



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

**“CONOCIMIENTO SOBRE PUERICULTURA Y ABLACTACIÓN EN
MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**

**TESIS DE GRADO PREVIA A
LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL**

AUTOR: Franklin Santiago Valdivieso González

DIRECTORA: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán



Loja – Ecuador

2015

1859

CERTIFICACIÓN

Loja, 5 de noviembre del 2015

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la Tesis de grado titulada: **“CONOCIMIENTO SOBRE PUERICULTURA Y ABLACTACIÓN EN MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**, de autoría del estudiante **FRANKLIN SANTIAGO VALDIVIESO GONZÁLEZ**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas, resultados, diseños, conclusiones, recomendaciones, expuestas en el presente trabajo de investigación son de exclusividad y responsabilidad del autor.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Franklin S. Valdivieso', with a long horizontal line extending to the left.

AUTOR

Franklin Santiago Valdivieso González

C I: 1104818644

05/11/2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Franklin Santiago Valdivieso González, declaro ser autor de la tesis titulada “CONOCIMIENTO SOBRE PUERICULTURA Y ABLACTACIÓN EN MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”, como requisito para obtener el título de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional, de la siguiente manera:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de noviembre del dos mil quince. Firma el autor.

Firma:

Autor: Franklin Santiago Valdivieso González

Cédula de Identidad: 1104818644

Dirección: Cdla. Esteban Godoy, conscripto Kelvin Romero y calle SN

Correo Electrónico: sntguitovg@hotmail.com

Teléfono: 0986886289

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

Tribunal de Grado: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha. Mg. Sc.

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

DEDICATORIA

A Dios quien me ha brindado siempre las herramientas necesarias para culminar, con éxito, mi carrera.

A mis padres: Dora González y Franklin Valdivieso, a mi hermana Ana Cristina, y a mis queridos abuelos, quienes han constituido mi mayor motivación y han sido siempre mi incondicional apoyo, durante toda mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por haber permitido mi formación académica.

Al Hospital Isidro Ayora y autoridades, quienes me permitieron realizar esta investigación en sus instalaciones.

Además quiero agradecer ala Dra. Marcia Mendoza Merchán, asesora de tesis, quien con paciencia y predisposición supo orientar acertadamente la realización de mi trabajo de investigación.

De la misma manera, agradezco a mi familia por el apoyo que me brindaron durante mi vida como estudiante de pre grado, gracias a ello he logrado culminar mi carrera y alcanzar una de mis mayores metas.

A mis amigos y todas las personas quienes de una u otra manera hicieron posible la realización de mi trabajo de tesis.

Finalmente, agradezco a Dios, pues es Él quien me ha permitido llegar hasta este punto tan especial de mi vida.

1. TÍTULO

**“CONOCIMIENTO SOBRE PUERICULTURA Y
ABLACTACIÓN EN MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA”**

2. RESUMEN

La puericultura se refiere al cuidado de los niños desde una etapa pre-concepcional hasta la adolescencia. Por otra parte, la ablactación se refiere a la introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses sin interrumpir la lactancia materna. Este estudio se enfocó en el conocimiento sobre el cuidado de los neonatos y de cómo realizar una ablactación adecuada, por lo tanto, se propuso establecer el nivel de conocimiento sobre puericultura y ablactación en las mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora en el período 15 mayo – 15 junio del 2014. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal del cual participaron 72 puérperas, a quienes se aplicó una encuesta enfocada en el conocimiento de la puericultura del neonato y la ablactación. Esta investigación demostró que según las características socioculturales, las participantes lograron un nivel de conocimiento medio sobre la puericultura del RN; mientras que, respecto a la ablactación, las participantes obtuvieron niveles de conocimiento bajo. Y, según la paridad de las participantes, primíparas y multíparas alcanzaron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del neonato; mientras que, respecto a la ablactación, alcanzaron niveles de conocimiento bajo. Se concluyó que, de manera global, el 58,3% de las participantes obtuvo un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del neonato; y el 63,8%, un nivel bajo sobre la ablactación.

Palabras Clave: RN, neonato, puericultura, ablactación, nivel de conocimiento.

2. SUMMARY

Puericulture is about childcare since a pre-conceptional stage through adolescence. On the other hand, weaning refers to the introduction of complementary foods since 6 months without interrupting breastfeeding. This study focused on the knowledge about the care of newborns and how to make a proper weaning, therefore, it was proposed to establish the level of knowledge about childcare and weaning in women hospitalized in the service of gynecology and obstetrics of Isidro Ayora Hospital in the period 15 May - 15 June 2014. It was made a qualitative - quantitative, descriptive, transverse cut study of which 72 women participated, whom a survey focused on knowledge of newborn childcare and weaning was applied. This research showed that according to sociocultural characteristics, the participants reached a medium knowledge level about newborn childcare; whereas, regarding weaning, the participants gained low knowledge level. And, according to the parity of the participants, primiparous and multiparous they reached a medium knowledge level about newborn baby care; whereas, with regard to weaning, primiparous and multiparous they reached low knowledge level. It was concluded that, overall, 58.3 % of participants earned a medium knowledge level about newborn baby care; and 63.8 %, a low knowledge level about weaning.

Keywords: Newborn, neonate, childcare, weaning, knowledge level.

3. INTRODUCCIÓN

La palabra puericultura viene del latín *pueri* que significa niño y *cultura* que significa cultivo; cultivo del niño o los cuidados para la salud del niño. Es entonces, una disciplina preventiva y una herramienta para la promoción de la salud.

La situación ideal es que el niño permanezca los 6 primeros meses con lactancia materna exclusiva. Pasado este periodo se introduce la alimentación complementaria, sin suspender la lactancia materna (Leal, 2012).

La situación actual en Latinoamérica y el Caribe nos indica lo siguiente: se estima que alrededor de 1 millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto por personal calificado, y que aproximadamente 744 mil mujeres no tienen ningún control del embarazo. Por esta situación [...] más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento (UNICEF, 2011).

En el Ecuador encontramos entre las 10 principales causas de muerte de niños menores de 1 año: la neumonía de agente patógeno desconocido, sepsis bacteriana del recién nacido, diarrea y gastroenteritis, y enterocolitis necrosante (INEC, 2010); problemas que pueden suscitarse debido a un inadecuado cuidado del recién nacido y/o una alimentación inadecuada del niño.

A nivel local, y de manera puntual en el Hospital Isidro Ayora de Loja se encontraron en el año 2013 entre las primeras causas de morbilidad infantil patologías como: neumonía, bronquiolitis, EDA, síndrome coqueluchoide (Hospital Isidro Ayora, 2013). Éstas son afecciones que podrían prevenirse si se tuvieran en cuenta de manera minuciosa todos los cuidados que debería recibir los niños, por quienes están a su cargo.

Para combatir el problema de la morbilidad y mortalidad infantil hace falta tener un plan de prevención que permita reducir notoriamente la misma. Esta fue la iniciativa tomada por nuestro hermano país Cuba que ante la necesidad de brindar atención integral al niño instauró un plan de Consulta de Puericultura, en donde con el concurso de diversas especialidades, se brinda la información suficiente para el Médico de la Familia, Enfermeras Licenciadas, Pediatras, Psiquiatras Infantiles, Psicólogos, Estomatólogos, y otras especialidades que permiten conocer, desde temprano, cualquier desviación de la salud, actuar prontamente y lograr una mejor calidad de vida de las niñas y niños, así como prevenir un grupo de enfermedades que pueden aparecer en la edad adulta y es posible detectarlas con un buen control de nuestros niños desde el nacimiento hasta los 19 años.

Los logros obtenidos con la aplicación del Programa Materno Infantil han condicionado un incremento marcado en la supervivencia de los niños. De este modo, si en 1970 sobrevivían 25 niños por cada fallecido durante el primer año de vida, en el año 2010 esta cifra se ha elevado hasta 221; es decir, la supervivencia infantil en Cuba se ha incrementado 8,9 veces en el transcurso de los últimos 40 años (MINSAP CUBA, 2009).

A nivel local el MSP ha implementado el Modelo de Atención Integral de Salud, mismo que se ha planteado, entre otros, el siguiente objetivo: Conseguir el mejoramiento de la salud individual, familiar y de la comunidad, posibilitando el acceso a servicios integrales e integrados de salud, con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos (Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 2014).

Esto nos motiva a seguir mejorando en lo referente a la prevención y atención integral al niño, y ejercer mayor énfasis en seguir cumpliendo el normativo de atención materno-infantil para de esta manera reducir el índice de morbi-mortalidad infantil en nuestro país, empezando por el primer nivel de atención.

La puericultura y la ablactación, que hace referencia a la alimentación complementaria del lactante, son dos temáticas de gran relevancia, que inciden directamente en el desarrollo de los niños. Por tal motivo, determinar el nivel de conocimiento de las madres que estarán al cuidado del niño recién nacido, así como también es importante saber cuan preparadas están para llevar a cabo una adecuada ablactación; y de esta manera, identificar sus falencias para solventarlas mediante la educación. Por lo anteriormente citado, se planteó como objetivo general establecer el nivel de conocimiento sobre la puericultura del neonato y ablactación que poseen las mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el período 15 de mayo – 15 de junio del 2014; y como objetivos específicos: determinar el nivel de conocimiento de las madres según paridad sobre puericultura del neonato y ablactación, e identificar las características socio culturales de las madres: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia y su influencia en el cuidado de los neonatos y la ablactación.

