



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA
SEDE - FCM



TESINA

TEMA: “LA EDUCACION DE LAS
MADRES PARA EL CUIDADO DEL
PREMATURO AL MOMENTO DEL ALTA”

**Autores: Huallpa, Miriam
Sandoval, Silvia
Varela, Carlos**

Mendoza, febrero de 2015

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de aprobación

Tribunal examinador

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Trabajo aprobado el:/...../.....

RESUMEN

La presente tesis titulada "La educación de las madres para el cuidado del prematuro al momento del alta" se trabajó con a madres con hijos prematuros del hospital L. Lagomaggiore buscando el nivel de conocimiento que con el que poseen antes de momento de irse de alta y podemos tener un panorama de cual será las dificultades que podrían tener en un futuro para poder reforzar los conocimiento o darlos para que en el momento del alta tengan las herramienta como conocimiento para la brindar cuidados adecuados .

El estudio es efectuado en el hospital Escuela L. Lagomaggiore en el servicio de neonatología ubicado en Timoteo Gordillo de ciudad, Mendoza.

Se trabajó con una muestra de 25 madres diferentes características situacionales teniendo en común la Edad gestacional del recién nacido internado en el servicio de neonatología del mismo. El tipo de estudio empleado en esta investigación, es cuantitativo, descriptivo.

En la realización del presente estudio, se utilizó una encuesta personal con preguntas cerradas realizadas a las madres seleccionadas por la característica de RN para la obtención de datos de las variables en estudio.

Resultados: Los datos demuestran que se esta brindando un 48% de información sobre los cuidados del RN prematuro a las madres al momento de ingreso de internacion en el servicio de neonatología. Obteniendo como resultado que un 84% de las madres tienen conocimientos básicos al finalizar el periodo de internacion.

Palabras claves: Prematuro/ Conocimiento/ Cuidado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a nuestra familia que nos brindo su apoyo incondicional en todo este largo camino recorrido y por recorres.

A nuestros compañeros, amigos, colegas de trabajo que acompañaron en el desarrollo del trabajo.

Al equipo de docentes de la universidad de cuyo, que nos guío, acompañó y nos brindo sus conocimientos y dedicación.

PRÓLOGO

La presente tesis titulada “La educación de las madres para el cuidado del prematuro al momento del alta” tuvo como objetivo brindarle educación y unificar criterios en el manejo de su hijo al momento de la internación y al finalizar el periodo de internación, conociendo cuáles son sus fortalezas y debilidades en el manejo de su hijo y la experiencia que presenta en dicho tema.

A lo largo de los capítulos que comprende el trabajo se desarrollara una descripción del planteamiento del problema, con el marco teórico que comprende conceptos, definiciones del cuidado del prematuro.

Esperamos que la presente tesis no solo cumpla con los requisitos esperado, sino que a su vez sea de gran ayuda para todos aquellos compañeros, estudiantes y docentes, de este modo se aporte a la carrera de enfermería información y conocimiento científico.

El trabajo se basa en datos obtenidos en el Hospital Luis Lagomaggiore del servicio de Neonatología. Es importante expresar que la información obtenida en esta investigación es valiosa, fiable y real.

Índice general

Portada.....	I
Advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Resumen.....	IV
Agradecimientos.....	V
Prólogo.....	VI
Índice general.....	VII
Índice de tablas y gráficos.....	VIII

Capítulo I : Planteamiento del problema

Introducción.....	1
Descripción del problema.....	3
Formulación y planteamiento del problema.....	5
Objetivo general y específicos.....	6
Justificación del problema.....	7
Marco teórico.....	8
Apartado A.....	11
Apartado B.....	15
Apartado C.....	22
Teoría de Ramona Mercer.....	25
Sistemas de variables.....	26
Hipótesis.....	28

Capítulo II

Diseño metodológico.....	29
--------------------------	----

Capítulo III

Resultados y propuestas.....	49
Bibliografía.....	52

Anexos

Encuestas.....	53
Tabla matriz.....	57
Tablas filtradas.....	58

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: Orientación que brinda el personal de salud a las madres que tienen hospitalizado a su RNPT.....	32
Tabla y Gráfico N°2: Análisis de la relación que existe en la información que se les brindo y la educación que tiene cada madre	33
Tabla y Gráfico N° 3 Favorecimiento de la lactancia materna en RNPT.....	34
Tabla y Gráfico N°4: Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna en el RNPT.....	35
Tabla y Gráfico N° 5: Objetivo de la alimentación por SOG en el RNPT	36
Tabla y Gráfico N°6: Relación Conocimiento de los objetivos de la SOG / cantidad de hijos (n: 25)	37
Tabla y Gráfico N° 7: Cantidad de veces que se debe alimentar al recién nacido.....	38
Tabla y Gráfico N° 8: Interpretación de la pregunta ¿Cuándo su bebe está teniendo una lactancia adecuada?	39
Tabla y Gráfico N°9 Conocimiento del correcto posicionamiento de amamantamiento del RNPT.....	40
Tabla y Gráfico N°10 Conocimiento sobre medidas de prevención de infecciones.....	41
Tabla y Gráfico N°11 Cuidado de cordón umbilical.....	42
Tabla y Gráfico N° 12: Conocimiento de las madres de la Temperatura: valores de Fiebre	43
Tabla y Gráfico N°13 : Interpretación de perdida de calor del recién nacido	44

Tabla y Gráfico N°14: Interpretación de la pregunta; La correcta higiene de los genitales del bebe.....	45
Tabla y Gráfico N°15: La higiene del bebe con respecto al baño	46
Tabla y Gráfico N° 16: Signos de alarma que indica riesgo en la salud del RNPT.....	47
Tabla y Gráfico N°17: Estado civil de las madres encuestadas con hijos prematuros.....	48

Capítulo I

Planteo del problema

INTRODUCCIÓN

El derecho a la vida de las personas nacidas antes de las 37 semanas de gestación es cada vez ejercido con mayor frecuencia y esto es muy bueno. Tan es así que ahora resulta un objetivo impostergable estimular y capacitar a los padres en su cuidado durante la internación y durante los trascendentes primeros años de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que un bebé es prematuro cuando nace antes de completar las 37 semanas de gestación, aunque los que corren mayor peligro son aquellos que nacen con menor tiempo de gestación y menor peso, sobre todo si no alcanzan los 1500 gramos al nacer. Un embarazo normal dura entre 38 y 41 semanas.

Los Recién Nacidos se prematuros se clasifican en: Extremadamente prematuro: < 28 semanas de gestación, Moderadamente prematuro a prematuro tardío: 32 - 37 semanas de gestación, Muy Prematuro: 28 – 32 semanas de gestación.⁽¹⁾

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. La mortalidad neonatal es un indicador que expresa el nivel de desarrollo alcanzado por la atención del recién nacido en un determinado lugar o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad infantil en nuestro país es del 14,4 ‰ y la mortalidad neonatal es de 9,7 ‰. La mortalidad neonatal representa el 67,8 % de las muertes infantiles. Esta varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica y de enfermería. A diferencia de la mortalidad postneonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada a la buena organización de la atención perinatal, del cuidado médico y de enfermería que, en algunos casos, requiere de alta especialización.

La presente investigación titulada: La Educación de las madres para el Cuidado del prematuro al momento del alta, Realizado en el Hospital Luis Lagomaggiore, tiene como objetivo principal identificar los conocimientos, opiniones y participación que tienen las madres para el cuidado del prematuro al momento del alta en el servicio de neonatología.

Así mismo durante el desempeño de nuestras prácticas hospitalarias, se evidencio que en el servicio de Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore., había una gran población de madres primerizas con hijos prematuros, que al interactuar con ellas demostraron preocupación, desesperación y angustia, al saber que sus hijos eran de esa condición, por el hecho de que debieron quedarse y no pudieron estar mucho tiempo cerca de ellos.

Por otro lado existieron otras causas de preocupación al saber que en algún momento serían dados de alta y tendrían que preparar la casa para su próxima llegada, no sabían sí lo iban a llevar a su propio cuarto, o a un cuarto especial; como lo bañarían, cambiarían de ropa, desconocían el manejo de estos niños, además revelaron que era su primer hijo y estaban aprendiendo recién hacer madres. Por lo que la enfermera educa sobre los cuidados que debían brindar a sus hijos desde el primer momento que tuvieron contacto con ellos hasta los días sucesivos.

Planteándose los siguientes objetivos: Identificar los conocimientos, opiniones y participación que tienen las madres para el cuidado del prematuro al momento del alta en el área de neonatología del Hospital L. Lagomaggiore.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El nacimiento de un hijo es momento de celebración y fiesta. Para la mayoría de las familias un embarazo normal es motivo de expectativa y cambio.

Cuando una gestación acaba prematuramente estas expectativas se quiebran bruscamente. En estos casos los padres y las familias reaccionan de forma muy diversa, influenciada por: la historia de pérdidas de hijos con anterioridad, la significación de ese hijo, ser su primera experiencia de ser padres a tan corta edad traumas emocionales previos, modelo de familia, edad de los padres y situación socioeconómica familiar.

Ante el nacimiento de un hijo prematuro los progenitores tienen que afrontar una variedad de problemas desde lo económico hasta la integración familiar. En el servicio de la neonatología del Hospital L. Lagomaggiore se puede observar las siguientes dificultades: **a)** la separación que comporta la hospitalización; **b)** la estancia en la Unidad de Cuidados Neonatales; y **c)** el proceso de alta.

En este trabajo se presenta la educación que tienen las madres para el cuidado de su hijo prematuro a partir de la internación al proceso de alta. Se ha observado en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore a madres con poca preparación para la atención de su hijo recién nacido prematuro en donde al llegar a ver su bebe en la incubadora, con tantas cosas como las vnc, los sensores, las narinas de oxígeno, o con la alarma de los saturómetro empieza a marcar no saben lo que está pasando y se asustan, también el cómo tocarlos, levantarlos o cuando le sucede algún evento al bebe que no es relevante en su salud sino un episodio normal que tiene una solución de cuidado y el conocimiento que se debe tener durante el periodo de recuperación de su hijo. Es aquí donde se va indagar. En madres de diferentes edades sea adolescente o madres adultas que tiene su bebe internado en la neonatología con diagnóstico de RN prematuro entre las 30 a 35 semanas. La exploración es saber cuánto es el conocimiento que tiene de su hijo pasando por un periodo de control profesional, que luego en el alta médica la responsabilidad del niño recae sobre los padres, pero; ¿cómo actuar a partir de ahora?, el saber lo que es normal y lo que no lo es son momentos donde el compromiso y la toma de decisiones recae en aquellos padres con diferencia en niveles educacionales y económicos. Estas situaciones son “crisis” que alteran el equilibrio psicológico de los mismos. Si bien

en el período de control profesional la madre adquirirá nuevos conocimientos e información de cuidados básicos de su hijo prematuro a través de los profesionales del servicio quedan descubiertos los cuidados de prematuro en el hogar familiar. Es necesario conocer si los padres recuerdan la información que se le proporciona a la familia, como el entrenamiento formal o informal sobre cuidados básicos, que repercuten en la atención que la familia brinda a los bebés prematuros.

De esta manera se podrá estimar cuáles son las posibilidades que existen en una nueva internación de los prematuros del servicio de neonatología del Htal. L. Lagomajiore.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué grado el conocimiento de las madres de hijos prematuros al momento del alta, garantiza un cuidado libre de riesgos, disminuyendo los

reingresos, en Servicio de Neonatología, Hospital Luis Lagomaggiore, en Mendoza 2014?

OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, opiniones y participación que tienen las madres para el cuidado del prematuro al momento del alta en el área de neonatología del Hospital L. Lagomaggiore.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre los cuidados del prematuro al momento del alta.
- Obtener la opinión de las madres sobre el proceso educativo recibido en el servicio.
- Identificar el grado de participación y responsabilidad con que las madres afrontan el cuidado del prematuro en el servicio de neonatología del Hospital L. Lagomaggiore.
- Identificar el perfil de las madres con respecto a las edades y escolaridad.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El aumento de nacimientos de recién nacidos prematuros son cada vez más altas por lo que el requerimiento de su atención es muy especial debido principalmente a la inmadurez anatómica y fisiológica lo que los hace más vulnerables. Por lo que la educación en los padres ha sido un gran desafío para enfermería y los padres. Un aspecto clave de los resultados a largo plazo es la integración de los padres como responsables del cuidado de su hijo que permita además una relación afectiva con el bebé, la adquisición de habilidades y destrezas.

