, hasta alcanzar la coloración amarillo claro.

7_ Vómito persistente: El vómito consiste en la expulsión violenta por la boca del contenido del estómago y de las porciones altas del duodeno provocada por un aumento de la actividad motora de la pared gastrointestinal y del abdomen. El vómito debe distinguirse de la regurgitación, que se refiere al desplazamiento sin esfuerzo del contenido gástrico hacia el esófago y la cavidad oral, como ocurre con el reflujo gastroesofágico fisiológico. Las madres deben conocer la diferencia entre vómito y regurgitación, y reconocer la necesidad de realizar una consulta médica.

8_ Diarrea: consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, de color amarillento, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. En caso de presentarse este síntoma, el niño requerirá asistencia médica.

9_ Estreñimiento: disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen. Los recién nacidos y lactantes alimentados con lactancia materna suelen tener al menos dos deposiciones al día y el lactante con alimentación complementaria tendrá al menos tres por semana. Utilizándolo como referencia, se podrá decir que un lactante con menos de dos deposiciones al día, en el primer caso, o con menos de tres deposiciones semanales, en el segundo caso, padece estreñimiento y deberá recibir asistencia médica.

10_ Abdomen globoso brillante, piel templada, y dolor al tacto: La expresión abdomen agudo implica el concepto de una emergencia médica de origen abdominal. Corresponde a un diagnóstico provisorio, que se utiliza para enfrentar una enfermedad caracterizada por dolor abdominal de etiología

desconocida y de iniciación brusca que, dejada a su espontánea evolución sin tratamiento, podría conducir a complicaciones mayores.

El síntoma más frecuente a toda edad lo constituye el dolor. Los signos indirectos de este dolor, serán el llanto, la posición que el niño adopta, el vómito, antecedentes previos, alteración de las deposiciones, hemorragia, fiebre, taquicardia, deshidratación, cambios de coloración de la piel, etc.

11_ Hipertermia/Hipotermia: La OMS (1997), estableció que los valores normales de temperatura central en el recién nacido a término son entre 36,5 - 37,5 °C.

En los recién nacidos la pérdida y ganancia de calor varían de acuerdo a varios factores. El tono vasomotor periférico y la cantidad de tejido subcutáneo, el escaso aislamiento térmico, la masa corporal pequeña, la escasa habilidad para cambiar de postura, la imposibilidad de tiritar para mantener calor, el no poder modificar su vestimenta como respuesta al stress térmico, constituyen desventajas para la termorregulación, también pueden tener condicionada la capacidad de termorregulación por hipoxia, intoxicación farmacológica o enfermedades subyacentes.

12_ Signos de dificultad respiratoria: La frecuencia de respiraciones normal del recién nacido, presenta un máximo de 60 respiraciones en cada minuto, podrán tener irregularidades, pero siempre respetando el límite de la frecuencia. Si la frecuencia respiratoria se encuentra por encima de 60 respiraciones por minuto, deberá recibir atención médica.

La respiración normal se lleva a cabo sin esfuerzos, por ende la utilización de músculos accesorios o el esfuerzo respiratorio, que a la observación se notará como hundimiento del pecho, visibilidad de las costillas y elevación de los hombros, requerirá también atención médica.

Las pausas en la respiración por 20 segundos o por menos de este tiempo acompañada de coloración azulada en la piel (cianosis) o con enlentecimiento de la frecuencia de latidos del corazón (bradicardia) se denomina apnea, este signo requerirá atención médica inmediata.

13_ Región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel:

La onfalitis consiste en la infección del ombligo y los tejidos que lo rodean. Es una infección típica del periodo neonatal y cursa con: dolor, induración, eritema, mal olor, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo, alteración de la temperatura, irritabilidad o letargia, vómitos o afectación del estado general. Requerirá atención médica para su tratamiento

14_ Irritabilidad continua: Los bebés normalmente lloran de 1 a 3 horas diarias. Será normal en un bebé cuando tiene hambre, sed, cansancio, soledad, dolor o durante la noche.

Pero, si un bebé llora con demasiada frecuencia, puede ser una señal de: cólicos, incomodidad o irritación ocasionada por un pañal mojado o sucio, por frío, enfermedad, infección (una causa probable si el llanto está acompañado de irritabilidad, letargo, inapetencia o fiebre), medicamentos, dolor, etc.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Categorías o dimensiones	Indicadores
Conocimiento de las madres sobre signos de alarma del recién nacido	Conjunto de ideas y conceptos que poseen las madres sobre signos de alarma en el recién nacido	Oxigenación	Signos de dificultad respiratoria
		Alimentación	Falta de apetito o pobre succión
			Abdomen globoso-brillante, piel templada y dolor al tacto
		Eliminación	Deposiciones con sangre o moco
			Vómito persistente
			Diarrea
			Estreñimiento
		Temperatura corporal	Hipertermia/Hipotermia
		Piel	Palidez
			Cianosis
			Rubicundez
			Ictericia
		Higiene corporal	Región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel
Dormir y descansar	Irritabilidad continua		

Se realizó una tabla de puntaje a fin de operacionalizar los datos obtenidos en las encuestas a realizar a las madres, colocando una puntuación de 2 puntos por cada respuesta correcta y de 0 a las respuestas incorrectas.

TABLA DE PUNTUACIÓN POR PREGUNTAS

N° de pregunta	Puntaje de respuesta	Puntaje por respuesta correcta
1	A=0, B=0, C=2	2
2	A=0, B=0, C=0, D=2, E=0	2
3	A=0, B=0, C=0, D=2, E=0	2
4	A=0, B=0, C=0, D=2, E=0	2
5. I	A=0, B=2, C=0	2
5. II	A=0, B=0, C=2	2
6	A=2, B=0, C=0, D=0	2
7. I	A=2, B=0, C=0, D=0	2
7. II	A=0, B=0, C=2	2
8	A=0, B=0, C=0, D=0, E=2, F=0	2
9	A=0, B=0, C=0, D=0, E=2, F=0	2
10	A=0, B=0, C=0, D=0, E=2, F=0	2
11. I	A=0, B=2, C=0, D=0	2
11. II	A=0, B=0, C=0, D=2, E=0	2
12	A=0, B=0, C=0, D=0, E=0, F=2, G=0	2
13	A=0, B=0, C=0, D=0, E=2, F=0, G=0	2
14. I	A=0, B=0, C=2	2
14. II	A=2, B=0	2
	Puntaje total	36

Para interpretar las respuestas obtenidas, se utilizará una escala ordinal, puesto que la misma permite clasificar los objetos, hechos o fenómenos en forma jerárquica, según el grado que posee una característica determinada, sin proporcionar información sobre la magnitud de las diferencias entre los casos así clasificados. La clasificación a utilizar entre los grados de conocimiento serán: insuficientes, parciales y suficientes.

Clasificación de los resultados en escala ordinal

Conocimiento de las madres sobre signos de alarma en el recién nacido	Rango
Insuficiente	0 a 11
Parciales	12 a 23
Suficientes	24 a 36

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo cuantitativo, dado que intenta determinar con exactitud a través de datos numéricos, basados en la estadística descriptiva. Estudio descriptivo - prospectivo ya que pretende conocer e identificar simultáneamente, en diversos casos, el conocimiento de las madres sobre signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos, en los servicios de Neonatología y Maternidad del Hospital Dr. E. Castro Rendón, sin importar por cuanto tiempo mantendrían características similares.

En respuesta al criterio propuesto por Ander Egg que sostiene que "... el estudio descriptivo es el nivel en lo que habitualmente han de trabajar quienes están preocupados por la acción, puesto que permite elaborar un marco de estudio a partir del cual, se deduce una problemática ulterior o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior".

Descriptivo porque se midieron las variables seleccionadas de las personas implicadas en el estudio, prospectivo porque se efectúa de un tiempo cero en adelante. (Polit y Hungler, 2000).

POBLACIÓN

La población para el estudio será conformada por madres que se encuentran con sus hijos internados en la UCIN o Maternidad del Hospital E. Castro Rendón de la ciudad de Neuquén en el periodo julio - agosto 2017.

Para el estudio se realizarán un total de 64 entrevistas. Las mismas serán divididas entre los dos sectores de la institución:

- **Servicio de Maternidad:** durante el año 2016 se registró un total de 110-120 nacimientos mensuales, de los cuales, 22 neonatos requirieron atención especializada y debieron ser ingresados a la Unidad de Neonatología de la institución. Por lo tanto, se promedia que 98

neonatos fueron atendidos, mensualmente, en este sector junto a sus madres. Por ello, para obtener resultados objetivos en esta investigación, se concluye abarcar el 50% de las internaciones, siendo necesaria la realización de 49 entrevistas en este sector.

- **Servicio de Neonatología:** durante el año 2016 se registró un total de 30 ingresos mensuales. Por ello, para obtener resultados objetivos en esta investigación, se concluye abarcar el 50% de las internaciones, siendo necesaria la realización de 15 entrevistas en este sector.

Criterios de inclusión:

- Madres que se encuentran con sus hijos internados por un tiempo mayor de 48 Hs en la UCIN o Maternidad del Hospital E. Castro Rendón.
- Madres que no padecen alteración psicológica
- Madres que no tienen a su hijo en estado crítico
- Madres que deseen participar de forma voluntaria con la investigación

Criterios de exclusión:

- Madres que se encuentran con sus hijos internados por un tiempo menor de 48 Hs en la UCIN o Maternidad del Hospital E. Castro Rendón.
- Madres que padecen alteración psicológica
- Madres que tienen a su hijo en estado crítico
- Madres que no deseen participar de forma voluntaria con la investigación

PLAN DE RECOLECCION DEL DATO

A partir del consentimiento de los participantes, se procederá a obtener las respuestas de la población participante. Se asignará un valor numérico a cada uno de los observados por motivos de discreción y de confidencialidad.