Los resultados que se logren obtener constituirán un aporte valioso, en especial para el personal y autoridades de salud del MSP - Loja, pues les permitirá tomar las acciones requeridas en cuanto a educación para la salud y prevención. Con esto se pretende aportar al mejoramiento referente a la instrucción a las madres sobre los cuidados de su hijos y potenciar la prevención de enfermedades en el recién nacido y lactante.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Definición de puericultura

La palabra puericultura viene del latín pueri que significa niño y cultura que significa cultivo; cultivo del niño o los cuidados para la salud del niño. Es entonces, una disciplina preventiva y una herramienta para la prevención de la salud, no solo para los niños sino para los jóvenes.

4.2 Definición de Recién Nacido y Lactante

Por acuerdo, el recién nacido es el niño desde su nacimiento hasta el mes de vida extrauterina. Se denomina lactante al niño con edad comprendida entre el mes y los dos años de edad (Leal, 2012).

4.3 Aspecto del Recién Nacido

Para muchos padres puede llegar a ser desconcertante ver por primera vez a su recién nacido, húmedo y rojo, con una cabeza larga y que grita. No se parece en nada a lo que habían imaginado (un bebé rosado, gorjeante).

El aspecto normal de los recién nacidos tiene muchas variaciones, desde el color hasta la forma de la cabeza. Algunas de estas diferencias son transitorias, parte de los ajustes físicos por los que atraviesa el bebé. Otras, como las marcas de nacimiento, pueden ser permanentes. Comprender el aspecto normal de los recién nacidos puede ayudarle a darse cuenta de que su bebé es sano. Algunas de las variaciones normales en los recién nacidos incluyen lo siguiente:

4.3.1Color. El color de la piel de un bebé puede variar mucho, dependiendo de la edad, la raza o grupo étnico, la temperatura y si el bebé está o no está llorando. El color de la piel de los bebés a menudo cambia con el ambiente y la salud.

Cuando un bebé nace, la piel es de un color rojo oscuro a púrpura. Cuando el bebé comienza a respirar, cambia a color rojo. Este enrojecimiento normalmente comienza a desaparecer el primer día. Las manos y los pies pueden presentar un color azulado durante varios días, ésta es una respuesta normal a la circulación sanguínea inmadura del bebé. Sin embargo, una coloración azul en otras partes del cuerpo no es normal.

4.3.2 Amoldamiento. El amoldamiento es la elongación de la forma de la cabeza del bebé. Ocurre cuando los huesos móviles de la cabeza del bebé se superponen para facilitar su paso a través del canal de parto. La forma normal generalmente vuelve antes de finalizar la primera semana.

4.3.3 Unto sebáceo. Es una sustancia blanca, oleosa, tipo queso que recubre la piel de muchos bebés después del parto. Se forma por las secreciones de las glándulas sebáceas del bebé protegiendo su piel cuando se encuentra dentro del líquido amniótico durante el embarazo. El unto sebáceo puede no presentarse en algunos bebés que nacen a término (luego de las 41 semanas de embarazo). No es necesario quitarlo y generalmente se absorbe en la piel.

4.3.4 Lanugo. Es el vello suave y fino que cubre el cuerpo de un bebé, especialmente en los hombros, la espalda, la frente y las mejillas. Es más visible en los bebés prematuros, pero habitualmente no se ve en los bebés nacidos a finales del embarazo.

4.3.5 Acné miliar. El acné miliar son manchas duras, blancas y diminutas que parecen granos y aparecen en la nariz del recién nacido. También pueden aparecer en el mentón y la frente. El acné miliar se forma por las glándulas sebáceas y desaparece por sí solo. Cuando esto ocurre en la boca y las encías de un bebé, se llaman perlas de Epstein.

4.3.6 Marcas de la cigüeña o manchas de color salmón. Son pequeñas manchas rosadas o rojas que se encuentran a menudo en los párpados, entre los ojos, en el labio superior y en la

parte posterior del cuello de un bebé. Las manchas son causadas por una concentración de vasos sanguíneos inmaduros y pueden ser más visibles cuando el bebé está llorando. La mayoría de ellas se borran y desaparecen completamente.

4.3.7 Manchas mongólicas. Las manchas mongólicas son manchas de color azul o púrpura en la parte lumbar y en las nalgas del bebé. Más del 80 por ciento de los bebés indios, asiáticos y afroamericanos tienen manchas mongólicas, pero se presentan en los bebés de piel oscura de todas las razas. Las manchas son causadas por una concentración de células pigmentarias. Normalmente desaparecen en los primeros cuatro años de vida.

4.3.8 Eritema tóxico. El eritema tóxico es una erupción de color rosado en el recién nacido. La erupción es común en el tórax y la espalda, pero se la puede encontrar en cualquier otra parte. Alrededor de la mitad de los bebés desarrollan este trastorno en los primeros días de vida. Es menos común en los bebés prematuros. Su causa es desconocida, pero no es peligroso. El eritema tóxico no requiere tratamiento y desaparece por sí solo al cabo de unos días.

4.3.9 Acné neonatal (acné del recién nacido). Aproximadamente un quinto de los recién nacidos desarrollan granos en el primer mes. Generalmente aparecen en las mejillas y la frente. Se cree que la causa de este acné son las hormonas de la madre; generalmente desaparece en unos meses.

4.3.10 Hemangioma en fresa. Esta es una zona protuberante, inflamada o elevada, de color rojo oscuro o brillante que se parece a una fresa. Los hemangiomas se forman por una concentración de diminutos vasos sanguíneos inmaduros. La mayoría sale en la cabeza. Estas marcas de nacimiento suelen aumentar de tamaño durante varios meses, y luego empiezan a borrarse gradualmente.

4.3.11 Manchas de vino de Oporto. Una mancha de vino de Oporto es una marca de nacimiento plana de color rosado, rojo o púrpura. Estas manchas son provocadas por una

concentración de diminutos vasos sanguíneos dilatados llamados capilares. Normalmente salen en la cabeza o en el cuello. Pueden ser pequeñas, o pueden cubrir zonas grandes del cuerpo, y no desaparecen con el tiempo.

4.3.12 Hinchazón de los senos del recién nacido. El agrandamiento de los senos puede presentarse en recién nacidos varones o mujeres alrededor del tercer día de vida. En la primera semana, los pezones pueden secretar una sustancia lechosa llamada "leche de bruja". Esto se relaciona con las hormonas de la madre y desaparece en unos días o semanas.

4.3.13 Genitales hinchados y, o secreción. Los genitales de un recién nacido pueden tener un aspecto diferente de acuerdo con la edad gestacional. Un bebé prematuro mujer puede tener clítoris y labios menores muy prominentes. Una bebé nacida más cerca del término tiene labios mayores más grandes. Las recién nacidas pueden tener flujo de color blanco o mucosidad sanguinolenta de la vagina en las primeras semanas. Esto es normal y se relaciona con las hormonas de la madre. Los prematuros de sexo masculino pueden tener un escroto plano, liso, con testículos no descendidos. Los varones que nacen a finales del embarazo pueden tener rugosidades en el escroto con testículos no descendidos (The University of Chicago Medicine, 2015).

4.4 Vínculo afectivo del recién nacido

Desde los idearios afectivos pre-concepcionales de la pareja se van estableciendo vinculaciones entre los padres y el hijo que se reforzarán de manera importante una vez que el hijo nace (Leal, 2012).

“Se recomienda poner al recién nacido en contacto con la madre dentro de la primera hora de vida, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto” (Asociación Española de Pediatría [AEP], 2013).

Es imperativo para estos fines que se fortalezca la cercanía física del niño con sus padres y más especialmente con la madre durante los primeros días y semanas postnatales, lo que facilitará la solución de las necesidades básicas del recién nacido que tienen que ver con la alimentación, el abrigo, el arrullo y las caricias, que serán esenciales en el proceso de construcción de la confianza básica del niño (Leal, 2012).

4.5 Alimentación

Nunca se insistirá lo suficiente en señalar a la leche materna como el alimento ideal para el recién nacido, puesto que más allá de sus inmensas bondades nutricionales y anti infecciosas, promoverá una fuerte vinculación afectiva que durará toda la vida.

La leche materna debe ser suministrada desde el mismo momento del nacimiento, a libre demanda, de acuerdo con las características fisiológicas de cada niño. En aquellos casos en los que por diferentes razones no es posible la alimentación materna, se deberá prescribir una leche adecuada para el recién nacido, sin generar en la madre sentimientos de culpa que pueden entorpecer el normal desarrollo de este importante período vital (Leal, 2012).

4.6 Cuidados Higiénicos

4.6.1 Baño. En relación con la higiene diaria, el baño debe realizarse desde el primer día de vida, con jabón o gel neutro y con una esponja destinada para ello. No importa mojar el ombligo y no hay que esperar a que se caiga para bañarlo. (AEP, 2013)

4.6.1.1 Principios Básicos. Todo el equipo, ropa y material debe estar preparado previamente.

Asegurar que en el ambiente no existan corrientes de aire y que la temperatura sea adecuada.

La temperatura del agua para bañarlo será de 37 a 38 °C, el agua que se sienta tibia con el codo estará aproximadamente a tal temperatura.

Antes de ejecutar el baño se debe cerciorar que el niño tenga la temperatura regulada, que mantenga una temperatura mayor a 36,5 °C.

Se debe proceder al baño de las áreas más limpias hacia las áreas más sucias.

4.6.1.2 Técnica del baño. Lavado de manos antes de manipular al RN

- Ojos: se debe utilizar una torunda estéril de algodón con agua en cada ojo, empezando desde el ángulo interno y siguiendo hacia el ángulo externo.
- Cara: se realiza la limpieza en forma de 8, empezando por la zona frontal sin tocar los ojos, no se debe utilizar jabón.
- Orejas: se limpia solamente la parte exterior con agua, teniendo precaución que no caiga agua en el interior del oído, y no se debe introducir aplicadores en los oídos.
- Cuero cabelludo: se realiza de forma circular, con agua y jabón, sin ejercer presión alguna, pues esta zona es muy delicada por estar abiertas las fontanelas.
- Extremidades superiores: se empieza por las manos hacia las axilas con agua y jabón.
- Tronco: primero la zona anterior, luego la zona posterior, tener en cuenta el secado correcto del cuello y evitar la humedad en la región umbilical.
- Extremidades inferiores: se empieza por los pies hacia la región inguinal.
- Glúteos y genitales: en las niñas el esmegma (secreción blanquecina) puede acumularse entre los pliegues de los labios, que deberá limpiarse con una torunda de algodón.