Por lo que el rol como educador en enfermería es fundamental ya que a través de los cuidados de enfermería integrando a los padres en el cuidado y las búsquedas de nuevas estrategias favorece la adaptación al medio y disminuir riesgo de complicaciones.

Para esto se debe tener en cuenta la condición social, económica y cultural relacionada con los padres, donde encontramos el ingreso familiar, escolaridad, acceso a la atención en salud y la escasa o nula educación para la salud.

La importancia de la educación orientada a las madres, es el éxito del proceso de enseñanza - aprendizaje depende que dependerá de una búsqueda adecuada, enfocada en las necesidades sentidas, un correcto diagnóstico, determinación de objetivos y contenidos, métodos aplicados, lo cual es fundamental para alcanzar un nivel de aprendizaje e integración de los conocimientos que le permitan a la madre cuidar y velar por el bienestar de su hijo.

Marco teórico

Los neonatos prematuros constituyen una población vulnerable, y la principal causa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y ejerce una marcada influencia sobre la mortalidad infantil.

La Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) de la cartera sanitaria nacional, en la Argentina, ocho de cada cien bebés nacen antes de tiempo.

Los últimos datos disponibles indican que en el año 2010 nacieron 756.176 bebés, de los cuales 61.685 (es decir, el 8,2 por ciento) fueron prematuros. Según cifras oficiales, en 2010 nacieron antes de término 399 niños, al año siguiente fueron 345 y en 2012 se observó una sostenida tendencia a la baja con 297 pequeños. Hay que tener en cuenta que en la provincia nacen anualmente alrededor de 33 mil bebés.

Con una curva menos marcada, quienes pesaron al nacer entre 1.500 y 2.500 gramos (considerados de bajo peso también) mostraron un descenso. Fueron 2.028 en 2010, 1.904 en 2011 y 1.740 el año pasado. Alicia Motta, directora de Maternidad e Infancia de la provincia, consideró que este buen escenario obedece a “mejores controles perinatales y detección oportuna de patologías que pudieran desencadenar el parto”.⁽²⁾

En tanto, la neonatóloga Otilia Ranzuglia, jefa del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo del Lagomaggiore, dijo que si bien está al tanto de las tendencias nacionales, lo que observan en ese hospital es una leve baja. Es la mayor maternidad de la provincia, donde nacen 6 mil chicos por año (8.5% de los cuales nacen con menos de 37 semanas de gestación).

Allí, en 2010 el 1% nacía con menos de 1.500 gramos mientras que actualmente esta proporción se ubica en 0,89%, con una sobrevida de alrededor de 65%.

Panorama Nacional

El informe de Unicef señala que “la sobrevida de quienes pesaron menos de 1.500 gr al nacer mejoró en la última década, pero estamos lejos de los estándares internacionales. Mientras en los países industrializados y en muy pocas instituciones de nuestro país la sobrevida alcanza o supera el 90%, la

estimación de sobrevida en los menores de 1.500 gr, en 2011 alcanzó el 64%, contra el 61% en el 2010”.

El documento alerta además sobre que cada año nacen más bebés prematuros en el país. En 2011, el 8,5% del total de los nacimientos (64.386 niños) ocurrieron antes de la semana 37; mientras que en 2000 había sido el 7,8%. “Según un artículo recientemente publicado, donde se valoraban las tasas de prematurez durante los últimos 10 años en 39 países de renta media y media alta, Argentina presentó el segundo incremento más elevado (+4,2%) de la tasa de nacimientos prematuros en el período”, menciona el informe de Unicef.⁽³⁾

Al respecto, detalla que no ha sido posible definir las causas de este incremento por la compleja interrelación de diferentes factores: socioeconómicos, ambientales, genéticos y de prácticas instaladas que podrían incidir en la prematurez.

Controlar para prevenir

La posibilidad de prevenir un parto anticipado -aunque no en todos los casos- es justamente sobre lo que busca hacer hincapié la Semana del Prematuro que se organiza la primera semana de octubre desde 2010. Este evento, con el respaldo de Unicef, ha permitido modificar concepciones y mejorar la atención de los pequeños que nacen antes de término beneficiando la sobrevida y las condiciones de ésta.

La posibilidad de prevenir un evento de este tipo es relativa en cuanto tiene peso en su ocurrencia la carga genética, así como aquellas madres que ya han tenido un parto prematuro tienen amplias posibilidades de repetirlo en otro embarazo.

Motta destacó que aun en países altamente desarrollados se llega a una especie de núcleo duro en el cual ya no pueden bajar los indicadores de prematurez por esta causa.

Sin embargo, los controles médicos son el pilar fundamental para tener las mejores perspectivas. Éstos permiten detectar esa mayor predisposición y así contemplar que se disponga de los medios necesarios para la mejor atención de ese parto y el recién nacido.

Por ello, la funcionaria subrayó la importancia de que la embarazada llegue a la

consulta médica lo antes posible, en las primeras etapas de la gestación, y que se realice una consulta preconcepcional para registrar factores de riesgo, que son mayores en los extremos de la vida reproductiva: en adolescentes y en mujeres mayores de 35 años.

Los estudios permitirán detectar y controlar patologías que pueden ser perjudiciales, como presión elevada, sobrepeso, diabetes y recomendar cuidados como el de la higiene, salud bucal y buena nutrición.

El seguimiento exhaustivo del niño también es fundamental y debe ser abordado de manera interdisciplinaria para que tenga una buena evolución y evitar secuelas, que pueden ser de tipo visual, neurológico o motriz, entre otras.

“Por eso se ha implementado en algunos hospitales, fundamentalmente el Lagomaggiore y el Notti, consultorios de seguimiento del recién nacido de alto riesgo desde donde se brinda este tipo de asistencia”, explicó Motta, quien aseguró que se procura que los padres sean constantes con los controles. Esto porque hay quienes luego de unos meses -o unos años- aparecen con niños que han sufrido algún trastorno cuando ya es muy difícil o imposible de revertir.⁽⁴⁾

A-RECIEN NACIDO PREMATURO

La definición de la palabra prematuro según el diccionario nos dice que la misma tiene su origen en el latín praematurus, de prae (antes) + maturus (maduro).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), un bebé es prematuro cuando nace antes de completar las 37 semanas de gestación, aunque los que corren mayor peligro son aquellos que nacen con menor tiempo de gestación y menor peso, sobre todo si no alcanzan los 1500 gramos al nacer. Un embarazo normal dura entre 38 y 41 semanas.

Los Recién Nacidos se prematuros se clasifican en:

- Extremadamente prematuro: < 28 semanas de gestación
- Moderadamente prematuro a prematuro tardío: 32 -37 semanas de gestación
- Muy Prematuro: 28 – 32 semanas de gestación

Características del recién nacido prematuro

Cabeza (cabello, ojos, nariz, boca, pabellones, auriculares, fontanelas):

El diámetro occipital menor de 11.5, perímetro cefálico menor de 33, fontanelas mas grandes e hipotensas, cabeza proporcionalmente más grande respecto al cuerpo, los cartílagos auriculares están pocos desarrollados y es fácil doblarles la oreja, el cabello es delgado y con textura de pluma y puede estar presente el lanugo en la espalda y cara, los prominentes ojos están cerrados, almohadilla de los labios son prominentes.

Tórax: El perímetro torácico menor 30 cm, flexibilidad del tórax e inmadurez de los tejidos pulmonares.

Abdomen: la ubicación de la cicatriz umbilical es más cercana al pubis cuando menos desarrollo existe, los huesos de las costillas se sientes blandos.

Genitales: en el hombre los testículos no están descendidos, las arrugas son mínimas y los testículos pueden estar en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. en las niñas el clítoris es prominente y sus labios mayores están separados y escasamente desarrollados.

Miembros superiores e inferiores: longitud del pie menor de 7 cm, las plantas del tienen más turgencia y quizás más arrugas muy finas, actitud más relajada con miembros más extendidos, las palmas de las manos tienen pliegues mínimos por lo que parecen lisas.

Piel: Su color es rosado intenso, lisa y brillante (puede haber edema), con vasos

sanguíneos de poco calibre claramente visibles bajo la epidermis, presencia de panículo adiposo escaso, fascie de anciano, las uñas son pequeñas, mayor superficie cutánea (pérdida calórica mayor).

Aparato respiratorio: La fragilidad respiratoria acompañada de cianosis, llanto débil, escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios, determina las pocas posibilidades de expulsar flemas y moco bronquial, la flexibilidad del tórax y la inmadurez de los tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración originan respiración periódica e hipoventilación, con periodos frecuentes de apnea.

Sistema cardiovascular: frecuencia cardiaca alta (en el recién nacido a término oscila entre las 110-170latidos/min.) hipotensión, (TA aumenta con la edad gestacional y peso).

Aparato gastrointestinal: deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, sus movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que existe regurgitaciones, la digestión de la grasa esta limitada por deficiencia de absorción, fácilmente puede caer en hipoglucemia.

Sistema neurológico: La inmadurez neurológica, ausente, débil, ineficaz para el reflejo de succión, debilidad para deglutir, inactivo, labilidad térmica (tendencia hacia la hipotermia, influye el medio ambiente por inmadurez de los centros termorreguladores.

Sistema hematopoyético: Hay tendencia a hemorragias debido a la fragilidad capilar aumentada por la escasez de tejido elástico, debido a una poca reserva de vitamina C indispensable en la elaboración de colágeno intercelular, anemia por reducción de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina, desequilibrio hidroelectrolítico.

Sistema inmunológico: Es susceptible a las infecciones por inmadurez fisiológica, no puede mantener la temperatura corporal, capacidad limitada para excretar los solutos en la orina.

Sistema musculoesquelético: Los músculos carecen de tonicidad, peso de 2000 a 1000 gr, talla menor de 47 cm, escasa contracción muscular.

Todas estas características muestran la “inmadurez” del prematuro y de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo.)

por lo que es frecuente tenga dificultades para controlar su temperatura, su respiración y para alimentarse.

Esto lo hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido.), debido que biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Además de la vulnerabilidad biológica de los prematuros y de bajo peso al nacer, los riesgos originados en el proceso terapéutico en unidades de cuidado intensivo neonatal, la utilización de procedimientos de alta complejidad y el largo período de internación, tornan a esos niños más susceptibles a las infecciones y a otras enfermedades, situaciones que elevan más los costos sociales y emocionales de la familia.⁽⁵⁾

Los cuidados en la Unidad de Neonatología están destinados principalmente a proporcionarles ayuda en estas tres funciones esenciales.

Por ello se les coloca en una incubadora o cuna térmica para mantener su temperatura, se les conecta a un respirador o ventilador para ayudarles a respirar y se les alimenta mediante una sonda insertada en una vena o a través de la nariz al estómago.

Los padres de prematuros atraviesan distintas etapas afectivas a lo largo de sus vidas. Probablemente, algunas se inician antes del nacimiento y otras se manifiestan a lo largo de la hospitalización.

Este trabajo propone el establecimiento de un programa educativo dirigido a las madres con el objetivo de permitirles acceder a un conocimiento sobre los cuidados del niño prematuro en casa. Cuidados que abarcan aspectos físicos como la alimentación, posición, higiene y los aspectos emocionales.

La primera vez que los padres entran en la UCIN es posiblemente se alarmen al ver a su hijo rodeado de aparatos y máquinas.

Nutrición del Prematuro

La nutrición es un proceso por el cual se introduce nutrientes en el organismo.

A los prematuros, la inmadurez de los reflejos de succión y deglución les impide satisfacer inicialmente sus necesidades de agua y nutrientes (glucosa, proteínas, grasas) gastando en este proceso una gran cantidad de energía.

Por este motivo, la nutrición en el primer día se inicia por vía intravenosa (alimentación parenteral) en forma de agua y glucosa y posteriormente se aportarán proteínas, grasas y vitaminas hasta que pueda comenzar a tomar alimentos por vía digestiva (alimentación enteral), a través de sondas, en principio, hasta poder pasar a la succión.⁽⁶⁾

B-CONOCIMIENTO DE LAS MADRES

Conocimiento: es un conjunto de información adquirida mediante la experiencia, educación o el aprendizaje, la comprensión teórica práctica de un asunto.