El instrumento para la recolección de datos que se utilizará en el desarrollo de la presente investigación es un cuestionario estructurado anónimo compuesto de interrogantes, con múltiples posibles respuestas, en el cual deberán marcar cual es/son la/s opción/es que considera correcta/s.

La recolección de datos se realizará por la/s mañana/s, durante los días que sean necesarios para completar los 64 formularios propuestos (15 de UTIN y 49 de Maternidad).

Plan de presentación, análisis e interpretación del dato

Una vez obtenidas el total de las encuestas con sus respuestas, se analizará la información recolectada bajo la estadística descriptiva, utilizando el análisis por distribución de frecuencias, obteniendo los resultados de la investigación, y planteando las conclusiones de la misma.

Los datos se volcarán a una tabla de entrada simple, donde se tabularán las respuestas acorde a un programa estadístico (Microsoft Office - Excel), a partir del cual se lograrán obtener porcentajes y gráficos representativos.

Proceso de análisis y presentación de datos:

- * Orden de los formularios numéricamente.
- * Revisión y filtrado de los datos.
- * Vuelco de los datos en base de datos.
- * Calculo de porcentajes.
- * Presentación de resultados obtenidos en gráficos, exponiendo las conclusiones.

VIABILIDAD

Se trata de una investigación políticamente viable, que dispone del recurso humano necesario (puesto que la investigación basta de un solo investigador y la población a investigar se encuentra disponible por ser una institución que recibe un alto porcentaje de nacimientos mensuales)

Presenta un bajo costo, que solo requerirá la disponibilidad de 40 encuestas impresas, de las que luego se volcarán sus resultados a una tabla virtual y se realizará su posterior análisis que no genera gastos económicos.

Al tratarse de un estudio basado en las respuesta, de la población estudiada, de un cuestionario con múltiples opciones, la obtención de las mismas no requerirán demasiado tiempo, y su posterior análisis conllevará un tiempo acorde a la investigación.

Se realizará en una institución que recibe un alto porcentaje de nacimientos mensuales, habiendo un gran número de madres que podrán estar dispuestas a participar de la investigación, permitiendo que este estudio sea factible para lograr la participación de los sujetos. Además, esto permitirá generalizar los hallazgos por lo menos a lo largo de la provincia, ya que se cuenta con las mismas políticas de salud en todo Neuquén.

Se considera que no existen problemas éticos ni morales con la investigación a realizar, por el contrario ayudará a mejorar el trabajo diario de los servicios, además al ser cuestionarios de tipo anónimo, se podrá resguardar la identidad de quien da las respuestas.

Con esta investigación se busca aumentar la satisfacción de varias necesidades de la salud de los recién nacidos, permitiendo además generar un avance en la comunicación del personal de salud hacia las madres, y hacia la integración familiar, para fomentar un porcentaje mayor de aprendizaje de las mismas.

El problema planteado tiene una alta prioridad en su solución, puesto que no existen estudios a nivel provincial, ni nacional, que reflejen el conocimiento que las madres poseen sobre signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos. Esto permitirá la elaboración de programas de educación que beneficien a la madre y mucho más aun a su recién nacido.

APORTES DE LA INVESTIGACIÓN

La mayor parte de mortalidad infantil mundial proviene de la etapa neonatal (menos de 28 días). Los esfuerzos por mantener niveles bajos de mortalidad infantil, están estrechamente ligados a estrategias en salud, que buscan educar y concientizar a los padres, para que sean capaces de dar al niño los cuidados especiales que necesita.

Basada en esta lucha mundial por disminuir la mortalidad infantil, se busca con este estudio identificar los conocimientos que poseen las madres sobre signos de alarma del recién nacido, para luego permitir la creación de programas de educación basados en esta investigación.

Durante la internación, los padres deberán conocer a su hijo y aprender a satisfacer todas las necesidades que él no puede cubrir por sí solo, deberán aprender a enfrentar situaciones desconocidas hasta el momento, pero además, habrán de aprender a confiar en ellos mismos y tener la certeza de que son capaces de cuidar a su RN al momento del alta. Sin embargo, actualmente no existen investigaciones a nivel provincial ni nacional que permitan observar el nivel de conocimientos que poseen los cuidadores de los recién nacidos.

Por ello, esta investigación se propone con el fin de indagar acerca de los conocimientos que poseen las madres de los recién nacidos sobre los signos de alerta, en relación a la salud de sus hijos, al momento del alta institucional, en el sector de Maternidad y la unidad de Neonatología, del Hospital Dr. Eduardo Castro Rendón, permitiendo luego la generalización de los datos obtenidos.

El equipo de salud debe ser un orientador y facilitador en la educación de las madres, debe aclarar sus dudas, sin dejar de pasar por alto sugerencias u opiniones de las mismas, pues es ahí donde se encuentran las verdaderas problemáticas. Para ello, es necesario la creación de planes de cuidados que tenga como fin prevenir las complicaciones más comunes, donde la educación

sea brindada de forma coherente y con un lenguaje común, centrado en la individualidad de la familia y de las necesidades específicas del niño/a.

Los enfermeros del área materno-infantil, serán quienes estarán presentes en los momentos en que existirá un alto nivel de temor emocional familiar, tanto durante el nacimiento como en los momentos en que el niño requiera más atención de la esperada. Deberán poner en acción todo el conocimiento y las habilidades adquiridas que le permitan garantizar el cuidado de esa familia en situación vulnerable, promoviendo un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud. Se considera que con esta investigación se logrará reflejar los conocimientos que adquieren las madres sobre signos de alerta al momento del alta, recabando información que permitirá mostrar al personal de salud el saber, que en gran parte, transmiten ellos a los padres.

El objetivo principal deberá ser la autosuficiencia de las madres para cuidar a su hijo en el hogar, interpretar sus necesidades y conocer cuándo consultar frente a un problema.

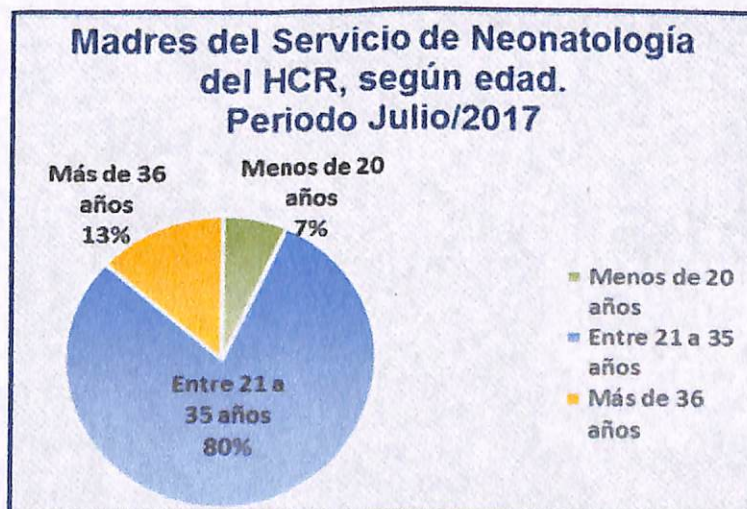
ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos al total de la población encuestada, siendo esta de un total de 64 participantes constituidos por 15 madres de niños del servicio de Neonatología y 49 madres de niños del servicio de Obstetricia del Hospital Castro Rendón, se procedió a la organización y análisis de los datos obtenidos. Los mismos se organizaron en dos etapas: 1. Perfil sociodemográfico de la población; y 2. Evaluación del conocimiento.

1. Perfil sociodemográfico de la población

Madres del Servicio de Neonatología del HCR, según edad. Periodo Julio/2017		
Edad de las madres	Total según edad	Porcentaje según edad
Menos de 20 años	1	7
Entre 21 a 35 años	12	80
Más de 36 años	2	13
Total	15	100

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017

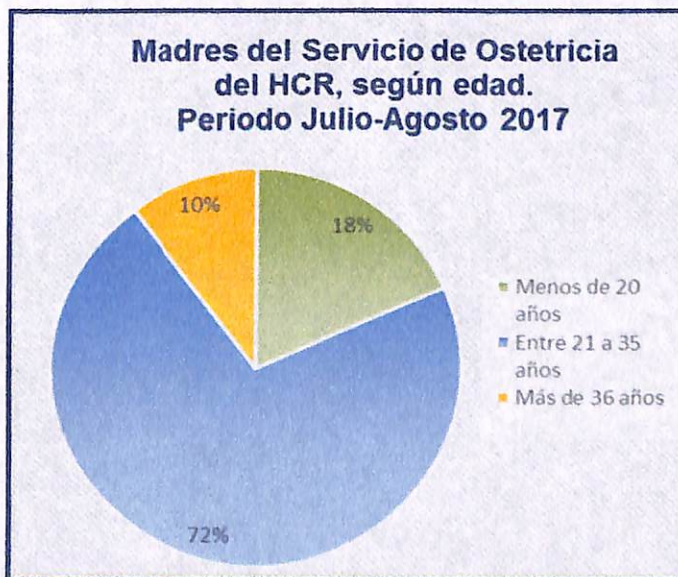


En el presente cuadro se observa que en el servicio de Neonatología, el mayor porcentaje de entrevistadas corresponde a madres que tienen entre 21 a 35 años de edad, alcanzando el 80% de las entrevistadas realizadas, seguido de las madres que poseen más de 36 años (13%), y finalizando en las madres con menos de 20 años que corresponde al 7% de las entrevistadas.