No permitir el uso de ombligueros, talcos, aceites, ni colonias en RN. (Cloherty, 2012).

En el cambio de pañal pueden utilizarse toallitas húmedas específicas para el cuidado de las pieles sensibles, que tengan en cuenta el pH de la piel y la prevengan de irritaciones.

Las uñas deben cortarse cuando la longitud sea excesiva, siempre de forma recta y con tijeras de punta redondeada. (AEP, 2013).

4.6.2 Cuidados de cordón umbilical. El cuidado del cordón umbilical comienza en el momento del nacimiento. Después del parto, el cordón se pinza y luego se corta con material estéril. Habitualmente esto lo hacen los profesionales sanitarios.

Tras el nacimiento y hasta que el cordón umbilical cicatriza, los gérmenes habituales de la piel pueden provocar una infección del cordón umbilical. Por ello es muy importante mantener las medidas higiénicas correctas para que se mantenga limpio y no se infecte (AEP, 2014).

4.6.2.1 Higiene del cordón umbilical. En relación con la higiene diaria, hasta la caída del cordón, en los primeros 7-14 días, éste se debe limpiar con agua y jabón, o con una gasa estéril impregnada en el centro con alcohol de 70°, dando unos toques en sentido circular en la base del ombligo. Con otra gasa curamos la parte final del cordón. Repetimos esta operación unas 2-3 veces al día, y siempre que se haya manchado con heces u orina. No se debe dejar la gasa con alcohol en contacto prolongado con la piel ya que la puede irritar. Para evitar rozaduras colocaremos el pañal doblado por debajo del cordón. Es normal que el ombligo sangre un poco los primeros días y también cuando se cae (AEP, 2013).

Por ello, se recomienda tomar las siguientes medidas para el cuidado del cordón umbilical:

- Lavarse las manos antes de su cuidado.
- Se puede ayudar a mantener seco el cordón con una gasa limpia y seca que lo envuelva, recambiando la gasa con los cambios de pañal.
- Cambiar frecuentemente los pañales del bebé (AEP, 2014).

4.6.2.2 Signos de alarma. Los siguientes hallazgos en el cordón umbilical deber ser motivo de consulta al pediatra:

- Enrojecimiento o inflamación de la zona del ombligo.
- Cordón húmedo con secreción amarilla maloliente.

- Sangrado a nivel del cordón umbilical. A veces, puede producirse un pequeño sangrado normal con la caída del cordón umbilical o el roce del mismo con el pañal.
- Retraso en la caída del cordón después de los 15 días de vida (el cordón suele desprenderse entre el 5° y 15° día de vida) (AEP, 2014).

4.7 Vestido

Los recién nacidos toleran mal las temperaturas externas y por ello los vestidos variarán de acuerdo con el clima y la temperatura reinante en el medio. Se recomienda el uso de ropas amplias y cómodas, ojalá sin broches o ganchos que puedan maltratar la piel. Es deseable el uso de las telas de algodón puesto que son menos alergénicas para la piel del niño. El vestido deber permitir el movimiento libre de las cuatro extremidades(Leal, 2012).

4.8 Cuarto

Los niños pueden dormir en la alcoba de sus padres durante el primer semestre de vida, pero en cuna separada y segura. Pasado este tiempo, es ideal el traslado del niño a un cuarto individual, todo lo cual favorecerá necesariamente la adquisición de una deseable autonomía. No se recomienda la utilización de almohada durante el primer año de vida por el potencial riesgo de sofocación que su uso conlleva (Leal, 2012).

4.9 Sueño

Durante las primeras semanas de vida es usual que los niños duerman hasta dieciocho horas por día, cifra que irá disminuyendo gradual y progresivamente a medida que el desarrollo siga su curso. Los niños despiertan por la sensación de hambre, el cansancio o algún tipo de incomodidad relacionada por ejemplo con el sentirse mojados (Leal, 2012).

4.9.1 Patrones del Sueño. El recién nacido promedio duerme durante gran parte del día y la noche. Para los nuevos padres suele ser difícil saber cuánto tiempo y cada cuánto debe dormir el recién nacido. Desafortunadamente, durante las primeras semanas los recién nacidos no tienen un horario establecido y muchos de ellos confunden el día con la noche, piensan que deben estar despiertos durante la noche y dormir durante el día.

Por lo general, los recién nacidos duermen aproximadamente ocho a nueve horas durante el día y aproximadamente ocho horas durante la noche. La mayoría de los bebés no duerme toda la noche sin despertarse hasta cumplir los tres meses de vida o hasta alcanzar un peso de 5,5 a 5,9 kg (12 a 13 libras). Los recién nacidos y los bebés de corta edad tienen un estómago pequeño y deben despertarse cada dos horas para comer. En la mayoría de los casos, el bebé se despierta para comer aproximadamente cada tres a cuatro horas, no permita que su bebé recién nacido duerma más de cinco horas corridas durante las primeras cinco a seis semanas.

Se debe observar los cambios en los patrones de sueño del niño. Si un bebé que acostumbraba a dormir varias horas seguidas comienza a despertarse repentinamente, es posible que tenga algún problema, por ejemplo, una infección del oído. Algunas molestias del sueño son simplemente consecuencia de cambios en el desarrollo o sobre-estimulación.

Nunca se debe poner a un bebé a dormir con un biberón apoyado para que se alimente, es peligroso y puede causar infecciones de oído y atragantamiento (The University of Chicago Medicine, 2015).

4.10 Llanto

Los primeros llantos del recién nacido suelen ser música para los oídos de los padres. Sin embargo, a medida que transcurren las semanas y los meses esa "música" se torna irritante y dolorosa, especialmente tras haber fallado en todos los intentos para detener el llanto (The University of Chicago Medicine, 2015).

Constituye la única forma de comunicación durante las primeras semanas de vida. Es una función neurofisiológica compleja, que le permite al niño recién nacido comunicar sus sentimientos en cualquier lugar y hora. Estudios alrededor de la duración del llanto han mostrado una duración promedio de dos horas por día durante el primer mes de vida. Mientras más pronto los padres aprendan a entender y atender los requerimientos que el niño manifiesta durante el llanto, su duración irá mermando gradual y progresivamente.

Es frecuente hacia el final del primer mes de vida la aparición del llanto excesivo primario, que incluye el mal llamada cólico infantil, caracterizado por paroxismos del llanto acompañados de gran actividad motriz y patrones alterados del sueño y alimentación, que por lo general desaparecen hacia el tercer mes, después de haber generado gran ansiedad en los padres por la connotación angustiada que el llanto persistente genera.

En conclusión, se puede afirmar que el período neonatal constituye una etapa muy importante de la vida del ser humano, en el que se producen importantes cambios y adaptaciones que hacen necesario un acompañamiento afectivo y asertivo, con el fin de promover desde allí la formación de la confianza básica, que le permitirá al niño asumir como protagonista su propio desarrollo (Leal, 2012).

4.11 Termorregulación

La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la supervivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada.

Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el período de adaptación (Sociedad Iberoamericana de Neonatología [SIBEN], 2010)

4.11.1 Valores normales de temperatura en el recién nacido a término.

- Axilar: 36,5°C – 37 °C
- Rectal: 0.5°C – 1°C más alta que la axilar
- Piel Abdominal 36°C – 36.5°C (Ministerio de Salud Pública [MSP] y Consejo Nacional de Salud [CONASA], 2008)

4.11.2 Mecanismos de pérdida y ganancia de calor en el recién nacido. Es necesario tener en cuenta que:

La cantidad de calor que se pierde y la rapidez con que se pierde es proporcional al gradiente de temperatura entre el RN y el medio que le rodea (aire, líquido, sólido u objetos cercanos).

Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor.

Los cuatro mecanismos por los cuales el calor es transferido desde y hacia la superficie corporal son:

a) Conducción.

Mecanismo: Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido.

Proceso físico: Contacto con objetos no precalentados (balanzas, colchones, placas radiológicas y estetoscopios).

Prevención: Valorar temperatura de objetos que entran en contacto con el recién nacido (precalentar)

b) Convección:

Mecanismo: Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido.

Proceso físico: Circulación de aire frío hacia un área expuesta del recién nacido. La inmersión en agua con Temperatura inadecuada.

Prevención: Evitar corrientes de aire. Calentar oxígeno y aerosoles. Aseo con T^a agua controlada. Levantar paredes laterales de calor radiante.

c) Evaporación:

Mecanismo: Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor a la necesaria.

Proceso físico: Características de la piel húmeda y fina al nacimiento. (Hasta las dos semanas de edad postconcepcional) proceso normal de respiración.

Prevención: Secado de la piel. Mantenerla seca. Utilización de humedad ambiente en incubadora según edad gestacional, días de vida. Calentar y humidificar gases respirados.

d) Radiación:

Mecanismo: Pérdida de calor corporal hacia un objeto más frío que no está en contacto directo con el niño.

Proceso físico: Recién nacido rodeado de objetos o superficies más frías.

Prevención: Prevenir cercanía con objetos más fríos. Interponer elementos que eviten pérdida. Precalentar la incubadora antes de introducir al niño. Evitar incubadoras cerca de puertas, ventanas y aire acondicionado que enfríe sus paredes

4.11.3 Signos de hipotermia.

- Cuerpo frío al tacto
- Cianosis central y/o acrocianosis
- Aumento del requerimiento de oxígeno.