Tipos de succión

Nutritiva y no nutritiva

Los bebés realizan dos tipos de succión: la nutritiva y la no nutritiva. La succión nutritiva es la que utilizan para comer. Se trata de una succión profunda y rítmica que suele durar unos minutos y da paso a la succión no nutritiva, la que realizan hacia el final de la toma. No obstante, si la madre tiene un reflejo de eyección de

leche durante la toma y el bebé quiere más leche, volverá a realizar la succión nutritiva.

La succión no nutritiva, por su parte, es superficial y rápida, y no es raro oír decir que el bebé “está usando a la madre de chupete” cuando realiza este tipo de succión, aunque es el chupete el que quiere ser una imitación del pecho, no al revés. No hay que despreciar la succión no nutritiva, ni evitarla, puesto que mientras los bebés la realizan “practican”, por así decirlo, para la succión nutritiva, y de paso van tomando pequeñas cantidades de leche rica en grasa que se acumulan en la boca. Cuando la tienen llena, la tragan, así que incluso mientras realizan este tipo de succión se están alimentando.

Los bebés combinan los dos tipos de succión para obtener todo el alimento que les hace falta, puesto que en ambos casos estimulan los receptores de prolactina y oxitocina situados en el pezón y la areola, y por tanto la producción de leche.

Durante la succión nutritiva, el niño tiene las mejillas redondeadas y se ve cómo mueve las mandíbulas. También se oye cómo traga (hace falta silencio). A medida que el bebé madura y evoluciona, también lo hacen sus patrones de succión y deglución. De esta evolución dependerá la eficacia de las tomas.

Madura e inmadura

La succión madura se caracteriza por un ciclo de 10 a 30 succiones sin pausas para respirar, puesto que el niño coordina a la perfección ambos procesos, succión-deglución y respiración. Una vez que el niño empieza a succionar, la lengua realiza movimientos peristálticos que desplazan el bolo de leche al esófago, momento en que se produce la deglución y el ciclo vuelve a empezar.

La succión inmadura se caracteriza por un ciclo de 3 a 5 succiones, seguido de una pausa de la misma duración en la que el bebé respira, ya que no es capaz de succionar y respirar al mismo tiempo de forma coordinada.

Si un bebé presenta un patrón de succión inmaduro, una vez descartadas las causas patológicas hay que tener paciencia y esperar a que evolucione. Como suele ocurrir con los procesos de aprendizaje espontáneo, es cuestión de tiempo

(no todos los niños empiezan a caminar al mismo tiempo: unos lo harán a los 8 meses, otros al año y otros a los 15 meses).

Correcta o incorrecta

La succión correcta es aquella que permite al bebé alimentarse de forma óptima y eficaz sin dañar al pecho ni provocar ningún tipo de molestias a la madre. Bien al contrario, la experiencia es agradable y placentera para ambos.

La succión incorrecta es aquella susceptible de causar problemas a la madre (dolor, traumatismos, infección...), al bebé (poca ganancia de peso, irritabilidad...) o a ambos.

Algunos bebés son más susceptibles de succión incorrecta como, por ejemplo, los bebés prematuros, con crecimiento intrauterino retrasado, hipertónicos o hipotónicos (S. Down, S. Piere Robin...) y los que tengan algún tipo de patología en la cavidad oral (anquiloglosia, paladar hendido, labio leporino...).

También son susceptibles de tener succión incorrecta aquellos bebés que han sido separados de sus madres, los que han nacido en un parto con anestesia o analgesia y también aquellos bebés que por un motivo u otro están estresados o han sido muy manipulados.

Finalmente los bebés que mamen en mala posición o hayan sufrido la interferencia de chupetes y tetinas también realizarán una succión incorrecta.

Para reconducir esta situación y lograr una succión correcta y placentera habrá que analizar caso por caso, valorar las posibles causas, ponerles remedio o encontrar la forma de compensarlas. Al mismo tiempo hay que asegurar una ingesta de leche suficiente por parte del bebé y tratar a la madre si fuera necesario. En algunos casos puede ser útil realizar ejercicios de fisioterapia de la succión. Desgraciadamente es muy difícil encontrar en España profesionales formados en logopedia neonatal ya que solo existe formación en el extranjero.⁽⁷⁾

LACTANCIA

En los niños prematuros la inmadurez de los reflejos de succión y deglución impide que puedan satisfacer inicialmente sus necesidades de agua y nutrientes. Muchos de ellos gastarían mayor cantidad de calorías en el proceso de succionar y deglutir de la que podrían asimilar. Por este motivo recibirán sus primeras calorías por vía intravenosa (i.v.). Al principio lo que recibirán es agua con glucosa, que portará calorías, y si en los días sucesivos no se les puede alimentar por vía digestiva se irán añadiendo proteínas, grasas, vitaminas y minerales a los fluidos que reciben por vena. Es lo que se llama “nutrición parenteral total (NPT)”, con la que se tiene asegurado el alimento completo para su crecimiento.

FORMAS DE INICIAR LA LACTANCIA

Alimentación por sonda. Puede ser la forma inicial de alimentación en algunos niños prematuros.

En este tipo de alimentación, cantidades cuidadosamente medidas de alimento (su propia leche materna extraída, una fórmula especialmente diseñada para prematuros o mezcla de la leche materna y fórmula o con un fortificante de la leche materna) se suministran directamente al estómago a través de un tubo o sonda, donde son procesados por el propio aparato digestivo del niño.

La alimentación por sonda se inicia lentamente y en pequeñas cantidades, a fin de ir ayudando progresivamente a que el aparato digestivo del niño comience a funcionar. A continuación se describen las principales técnicas de administración de este tipo de alimentación.

*Sonda nasogástrica (NG). Se inserta una sonda flexible en la nariz del niño y se pasa por el esófago hasta el estómago.

*Sonda orogástrica (OG). Con esta técnica se introduce una sonda flexible en el estómago del niño a través de la boca y el esófago.

*Sonda nasoyeyunal (NY). Esta sonda se inserta en la nariz del niño y se pasa por el esófago y el estómago hasta el yeyuno, para suministrar los alimentos directamente en la primera parte del intestino.

*Sonda de gastrostomía. En raras ocasiones se emplea este tipo de sonda, sólo en niños con problemas quirúrgicos o que precisan ser alimentados por periodos prolongados. Estas sondas se insertan quirúrgicamente en el estómago a través de la pared abdominal.

Alimentación intravenosa: La técnica para todas las necesidades energéticas por vía intravenosa se denomina nutrición se denomina nutrición paraenteral total o NPT.

Se utiliza cuando el aparato digestivo del niño es demasiado inmaduro y no puede realizar todavía las funciones necesarias para su crecimiento.

Alimentación intravenosa.

Se pueden utilizar una o varias de las siguientes técnicas para su administración:

- Vía periférica.
- Vía umbilical.
- Vía central.
- Epicutáneo- cava.

TIPOS DE LACTANCIA

Leche materna:

Variaciones en la composición de la leche materna.

- **El calostro:** es la leche que las mujeres producen en los primeros días después del parto. Es amarillenta o de color claro espesa.
- **La leche madura:** es la que se produce después de algunos días. La cantidad aumenta y los pechos se ponen llenos, duros y pesados. Algunos llaman a esto “bajada de la leche”.
- **La leche del comienzo:** es la leche que se produce al inicio de la mamada.
- **La leche del final** es la que se produce más tardíamente.

La leche del final se ve más blanca que la del comienzo porque contiene más grasa. Esta grasa proporciona gran parte de la energía de la leche materna. Esta es la razón por la cual no hay que precipitarse a retirar al bebé del pecho, sino que debe permitírsele que continúe hasta saciarse.

La leche del comienzo se ve más aguada que la leche del final. Se produce en mayor cantidad que la primera y proporciona gran cantidad de proteínas, lactosa y otros nutrientes.

Leche de fórmula: Fórmula. Cuando no es posible la lactancia materna, estos niños deben recibir fórmulas diseñadas especialmente teniendo en cuenta las necesidades específicas de los niños prematuros. Estas leches tienen más calorías y una cantidad superior de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una cantidad reducida de lactosa y de un 20 a un 50% de la grasa en forma de ácidos grasos de cadena media. El niño prematuro tiene que tomar este tipo de leches después del alta hospitalaria hasta que llegue a un peso próximo al peso normal al nacimiento (alrededor de los 3.000 gr).

Las principales ventajas de la lactancia materna en el recién nacido prétermino son:

- Perfiles fisiológico de líquidos y aminoácidos.
- Contiene aminoácidos esenciales para pretérmino.
- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Baja carga renal de solutos.

- Presencia de enzima activa y factores antiinfecciosos.
- Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
- Baja osmolaridad.
- Especificidad de especie con biodisponibilidad única.
- Protección frente a infecciones nosocomiales.
- Mejora la función retiniana.

Fortificantes de leche de madre

Existen también leches para prematuros llamadas “fortificadas” o para recién nacidos de bajo peso. Estas leches proporcionan unos aportes de calorías, proteínas, calcio y fósforo intermedio entre las leches específicas para prematuros y las fórmulas e inicio para recién nacidos a término.

Se recomienda que los niños prematuros tomen esta alimentación después de haber tomado leches específicas para prematuros o lactancia materna. Además deberían mantenerse por lo menos durante 6 meses y preferiblemente hasta el año de vida.

PESO EN LOS PREMATUROS

Los bebés prematuros suelen pesar menos que los bebés nacidos a término porque no han tenido tiempo de engordar. Sin embargo, el peso normal de un recién nacido se calcula en relación a su edad. Cuando confluyen en un mismo bebé ambas circunstancias, el riesgo de padecer cierta enfermedades aumentada.

C-CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Cuidados: Precaución modo de actuar de una persona que pone atención para que algo salga bien.

Termorregulación del Recién Nacido Prematuro (RNP)

Los recién nacidos pre- términos sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor grasa muscular.

El mantenimiento de la temperatura corporal se puede lograr a través de:

- Medir la temperatura cada 2 horas.
- Colocar un gorro para evitar la pérdida de calor.
- Colocar al RN en cuna de calor radiante o incubadora vigilando el sensor de la incubadora.
- Se sugiere evaluar la temperatura las 24 a 72 horas cada 2 a 4 horas.
- Posponer baño hasta alcanzar estabilidad térmica, respiratoria y cardiovascular generalmente de 2 a 12 horas del nacimiento considerando un baño parcial.
- Mantener al recién nacido en un ambiente neutro:

- ▶ Secar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- ▶ Favorecer el contacto de piel a piel con los padres en cuanto sea posible.
- ▶ Mantener al recién nacido lejos de corriente de aire.
- ▶ Cubrir al recién nacido con sábanas precalentadas.

Estado respiratorio del recién nacido prematuro

La función pulmonar del prematuro, está comprometida por diversos factores entre los que se encuentra la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficits de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar.

Mantenimiento del estado respiratorio

- Se recomienda evaluar de manera continua los valores deseables de gases en sangre que son PaO₂ 45-60 mm/Hg, PH 7,25 - 7.32, una alteración de ello puede significar una sobre expansión pulmonar y diafragma descendido por debajo de la 9^o costilla, lo que indica exceso de presión inspiratoria.
- Mantener los valores de PO₂ entre 40-60 mm/Hg o saturación de oxígeno entre 88%-93%.
- La necesidad de apoyo ventilatorio requiere la asistencia de casco cefálico, presión positiva continua de las vías aéreas o intubación y ventilación mecánica.
- La oxigenoterapia del recién nacido prematuro incluye mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

El estado nutricional del recién nacido prematuro

El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en el RN prematuro por lo que puede tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo y la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo. Los recién nacido prematuro de peso muy

bajo tienen probabilidades de alimentarse inadecuadamente, así como de presentar deficiencias nutricionales y pobre ganancia de peso, necesitando nutrición parenteral total durante las primeras semanas de vida.⁽⁸⁾

Mantenimiento del aporte de nutrientes

- Iniciar el aporte de leche de la siguiente forma:
 - # RN de menos de un 1.000g. 0.5 ml cada 3 horas por sonda oro gástrica midiendo residuo gástrico antes de cada ingesta.
 - # RN de 1.000g. a 1.499g. de 1 a 2 ml cada 2 horas por sonda oro gástrica o vaso midiendo residuo gástrico antes de cada ingesta.
- El aporte nutricional a través de una sonda gástrica requiere:
 - # Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas.
 - # Elevar la cabecera de la cama 30° a 45° al alimentar al RN.
 - # Comprobar la existencia de residuo previo a cada alimentación.
- La administración de alimentación parenteral incluye:
 - # Mantener la permeabilidad de la vía central.
 - # Mantener una técnica estéril al preparar las soluciones.
 - # Utilizar bomba de infusión para el aporte de soluciones.
 - # Mantener un índice de flujo constante de la solución.
 - # Evitar pasar rápidamente la solución.
 - # Controlar ingresos y egresos.
 - # Controlar signos vitales.
- Asesorar a la madre en la técnica de lactancia materna, explicando los beneficios de la alimentación al seno materno.
- A partir de las 34 semanas cuando existe coordinación de la succión y deglución alimentar al recién nacido con el seno materno.