Se puede observar una similitud con el servicio de Obstetricia, donde el mayor porcentaje de entrevistadas corresponde a madres que tienen entre 21 a 35 años de edad, alcanzando el 72% de las entrevistadas realizadas, sin embargo, el segundo mayor grupo corresponde a las madres que poseen menos de 20 años (18%), seguido de las madres con más de 36 años que corresponden al 10% de las entrevistadas.

Madres del Servicio de Obstetricia del HCR, según edad. Periodo Julio-Agosto 2017		
Edad de las madres	Total según edad	Porcentaje según edad
Menos de 20 años	9	18
Entre 21 a 35 años	35	72
Más de 36 años	5	10
Total	49	100

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017

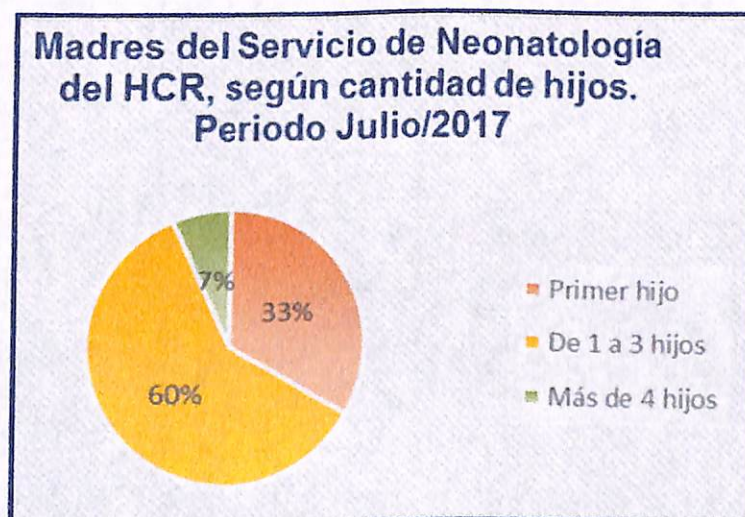


Con lo cual se demuestra que en ambos servicios, el grupo más numeroso se encuentra en madres en edad fértil, que ya tienen o seguirán teniendo más hijos.

Se observa que de las madres entrevistadas en el servicio de Neonatología, el 60% de las mismas tiene de 1 a 3 hijos, para el 33% es su primer hijo, y mientras que para el 7% significa un número mayor a 4 hijos.

Madres del Servicio de Neonatología del HCR, según cantidad de hijos. Periodo Julio/2017		
Cantidad de hijos por madre	Total según cantidad de hijos	Porcentaje según cantidad de hijos
Primer hijo	5	33
De 1 a 3 hijos	9	60
Más de 4 hijos	1	7
Total	15	100

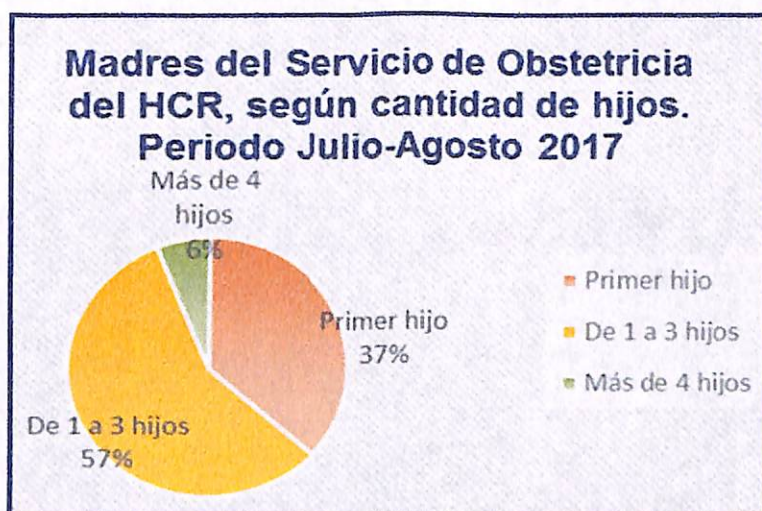
Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017



Similar es lo que ocurre en el servicio de Obstetricia, en donde el 57% de las mismas ya tiene de 1 a 3 hijos, para el 37% es su primer hijo, y mientras que para el 6% significa un número mayor a 4 hijos.

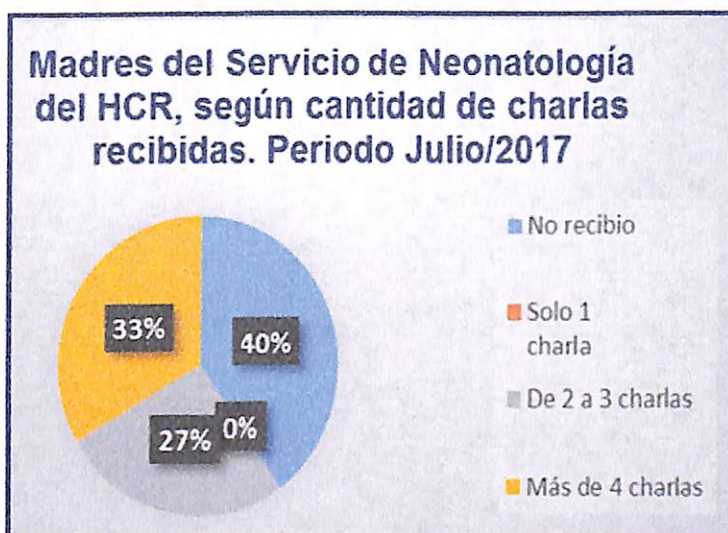
Madres del Servicio de Obstetricia del HCR, según cantidad de hijos. Periodo Julio-Agosto 2017		
Cantidad de hijos por madre	Total según cantidad de hijos	Porcentaje según cantidad de hijos
Primer hijo	18	37
De 1 a 3 hijos	28	57
Más de 4 hijos	3	6
Total	49	100

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017



Se buscó conocer si las madres habían recibido, durante su internación, charlas educativas donde se les informara directa o indirectamente sobre signos de alarma, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Madres del Servicio de Neonatología del HCR, según cantidad de charlas recibidas. Periodo Julio/2017		
Charlas recibidas por las madres	Total de madres	Porcentaje de madres
No recibió	6	40
Solo 1 charla	0	0
De 2 a 3 charlas	4	27
Más de 4 charlas	5	33
Total	15	100

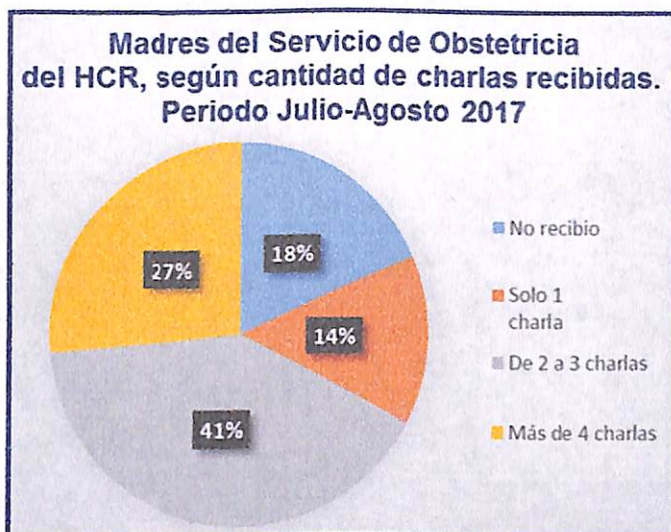


Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017

Se observa que en el servicio de Neonatología el 40% de las madres considero no haber recibido ningún tipo de charla informativa, mientras que el otro 60% dijo haber recibido de 2 a 3 charlas (27%, del total entrevistado) y hasta más de 4 charlas (33% de las entrevistadas).

Por otra parte, en el servicio de Obstetricia los resultados demuestran que el 18% de las madres considero no haber recibido ningún tipo de charla informativa, mientras que el otro 82% dijo haber recibido 1 charla (14% de las entrevistadas), de 2 a 3 charlas (41%, del total entrevistado) y hasta más de 4 charlas (27% de las entrevistadas).

Madres del Servicio de Obstetricia del HCR, según cantidad de charlas recibidas. Periodo Julio-Agosto 2017		
Charlas recibidas por las madres	Total de madres	Porcentaje de madres
No recibió	9	18
Solo 1 charla	7	14
De 2 a 3 charlas	20	41
Más de 4 charlas	13	27
Total	49	100



Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017

Al comparar se demuestra que, a pesar de que las madres del servicio de Obstetricia tienen un tiempo de internación menor que el de las de Neonatología, las primeras fueron las que consideraron haber recibido más charlas informativas durante su internación: Neonatología 60% Vs Obstetricia 82%.

Del 60% de las madres del servicio de Neonatología que señalaron haber recibido charlas educativas, el 100% recibió sobre higiene del recién nacido, el 89% sobre lactancia materna, otro 89% sobre cuidado de la temperatura, el 78% sobre signos de alarma y el 44% sobre reanimación neonatal.