- Respiraciones irregulares y/o apnea
- Taquipnea
- Intolerancia alimentaria
- Distensión abdominal, aumento del residuo gástrico
- Bradicardia
- Disminución de la actividad
- Letargia / Irritabilidad
- Disminución de los reflejos. Hipotonía
- Llanto débil
- Succión débil
- Hipoglucemia
- Dificultad para descansar

4.11.4 Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento

- Taquipnea
- Apnea
- Taquicardia
- Rubor
- Extremidades calientes
- Irritabilidad
- Alimentación irregular
- Letargia
- Hipotonía
- Postura en extensión
- Llanto débil o ausente
- Temperatura de piel mayor que central (SIBEN, 2010).

4.12 Signos de Alarma en el RN

Enseñar a la madre y familia la identificación de signos de peligro:

No succiona, llanto irritable, letargia, “no se ve bien”, hipo o hipertermia, dificultad respiratoria, ictericia marcada por debajo del ombligo, vómito (todo lo que toma o mama), diarrea, cambios de color en la piel, sangrado, pústulas u otras infecciones en piel, ojos, ombligo (MSP y CONASA, 2008).

4.13 Prevención de accidentes

La habitación, la cuna y la postura del bebé son tres aspectos esenciales de la seguridad del bebé recién nacido a la hora de dormir. No es aconsejable que los niños duerman con los padres en la misma cama pues existe riesgo de muerte por sofocación.

Nunca se debe dejar al niño solo en casa ni sobre una mesa o cama sin barandilla, pues podría caer al suelo. Los adornos (cadenas, cintas, cordones, imperdibles) son muy peligrosos y pueden producir daños en el bebé. Hasta los 6 meses de edad tampoco es conveniente la exposición directa al sol.

El bebé pertenece al Grupo 0 de Seguridad Infantil (por debajo de 10 Kg) y al viajar en automóvil debe ir sujeto a una silla homologada para este grupo, dispuesta en sentido contrario al de la marcha y nunca en el asiento delantero si el coche dispone de airbag para el acompañante, pues es peligroso.

4.13.1 Síndrome de muerte súbita del lactante

Se llama síndrome de muerte súbita del lactante a la muerte de un bebé menor de un 1 año que ocurre de forma repentina e inesperada. Es la principal causa de muerte en niños entre un mes y un año de vida y se investigan sus causas. Podemos reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante siguiendo estos consejos:

- Debemos colocar a nuestro hijo para dormir siempre boca arriba.

- El colchón donde se acuesta al bebé debe ser firme y cubierto con una sábana ajustable, y sin usar almohadas, colchas ni objetos cerca de la cara de su bebé.
- Debemos evitar que se fume en casa.
- Debemos mantener la cuna del bebé cerca, pero separada de donde duerman los padres u otras personas. El niño puede permanecer en la habitación de los padres hasta los 4-5 meses.
- No debemos abrigar en exceso a nuestro hijo y la temperatura de su habitación debe de estar entre 20-22 °C.

4.13.2 Atragantamiento. Un niño de menos de tres años nunca debe comer frutos secos ya que son la primera causa de atragantamiento.

La ingesta de un cuerpo extraño, cuando va a la vía digestiva suele tener poca importancia salvo que se trate de una sustancia venenosa. Normalmente si el objeto llega al estómago será eliminado por vía rectal. Sólo si queda en el esófago (el niño babeará continuamente y no podrá tragar) habrá que sacarlo.

El verdadero peligro de que un objeto esté en la boca del niño es que éste lo aspire y pase sin querer al árbol respiratorio.

La maniobra conocida como maniobra de Heimlich es la que nos puede ayudar a deshacer la obstrucción.

El método de aplicación de la maniobra de Heimlich en caso de atragantamiento se realiza en función de la edad del niño:

- En el niño menor de 1 año: Pedir ayuda especializada, mientras ésta llega, seguir las siguientes indicaciones:

- Colocar al niño estirado sobre uno de vuestros brazos, con la cabeza más baja que el tronco, una pierna a cada lado del brazo y con la cabeza y los hombros sobre vuestra mano. Abrirle la boca traccionando la mandíbula.
- Con la mano libre, golpear enérgicamente en la espalda, entre los omóplatos, 4 o 5 veces.
- Si las palmadas en la espalda no han funcionado se debe dar la vuelta al niño. Se coloca sobre la espalda con la cabeza más baja que el tronco y girada hacia un lado.
- Con los dedos sobre el esternón (debajo de la línea de las tetillas) hacer 4 o 5 compresiones enérgicas del tórax.
- Estas maniobras deben ser repetidas tantas veces como sea necesario hasta mover el cuerpo extraño y que deje pasar el aire o bien hasta que nos llegue ayuda especializada.

4.13.2 .1 Algunas recomendaciones para evitar los atragantamientos son:

- Hasta pasados los 3 años los niños no deben comer frutos secos (pipas, maíz tostado, cacahuetes, etc.).
- No dejar que el niño juegue con objetos de tamaño pequeño.
- Vigilar que los juguetes que usa su hijo no tengan piezas sueltas o puedan romperse fácilmente.
- Procurar que el niño no se ponga cosas en la boca cuando está corriendo o moviéndose.

4.13.3 El botiquín. Es aconsejable tener siempre a mano un pequeño botiquín con aquellas cosas que pueden ser necesarias como primeras medidas ante una lesión del niño. Pero de la misma manera que es aconsejable tenerlo, es necesario no guardar medicamentos innecesarios, a medio usar, que pueden ser causa de intoxicación del pequeño.

De la misma manera que es recomendable disponer de un botiquín es muy importante que aprendamos a utilizarlo. Tener en él algunas cosas con las que no sabremos qué hacer es de poca utilidad.

4.13.3.1 *El botiquín de casa debería contener*

Material: Tijeras, pinzas, termómetro, vendas elásticas, vendas de gasa, gasas estériles, esparadrapo, suturas adhesivas esterilizadas.

Medicamentos: Analgésicos-antipiréticos (paracetamol, ibuprofeno), antiséptico tópico (agua oxigenada, alcohol), suero fisiológico.

Es recomendable que los padres de los niños pequeños tengan un mínimo conocimiento de las medidas básicas de primeros auxilios, sobre todo reanimación básica y extracción de cuerpos extraños en la vía respiratoria (AEP, 2013).

4.14 Ablactación

4.14.1 Introducción

La lactancia materna es el método óptimo de alimentación del lactante, ya que posee innumerables ventajas frente a la lactancia artificial, tanto nutricionales, como inmunológicas y psicológicas.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la alimentación al pecho hasta los dos años o más (AEP, 2013).

4.15 Promoción de la lactancia materna

Está demostrado que la educación de los padres antes y después del parto es esencial para conseguir la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Por ello es fundamental que las Administraciones y el personal sanitario proporcionen información suficiente a las

mujeres en el embarazo y el puerperio sobre la superioridad y beneficios de la leche materna sobre la leche artificial (AEP, 2013).

Para la madre: La lactancia materna exclusiva funciona como un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida). Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario en el futuro, ayuda a las mujeres a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduce las tasas de obesidad. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Para el lactante: Facilita la digestión, reduce el número de infecciones y alergias, estimula las propias defensas, favorece el desarrollo neurológico y visual, previene enfermedades crónicas del adulto (hipertensión, obesidad, diabetes) y promueve el vínculo entre la madre y el hijo gracias al contacto físico estrecho y frecuente entre ambos (AEP, 2013).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan mantener la lactancia hasta los dos años o más en todos los países del mundo.

- El amamantamiento es un acto personal entre madres e hijos.
- La leche de la madre de la propia especie siempre es mucho mejor que la de un animal de otra especie.
- En el primer año se recomienda ofrecer el pecho antes de las comidas.
- Los niños que maman por encima del año siguen obteniendo una cantidad sustanciosa de calorías y micronutrientes (hierro, calcio, vitaminas) de la leche que toman de sus madres (en ocasiones, por encima del 50% de las necesidades diarias) (AEP, 2014).

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida,
- que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni

siquiera agua,

- que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche,
- que no se utilice biberones, tetinas ni chupetes (Organización Mundial de la Salud, 2015).

4.16 Horario y duración de las tomas.

Los recién nacidos deben alimentarse del pecho a demanda, sin fijar un horario rígido y sin esperar a que el niño llore para darle la toma. La duración de cada toma viene determinada por el propio lactante, nunca por un reloj. El niño deberá mamar todas las veces que quiera y el tiempo que quiera (clásicamente se recomienda entre 10-20 minutos). Se puede realizar el amamantamiento de un pecho hasta que el niño lo suelte, y del otro pecho el tiempo que el niño lo requiera, comenzando por este otro en la toma siguiente. La lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades requeridas por cada lactante. Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio de la lactancia materna y usarlo sólo cuando la lactancia materna esté bien establecida, pues parece no afectar al desarrollo de la lactancia y sí previene del síndrome de muerte súbita.

La digestión de la leche materna dentro del aparato digestivo se hace de forma más rápida que la artificial y es por ello que los lactantes alimentados a pecho hacen tomas más frecuentes que los que toman biberón. (AEP, 2013).

4. 17 Los diez pasos hacia una lactancia natural exitosa recomendados por la OMS / UNICEF (1989)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de poner en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (MSP y CONASA, 2008).

4.18 Contraindicaciones para lactancia materna

4.18.1 Contraindicación absoluta: Citotóxicos e inmunosupresores, VIH – SIDA en la madre, galactosemia, compuestos radioactivos, drogas ilegales, otras: amiodarona, lindano.