TEORIA DE RAMONA MERCER

Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Materiales y Métodos: Reporte de caso de una Usuaría con 30 años de edad, asiste a la unidad Materno Infantil por control de Ginecología donde se ordena ecografía obstétrica la cual reporta oligoamnios; es trasladada a cirugía para extracción de producto de sexo masculino por cesárea. En el puerperio tardío presenta dehiscencia de la herida quirúrgica.

Resultados: Son diversas las actividades que desarrolla la enfermera para lograr cada vez más una mejor situación de salud y por ende una mejor calidad de vida, con formación científica cumpliendo de ese modo con los criterios de la atención integral que implican la atención de lo físico, mental y espiritual.

Discusión y Conclusiones: Es importante recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirvió como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre – hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica. ⁽⁹⁾

SISTEMA DE VARIABLES

- Conocimiento de las madres.
- Cuidado al recién nacido.

Conocimiento de las madres:

- ▶ Tipos de succión del bebe: potente, débil, coordinada con buena deglución, no coordinada con mala deglución. Rítmica, no rítmica
- ▶ Peso : pre alta 1.800, alta 2.500
- ▶ Alimentación leche materna :
 - Inicio: >1000gramos, 1.780gramos
 - Tipo: por sonda oro gástrica, por succión
 - Cantidad: inicio > de 1000gramos 0.5ml, 1000gramos a 1490gramos de 1 a 2 ml, 1780gramos seno materno a pecho libre demanda
- ▶ Vínculo afectivo: cada 3 horas, 1 vez al día, ninguna en el día, nunca.

Cuidados del recién nacido:

- ▶ Temperatura: se controla cada 3 horas, colocación de gorro ropa, incubadora encendida, incubadora apagada, vinculo piel a piel.
- ▶ Higiene :
 - Ropa limpia
 - Higiene bucal , ocular
 - Cambio de sabanas 1 vez turno.

- Baño completo.
- Cambio de pañal cada 3 horas.

- ▮ Prevención de infecciones:
 - Lavado de manos antes y después de una técnica para tocar al bebe.
 - Profilaxis umbilical
 - Cambio de sitio de vías periféricas y centrales cuando lo requiera.
- ▮ Control de diuresis y catarsis
- ▮ Piel:
 - Eliminación de adhesivos
 - Fricción / abrasión
 - Dermatitis de pañal
- ▮ Posición del recién nacido: dentro del nido, rotación postural cada 3 horas

HIPOTESIS

La realización de intervenciones educativas de enfermería hacia las madres que tienen internado a su hijo; teniendo en cuenta las características de la madre y la edad gestacional su recién nacido pretermino disminuye el porcentaje de reingresos al hospital.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El estudio empleado en esta investigación, es cuantitativo, descriptivo.

Es un estudio cuantitativo: porque los resultados se expresan en números.

Descriptivo: ya que se realiza un análisis y descripción de los datos obtenidos, es decir cómo se encuentran las variables a estudiar en la realidad.

Área de estudio:

Este estudio se efectúa en el hospital Escuela L. Lagomaggiore en el servicio de neonatología ubicado en Timoteo Gordillo de ciudad, Mendoza.

Población:

La población de estudio de la investigación es hacia las madres que tienen internado a su hijo preternino con una EG de 30 a 35 semanas de gestación en un periodo de un mes.

Muestra

De 25 madres con diferentes características situacionales teniendo en común la Edad gestacional del recién nacido internado en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Técnica de recolección de datos:

En la realización del presente estudio, se utilizó una encuesta personal con preguntas cerradas realizadas a las madres seleccionadas por la característica de RN para la obtención de datos de las variables en estudio.

Instrumentos:

- Encuesta con preguntas cerradas

Fuentes de información:

La fuente de recolección de datos es primaria en forma directa ya que está dirigida a las madres a cargo del RN

Procedimiento

Al finalizar la recolección de los datos se procede a codificar la información en una tabla matriz de datos, la información se tabulará en una tabla de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa, para cruzar los datos de las variables en estudio.

La información se presentará en gráfico de barras y de torta que representara cada variable.

GRÁFICOS Y TABLAS

ANÁLISIS Y COMENTARIOS

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES

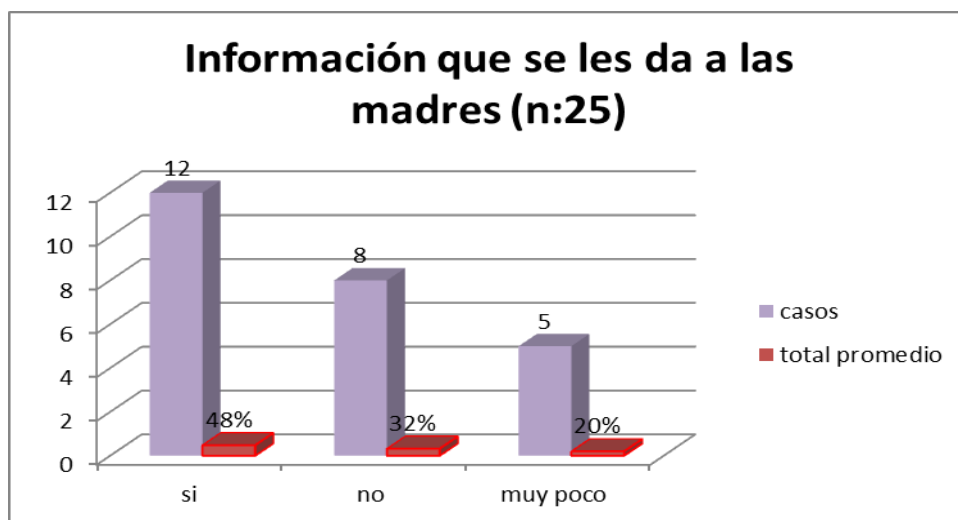
Tabla Nº 1: Orientación que brinda el personal de salud a las madres que tienen hospitalizado a su RNPT

Información que se les brinda a las madres en el la internación del RNPT	F A	F R
Si	12	48%
No	8	32%
Muy poco	5	20%
No comprendió	0	0%
Total	25	100%

Fue nte:

Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico Nº 1



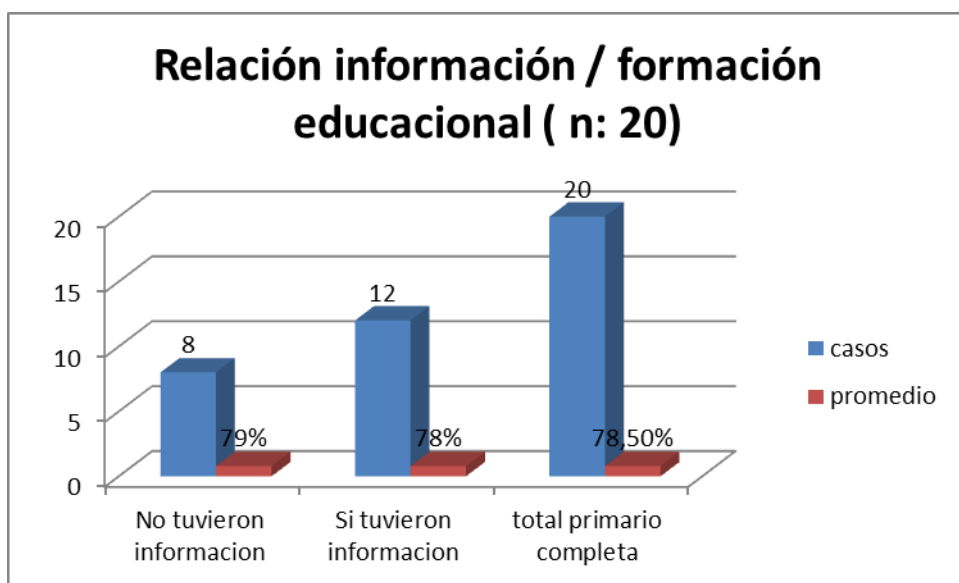
Análisis e interpretación: En el servicio de neonatología se les da información acerca de la internación de su RNPT. Aquí se muestra que a la mayor parte de las madres se les ha dado información y orientación. También hay un importante grupo que no la ha recibido; siendo esta una de las falencias del servicio a mejorar.

Tabla N°2: Análisis de la relación que existe en la información que se les brinda y la educación que tiene cada madre

Relación: información / educación	Datos	Promedio
No tuvieron información	8	79%
Si tuvieron información	12	78%
Total: Con primario completo	20	78.5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico N°2



Análisis e interpretación: Se observa que las madres que no recibieron información obtuvieron una nota promedio indiferente y las que recibieron información. Interpretamos los resultados relacionándolo en que las madres que no recibieron información tienen una educación inicial completa y un promedio de 78.5%

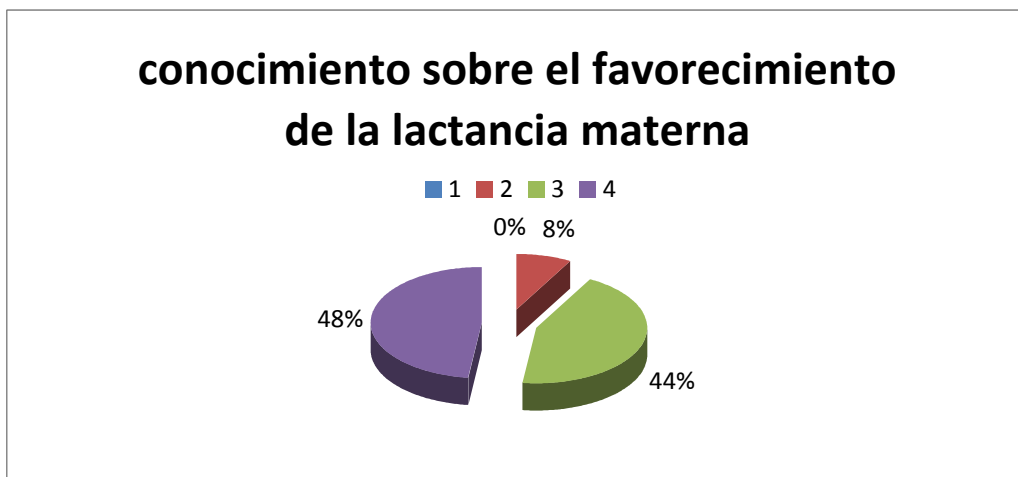
Tabla N° 3 Favorecimiento de la lactancia materna en RNPT.

Nota	Fa	FR
1	0	0%
2	2	8%
3	11	44%
4	12	48%
total:	25	100%

Fuente: Elaboración

propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a madres con hijos RNPT en el servicio de neonatología de Hospital Lagomaggiore

Gráfico: N°3



Análisis e interpretación: El 48% de las madres de RNPT de hospital Lagomaggiore encuestada tuvieron un buen rendimiento en el conocimiento referido Al favorecimiento de la lactancia materna, un 44% tuvo un rendimiento regular y un 8% obtuvieron un muy bajo rendimiento. La mayoría de las madres encuestadas demostró un buen nivel de conocimiento sobre de qué manera favorece la lactancia en RNPT.