Madres del Servicio de Neonatología del HCR, según información recibida. Periodo Julio/2017		
Información recibida	Total según información recibida	Porcentaje según información recibida
Lactancia materna	8	89
Higiene del recién nacido	9	100
Signos de alarma	7	78
Cuidado de la temperatura	8	89
Reanimación neonatal	4	44

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017

Mientras que en el servicio de Obstetricia, del 82% de las madres que señalaron haber recibido charlas: el 85% recibió sobre higiene del recién nacido, el 83% sobre lactancia materna, el 73% sobre cuidado de la temperatura, el 60% sobre signos de alarma y el 10% sobre reanimación neonatal.

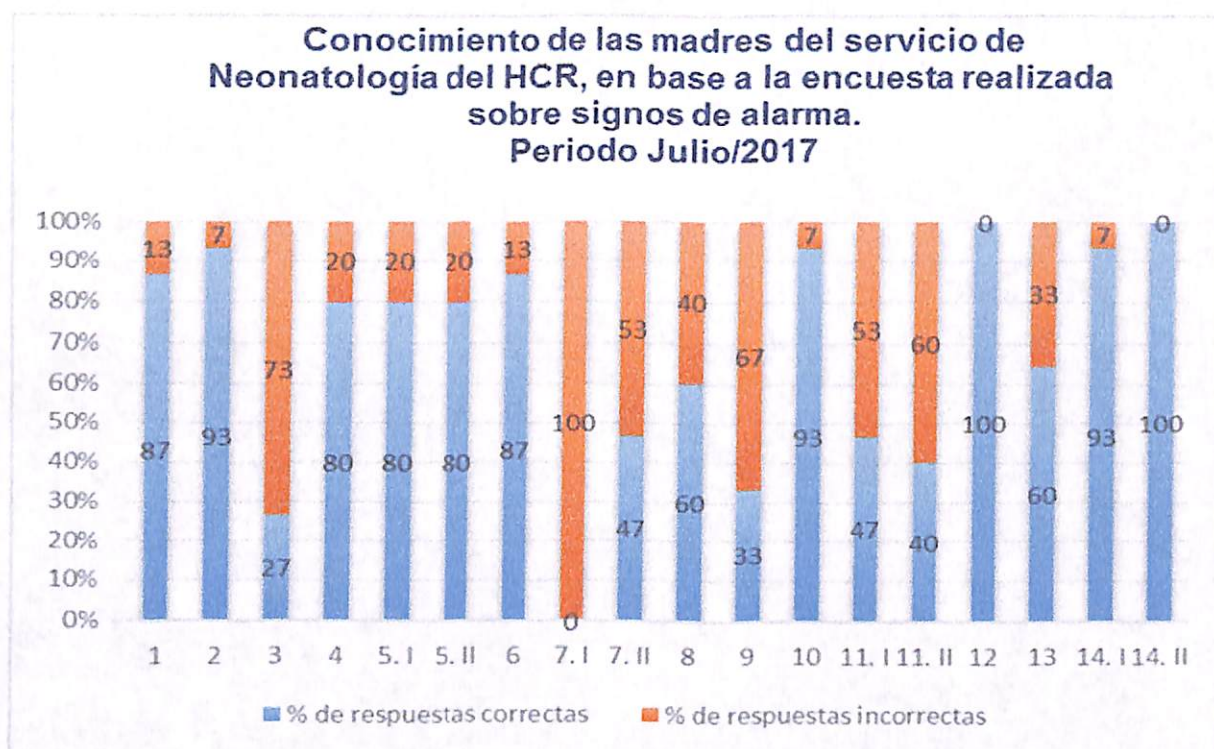
Madres del Servicio de Obstetricia del HCR, según información recibida. Periodo Julio-Agosto 2017		
Información recibida	Total según información recibida	Porcentaje según información recibida
Lactancia materna	33	83
Higiene del recién nacido	34	85
Signos de alarma	24	60
Cuidado de la temperatura	29	73
Reanimación neonatal	4	10

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017

Al comparar los temas que se informaron en las charlas que se les brindó a las madres, se observa que en todos los casos, el servicio de Neonatología brindó mayor información acerca de cada uno de los mismos:

- ✓ Higiene del recién nacido: Neonatología 100% Vs Obstetricia 85%
- ✓ Lactancia materna: Neonatología 89% Vs Obstetricia 83%
- ✓ Cuidado de la temperatura: Neonatología 89% Vs Obstetricia 73%
- ✓ Signos de alarma: Neonatología 78% Vs Obstetricia 60%
- ✓ Reanimación neonatal: Neonatología 44% Vs Obstetricia 10%

2. Evaluación del conocimiento



Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017

*Pregunta 13 con 1 caso de Onfalocele

Visualizando el gráfico se logra identificar los resultados de la encuesta en base al conocimiento que las madres del servicio de Neonatología poseen referente al tema de investigación. En el mismo se encuentran las 18 preguntas que conforman el cuestionario y sus enmarcados en porcentajes. Estas 18 preguntas se detallan a continuación.

En la pregunta N°1, el 87% de las participantes actuaria correctamente ante el signo de palidez, ya que consideran que no esta bien y por ello llevarían al niño al médico para que lo revise. El otro 13% piensa que puede ser que tenga frio, por lo que le tomaría la temperatura y si esta frio lo abrigo.

En la pregunta N°2, el 93% de las participantes actuaria correctamente ante el signo de cianosis ya que consultaría a un médico si el niño presenta coloración azulada en manos, cara y boca. El otro 7% solo consultaria si se presentara coloración azulada en la boca.

En la pregunta N°3, solo el 27% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de rubicundez, ya que consideran que cuando la piel de un niño se torna muy colorada debería consultar con un médico tenga o no fiebre. El otro 73% piensa que puede tener fiebre, por eso se la bajarían y lo seguirían controlando en casa o lo llevarían al médico, es decir que si no tuviera fiebre considerarían que es normal.

En la pregunta N°4, el 80% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de ictericia, ya que llevarían al médico a un niño en caso de presentar coloración amarilla de la piel de manos, de la cara y en los ojos. El otro 20% piensa que solo lo llevarían si notaran coloración amarilla de manos y cara.

En la pregunta N°5_I y II, el 80% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de falta de apetito o pobre succión, ya que consideran que un niño debe comer cada 3 o 4 Hs, y que en caso de no tener hambre o no succionar de igual forma debería consultar con un médico. El otro 20% piensa que un niño debería comer de 1 a 2 Hs y que en caso de no tener hambre o no succionar de igual forma debería insistir con alimentarlo o esperarlo más tiempo de lo habitual.

En la pregunta N°6, el 87% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de deposiciones con sangre o moco, ya que consideran que las características normales de las deposiciones de un niño son los primeros días de color oscuro o negro, para continuar con un color verdoso más claro, hasta alcanzar la coloración amarillo claro. El otro 13% piensa que serán siempre amarillas y líquidas.

En la pregunta N°7_I, el 100% de las participantes actuaría incorrectamente ante el signo de vómito persistente, ya que consideran que es aislado de leche digerida en pequeña cantidad y en algunos casos consideraron que también era abrupto, repetitivo y abundante. Sin embargo en la pregunta N° 7_II, el 47% de las participantes considero que si el vómito se presenta 2 veces, deberían consultar con un médico. El otro 53% piensa que se puede deshidratar o que deberían esperar que se repita 4 veces más.

En la pregunta N°8, el 60% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de diarrea, ya que consideran que las deposiciones de un niño no deberían ser líquidas, amarillas, con presencia de sangre, ni repetirse varias veces al día. El otro 40% considero las misma pero de forma aislada.

En la pregunta N°9, el 33% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de estreñimiento, ya que consideran que es normal que un niño tenga dos deposiciones por día si se alimenta con leche materna y tres por semana si se alimenta con leche de fórmula. El otro 67% piensa que deberían ser dos deposiciones por día, desconociendo cuantas deberían ser tras la alimentación con leche de fórmula.

En la pregunta N°10, el 93% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de abdomen globoso-brillante, piel templada y dolor al tacto, ya que consultarían con el médico en caso de que un niño presentara dolor al tocar su panza, llanto constante que no tiene consuelo, falta de deposiciones por más de 96 Hs y abdomen hinchado y brillante. El otro 7% piensa que solo consultaría si tuviera dolor al tocarle su panza.