4.18.2 Contraindicación relativa (evitar): Imidazólicos, aspirina, codeína, litio, cloranfenicol, quinolonas (ciprofloxacina), tiazidas, derivados del ergot, alcohol, nicotina. No consumir en exceso: café, chocolate, té, bebidas gaseosas (MSP y CONASA, 2008).

4.19 Técnica de lactancia.

- Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar.

- La cabeza del RN descansa en el pliegue del codo de la madre.
- El abdomen del RN está en contacto con el de la mamá (“ombliigo con ombliigo”).
- La oreja, el hombro y la cadera del RN deben estar alineados.
- La mano de la madre sostiene la espalda del RN.
- El mentón del RN toca el seno.
- La boca del RN agarra el pezón y la areola.
- El labio inferior está volteado hacia fuera.
- Se ve más areola por arriba de la boca que por debajo.
- La madre debe sostener su seno con la mano en forma de “C”, con el dedo pulgar hacia arriba (MSP y CONASA, 2008).

4.20 Introducción de alimentación complementaria

La recomendación oficialmente vigente de la OMS es que se debe evitar suministrar al niño todo tipo de alimentos líquidos diferentes a la leche materna durante los primeros seis meses de vida y que los niños podrán recibir alimentos complementarios a partir de esta edad, mientras se mantiene la lactancia por tiempo indefinido (Leal, 2012).

La situación ideal es que el niño permanezca los 6 primeros meses con lactancia materna exclusiva. Pasado este periodo se introducen en la dieta alimentos distintos de la leche – ya sea materna o de fórmula-. A esto se denomina alimentación complementaria. Son alimentos que “complementan” la leche, pero no la sustituyen (AEP, 2015).

“En todo caso, el niño debe seguir recibiendo un aporte de leche de como mínimo unos 500 ml diarios” (AEP, 2013).

Un patrón de ablactación inadecuado tiene serias repercusiones en la salud como son: a) desnutrición, por una alimentación insuficiente, la suspensión del aporte de nutrimentos que provee la leche humana, u ofrecer una alimentación limitada a alimentos con escaso

contenido nutrimental; b) infecciones de tracto digestivo, al consumir alimentos contaminados; c) alergias alimentarias, por la relativa permeabilidad de la mucosa intestinal a proteínas antigénicas; d) problemas de deglución, por ofrecer consistencias inadecuadas o alimentos semisólidos antes del tercer mes; e) sobrepeso, secundario a mayor aporte energético que el requerido, al abuso de alimentos procesados y al inicio temprano de la alimentación complementaria; f) riesgo de deshidratación hipertónica por inmadurez renal en caso de diarrea cuando hay un exceso en la ingestión de sodio y proteínas y deficiente absorción, en especial de los almidones. (Vásquez, E., y Romero, E., 2008).

4.21 ¿Cómo ofrecer los nuevos alimentos?

Empezar por pequeñas cantidades que se irán aumentando a medida que el niño las acepte.

Se debe introducir un alimento nuevo cuando el niño tome bien el anterior (5 o 10 días), para que se acostumbre al nuevo sabor y poder valorar la aparición de intolerancias o alergias.

Los nuevos alimentos se pueden dar en forma de purés, triturados o semisólidos, ofreciéndolos con cuchara o vasito, tratando de evitar el uso de biberones para no entorpecer la lactancia materna y para que vaya aprendiendo a utilizar estos utensilios para comer.

Es importante dejar que el niño vaya probando, respetar sus gustos, alimentarle despacio y con paciencia minimizando las distracciones (evitar la televisión) y sobretodo no forzar ni obligarle a comer. Hay que recordar que hasta el año de vida se debe ofrecer primero el pecho y luego los otros alimentos que complementan a la leche (AEP, 2015).

4.22 ¿Qué alimentos se puede ofrecer y en qué orden?

El orden de introducción de los nuevos alimentos en la dieta varía dependiendo de razones socioculturales, pero debe seguirse la norma de respetar siempre unos días de separación entre cada alimento nuevo que se ofrece.

Las frutas y verduras aportan vitaminas, minerales y fibra. Las carnes, pescados y huevos aportan proteínas y minerales como el hierro.

4.22.1A título orientativo, éstas son las edades de inicio para ofrecer al niño los principales alimentos:

- **Cereales:** A los seis meses. Se puede ofrecer antes el cereal sin gluten en determinadas circunstancias y bajo control pediátrico.
- **Verdura:** A los seis meses. Se deben evitar las verduras de hoja verde ancha por su alto contenido en nitratos: remolacha, nabos, acelgas, espinacas, etc. y se pospondrán hasta los 12 meses. Una cantidad excesiva de zanahoria puede ocasionar tinte anaranjado en la piel del niño, sobre todo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.
- **Carne:** A los seis meses se puede ofrecer el pollo, a los siete meses la ternera, y a los 9 meses el cordero, todos ellos siempre sin grasa, ni piel, que la zona sea magra.
- **Fruta:** Desde los 6 meses, aunque en ocasiones el pediatra puede iniciarla a los 5 meses. Deben evitarse las frutas más alergénicas (en general puede seguirse la regla de evitar las frutas “con pelo o pepitas”) hasta el año de edad.
- **Pescado:** El pescado blanco puede introducirse a partir de los 9-10 meses, el azul a partir de los 15-18 meses.
- **Huevo:** Se puede ofrecer la yema desde los 10 meses, en cantidades progresivas, y la clara (huevo entero) a partir de los 12 meses.
- **Legumbres:** A partir de los 12 o 15 meses, inicialmente trituradas en el puré.
- **Leche de vaca:** Nunca antes del año de vida (12 meses), idealmente a partir de los 18 meses.
- **Yogures y derivados lácteos:** A partir de los 11 o 12 meses.

Las últimas investigaciones en nutrición infantil apuntan a que la introducción de alimentos puede ser flexible dependiendo de la tolerancia y el desarrollo de cada bebé.

4.22.2A partir del año:

- La mayoría de niños pueden comer lo mismo que los padres, exceptuando comidas picantes o muy especiadas y bebidas gasificadas, excitantes o energéticas.
- Los alimentos fritos se deben cocinar a alta temperatura y durante muy poco tiempo de fritura.
- Evitar el exceso de alimentos azucarados, en especial la bollería industrial y los zumos. Si tiene sed ofrecer agua entre comidas.
- Todos los días deben comer fruta, verdura, cereales y carne o pescado.
- No ofrecer frutos secos a niños menores de 3 años de edad por riesgo de atragantamiento. (AEP de atención primaria y Asociación Valenciana de Pediatría de atención primaria, 2012).

4.23 El agua

Mientras el bebé se ha alimentado exclusivamente de leche es raro que haya aceptado el agua entre tomas salvo circunstancias especiales (catarro, ola de calor...). Con la ingestión diaria de leche tiene cubiertas sus necesidades de líquido. Esto cambia al iniciarse la alimentación semisólida. En este momento puede ofrecerse al niño agua entre tomas, bien con biberón o incluso de un vaso. La ingesta abundante de agua es beneficiosa para los niños y los papás deben fomentarla presentándosela al niño como algo agradable.

4.24 Buenos hábitos en la mesa

A los 6 meses la “alimentación a demanda” que ha regido los primeros meses de vida del niño se debe haber sustituido paulatinamente por unos horarios flexibles pero estables de comidas, de forma que al bebé se le ofrezca el desayuno, tentempié a media mañana (opcional dependiendo de los horarios de sueño), comida, merienda y cena a horas más o menos similares todos los días.

Además es el momento de marcar la regla de oro que facilitará el momento de comer del niño y la adquisición de buenos hábitos alimentarios: los padres eligen dónde, cuándo y qué se come y el bebé marca la cantidad. Es recomendable que el entorno en que se coma sea el mismo todos los días: en el mismo sitio, con su babero y su cuchara, sentado en su trona o donde el papá o la mamá hayan decidido dar la comida. De esta manera el niño va interiorizando “cómo se come” y asociando la alimentación a un hábito social más. No debe entretenerse al niño mientras come ni utilizar juguetes o televisión para conseguir que coma más cantidad. Debe respetarse en todos los casos la sensación de saciedad del niño: cuando éste demuestre que no desea seguir comiendo, se retirará la comida.

En los lactantes alimentados al pecho se recomienda mantener la lactancia materna por lo menos hasta los 12 meses, según las recomendaciones de la OMS (AEP, 2013).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

Este trabajo de investigación fue de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal.

5.2 Universo

Mujeres puérperas que se encontraron en el servicio de gineco-obstetricia en el área de post parto del Hospital Isidro Ayora durante el periodo de investigación.

5.3 Criterios de inclusión

Mujeres puérperas que accedieron a que se les aplique la encuesta respecto el conocimiento de puericultura del recién nacido y ablactación.

5.4 Criterio de exclusión

Se excluyeron del trabajo de investigación a las mujeres que no aceptaron participar de la encuesta, además mujeres que por una u otra razón fueron hospitalizadas en el área de post-parto con cualquier otro diagnóstico que no fuera el de parto, y mujeres con diagnóstico de óbito fetal.

5.5 Muestra

La constituyeron un total de 72 mujeres puérperas, quienes voluntariamente accedieron a participar de la investigación.

5.6 Técnicas y procedimientos

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta elaborada específicamente para este fin, en la que constaron datos indispensables para la realización del presente trabajo investigativo,

tales como: edad, estado civil, ocupación, residencia, paridad, escolaridad, e ítems sobre el conocimiento sobre la puericultura del neonato y la ablactación.

Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitó el consentimiento informado a las mujeres que participaron en el trabajo de investigación, seguidamente se explicó de manera clara el motivo de la aplicación de la encuesta y cuál fue su finalidad.

En total, se aplicó la encuesta a 72 mujeres, quienes fueron clasificadas según paridad, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, y área geográfica de vivienda ya sea esta urbana o rural.