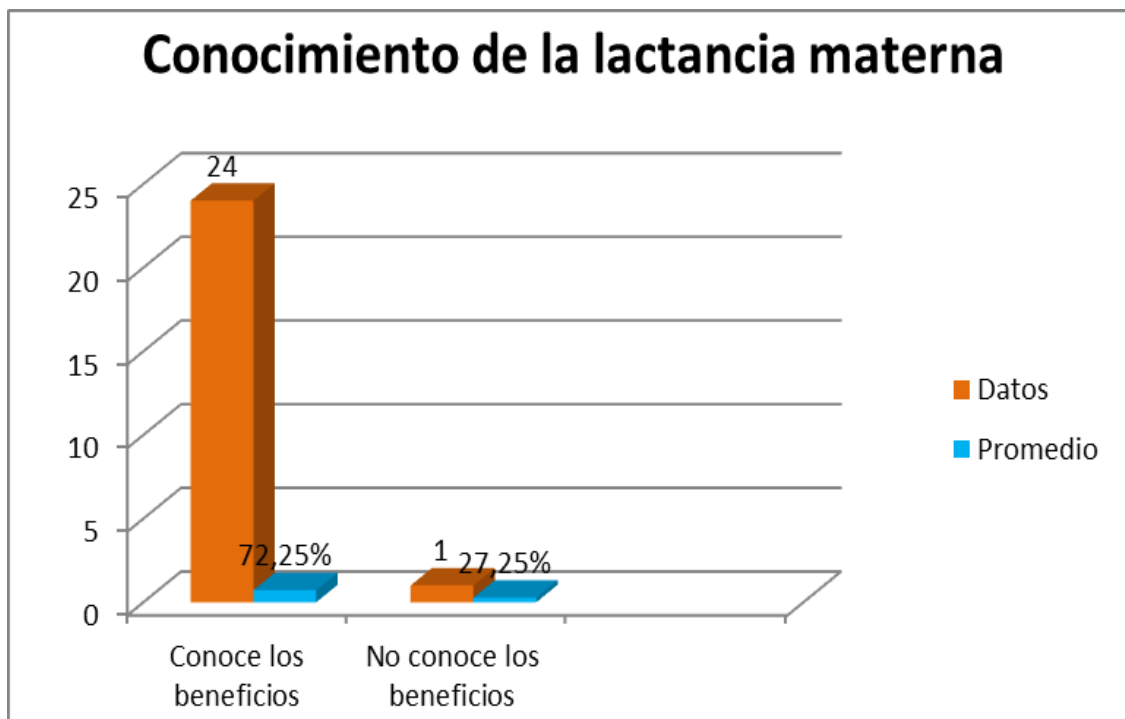
Tabla N°4: Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna en el RNPT

Beneficio de la lactancia	Datos	Promedio

Conoce los beneficios	24	72.75%
No conoce los beneficios	1	27.25%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N°4



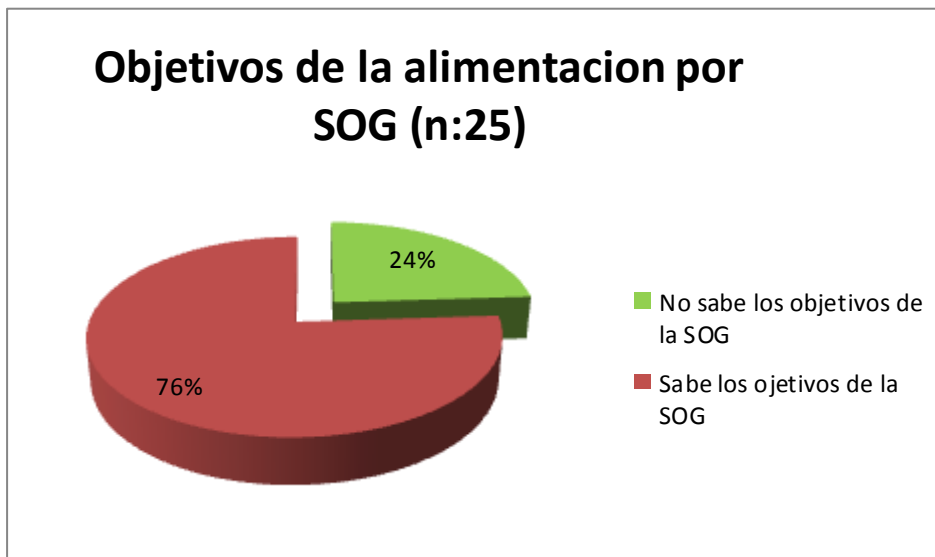
Análisis e interpretación: Las madres que tienen a su recién nacido pretermino en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore tienen un buen conocimiento de los beneficios que recibe su bebe al alimentarlo con leche materna.

Tabla N° 5: Objetivo de la alimentación por SOG en el RNPT

Objetivo de alimentación por SOG	Datos	FR
No sabe los Objetivos de la SOG	6	24%
Si sabe los objetivos de la SOG	19	76%
TOTAL	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N° 5



Análisis e interpretación: En la gráfica representa que muy pocas madres desconocen el objetivo que tiene su implementación en el RNPT. Y que la mayor parte de las madres que tiene a su bebe con una SOG sabe el porqué de su uso y que tan importante es esta.

Relación : objetivos / nº de hijos	Casos	Nota

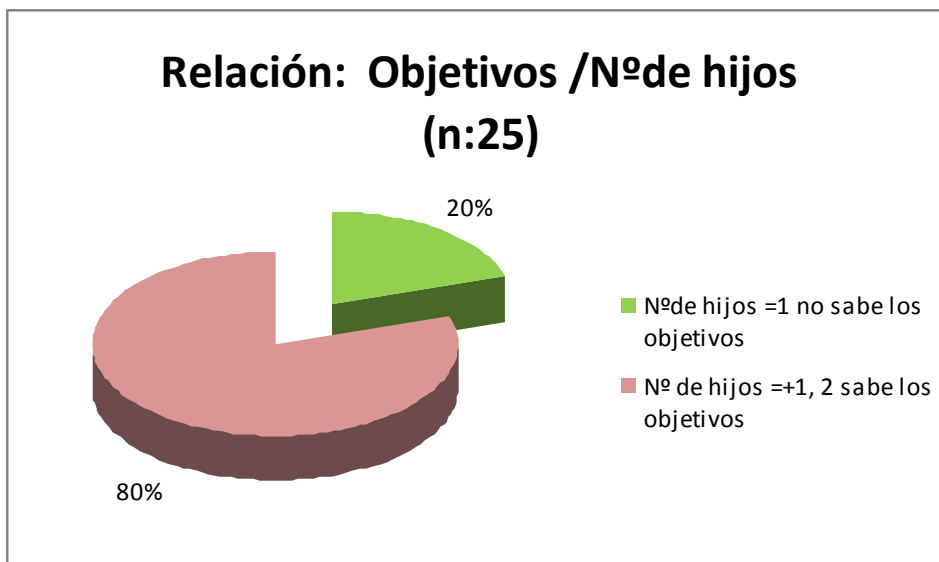
Nº hijos = 1 no sabe los objetivos	5	20%
Nº de hijos =+1, 2 si sabe los	20	80%
Total	25	100%

Tabla N°6:
Relación
Conocimiento de los
objetivos de
la SOG /

cantidad de hijos (n: 25)

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N°6



Análisis e interpretación: Aquí se expresa a través de los datos obtenidos la relación que existe entre la cantidad de hijos que tiene cada madre y el

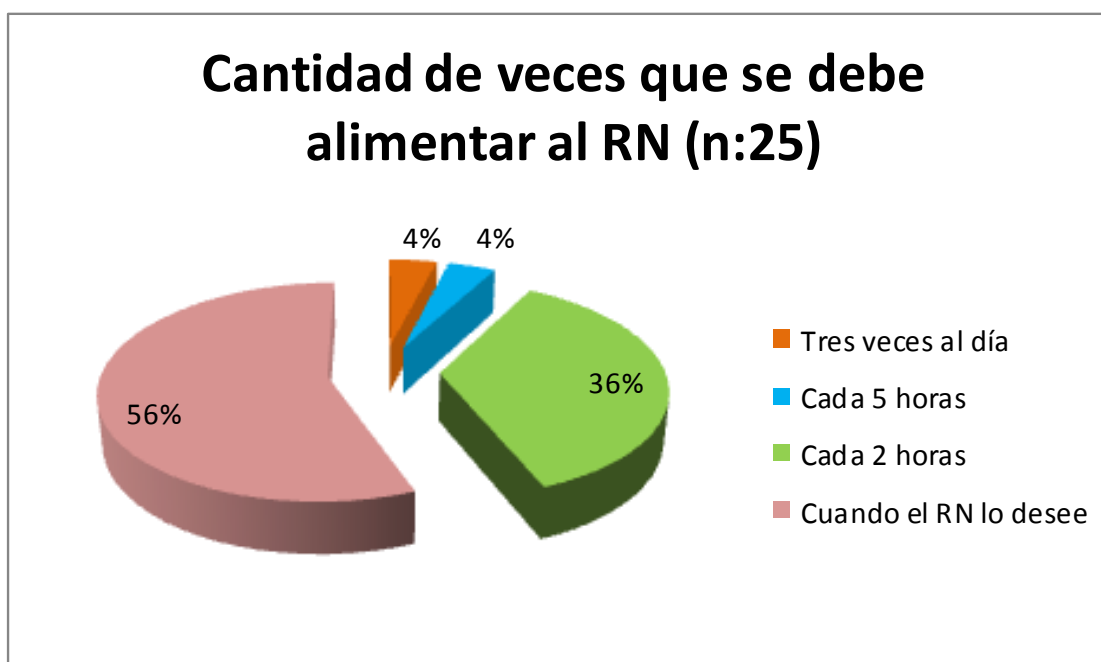
conocimiento de los objetivos de la alimentación por SOG en su bebe. Se dice entonces que las mamás que necesitan más explicaciones del porque se le coloca una SOG a su bebe son las que tienen su primer hijo.

Tabla Nº 7: Cantidad de veces que se debe alimentar al recién nacido

Recibe Lactancia materna:	F a	Fr
3 veces al día	1	4%
Cada 5 horas	1	4%
Cada 2 horas	9	36%
Cuando el RN lo desee.	14	56%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico Nº 7



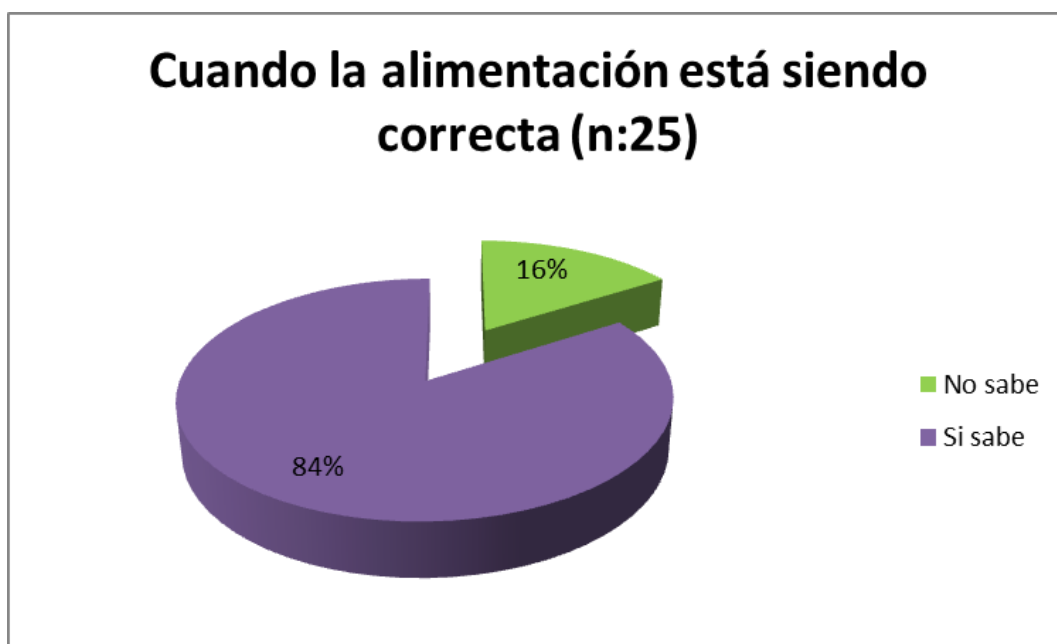
Análisis e interpretación: En la gráfica se representa que en el servicio de neonatología hay un importante % de madres que no saben cuántas veces debe lactar a su bebe cuando se le dé el alta hospitalaria ya que el servicio cuenta con horarios indicados por el médico tratante.

Tabla N° 8: Interpretación de la pregunta ¿Cuándo su bebe está teniendo una lactancia adecuada?