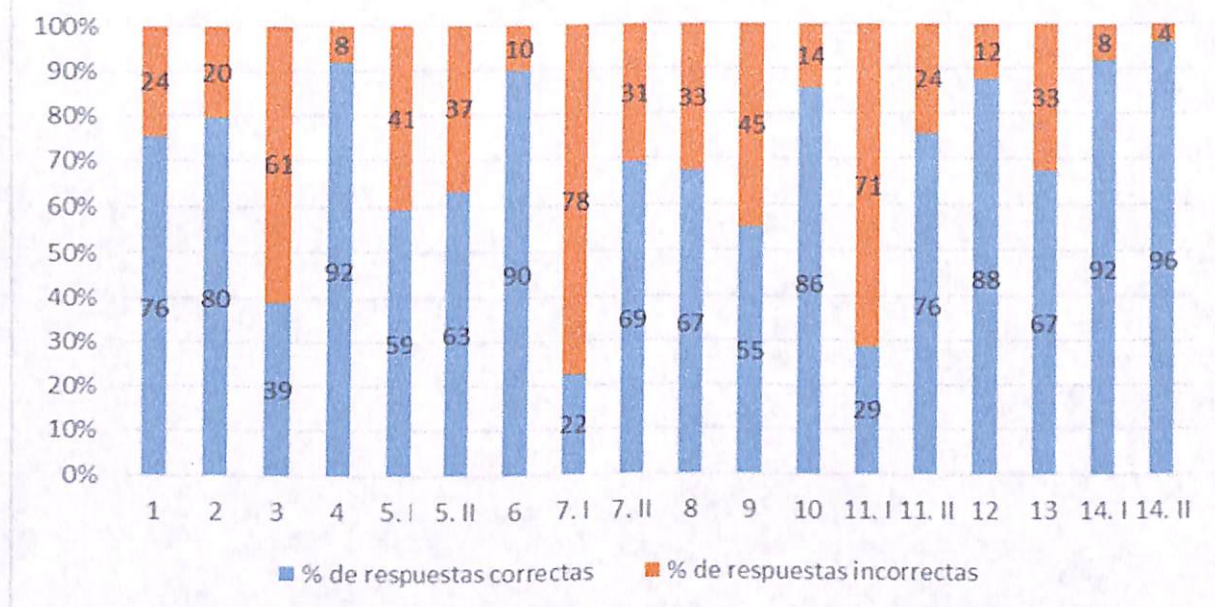
En la pregunta N°11_I, el 47% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de hipertermia/hipotermia, ya que consideran que la temperatura normal es de 36,5 a 37,5°C. El otro 53% piensa que la temperatura normal es entre 36 y 36,5°C o no sabe. Mientras que en la pregunta N°11_II, el 40% de las participantes actuaría correctamente, ya que ante la temperatura aumentada de un niño verificarían los abrigos, le darían un baño tibio y luego recurrirían al médico. El otro 60% directamente llevarían al niño al médico.

En la pregunta N°12, el 100% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de dificultad respiratoria. Todas consideraron que no es normal que un niño presente: respiraciones rápidas, respire cansado, presente coloración azulada de la piel, deje de respirar por momentos largos y respiraciones en las que se marquen las costillas en el pecho.

En la pregunta N°13, el 60% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel, ya que consideran deberían consultar a un médico por las siguientes características del cordón umbilical de un niño: signos de enrojecimiento alrededor del cordón, presencia de secreciones en la base del cordón y olor en la zona del cordón; otro 33% piensa que solo consultaría si hubiera olor en la zona del cordón; el 7% no pudo ser evaluado ya que se presentó un caso de Onfalocele donde la madre encuestada desconocía cuidados de la región umbilical.

En la pregunta N°14_I, el 93% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de irritabilidad continúa, ya que consultaría con un médico si su hijo presentara llanto sin consuelo. El otro 7% piensa que es normal que un niño llore, por lo que no consultaría con un médico. Sin embargo, en la pregunta N°14_II, el 100% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de irritabilidad continúa, ya que consultaría con un médico si su hijo presentara llanto, ausencia de hambre, cansancio o fiebre.

Conocimiento de las madres del servicio de Obstetricia del HCR, en base a la encuesta realizada sobre signos de alarma. Periodo Julio-Agosto 2017



Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017

Visualizando el gráfico se logra identificar los resultados de la encuesta en base al conocimiento que las madres del servicio de Obstetricia poseen referente al tema de investigación. En el mismo se encuentran las 18 preguntas que conforman el cuestionario y sus enmarcados en porcentajes. Estas 18 preguntas se detallan a continuación.

En la pregunta N°1, el 76% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de palidez, ya que consideran que no está bien y por ello llevarían al niño al médico para que lo revise. El otro 24% piensa que puede ser que tenga frío, por lo que le tomaría la temperatura y si está frío lo abrigo.

En la pregunta N°2, el 80% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de cianosis ya que consultaría a un médico si el niño presenta coloración azulada en manos, cara y boca. El otro 20% solo consultaría si se presentara coloración azulada en la boca y piel de la cara.

En la pregunta N°3, solo el 39% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de rubicundez, ya que consideran que cuando la piel de un niño se torna muy colorada debería consultar con un médico tenga o no fiebre. El otro 61% piensa que puede tener fiebre, por eso se la bajarían y lo seguirían controlando en casa o lo llevarían al médico, es decir que si no tuviera fiebre considerarían que es normal.

En la pregunta N°4, el 92% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de ictericia, ya que llevarían al médico a un niño en caso de presentar coloración amarilla de la piel de manos, de la cara y en los ojos. El otro 8% piensa que solo lo llevarían si notaran coloración amarilla de cara y ojos.

En la pregunta N°5_I, el 59% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de falta de apetito o pobre succión, ya que consideran que un niño debe comer cada 3 o 4 Hs. El otro 41% piensa que un niño debería comer de 1 a 2 Hs. Mientras que en la pregunta N°5_II, el 63% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de falta de apetito o pobre succión, ya que consideran que un si un niño comienza a no tener hambre o no succionar de igual forma debería consultar con un médico. El otro 37% piensa que un niño que en caso de no tener hambre o no succionar de igual forma debería insistir con alimentarlo o esperarlo más tiempo de lo habitual.

En la pregunta N°6, el 90% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de deposiciones con sangre o moco, ya que consideran que las características normales de las deposiciones de un niño son los primeros días de color oscuro o negro, para continuar con un color verdoso más claro, hasta alcanzar la coloración amarillo claro. El otro 10% piensa que serán siempre amarillas y líquidas.

En la pregunta N°7_I, el 22% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de vómito persistente, ya que consideran que es abrupto, repetitivo y abundante. El otro 78% considera que el vómito es aislado de leche digerida en pequeña cantidad y en algunos casos consideraron que además es abrupto, repetitivo y abundante. Sin embargo en la pregunta N° 7_II, el 69% de las participantes considero que si el vómito se presenta 2 veces, deberían

consultar con un médico. El otro 31% piensa que se puede deshidratar o que deberían esperar que se repita 4 veces más.

En la pregunta N°8, el 67% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de diarrea, ya que consideran que las deposiciones de un niño no deberían ser líquidas, amarillas, con presencia de sangre, ni repetirse varias veces al día. El otro 33% considero las misma pero de forma aislada.

En la pregunta N°9, el 55% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de estreñimiento, ya que consideran que es normal que un niño tenga dos deposiciones por día si se alimenta con leche materna y tres por semana si se alimenta con leche de fórmula. El otro 45% piensa que deberían ser dos deposiciones por día, desconociendo cuantas deberían ser tras la alimentación con leche de fórmula.

En la pregunta N°10, el 86% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de abdomen globoso-brillante, piel templada y dolor al tacto, ya que consultarían con el médico en caso de que un niño presentara dolor al tocar su panza, llanto constante que no tiene consuelo, falta de deposiciones por más de 96 Hs y abdomen hinchado y brillante. El otro 14% considero las misma pero de forma aislada.

En la pregunta N°11_I, el 29% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de hipertermia/hipotermia, ya que consideran que la temperatura normal es de 36,5 a 37,5°C. El otro 71% piensa que la temperatura normal es entre 36 y 36,5°C o no sabe. Mientras que en la pregunta N°11_II, el 76% de las participantes actuaría correctamente, ya que ante la temperatura aumentada de un niño verificarían los abrigos, le darían un baño tibio y luego recurrirían al médico. El otro 24% considero las misma pero de forma aislada.

En la pregunta N°12, el 88% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de dificultad respiratoria, ya que consideraron que no es normal que un niño presente: respiraciones rápidas, respire cansado, presente coloración azulada de la piel, deje de respirar por momentos largos y respiraciones en las que se marquen las costillas en el pecho. El otro 12% consideró que no es

normal que un niño presente respiraciones rápidas ni respiraciones que se marquen en las costillas de su pecho.

En la pregunta N°13, el 67% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de región umbilical con secreción, olor fétido, enrojecimiento alrededor de la piel, ya que consideran deberían consultar a un médico por las siguientes características del cordón umbilical de un niño: signos de enrojecimiento alrededor del cordón, presencia de secreciones en la base del cordón y olor en la zona del cordón. El otro 33% considero las misma pero de forma aislada.

En la pregunta N°14_I, el 92% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de irritabilidad continúa, ya que consultaría con un médico si su hijo presentara llanto sin consuelo; el otro 8% piensa que es normal que un niño lllore, por lo que no consultaría con un médico. Mientras que en la pregunta N°14_II, el 96% de las participantes actuaría correctamente ante el signo de irritabilidad continúa, ya que consultaría con un médico si su hijo presentara llanto, ausencia de hambre, cansancio o fiebre; el otro 4% simplemente no consultaría.