Luego de la recolección de datos se realizó la interpretación y análisis de los mismos, y se procedió a la calificación de los resultados de cada encuesta como: conocimiento alto quienes obtuvieron un puntaje entre 80% y 100%, conocimiento medio quienes lograron un puntaje entre 60% y 79%, o bajos quienes obtuvieron un puntaje igual o menor al 59%; según contestaron el cuestionario las encuestadas, determinando así su nivel de conocimientos sobre la puericultura del neonato y la ablactación.

6. RESULTADOS

Tabla N. 1

Nivel de conocimiento sobre puericultura del RN según paridad

Paridad	Número de participantes y % total	Nivel de conocimiento	Porcentaje %
Primíparas	37 (51,4%)	Alto	27
		Medio	70,3
		Bajo	2,7
Multíparas	35 (48,6%)	Alto	42,9
		Medio	45,7
		Bajo	11,4

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

El 51,4% de las participantes fueron primíparas, de las cuales el 70,3% obtuvo un nivel medio de conocimiento. Es importante mencionar que las mujeres con mejores resultados obtenidos fueron las multíparas, que representan el 48,6% de las participantes, de las cuales el 42,9% obtuvo un nivel alto de conocimiento.

Tabla N. 2

Nivel de conocimiento sobre ablactación según paridad

Paridad	Número de participantes y % total	Nivel de conocimiento	Porcentaje %
Primíparas	37 (51,4%)	Alto	13,5
		Medio	13,5
		Bajo	73
Multíparas	35 (48,6%)	Alto	22,9
		Medio	22,9
		Bajo	54,2

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

El 51,4% de las participantes fueron primíparas, de las cuales el 73% obtuvo un nivel bajo de conocimiento, y el 54,2% de las multíparas, quienes constituyen el 48,6% de las participantes, obtuvo un nivel bajo de conocimiento. Es importante mencionar que las mujeres con mejores resultados obtenidos fueron las multíparas, de las cuales el 22,9% obtuvo un nivel alto de conocimiento.

Tabla N.3

Nivel de conocimiento sobre puericultura del RN según características socio culturales

Características socioculturales	Escala	Número y %total de participantes	Nivel de conocimiento	Porcentaje %
Edad en años	10 – 19	23 (31,9%)	Alto	26,1
			Medio	65,2
			Bajo	8,7
	20 – 35	40 (55,6%)	Alto	37,5
			Medio	55
			Bajo	7,5
	> 35	9 (12,5%)	Alto	44,4
			Medio	55,6
			Alto	12,5
Estado civil	Soltera	16 (22,2%)	Medio	75
			Bajo	12,5
			Alto	34,4
	Casada	32 (44,4%)	Medio	59,4
			Bajo	6,2
			Alto	47,8
	Unión libre	23 (32%)	Medio	47,8
			Bajo	4,4
			Alto	30
Nivel de instrucción	Primaria	10 (13,9%)	Medio	60
			Bajo	10
			Alto	30,4
	Secundaria	46 (63,9%)	Medio	60,9
			Bajo	8,7
			Alto	50
	Superior	16 (22,2%)	Medio	50
			Bajo	34,6
			Alto	57,7
Ocupación	Ama de casa	52 (72,2%)	Medio	57,7
			Bajo	7,7
			Alto	38,5
	Estudiante	13 (18,1%)	Medio	53,8
			Bajo	7,7
			Alto	28,6
	Otras	7 (9,7%)	Medio	71,4
			Bajo	32,8
			Alto	59,4
Área geográfica	Urbana	64 (88,9%)	Medio	59,4
			Bajo	7,8
			Alto	50
Rural	8 (11,1%)	Medio	50	
		Bajo	50	

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

El 55,6% de las participantes se encontraba entre los 20 y 35 años, de las cuales el 55% obtuvo un nivel medio de conocimiento.

Las mujeres casadas representaron el 44,4% de las participantes, de las cuales el 59,4% obtuvo un nivel medio de conocimiento

El 63,9% de las participantes tuvieron como nivel de instrucción secundaria, de las cuales el 60,9% obtuvo un nivel medio de conocimiento. Es necesario mencionar que el 50% de las mujeres con instrucción superior obtuvieron un nivel alto de conocimiento.

El 72,2% de las participantes eran amas de casa, de las cuales el 57,7% obtuvo un nivel medio de conocimiento.

El 88,9% de las participantes habitaban en zonas urbanas, de las cuales el 59,4% obtuvo un nivel medio de conocimiento.

Tabla N.4

Nivel de conocimiento sobre ablactación según características socio culturales

Características socioculturales	Escala	Número y % total de participantes	Nivel de conocimiento	Porcentaje %
Edad en años	10 – 19	23 (31,9%)	Alto	13
			Medio	4,4
			Bajo	82,6
	20 – 35	40 (55,6%)	Alto	20
			Medio	17,5
			Bajo	62,5
	> 35	9 (12,5%)	Alto	22,2
			Medio	33,3
			Bajo	44,5
Estado civil	Soltera	16 (22,2%)	Alto	12,5
			Medio	12,5
			Bajo	75
	Casada	32 (44,4%)	Alto	12,5
			Medio	21,9
			Bajo	65,6
	Unión libre	23 (32%)	Alto	26,1
			Medio	17,4
			Bajo	56,5
Nivel de instrucción	Primaria	10 (13,9%)	Medio	30
			Bajo	70
			Alto	23,9
	Secundaria	46 (63,9%)	Medio	10,9
			Bajo	65,2
			Alto	12,5
	Superior	16 (22,2%)	Medio	31,3
			Bajo	56,2
			Alto	19,3
Ocupación	Ama de casa	52 (72,2%)	Medio	15,4
			Bajo	65,3
			Alto	19,3
	Estudiante	13 (18,1%)	Medio	23,1
			Bajo	61,5
			Alto	15,4
	Otras	7 (9,7%)	Medio	28,6
			Bajo	57,1
			Alto	14,3
Área geográfica	Urbana	64 (88,9%)	Alto	17,2
			Medio	17,2
			Bajo	65,6
	Rural	8 (11,1%)	Alto	25
			Medio	25
			Bajo	50

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

El 55,6% de las participantes se encontraba entre los 20 y 35 años, de las cuales el 62,5% obtuvo un nivel bajo de conocimiento. Es necesario mencionar que las participantes que mejores resultados obtuvieron fueron las mujeres mayores a 35 años, de las cuales el 22,2% obtuvo un nivel alto de conocimiento.

Las mujeres casadas representaron el 44,4% de las participantes, de las cuales el 65,6% obtuvo un nivel bajo de conocimiento

El 63,9% de las participantes tuvieron como nivel de instrucción secundaria, de las cuales el 65,2% obtuvo un nivel bajo de conocimiento.

El 72,2% de las participantes eran amas de casa, de las cuales el 65,3% obtuvo un nivel bajo de conocimiento.

El 88,9% de las participantes habitaban en zonas urbanas, de las cuales el 65,6% obtuvo un nivel bajo de conocimiento.

7. DISCUSIÓN

Durante el tiempo que se realizó el estudio, se encuestaron a 72 mujeres que estuvieron hospitalizadas en el área de post-parto del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora, quienes constituyeron la muestra del presente trabajo.

Respecto al conocimiento sobre la puericultura del neonato, el 27% de las primíparas obtuvo un nivel alto de conocimiento, el 70,3% obtuvo un nivel medio, y el 2,7% obtuvo un nivel bajo. Lo que coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Perú, en los Hospitales Alberto Sabogal Sologuren y Hospital de Apoyo María Auxiliadora entre octubre y noviembre del año 2008; en donde el HASS presenta 11,4% de buen conocimiento, 72,9% regular conocimiento, y 15,7% mal conocimiento. Por otro lado, en el HAMA, el 10% presentó un buen conocimiento, mientras que el 84,3% y el 5,7% presentaron un regular y mal conocimiento respectivamente (Landa, C., Huerta, C., Hutarra, E., Huanca, J., Jiménez, M., Iturri, M., y Barrientos, C., 2008).

En el presente estudio participaron 23 adolescentes, de las cuales el 26,1% obtuvo un nivel alto de conocimiento respecto a la puericultura del RN, el 65,2% un nivel medio, y el 8,7% un nivel bajo. En contraste con el estudio realizado en madres adolescentes en la ciudad de Ambato– Ecuador durante el primer semestre del año 2012 se obtuvo los siguientes datos: el 89,16 % de las encuestadas se ubicaron en conocimiento malo sobre puericultura, mientras solo un 10,84 % se ubican en el rango de conocimiento regular (Naranjo, M., 2014).

En la investigación realizada en la Universidad Nacional de Loja año 2013, acerca de conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre cuidados básicos del recién nacido, se concluyó que en relación a la higiene del bebé, el 65% de adolescentes tuvo un nivel medio de conocimiento; respecto a la termorregulación del recién nacido, el 65% logró un nivel bajo, acerca de la protección (afecto y sueño) el 55% tuvo un nivel medio, y con respecto a

la alimentación el 65% tuvo un nivel alto (Potosí, K., 2013). En cambio en el presente estudio que fue realizado a mujeres de distintas edades, en donde el 31,9% fueron adolescentes, se encontró lo siguiente: el 34,7% de las participantes tuvo un nivel alto de conocimiento sobre la puericultura del neonato, el 58,3% tuvo un nivel medio y el 7% tuvo un nivel bajo.