Sabe si su bebe se alimenta bien	F a	F r
No sabe cuándo tiene una alimentación adecuada	4	16%
Si sabe cuándo tiene una alimentación adecuada	21	84%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico N° 8



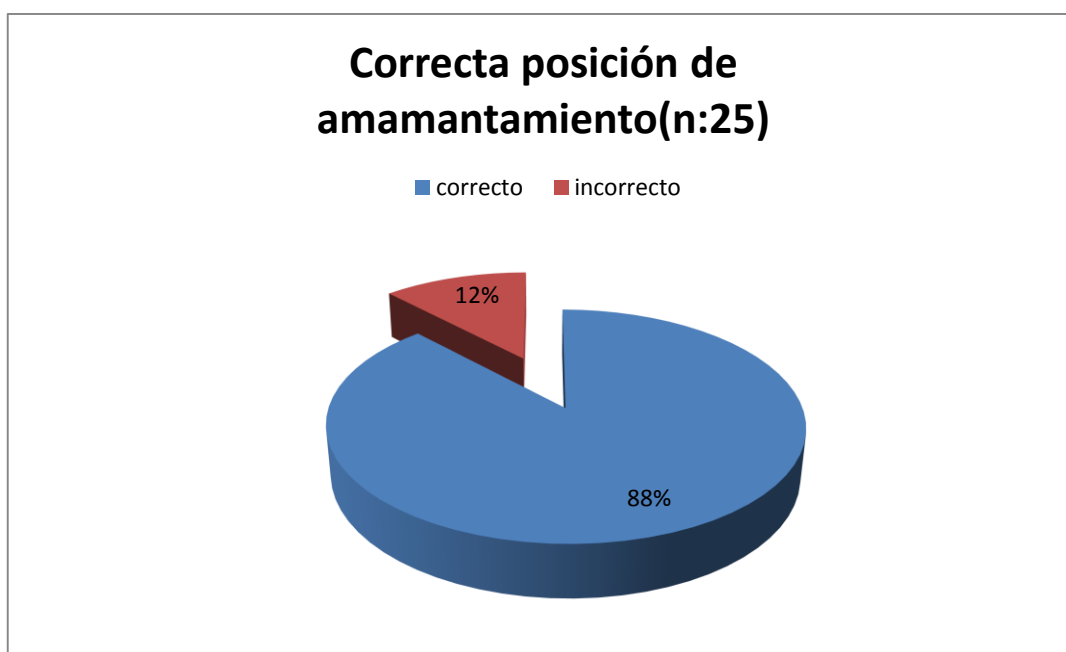
Análisis e interpretación: En la representación gráfica indica que las madres que tienen internado a su bebe en el servicio de neonatología saben cuándo su bebe está teniendo una alimentación adecuada y la demostraron en las entrevista que se les hizo a cada madre.

Tabla N°9 Conocimiento del correcto posicionamiento de amamantamiento del RNPT.

Posición adecuada del amamantamiento	Fa	FR
correcto	22	88%
incorrecto	3	12%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N° 9



Análisis e interpretación: En la representación gráfica indica que las madres que tienen internado a su bebe en el servicio de neonatología tiene un buen conocimiento en conocer las correcta posición para que los neonatos tengan una buena y correcta lactancia en RNPT. El 88% de las madres encuesta respondió de manera correcta y solo un 12% no respondió correctamente.

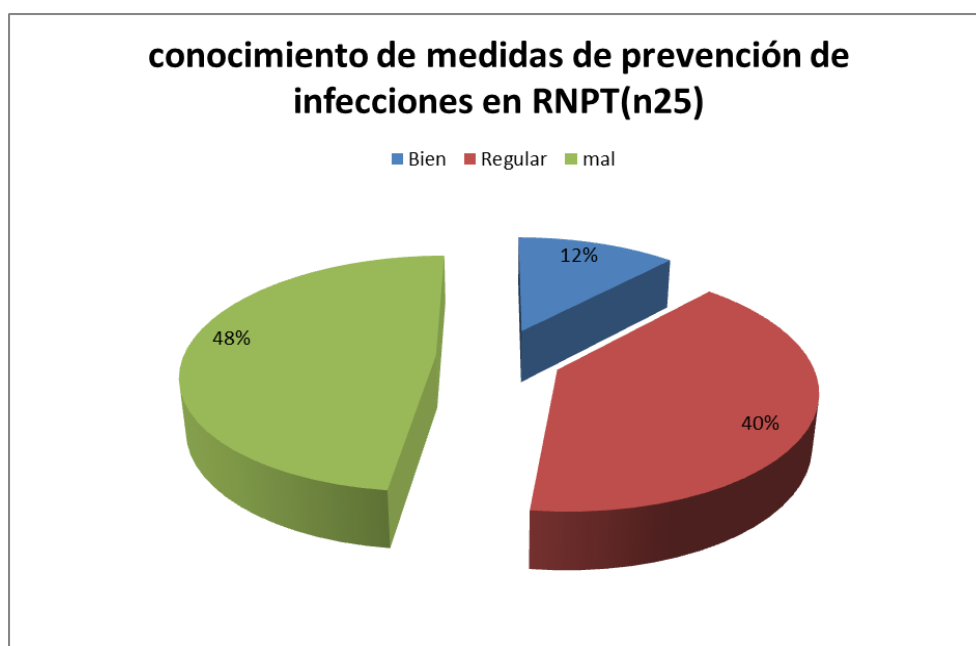
PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Tabla N°10 Conocimiento sobre medidas de prevención de infecciones

calificación	cantidad	porcentaje
Bien	3	12%
Regular	10	40%
mal	12	48%
Total	25	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a madres con hijos RNPT en el servicio de neonatología de hospital Lagomaggiore.

Gráfico N° 10



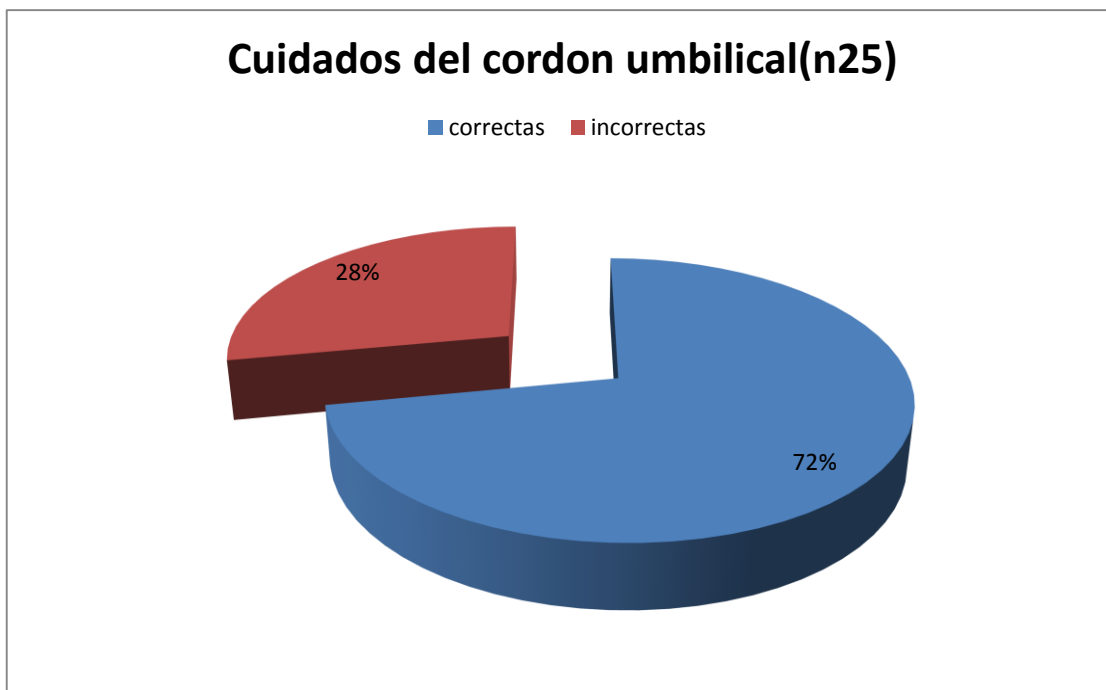
Análisis e Interpretación: En la encuesta realizada en cuanto a la pregunta n° 9 sobre si las madres reconocían las medidas básicas para la prevención de infecciones los resultados fueron que un solo 12% contestó de manera correcta, un 40% respondió de manera regular y un 48% de las madres de hijos RNPT respondió incorrectamente. Cabe analizar que fueron la mayoría de las encuestadas su respuesta al responder fueron incorrectamente.

Tabla N°11 Cuidado de cordón umbilical

Cuidado del cordón	Fa	FR
correctas	18	72%
incorrectas	7	28%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a madres con hijos RNPT en el servicio de neonatología de hospital Lagomaggiore.

Gráfico N° 11



Análisis e interpretación: El gráfico demuestra que la mayoría de las madres tiene conocimientos sobre el cuidado del cordón umbilical.

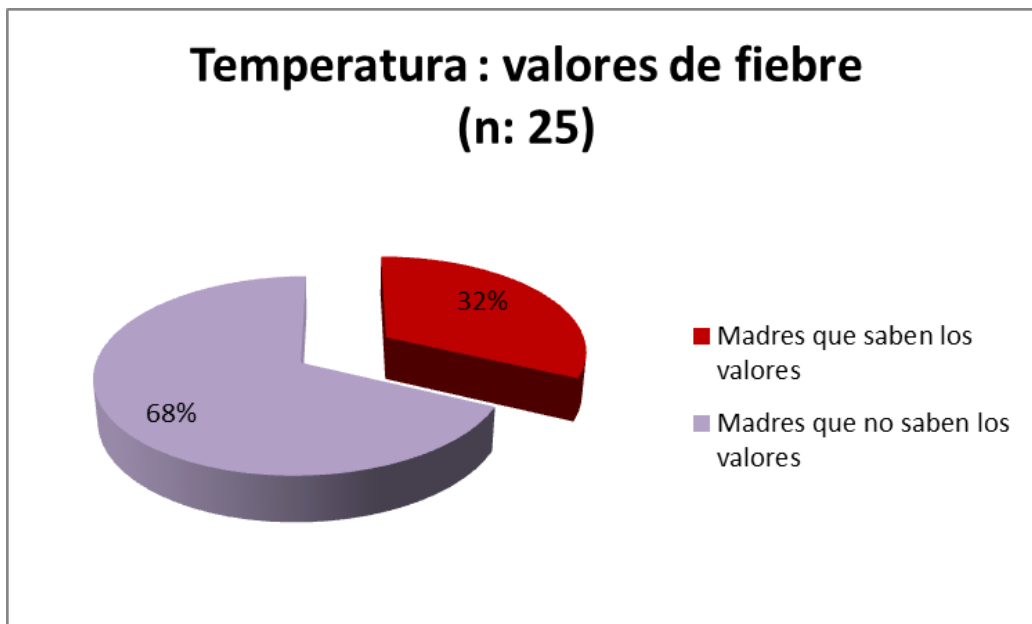
TEMPERATURA

Tabla N° 12: Conocimiento de las madres de la Temperatura: valores de Fiebre

Temperatura : Fiebre	F a	F r
Madres que conocen los valores de fiebre	8	32%
Madres que no conocen los valores de fiebre	17	68%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N° 12



Análisis e interpretación: La temperatura es un indicador muy importante en los signos vitales y en un recién nacido está indicando una infección que para él bebe puede ser irreparable. En los datos obtenidos de las madres que tienen a su RNPT en el servicio de neonatología son alarmante ya que un % importante de madres no conoce los valores. (Alta)