Conocimiento de las madres del servicio de Neonatología y Obstetricia del HCR, en base a las categorías establecidas:

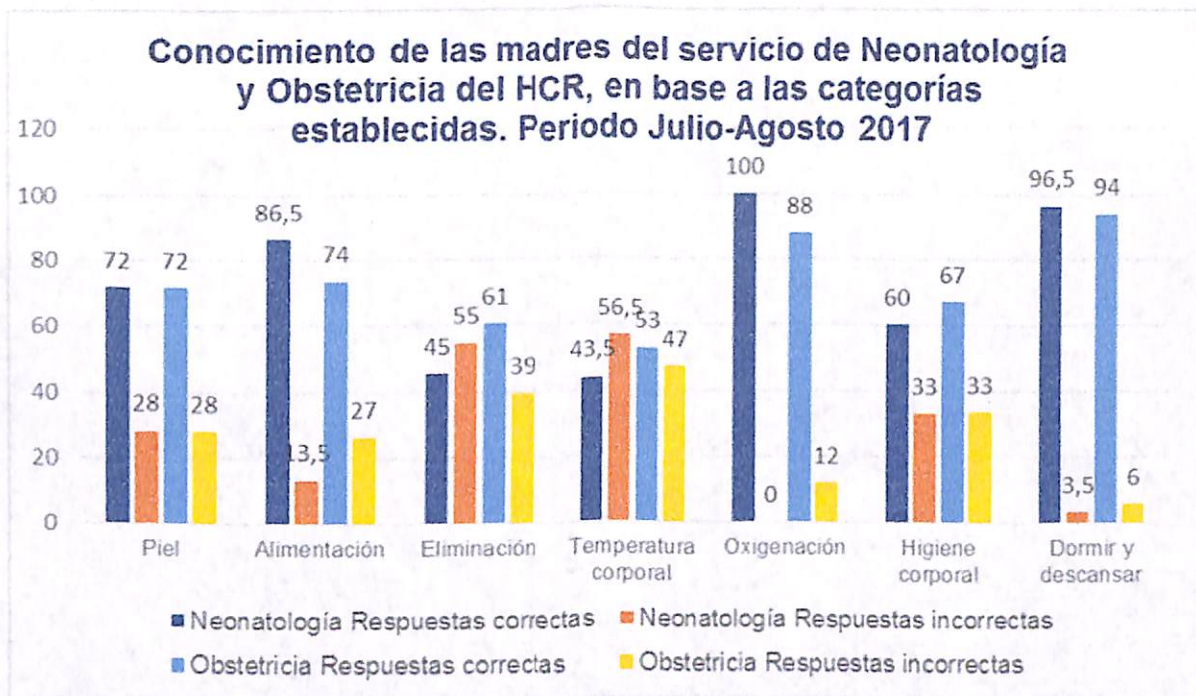
En la Operalización de las variables se había establecido clasificar el conocimiento de las madres sobre signos de alarmas en 7 categorías: Piel, alimentación, eliminación, temperatura corporal, oxigenación, higiene corporal y, dormir y descansar.

Al establecer esta clasificación se observa que la población estudiada del servicio de Neonatología presenta el 100% de conocimiento sobre la necesidad de oxigenación, el 96,5% de conocimiento sobre la necesidad de dormir y descansar, un 86,5% de conocimiento sobre la necesidad de alimentación, el 72% de conocimiento sobre la necesidad de piel y tegumentos adecuados, el 60% de conocimiento sobre la necesidad de higiene corporal, mientras que los

dos mayores porcentajes de desconocimiento se presentaron en las necesidades de temperatura corporal (56,5%) y eliminación (55%).

Conocimiento de las madres del servicio de Neonatología y Obstetricia del HCR, en base a las categorías establecidas. Periodo Julio-Agosto 2017				
Categorías o dimensiones	Neonatología		Obstetricia	
	% de conocimiento	% de desconocimiento	% de conocimiento	% de desconocimiento
Piel	72	28	72	28
Alimentación	86,5	13,5	74	27
Eliminación	45	55	61	39
Temperatura corporal	43,5	56,5	53	47
Oxigenación	100	0	88	12
Higiene corporal	60	33	67	33
Dormir y descansar	96,5	3,5	94	6

Al establecer esta clasificación en la población estudiada del servicio de Obstetricia se observa que el 94% presenta conocimiento sobre la necesidad de dormir y descansar, el 88% presenta conocimiento sobre la necesidad de oxigenación, el 74% presenta conocimiento sobre la necesidad de alimentación, el 72% presenta conocimiento sobre la necesidad de piel y tegumentos adecuados, el 67% presenta conocimiento sobre la necesidad de higiene corporal, mientras que los dos mayores porcentajes de desconocimiento se presentaron en las necesidades de temperatura corporal (47%) y eliminación (39%).



Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología y Obstetricia. HPN 2017

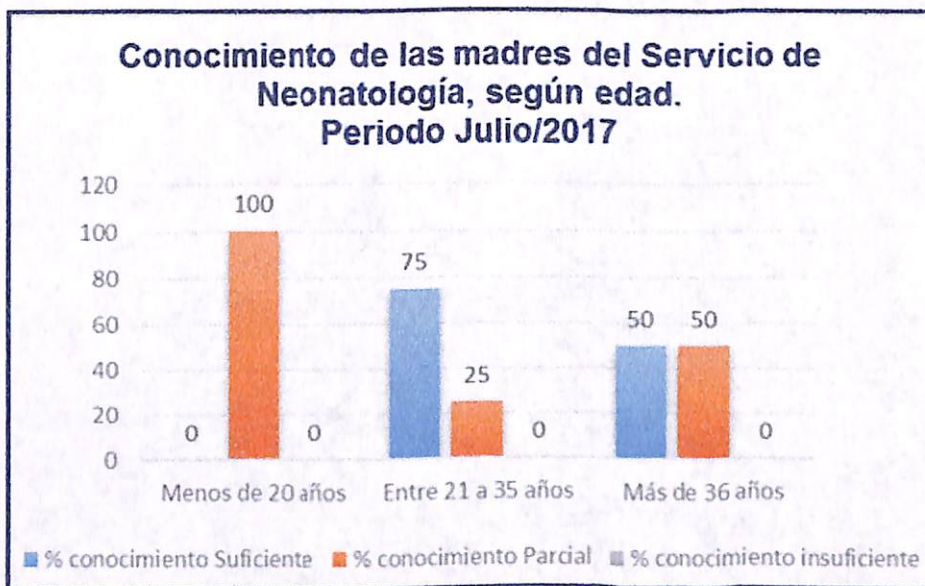
Obtención de resultados conforme a la escala ordinal que cataloga el conocimiento

Clasificando los resultados del cuestionario conforme a la escala ordinal que cataloga el conocimiento en insuficiente, parcial y suficiente, y comparándolo de acuerdo a la edad de las madres entrevistadas, se obtienen los siguientes resultados:

Las entrevistas realizadas a las madres del servicio de Neonatología en el periodo Julio 2017 señalan, según edad, que el 100% las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido; de las madres entre 21 a 35 años el 25% posee un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 75% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 50% conocimiento **parcial** y el otro 50% un conocimiento **suficiente**. No se presentaron casos de conocimiento insuficiente.

Conocimiento de las madres del Servicio de Neonatología, según edad. Periodo Julio/2017			
Edad de las madres	% conocimiento Suficiente	% conocimiento Parcial	% conocimiento insuficiente
Menos de 20 años	0	100	0
Entre 21 a 35 años	75	25	0
Más de 36 años	50	50	0

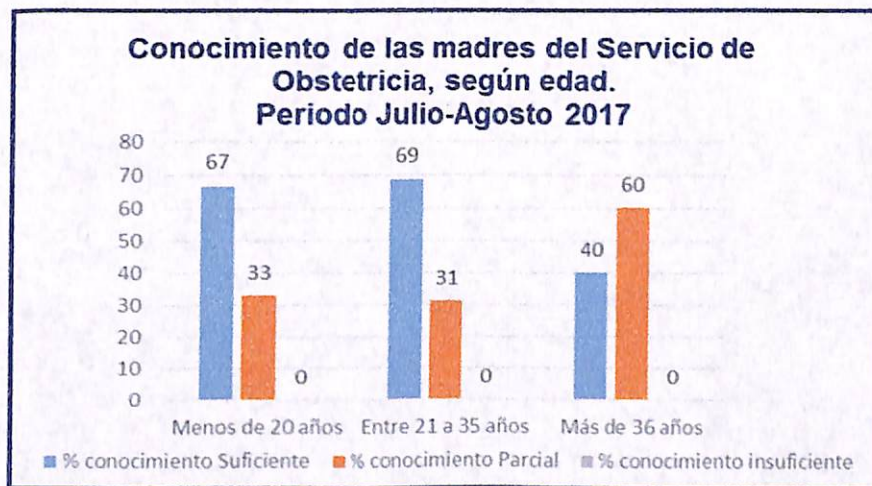
Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología. HPN 2017



Las entrevistas realizadas a las madres del servicio de Obstetricia en el periodo Julio-Agosto 2017 señalan, según edad, que el 33% las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido, mientras que el otro 67% presenta un conocimiento **suficiente**; de las madres entre 21 a 35 años el 31% posee un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 69% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 60% conocimiento **parcial** y el otro 40% un conocimiento **suficiente**. No se presentaron casos de conocimiento insuficiente.