Acerca del conocimiento sobre la ablactación, en este estudio se encontró que, en general, las mujeres obtuvieron un nivel bajo de conocimiento, de las cuales el 55,6% de las mujeres se encontraron entre los 20 y 35 años, el 51,4% fueron primíparas y el 48,6% multíparas. Esto se relaciona con el estudio realizado en la Universidad De San Carlos De Guatemala acerca de conocimientos y prácticas acerca de la ablactación en madres del área rural y urbana, en donde el 59% de las madres se encuentran en un rango de edad de 20 a 29 años. En cuanto a la paridad hubo una distribución equitativa entre las madres primíparas y multíparas, siendo un 48% y 52% respectivamente. En dicho estudio se encontró que, en general, el 30% de las madres presentó un conocimiento correcto, lo que quiere decir que la mayoría de madres presenta un conocimiento incorrecto (Guzmán, M., y Montenegro, Y., 2014).

Además en la presente investigación se encontró que las mujeres que habitan en zonas rurales obtuvieron mayor nivel de conocimiento (nivel medio) que las que habitan en zonas urbanas (nivel bajo), esto difiere del estudio antes mencionado, en donde en el área urbana el 35% de las madres presentó un conocimiento correcto y en el área rural 19%, lo que quiere decir que en el área urbana existe mayor nivel de conocimiento que en la rural (Guzmán, M., y Montenegro, Y., 2014).

Del total de las mujeres que participaron en esta investigación, la mayoría tenía como nivel de instrucción secundaria (63,9%), el 51,4% fueron primíparas y el 48,6% multíparas, el 22,2% fueron solteras. La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 14 años y mayores a 35 años. Lo que se puede comparar con el estudio realizado en Universidad De San Carlos De Guatemala acerca de conocimientos actitudes y prácticas con relación a la

ablactación, en donde se incluyó a 73 madres que comprendieron entre las edades de 15 años hasta mayores de 35 años, el nivel de escolaridad en el que se encontraba la mayoría de esta población fue la primaria incompleta (27.3%), el 52% refirieron tener entre 1 y 3 hijos, un 34% de las mujeres refirió ser madre soltera. En general, en este estudio su autora concluye que existe falta de conocimiento acerca de la ablactación en la población investigada (Pérez, K., 2015); lo que se puede relacionar con este estudio en donde, en general, existe un nivel bajo de conocimiento acerca de la ablactación.

Es necesario mencionar que no se encontraron trabajos similares en la Biblioteca del Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja, ni tampoco en bibliotecas de la localidad, por lo que es importante continuar con la evaluación del conocimiento de las madres en los temas que engloba esta investigación, en trabajos posteriores, para poder realizar un análisis comparativo.

8. CONCLUSIONES

Luego de culminar con el presente trabajo de investigación, establezco las siguientes conclusiones:

- El 70,3% de primíparas y el 45,7% de multíparas obtuvieron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del RN; y el 73% de primíparas y 54,2% de multíparas obtuvieron un nivel bajo de conocimiento sobre ablactación.
- El 65,2% de las participantes que tuvieron entre 10 – 19 años, el 55% de las participantes que tuvieron entre 20 y 35 años y el 55,6% de las participantes mayores a 35 años obtuvieron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del RN. En cambio, el 82,6% de las participantes que tuvieron entre 10 – 19 años, el 62,5% de las participantes que tuvieron entre 20 y 35 años y el 44,5% de las participantes mayores a 35 años obtuvieron un nivel bajo de conocimiento sobre ablactación.
- El 75% de las solteras, el 59,4% de las casadas y el 47,8% de mujeres en unión libre obtuvieron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del neonato. Y, respecto a la ablactación el 75% de las solteras, el 65,6% de las casadas y el 56,5% de las mujeres en unión libre obtuvieron un nivel bajo de conocimiento.
- El 60% de las participantes con nivel de instrucción primaria, el 60,9% de participantes con nivel de instrucción secundaria, y el 50% de las participantes con instrucción superior obtuvieron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del neonato. Es importante citar que el 50% de las participantes con instrucción superior obtuvo un nivel alto de conocimiento. En cambio, el 70% de las participantes con nivel de instrucción primaria, el 65,2% de las participantes con nivel de instrucción secundaria y el 56,2% de las participantes con instrucción superior obtuvieron un nivel bajo de conocimiento sobre la ablactación.
- El 57,7% de las amas de casa, el 53,8% de las estudiantes y el 71,4% de participantes que desempeñaban otras actividades obtuvieron un nivel medio de conocimiento

sobre la puericultura del RN. Y, acerca de la ablactación, el 65,3% de las amas de casa, el 61,5% de las estudiantes y el 57,1% de las participantes que desempeñaban otras actividades obtuvieron un nivel bajo de conocimiento.

- El 59,4% de las participantes que habitaban en el área urbana y el 50% de las que habitaban en el área rural obtuvieron un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del RN; y el 50% de las participantes del área rural obtuvieron un nivel alto de conocimiento. En cambio, respecto a la ablactación, el 65,6% de las participantes que habitaban en el área urbana y el 50% de las que habitaban en el área rural obtuvieron un nivel bajo de conocimiento sobre la ablactación.
- De manera global, el 58,3% de las participantes obtuvo un nivel medio de conocimiento sobre la puericultura del neonato; y el 63,8%, un nivel bajo sobre la ablactación.

9. RECOMENDACIONES

Luego de la realización del presente trabajo de investigación, realizo las siguientes recomendaciones:

- Continuar con la evaluación del conocimiento sobre la puericultura y ablactación, y con esto, identificar aquellas áreas en las que las mujeres tienen deficiencia, y poder reforzarlas a través de la entrega de información por parte del personal de salud.
- Implementar un espacio dedicado única y exclusivamente a la consulta de puericultura, para la población correspondiente; y vigilar el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención materno- neonatal que exige el MSP.
- Realizar una valoración a posterior, para determinar cuáles han sido los avances respecto al conocimiento sobre puericultura y la ablactación en la población correspondiente.
- Determinar, a futuro, si los porcentajes de morbi-mortalidad infantil disminuyen en nuestro medio.

10. REFERENCIAS

Asociación Española de Pediatría. (2015). *En familia ¿Cuándo dar al bebé otros alimentos, además del pecho?* Recuperado de <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/cuando-dar-al-bebe-otros-alimentos-ademas-pecho>.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria. (2012). *Alimentación complementaria padres*. Recuperado de <https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacioncomplementariapadres.pdf>

Asociación Española de Pediatría. (2014). *En familia ¿Hasta cuándo es bueno que mame mi hijo?* Recuperado de <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/hasta-cuando-es-bueno-que-mame-mi-hijo-destete>

Asociación Española de Pediatría. (2014). *En familia. Cuidados del cordón umbilical*. Recuperado de <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>

Asociación Española de Pediatría. (2013). *Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años*. Recuperado de http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf

Cloherty, J. P., Eichenwald, E. C., Hansen, A. R., y Stark, A. R. (2012). *Manual de Neonatología*. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins.

Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP.

(2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atención-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>

Guzmán, M., y Montenegro, Y. (2014). *Conocimientos y prácticas acerca de la ablactación en madres del área rural y urbana* (tesis de pregrado). Universidad de San Carlos, Guatemala. Recuperado de http://www.repositorio.usac.edu.gt/1613/1/05_9402.pdf

Hospital Isidro Ayora Loja. (2013). *Perfil Epidemiológico*.

INEC. (2010). *Egresos Hospitalarios por condición al egreso, sexo y tasa de letalidad hospitalaria*. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=inec%20morbilidad%20infantil&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAA&url=http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/Cam_Egre_Hos_2011/01_Tabulados.xls&ei=JJZqU62gEKngsATG_oHQBw&usg=AFQjCNGSRW_8gTfcm5D3ziESFU9NzQ3myA&sig2=cTzPO_k4yJlxs0JvU8arCQ&bvm=bv.66111022,d.cWc

Landa, C., Huerta, C., Hutarra, E., Huanca, J., Jiménez, M., Iturri, M., y Barrientos, C.

(2008). *Conocimiento de puericultura en madres primíparas Atendidas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren y Hospital de Apoyo María Auxiliadora* (tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Perú. Recuperado de http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/5a967-111-conocimiento-de-puericultura-en-madres-primiparas.pdf

Leal, F. (2013). *Plata Rueda. El Pediatra Eficiente*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

MINSAP CUBA. (2009). *Consulta de puericultura*. Recuperado de [dehttp://files.sld.cu/puericultura/files/2010/10/libro-consulta-de-puericultura-2009-final.pdf](http://files.sld.cu/puericultura/files/2010/10/libro-consulta-de-puericultura-2009-final.pdf)

MSP y CONASA. (2008). *Componente normativo neonatal*. Recuperado de <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal%20CONASA.pdf>

Naranjo, M. (2014). *La puericultura de las madres adolescentes y el desarrollo del infante hasta los tres meses de edad en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román* (tesis de maestría). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7848/1/FJCS-POSG%20032.pdf>

OMS. (2015). NUTRICION. *Lactancia Materna Exclusiva*. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

OMS. (2015). *10 Datos sobre la lactancia materna*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index1.html>

Pérez, K. (2015). *Conocimientos actitudes y prácticas con relación a la ablactación* (tesis de postgrado). Universidad de San Carlos, Guatemala. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9552.pdf

Potosí, K. (2013). *Conocimiento de adolescentes embarazadas sobre cuidados básicos del recién nacido en Áreas de Salud Nro. 1 y 3 de Loja* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Sociedad Iberoamericana de Neonatología. (2010). *Guía de práctica Clínica de termorregulación en el recién nacido*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf

The University of Chicago Medicine.(2015). *Patrones de sueño* Recuperado de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05743>

The University of Chicago Medicine.(2015). *Aspecto del recién nacido*. Recuperado de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05802>

The University of Chicago Medicine.(2015). *Recién nacido – Llanto*. Recuperado de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05759>.

UNICEF. (2011). *Estrategia de UNICEF en América Latina y El Caribe para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna, neonatal e infantil*. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf.