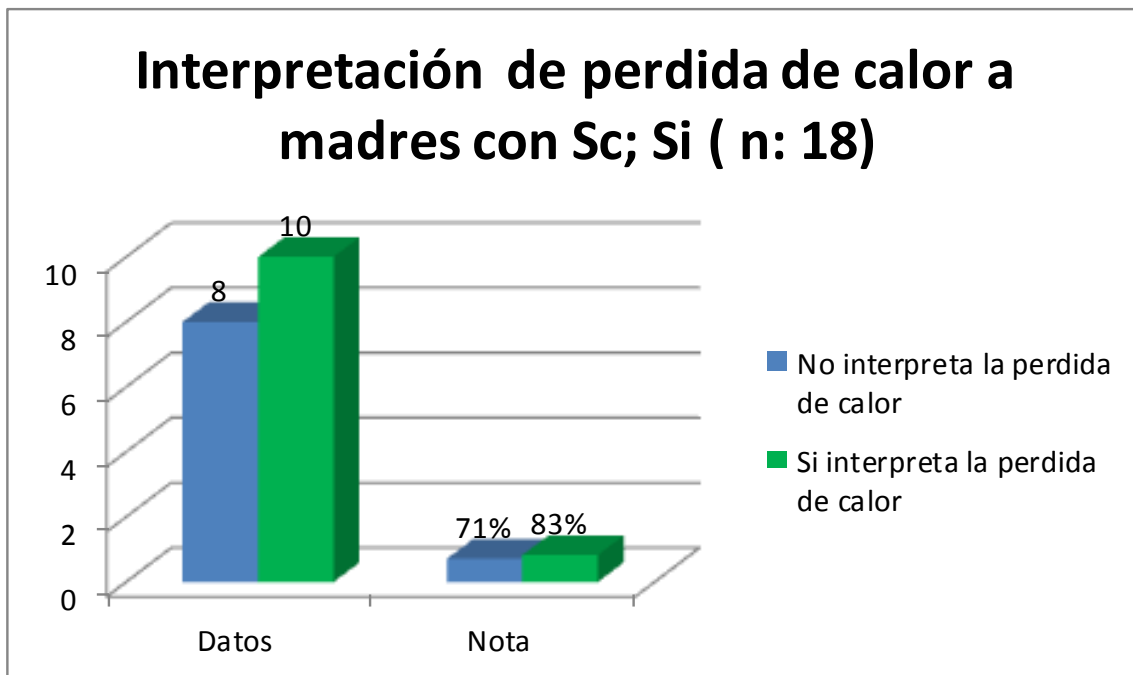
Tabla N°13: Interpretación de pérdida de calor del recién nacido

Con Educación básica (Sc ; Si)	Datos	Nota
No interpretan la pérdida de calor	8	71%

Si interpretan la perdida de calor	10	83%
Total	18	77%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N° 13



Análisis e interpretación: La grafica se representa a las madres que tienen una educación secundaria completa y/o secundario incompleto que mantienen el buen promedio de nota. Existe un indiferente % de madres que no sabe sobre la perdida de calor del RNPT.

HIGIENE

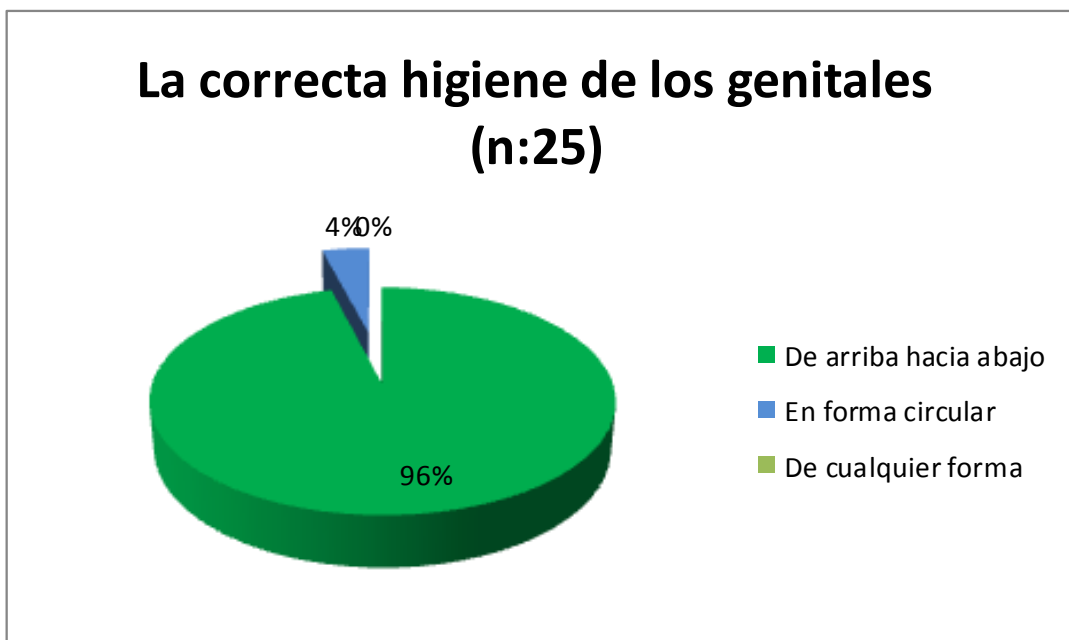
Tabla N°14: Interpretación de la pregunta; La correcta higiene de los genitales del bebe

¿Cómo realizaría la higiene de genitales de su bebe?	F a	F r
De arriba hacia abajo	24	96%

En forma circular	1	4%
De cualquier forma	0	0
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore

Gráfico N°14



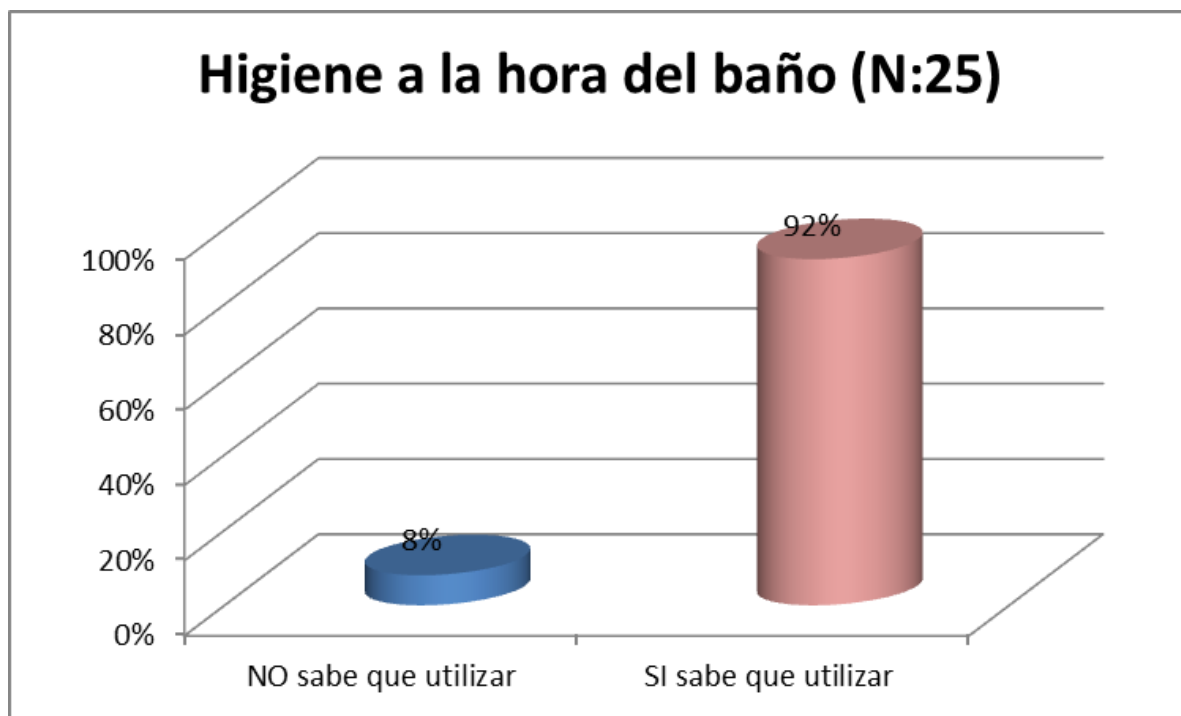
Análisis e interpretación: Aquí se interpreta que las madres que tienen internados a su RNPT en el servicio de neonatología conocen la técnica correcta de la higiene de los genitales.

Tabla N°15: La higiene del bebe con respecto al baño

Qué se usa a la hora de baño del RNPT	F a	F r
NO sabe que utilizaría	2	8%
SI sabe que utilizaría	23	92%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico N°15



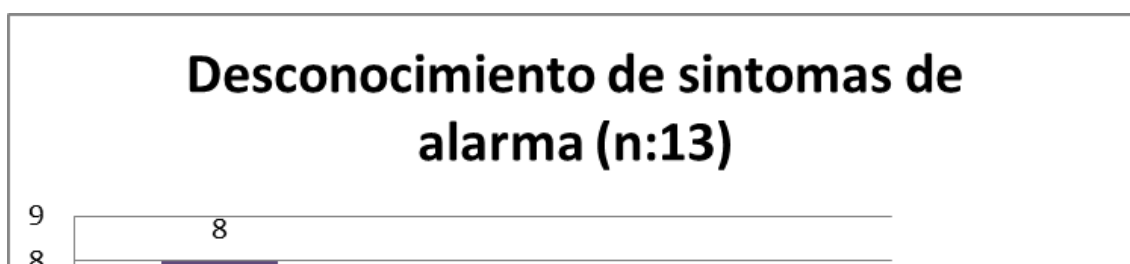
Análisis e interpretación: La gráfica se expresa el conocimiento de las madres con respecto al baño del RNPT, el material de higiene que se usa.

Tabla N° 16: Signos de alarma que indica riesgo en la salud del RNPT

Signos de alarma/ según N° de hijos	Casos	Nota
Primogesta	8	40%
Multigesta	5	45%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L. Lagomaggiore.

Gráfico N°16



Análisis e interpretación: La gráfica se expresa el desconocimiento de las madres con respecto a los signos de alarma en RNPT en madres multigestas tuvo un ligero porcentaje que el de las primogestas, quienes obtuvieron notas bajas en comparación de las multigestas demostrando que puede deberse a la experiencias ya obtenidas con sus anteriores hijos.

Tabla N°17: Estado civil de las madres encuestadas con hijos prematuros

Estado civil	FA	FR
Casada	6	24%
Soltera	19	76%

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada a las madres con su RNPT en el servicio de neonatología del Htal L.Lagomaggiore.

Gráfico N°17



Análisis e interpretación: La gráfica se expresa que la mayoría de las madres con hijos de prematuro tienen estado civil de solteras.

CAPITULO III: RESULTADOS Y PROPUESTA

Conclusiones

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, el proceso investigativo, los objetivos y propósito, la revisión de la literatura y el análisis de los resultados, se concluye lo siguiente:

Las madres encuestadas del hospital L.Lagomaggiore en su mayoría madres adolescentes aunque al momento se les brindo información y orientación de parte de los profesionales de la salud hubo un 8% que refirió no haber recibido información que ellas creen importante. Esto puede deberse que a su etapa del ciclo vital que ellas enfrentan se caracteriza por inmadurez y continuo desarrollo influyendo en la adopción del rol maternal y en los cuidados que se le brindan al RNPT ya que el mismo presenta características mucho más complejas debido a la inmadurez de sus órganos y funcionamiento.

Gran parte de los cuidados suministrados inmediatamente después del nacimiento del RNPT incluyen:

- ✚ Mantenimiento de la temperatura
- ✚ Prevención de lesiones e infecciones
- ✚ Control de signos de alarma(respiración, color , Signos vitales)
- ✚ Proporcionar nutrición e hidratación adecuada.

Por lo que es de vital importancia la educación a los padres en ellos dado que es la madre quien es principalmente quien cuida y está más tiempo con el RNPT se apuntara a ellas pero no dejar de lado a toda la familia quien pueden brindar apoyo y ayuda en el cuidado.

El establecimiento o creación un protocolo de información a los padres podría ayudar a el establecimiento de una correcta comunicación para los padres al momento de ingreso esto puede además de educarlos disminuir miedos e incertidumbres.

La educación atención ante del alta es muy importante sobre todo en el cuidado de prevención de las infecciones los datos aportados demuestran que madre con hijos RNPT tuvieron mayor dificultad.

Por consiguiente recomendamos el conocer los puntos donde las madres han tenido un bajo rendimiento en cuanto a conocimiento ayudará a prevenir y el de brindar las herramientas adecuadas para prevención y control del RNPT.

Durante la internación es el momento más oportuno para la educación ya que junto al RN, podrá internalizar más los conocimientos impartidos por parte de los profesionales de la salud y enfermería en conjunto con profesionales de distintas disciplina.

Los resultados de la investigación arrojaron de una muestra de 25 encuestadas, que las madres obtuvieron en cuanto al nivel de conocimiento buenas notas abarcando el 84% de las encuestadas y del 16% restantes no llegaron a cumplir con lo esperado en el conocimiento básico del recién nacido prematuro, los factores que influyeron en los distintos resultados como por ejemplo; la poca experiencia de las madres al ser primigesta y multigesta, el nivel de educación de

las madres donde el 28% tiene el secundario completo; múltiples edades entre madres adolescentes y adultas; y la edad gestacional que transitaba su hijo prematuro.