Conocimiento de las madres del Servicio de Obstetricia, según edad. Periodo Julio-Agosto 2017			
Edad de las madres	% conocimiento Suficiente	% conocimiento Parcial	% conocimiento insuficiente
Menos de 20 años	67	33	0
Entre 21 a 35 años	69	31	0
Más de 36 años	40	60	0

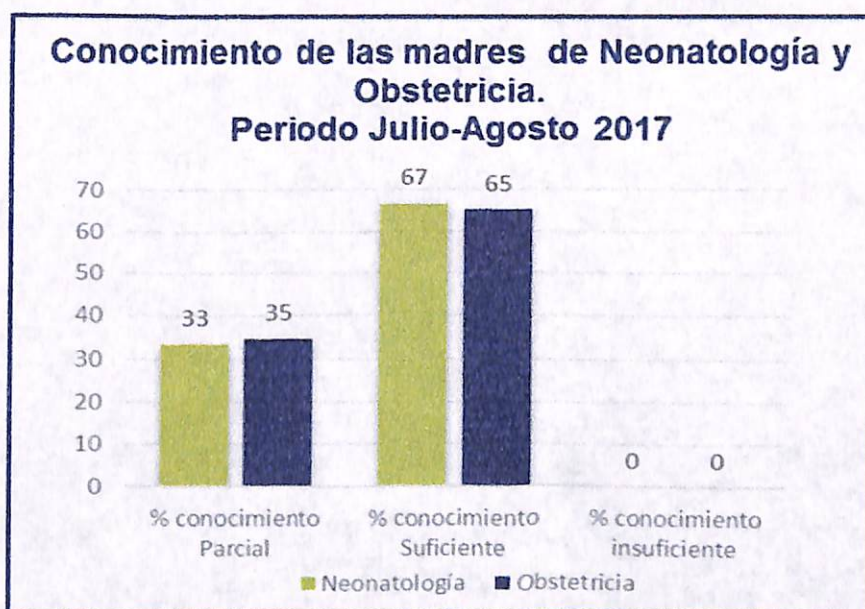
Fuente: Encuestas a madres del servicio de Obstetricia. HPN 2017



Al comparar ambos servicios se observa que las madres entrevistadas del sector de Neonatología presentan mayor conocimiento sobre signos de alarma que las del servicio de Obstetricia con una diferencia del 2%.

Conocimiento de las madres del servicio de Neonatología y Obstetricia. Periodo Julio-Agosto 2017			
Sector entrevistado	% conocimiento Parcial	% conocimiento Suficiente	% conocimiento insuficiente
Neonatología	33	67	0
Obstetricia	35	65	0

Fuente: Encuestas a madres del servicio de Neonatología y Obstetricia. HPN 2017



CONCLUSIÓN

Del análisis y las interpretaciones de los datos se concluye:

- ✚ De la presente investigación se determinó que el nivel de conocimientos sobre signos de alarma del recién nacido alcanzado por las madres del servicio de Neonatología fue suficiente en el 67% de las madres entrevistadas y parcial en el 33%; mientras que en el servicio de Obstetricia fue suficiente en el 65% y parcial en el 35%. En ninguno de los servicios se presentó conocimiento insuficiente.

- ✚ Objetivizando los resultados por edad de las madres entrevistadas se estableció que, del servicio de Neonatología, el 100% las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido; las madres entre 21 a 35 años el 25% poseen un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 75% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 50% conocimiento **parcial** y el otro 50% un conocimiento **suficiente**; mientras que, en el servicio de Obstetricia, el 33% las madres menores de 20 años presentan un conocimiento **parcial** sobre signos de alarma del recién nacido y el otro 67% presenta un conocimiento **suficiente**; de las madres entre 21 a 35 años el 31% poseen un conocimiento **parcial**, mientras que el otro 69% presenta un conocimiento **suficiente**; por último las madres mayores a 36 años presentan en un 60% conocimiento **parcial** y el otro 40% un conocimiento **suficiente**.

- ✚ Disgregando el contenido del cuestionario en las 18 preguntas desarrolladas se determinó que en el servicio de Neonatología los mayores conocimientos se obtuvieron en reconocer signos de alarma referidos a la necesidad de oxigenación, con el 100% de certeza. Se

continuaron luego con el 96,5% del conocimiento sobre la necesidad de dormir y descansar y con el 86,5% de conocimiento sobre la necesidad de alimentación. Al establecer esta clasificación en la población estudiada del servicio de Obstetricia se observó que los mayores conocimientos se obtuvieron en reconocer signos de alarma referidos a la necesidad de dormir y descansar, con el 94% de certeza. Se continuaron luego con el 88% que presentó conocimiento sobre la necesidad de oxigenación y con el 74% que presentó conocimiento sobre la necesidad de alimentación.

✚ En el servicio de Neonatología, entre las preguntas con menores niveles de conocimiento se encontraron las referidas a los conocimientos de signos de alarma en la necesidad de temperatura corporal con el 56,5% y la necesidad de eliminación con el 55%. Así mismo, en el servicio de Obstetricia, entre las preguntas con menores niveles de conocimiento también se encontraron las referidas a los conocimientos de signos de alarma en la necesidad de temperatura corporal con el 47% y la necesidad de eliminación con el 39%.

✚ Finalizando el análisis se pudo concluir que el 67% de las madres entrevistadas del servicio de Neonatología y el 65% de las madres entrevistadas del servicio de Obstetricia cuentan con conocimiento suficiente para brindar cuidados apropiados y efectivos sobre signos de alarma a un recién nacido. Esto permitiría que las madres actúen correctamente ante futuras complicaciones que el recién nacido pudiera manifestar en su hogar.

RECOMENDACIONES

- ✚ Continuar con las charlas educativas que actualmente les brinda el personal de salud a las madres de ambos servicios como herramienta fundamental para incrementar los conocimientos que las mismas poseen.
- ✚ Motivar y estimular al personal de salud a que continúe brindando conocimiento a las madres de los servicio de Neonatología y Obstetricia, ya que son quienes mejor manejan los temas a tratar.
- ✚ Proponer la implementación de nuevas formas de enseñanza a las madres: charlas educativas, folletería, personal destinado a crear actividades de educación, etc.

ANEXOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN:

Tenga Ud. buen día, soy alumna de la carrera de Licenciatura en enfermería, de la Universidad Nacional del Comahue, y mi nombre es Carina Cayupi.

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer los conocimientos que Ud. tiene sobre los signos de alerta de su recién nacido. Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación

CUESTIONARIO:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con una cruz la respuesta que Ud. estime.

¿Qué edad tiene?

- a. Menos de 20 años
- b. Entre 21 a 35 años
- c. Más de 36 años

¿Usted tiene hijos además de su recién nacido?

- a. Si
- b. No

En caso de si, ¿cuántos son?

- a. De 1 a 3 hijos
- b. Más de 4 hijos

¿Durante su internación, recibió información sobre la atención y el cuidado hacia su hijo?

- a. Si
- b. No

En caso de si, ¿Cuántas charlas fueron?

- a. Solo 1 charla
- b. De 2 a 3 charlas
- c. Más de 4 charlas

¿Sobre qué se le informo durante las mismas?

- a. Lactancia materna
- b. Higiene del recién nacido
- c. Signos de alarma
- d. Cuidado de la temperatura
- e. Reanimación neonatal

1_ Si la piel de su recién nacido se torna pálida, ¿qué acción tomaría?

- a. Es normal que el recién nacido tenga piel pálida y por eso no hago nada
- b. Puede ser que tenga frio, le tomo la temperatura y si esta frio lo abrigo
- c. Considero que no está bien y lo llevo al médico para que lo revise

2_ Usted debería consultar un médico si su hijo presenta coloración azulada en...

- a. Manos
- b. Cara
- c. Boca
- d. Todas
- e. Ninguna es correcta

3_ Si usted observa que la piel de su hijo se torna muy colorada, ¿qué acciones realizaría?

- a. Le toma la temperatura y se encuentra normal, consulta con un médico
- b. Le toma la temperatura y descubre que esta con fiebre, por ello le baja la temperatura y lo sigue controlando en su casa para que no vuelva a subir.
- c. Le toma la temperatura y descubre que esta con fiebre, por ello le baja la temperatura y lo lleva a consulta con médico
- d. Son correctas a y c
- e. Todas son correctas

4_ Usted llevaría al médico a su hijo en caso de...

- a. Coloración amarilla de la piel de manos
- b. Coloración amarilla de la cara
- c. Coloración amarilla de los ojos
- d. Todas son correctas
- e. Ninguna

5. I_ ¿Cada cuántas horas debe alimentarse su bebé?

- a. Cada 1 o 2 Hs
- b. Cada 3 o 4 Hs
- c. Cada más de 4 Hs

5. II_ Si su hijo se alimentaba sin dificultades y comienza a no tener hambre o a succionar de manera diferente sin razón aparente, ¿usted qué haría?

- a. Insistir con alimentarlo
- b. Esperarlo más tiempo de lo habitual, pues quizás no tenga hambre
- c. Consultar con un médico

6_ ¿Cuáles considera que son características normales de la deposición de su hijo?

- a. Los primeros días serán de color oscuro o negro, para continuar con un color verdoso más claro, hasta alcanzar la coloración amarillo claro
- b. Serán siempre líquidas y amarillentas
- c. Pueden tener restos de sangre y ser normales
- d. Ninguna

7. I_ Las principales características del vómito son:

- a. Abrupto, se repite y es abundante
- b. Aislado de leche digerida en pequeña cantidad
- c. Ambas
- d. Ninguna

7. II_ Si tu bebé vomita más de 2 veces consideras que:

- a. Se puede deshidratar
- b. Deberías esperar que se repita 4 veces más
- c. Deberías consultar con un médico

8_ ¿Cuáles considera que son características que la deposición, de su hijo, no deberían tener?

- a. Deposiciones repetidas varias veces al día
- b. Deposiciones de color verdoso
- c. Deposiciones líquidas y amarillentas
- d. Deposiciones con presencia de sangre
- e. Son correctas a, c y d
- f. Todas correctas

9_ Es normal que un bebé presente...

- a. Dos deposiciones por día si se alimenta con leche materna
- b. Menos de dos deposiciones al día si se alimenta con leche materna
- c. Tres deposiciones por semana si se alimenta con leche de fórmula
- d. Menos de tres deposiciones semanales si se alimenta con leche de fórmula
- e. Son correctas a y c
- f. Ninguna

10_ ¿Por cuál de estas características del abdomen de su hijo consultaría con un médico?