Vásquez, E., y Romero, E., (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. *Artemisa en línea*, 65. 598. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086o.pdf>

11. ANEXOS

Anexo N.1

Consentimiento Informado

El presente estudio será desarrollado por el Sr. Franklin Santiago Valdivieso González, estudiante del Décimo Módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, mismo que tiene por objeto establecer el nivel de conocimiento sobre puericultura del neonato y ablactación que poseen las mujeres postparto hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora. Si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá completar una encuesta, misma que le tomará aproximadamente 15 minutos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y Ud. puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De antemano le agradezco su participación.

Yo,con
CI en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada sobre la investigación **“CONOCIMIENTO SOBRE PUERICULTURA Y ABLACTACIÓN EN MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”** y el propósito de la misma y en consecuencia acepto participar en este estudio investigativo teniendo en cuenta que:

- 1.- He comprendido la naturaleza y propósitos de la investigación.
- 2.- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. La información proporcionada es veraz y confiable.
- 3.- Puedo retirarme cuando yo lo decida, sin que esto me perjudique.
- 4.- La información proporcionada por mi será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Por tanto, doy mi consentimiento para la realización del presente estudio.

Firma

Anexo N. 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA

Solicito de la manera más comedida se sirva contestar la siguiente encuesta

DATOS INFORMATIVOS:

Edad:

Ocupación:

Residencia:

Escolaridad:

Estado civil:

Número de hijos:

CUIDADOS DEL MUÑÓN UMBILICAL

Marque con una x lo correcto

1. ¿Cómo se debe realizar la limpieza del cordón umbilical?

- a) Con agua y jabón neutro ()
- b) Con algodón y alcohol ()
- c) Con pomadas ()

2. Señale cuáles de los siguientes son signos normales

- a. Enrojecimiento e inflamación de la zona del ombligo, secreción amarillenta, maloliente, sangrado. ()
- b. Cordón que se seca y se torna negruzco, puede haber ligero sangrado al desprenderse ()

3. ¿Es necesario mantener seco el cordón umbilical?

Si () No ()

APEGO PRECOZ

Marque con una x lo correcto

1. **¿EL apego precoz con su niño ayuda a mejorar la lactancia materna?**
Si () No ()
2. **El apego precoz favorece la alimentación, el abrigo, al arrullo y las caricias.**
Si () No ()

BAÑO

Marque con una x la respuesta correcta

1. **El baño del recién nacido debe ser:**
 - a. Diario y siempre con jabón ()
 - b. Diario, con agua hervida, y el jabón o champú no son siempre necesarios ()
 - c. Saltando un día, utilizando jabón y agua hervida ()
2. **Se debe asear primero la cara del niño y luego el cuerpo**
Si () No ()
3. **Se debe bañar al niño al aire libre**
Si () No ()
4. **La colonia para bebé se puede colocar directamente sobre la piel**
Si () No ()

ALIMENTACIÓN

Seleccione la respuesta correcta

1. **¿Cuántas veces debe lactar su niño recién nacido?**
 - a. Las veces que el niño quiera alimentarse ()
 - b. 5 veces al día ()
 - c. Cada 5 horas ()
2. **Las tetadas deben durar:**
 - a. Entre 15 y 20 minutos ()
 - b. Entre 5 y 10 minutos ()
 - c. El tiempo que el bebé quiera mamar ()

VESTIDO

Seleccione la respuesta correcta

1. **¿Es aconsejable envolver al niño con mantas (fajarlo)?**
Si () No ()
2. **¿Se debe vestir al niño siempre con prendas abrigadas, independientemente del clima?**
Si () No ()

HABITACIÓN Y SUEÑO

Seleccione con una x lo correcto

1. **¿El niño debe dormir en la misma cama de los padres durante los primeros 6 meses?**
Si () No ()
2. **¿Se puede utilizar almohada desde que el bebé llegue a casa?**
Si () No ()
3. **Los niños recién nacidos suelen despertarse por hambre, cansancio o incomodidad como el sentirse mojados.**
Si () No ()

LLANTO

Señale lo correcto

- a. **Por medio del llanto el recién nacido comunica sus necesidades a sus padres ()**
- b. **El llanto en el niño recién nacido es normal y no se le debe prestar mayor atención ()**

TERMORREGULACIÓN

Señale la respuesta correcta

1. **Algunos signos que indican enfriamiento del niño son: lentitud, dificultad para respirar, color azulado.**
Si () No ()

ABLACTACIÓN

Marque con una x lo correcto

1. **¿A qué edad se debe incluir otros alimentos, además de la leche materna?**

- a. 6 meses ()
- b. 4 meses ()
- c. 7 meses ()

2. Al año de edad el niño debe comer:

- a. La misma alimentación de la familia ()
- b. Solo papillas y leche materna ()
- c. Frutas, cereales y coladas ()

3. Un niño entre 6 y 8 meses debe comer:

- a. Puré de carne, papillas de cereales, frutas en compota, y pedazos pequeños de fruta y galletas ()
- b. Coladas, fruta picada, leche de vaca ()

4. Dar de comer al niño de 4 meses otros alimentos aparte de la leche materna:

- a. Puede producir desnutrición, anemia, alergias, obesidad. ()
- b. Mejorará las “defensas” del niño y crecerá más fuerte y robusto ()

Seleccione la respuesta correcta

5. Esperar que el niño tenga más de 7 meses para darle otros alimentos aparte de la leche materna puede producir: crecimiento lento, desnutrición, vómitos, diabetes mellitus.

Si () No ()

6. ¿Cuántas veces debe comer un niño de 6 a 8 meses?

- a. 2 – 3 veces al día ()
- b. 5 veces al día ()
- c. Ninguna de las anteriores ()

7. ¿Cuántas veces debe comer un niño de 12 meses?

- a. 3 veces al día, y dos refrigerios (a media mañana y media tarde)
- b. 3 veces al día, o lo que el niño quiera comer
- c. Ninguna de las anteriores

Anexo N. 3

Tabla que permite determinar el número (porcentaje) de aciertos que cada participante obtuvo luego de contestar la encuesta

Número de participante	Edad en años			Estado civil					Ocupación					Área Geográfica		Nivel de educación				Paridad		
	10-19	20-35	>35	Soltera	Casada	Unión libre	Viuda	Divorciada	Ama de casa	Agricultor	Estudiante	Empleada pública	Privada	Urbana	Rural	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior	Primípara	Múltipara	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						

Anexo N.4

Loja, 14 de mayo de 2014

Doctor
Jorge Guapulema
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA
Ciudad.-

De mi consideración:

Franklin Santiago Valdivieso González, con CI: 1104818644, estudiante del décimo módulo de la carrera de medicina humana de la UNL, me dirijo a usted muy comedidamente para solicitar que por su intermedio y a quien corresponda, se me conceda autorización para aplicar encuestas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia, las mismas que serán aplicadas en el período comprendido entre el 15 de Mayo y 15 de Junio. Los datos que recolecten servirán para el desarrollo del trabajo de investigación, previo a la obtención del título de Médico General.

Por su amable atención expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Franklin Santiago Valdivieso González
ESTUDIANTE

Anexo N.5

Tablas que muestran el nivel de conocimiento acerca de la puericultura del RN y ablactación

Tabla N.1

Conocimiento sobre la puericultura del RN

Parámetro	Número de participantes	Porcentaje	Nivel de conocimiento
Puericultura del RN	72	34,7 %	Alto
		58,3%	Medio
		7%	Bajo

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

Tabla N. 2

Conocimiento sobre ablactación

Parámetro	Número de participantes	Porcentaje de participantes	Nivel de conocimiento
Ablactación	72	18,1%	Alto
		18,1%	Medio
		63,8%	Bajo

Fuente: Encuesta aplicada a las participantes

Elaborado por: Franklin Santiago Valdivieso González

ÍNDICE

	Página
Carátula	I
Certificación.....	Ii
Autoría.....	Iii
Carta de autorización.....	Iv
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	Vi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2. Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura.....	7
4.1 Definición de puericultura.....	7
4.2 Definición de Recién Nacido y Lactante.....	7
4.3 Aspecto del RN.....	7
4.4 Vínculo afectivo del recién nacido.....	10
4.5 Alimentación.....	11
4.6 Cuidados Higiénicos.....	11
4.6.1 Baño.....	11
4.6.2 Cuidados de cordón umbilical.....	13
4.7 Vestido.....	14
4.8 Cuarto.....	14
4.9 Sueño.....	14
4.10 Llanto.....	15

4.11 Termorregulación.....	16
4.11.1 Valores normales de temperatura del RN.....	17
4.11.2 Mecanismos de pérdida y ganancia de calor en el RN.....	17
4.11.3 Signos de hipotermia.....	18
4.11.4 Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento.....	19
4.12 Signos de Alarma en el RN.....	20
4.13 Prevención de accidentes	20
4.13.1 Síndrome de muerte súbita del lactante.....	20
4.13.2 Atragantamiento.....	21
4.13.3 El botiquín.....	22
4.14 Ablactación.....	23
4.14.1 Introducción.....	23
4.15 Promoción de la lactancia materna.....	23
4.16 Horario y duración de las tomas.....	25
4.17 Los diez pasos hacia una lactancia natural exitosa.....	25
4.18 Contraindicaciones para lactancia materna.....	26
4.19 Técnica de lactancia.....	26
4.20 Introducción de alimentación complementaria.....	27
4.21 ¿Cómo ofrecer los nuevos alimentos?.....	28
4.22 ¿Qué alimentos le puedo ofrecer y en qué orden?.....	28
4.23 El agua.....	30
4.24 Buenos hábitos en la mesa.....	30
5. Materiales y Métodos.....	32
6. Resultados.....	34
7. Discusión.....	40

8. Conclusiones.....	43
9. Recomendaciones.....	45
10. Referencias.....	46
11. Anexos.....	50
Índice.....	60