En cuanto a la variable cuidado del recién nacido los valores obtenidos con respecto al cuidado de la higiene el 96% tiene el correcto manejo de su hijo y el restante 4% no posee el conocimiento para realizar una higiene adecuada en el prematuro. Y en cuanto a reconocer los valores normales de temperatura solo el 32% sabe los valores normales de temperatura y un 68% desconoce tales valores, estos resultados es una medida alarmante en la neonatología.

Propuesta de acuerdo a los resultados

La propuesta de acción esta destinada a brindar cursos de los cuidados básicos en un recién prematuro a las madres esto podría ayudar a que tengan mayor conocimiento en cuanto a lactancia, prevención de infecciones y signos de alarmas que son puntos muy importantes para los cuidados.

La preparación durante la internación y apoyo de cursos de los puntos básicos más importantes como lo son la lactancia materna, prevención de infecciones y signos de alarma podría ayudar más a que las madres con sus hijos internados prematuros puedan dar o brindarle una mejor y adecuado cuidado una vez dado de alta.

Los cursos podrán ser breves para que no quitar tiempo a las madres con su hijo internado.

La instauración, coordinación de un programa de seguimiento externo, en condiciones de prevención de salud, psicológica, social-económica evaluando el ámbito familiar completo. Estos mismos se complementaran con la participación de las distintas fundaciones existentes necesarias en cada caso, como por ejemplo juzgado de familia, protección de la niñez, DINAF, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Artículo de la página de la UNICEF de Argentina, del 15 febrero del 2010
http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_24104.htm
Manual para padres con niños prematuros.
<http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>
2. Artículo periódico del diario Los Andes. 2 de octubre de 2013.
<http://losandes.com.ar/article/print/articulo/baja-cantidad-bebes-prematuros-741708>
3. Ortiz, Zulma; Ravalli, María José; Bauer, Gabriela et al. Semana del prematuro Decálogo de los derechos. UNICEF, Buenos Aires, 2010.
Amy E. Tracy Y Dianne I. Maaroney, coautoras del libro "Your Premature Baby and Child" (Berkeley, 1999) y madres de hijos prematuros
4. Guías de atención ambulatoria integral para el seguimiento de recién nacidos de riesgo (UNICEF), noviembre de 2012.
5. PAZ, M (2003) Evaluación y Cuidados del Neonato Pretermino. Revista médica de Chile. Disponible: www.escrielo.com
6. AVERY, L (2001) Manual de Neonatología. Ediciones trilla. México.
DICKASON, E.; Silverman, B. Olsen M. (1995) Intervención de la Madre en los Cuidados Neonatales del Recién Nacido pretermino. Revista Pediatría; 120: 780-785
7. ARANGO, R (2000). Enciclopedia de Estimulación al Recién Nacido Pretérmino. Tomo I. Gamma. Colombia

8. NIÑO, C (2004) Manejo Integral del recién Nacido Pretérmino y de muy bajo peso al nacer. Información en línea. Disponible: www.monografias.com. Consulta: Noviembre 2005.

9. Revista de investigación escuela de Enfermería UDES. 14 de octubre (Rev Cuid 2011; 2(2): 195-201)

ANEXOS

Entrevista

DATOS DE LA MADRE

Edad

Estado civil:

Educación:

Ocupación:

Primaria

Completa

Incompleta

Secundaria

Completa

Incompleta

Sin estudio

Números de hijos

Edad gestacional

CONOCIMIENTO DE LA MADRES

1 ¿Al ingreso de su bebé a la UCIN se les brindó orientación acerca de cómo podría ser la experiencia para usted como padre de tener hospitalizado un hijo prematuro en la UCIN, pronóstico y posibles complicaciones?

- a) si
- b) no
- c) muy poco
- d) no comprendió

LACTANCIA

2) La lactancia materna favorece:

- a) La relación madre hijo
- b) El estado de nutrición e el niño
- c) El estado inmunológico en el niño
- d) Todas son correctas

3) ¿Cual es uno de los beneficios de la lactancia materna?:

- a) Sirve como un método anticonceptivo.
- b) Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
- c) Es económica
- d) No se prepara

4) La alimentación por S.O.G se utiliza en el recién nacido pretérmino ¿cuál es el objetivo:

- a) Evitar la pérdida de peso
- b) Evitar el gasto de energía
- c) Aumentar la absorción intestinal
- d) a y b son correctas

5) SI su RNPT recibe lactancia materna debe lactar:

- a) 3 veces al día
- b) Cada 5 horas
- c) Cada dos horas
- d) Cuando el recién nacido desee.

6) ¿cuándo su bebe está teniendo una lactancia adecuada?

- a) cuando la succión es coordinada rápida
- b) cuando aumenta de peso
- c) buena deglución.

d) cuando se cansa y no toma más

7) ¿cuál es la posición de amamantamiento de su bebe correcta?

a) sentada

b) acostada

c) de pie

d) todas son correctas

PREVENCION DE INFECCIONES

8) ¿Qué principales medidas de prevención y control de infecciones conoce?

a) Lavado de mano

b) colocarse alcohol en gel

c) colocarse guantes

d) no conoce

9) La curación del Condón umbilical para prevenir infecciones en el recién nacido se debe realizar con:

a) Alcohol yodado.

b) Agua y jabón.

c) Alcohol absoluto.

d) Betadine.

TEMPERATURA

10) cuando cree usted que su bebe tiene fiebre:

a) Cuando tiene 37°C y llora

b) Cuando tiene 38°C

c) Cuando tiene mayor a 37°C

d) Cuando es mayor a 36,9°C

11) De cuales de las siguientes formas cree que el RNPT pierde calor:

a) Es expuesto a corrientes de aire

b) Se le baña todos los días

c) Tiene mucho abrigo al dormir

d) Lloro demasiado

HIGIENE

12) ¿De cuál de las siguientes forma realizaría la higiene de los genitales de su bebe?

- a) De arriba hacia abajo
- b) En forma circular
- c) De cualquier forma.

13) ¿Qué utilizaría para la higiene de RNPT? Referido sobre el baño de su bebe

- a) Agua tibia, algodón en trozos y jabón neutro
- b) Agua fría, papel higiénico y jabón de tocador
- c) Agua caliente, gasa estéril y jabón de tocador
- d) Agua estéril, gasa y jabón de tocador.

14) ¿Cuáles de estos signos usted cree que indican riesgo de la salud de un RNPT?

- a) Fiebre
- b) Llanto fuerte
- c) Piel de color azulada
- d) Hipo
- e) Convulsiones

Tabla matriz

Nº	Edad	Est. Civ	Edu. Pc	Ocupac	Hijo	EG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Tota	%total		
1	18	Soltera	Si	Desocu	1	32	4	3	4	0	4	4	4	2	4	2	0	4	0	1	36	64		
2	22	Soltera	Pc	A. Casa	1	35	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	0	4	0	1	39	70		
3	17	Soltera	Si	Desocu	1	30	3	3	4	0	4	4	4	2	4	2	0	4	4	2	40	71		
4	20	Soltera	Pc	A. Casa	1	30	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	0	4	4	2	44	79		
5	35	Soltera	Si	A. Casa	2	35	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	3	47	84		
6	37	Soltera	Si	Textil	2	34	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	4	48	86		
7	21	Soltera	Pc	A. Casa	1	31	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2	0	4	4	4	48	86		
8	25	Casada	Si	A. Casa	3	34	4	3	4	4	4	4	0	4	4	0	1	4	4	4	44	79		
9	36	Soltera	Pc	A. Casa	4	31	1	3	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	48	86		
10	27	Casada	Si	A. Casa	3	33	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2	0	4	4	4	48	86		
11	26	Soltera	Si	A. Casa	4	30	4	3	4	4	2	4	4	2	4	2	0	4	4	4	45	80		
12	19	Soltera	Sc	Desocu	2	30	4	4	4	2	0	4	4	4	4	0	1	4	4	1	40	71		
13	28	Casada	Sc	A. Casa	1	30	4	4	4	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	1	48	86		
14	21	Soltera	Sc	A. Casa	2	33	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	55	98		
15	20	Soltera	Si	A. Casa	2	32	1	3	1	4	0	4	4	0	0	2	0	4	4	1	28	50		
16	30	Soltera	Si	A. Casa	6	33	3	3	4	4	4	4	4	3	0	0	4	4	4	2	43	77		
17	20	Casada	Si	A. Casa	2	31	1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	45	80		
18	17	Soltera	Sc	A. Casa	1	31	1	3	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	3	45	80		
19	28	Soltera	Si	A. Casa	1	30	1	3	4	2	2	4	0	2	4	4	4	4	4	4	42	75		
20	18	Soltera	Si	A. Casa	1	30	3	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	49	88		
21	33	Casada	Pi	A. Casa	4	30	3	4	4	4	4	1	4	2	0	4	4	4	4	1	43	77		
22	19	Soltera	Pc	A. Casa	1	30	4	4	4	4	2	4	4	3	0	0	4	0	4	1	38	68		
23	31	Soltera	Si	A. Casa	2	30	4	4	4	4	2	0	4	3	0	2	4	4	4	4	43	77		
24	20	Casada	Pi	A. Casa	2	31	3	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	4	4	4	42	75		
25	18	Soltera	Si	A. Casa	1	35	1	4	4	2	2	4	4	3	0	4	1	4	4	1	38	68		
Referencias : cada pregunta tiene un valor de 4 puntos																								
Tiene un total de 14 preguntas =56% = 100%																								

Tablas con datos filtrados de la tabla matriz

Gráfico N° 1 Información brindada por el personal de salud

Nº	Eda	Est. C	Edu	Ocup	Hijos	EG															Total	Resul	
5	35	Soltera	Si	A. Casa	2	35	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	4	3	47	84
6	37	Soltera	Si	Textil	2	34	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	4	4	48	86
9	36	Soltera	Pc	A. Casa	4	31	1	3	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	48	86
15	20	Soltera	Si	A. Casa	2	32	1	3	1	4	0	4	4	0	4	2	0	4	4	4	1	28	50
17	20	Casada	Si	A. Casa	2	31	1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	45	80
18	17	Soltera	Sc	A. Casa	1	31	1	3	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	45	80
19	28	Soltera	Si	A. Casa	1	30	1	3	4	2	2	4	0	2	4	4	4	4	4	4	4	42	75
25	18	Soltera	Si	A. Casa	1	35	1	4	4	2	2	4	4	3	0	4	1	4	4	4	1	38	68
																					promed	79	

Gráfico N°6: N° de hijos (n: 25)

Nº	Eda	Est. C	Edu	Ocup	Hijos	EG															Total	Resul	
1	18	Soltera	Si	Desocup	1	32	4	3	4	0	4	4	4	2	4	2	0	4	0	1	36	64	
3	17	Soltera	Si	Desocup	1	30	3	3	4	0	4	4	4	2	4	2	0	4	4	2	40	71	
18	17	Soltera	Sc	A. Casa	1	31	1	3	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	3	45	80	
19	28	Soltera	Si	A. Casa	1	30	1	3	4	2	2	4	0	2	4	4	4	4	4	4	4	42	75
25	18	Soltera	Si	A. Casa	1	35	1	4	4	2	2	4	4	3	0	4	1	4	4	4	1	38	68

Gráfico N° 13 : Educación de las madres / interpretación perdida de calor (18)

Con Sc/SI

Nº	Eda	Est. C	Edu	Ocup	Hijos	EG															Total	Resul	
5	35	Soltera	Si	A. Casa	2	35	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	4	3	47	84
6	37	Soltera	Si	Textil	2	34	1	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	4	4	4	4	48	86
13	28	Casada	Sc	A. Casa	1	30	4	4	4	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	1	48	86
14	21	Soltera	Sc	A. Casa	2	33	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	55	98
16	30	Soltera	Si	A. Casa	6	33	3	3	4	4	4	4	4	3	0	0	4	4	4	4	2	43	77
17	20	Casada	Si	A. Casa	2	31	1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	45	80
18	17	Soltera	Sc	A. Casa	1	31	1	3	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	45	80
19	28	Soltera	Si	A. Casa	1	30	1	3	4	2	2	4	0	2	4	4	4	4	4	4	4	42	75
20	18	Soltera	Si	A. Casa	1	30	3	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	49	88
23	31	Soltera	Si	A. Casa	2	30	4	4	4	4	2	0	4	3	0	2	4	4	4	4	4	43	77