- a. Dolor al tocar su panza
- b. Llanto constante que no tiene consuelo
- c. Falta de deposiciones por más de 96 Hs
- d. Abdomen hinchado y brillante
- e. Todas
- f. Ninguna

11. I_ La temperatura normal de un niño es...

- a. 36 a 36,5°C
- b. 36,5 a 37,5°C
- c. Más de 38°C
- d. No sabe

11. II_ ¿Qué medidas tomaría ante la temperatura aumentada de su hijo?

- a. Verificar los abrigos
- b. Baño tibio
- c. Recurrir al médico
- d. Todas
- e. Ninguna

12_ ¿Qué características considera usted que no son normales en la respiración de su hijo?

- a. Respiraciones muy rápidas
- b. Respira cansado
- c. Presenta coloración azulada en la piel luego de alimentarse o llorar
- d. Dejar de respirar por momentos largos
- e. Las respiraciones marcan sus costillas en el pecho
- f. Todas
- g. Ninguna

13_ ¿Por cuál de estas características en el cordón umbilical de su hijo, debería consultar?

- a. Signos de enrojecimiento alrededor del cordón
- b. Presencia de secreciones en la base del cordón
- c. Cordón duro y seco que se comienza a desprender de la piel
- d. Olor en la zona del cordón
- e. A, b y d
- f. Todas
- g. Ninguna

14. I_ ¿Cuándo consultaría a un médico por el llanto de su hijo?

- a. Los niños siempre lloran, no es motivo de consulta
- b. Cuando llora en su cuna, pero después de que usted lo toma en brazos ya no llora más
- c. Cuando usted lo toma en brazos y lo contiene pero el llanto continua

14. II_ Si además del llanto, su hijo presenta ausencia de hambre, cansancio o fiebre, ¿consultaría con un médico?

- a. Si
- b. No

BIBLIOGRAFIA

Bee G. (2011, 29 de Diciembre). *Comunidad de Enfermería Neonatal*. Recuperado de <http://laenfermerianeonatal.blogspot.com.ar/2011/12/la-piel-del-recien-nacido.html>

Bohórquez Gamba, O. A., Santana, A. R., Pérez, L. J. & Munévar, R. Y. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y el recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances de enfermería, volumen XXVII(2)*.

Burroughs, A. (1994). *Enfermería materno-infantil*. México: interamericana. McGraw-Hill.

Campos Burga, M. M. & Castillo Agip, J. Y. (2015). *Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca-Ferreñafe, 2014*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Castiblanco López, N. & Muñoz de Rodríguez, L. (2010). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en Enfermería, volumen XXIX(1)*.

Ceriani Cernadas, J. M., Fustiñana C. A., Mariani, G., Jenik, A. & Lupo, E. A. (2009). *Neonatología práctica*. Editorial Médica Panamericana

Chapilliquen Pérez, J. E. (2009). *Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Clínica Palermo (2015). *Cuidados y recomendaciones del recién nacido*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.clinicapalermo.com.co/cuidados-y-recomendaciones-del-recien-nacido/#.V3xkj9LhBdg>

Comité Científico de Enfermería Neonatal – Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan (2009). *Cuidados en enfermería neonatal*. Buenos Aires: Journal)

De la Torre Espí, M. & Molina Cabañero, J. C. (2007). *Vómitos*. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/vomitos_0.pdf

Egan, M. F. (2007). El abc del cuidado de enfermería en los bebés prematuros extremos. *Revista Enfermería Neonatal, Volumen I (1)*, 8-12

Fava Vizziello, G. (1993). *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). *Para la Vida: Atención primaria de salud "revitalizada"*. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/PARA_LA_VIDA_16.5X22-BAJA.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF]: conceptualización e implementación del modelo*. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2003). *State of the World's Children*. Recuperado de <http://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/the%20State%20of%20the%20World's%20Children%202003.pdf>

Hendricks-Muñoz, K.D. & Prendergast, C.C. (2007). Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol, volumen 24(2)*, 71-7

Henríquez Fierro, E. & Zepeda González, M. I. (2003). Preparación de un proyecto de investigación. *Ciencia y Enfermería, volumen IX*.

Hospital Dr. E. Castro Rendón. (2015). Servicio de estadística. Oficina central. Dpto. Información y Registros Médicos.

Hospital Ángeles de las Lomas. (2013). *Datos de alarma del recién nacido*. México. Recuperado de <http://unidaddepediatria.com.mx/pdf/DatosdealarmaenelRN.pdf>

Intermountain Healthcare (2012). *Una guía para el cuidado de su recién nacido*.

Recuperado de <https://intermountainhealthcare.org/health-information/health-library/patient-handouts/search-results/?Service=002645e6-8f73-4f38-b173-c3b95a1d6f81>

Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P. & Esandi, M. E. (2011-2012). *Maternidad: Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Leche League France (1999, julio-septiembre). Cuando la succión del bebé no es correcta. *Nuevo Comienzo*, (13). Recuperado de http://www.lli.org/lang/espanol/ncvol13_1a_01.html

Malerbaa, M. C. (2011, Mayo). La transición de la Unidad al hogar del prematuro y sus padres. *Enfermería Neonatal*, (12), p 4-7.

Martinc. (2008, 27 de Marzo). *Cuidados del recién nacido*. Recuperado de <https://preventiva.wordpress.com/2008/03/27/cuidados-del-recien-nacido/>

Martínez Pérez, A. P. (2009). *Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2013). *Estadísticas vitales, información básica*. Recuperado de <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro57.pdf>

Molina, C. R. & Leiva, D. V. (2010). Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Enfermería Actual en Costa Rica, volumen 18*.

Moreira, M.A. (2005). Aprendizaje significativo crítico. *Indivisa, Bol. Estud. Invest., volumen 6, 83-101*

Noguera Ortiz, N. & Rodríguez Rodríguez, M. R. (2008). Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. *Avances en enfermería, volumen XXVI(1)*.

Novali, L. (1997). *“Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo”*. Ponencia realizada en el Taller de Organización de Servicios de Atención de los niños. Congreso Argentino de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría. Mendoza, Argentina

OPS/OMS (2008). *“El Modelo de Maternidad Centrada en la Familia”*. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudios de buenas prácticas” 2008, Buenos Aires, www.ops.org.ar , publicaciones, n° 63

Organización Mundial de la Salud (2016). Enfermería. *Temas de salud*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos n° 347. Comité de expertos de la OMS en enfermería. Quinto informe. Ginebra 1966.

Organización Mundial de la Salud (2016). Nacimientos prematuros. *Centro de prensa*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

Palacios Ceña, D. (2007). La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los cuidados, Volumen XI(22)*, (26-32)

Pérez Moneo A. B., Pérez Butragueño M. & Molina Amores C. (2012, 20 de Agosto). Onfalitis Neonatal. *Guía-ABE*. Recuperado de <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-onfalitis-neonatal>

Pérez-Rodríguez J. & Elorza D. (2003). Dificultad respiratoria en el recién nacido. *An Pediatr Contin*, 1(2), 57-66. Recuperado de <http://www.apcontinuada.com>

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). Selección y definición de un problema de investigación de enfermería. *Investigación científica en ciencias de la salud*.

Ponce Capitan, M. A. (2005). *Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria*. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Ramos Espada, J. M., Rodríguez Herrera, A. & Silva García, G. (2008). *Hemorragia digestiva baja*. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/hdb.pdf>

Retes, F. (2011). Apego madre-hijo: el vínculo más sólido del ser humano. *Enfermería por la prevención*. Recuperado de <http://www.enfermeriaporlaprevencion.org/el-apego-madre-hijo-el-vinculo-mas-solido-del-ser-humano/>

Riopelle, L., Grondin, L. & Phaneuf, M. (1999). *Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona*. España: McGraw-Hill-Interamericana

Román Riechmann, E., Barrio Torres, J. & López Rodríguez, M. J. (2009). *Diarrea aguda*. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf

Rosabal Suarez, L. & Piedra Cosme, B. (2004). Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Revista Cubana Enfermería*, volumen XX(1).

Sabino, C. A. (1996). El conocimiento científico. *El proceso de investigación*. (pp.11-26). Buenos Aires: LUMEN-HVMANITAS

Save the Children. (2015). *Estado Mundial de las madres 2015: La desventaja humana*. Recuperado de <https://www.savethechildren.mx/estado-mundial-de-las-madres-2015-la-desventaja-humana>

Saunders M. & Gorelick M. H. (2011). Niño irritable o melindroso. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003214.htm>

Saloojee, H. (2008). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Sánchez Ruiz, F., Gilbert, J. J., Bedate Calderón, P. & Espín Jaime, B. (2007). *Estreñimiento y encopresis*. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/estre_encopresis.pdf

SIBEN (2010). Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf

Soria, R. M. (2012, Enero). Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. *Enfermería Neonatal*, (13), p 22-31.

Teorías filosóficas (2013, 29 de Mayo). *Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson*. Recuperado de http://teoriasenfilosofia.blogspot.com.ar/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado_29.html

Universidad de Murcia. *La percepción*. Recuperado de <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

Valhondo, D. (2003). *Gestión del conocimiento: del mito a la realidad*. Editorial Diaz de Santos

Vasconcelos, G. L., Leite A. M. & Scochi, G. S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Bras Saúde Mater Infant*, volumen 6(1), 47-57.

Zúñiga Rocha, S. Abdomen agudo en el niño. *Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/abdomenag.html>