

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA



TÍTULO:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MADRES;
SOBRE ESTIMULACIÓN Y CUIDADO EN NEONATOS
PREMATUROS DEL ÁREA NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA LOJA”.**

Tesis previa a la obtención del
Título de Licenciada en
Enfermería.

AUTORA:

TANIA BEATRIZ SÁNCHEZ BUSTAMANTE

Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

DIRECTORA

*No todos ocupan los
mejores puestos, sino
los más preparados,
aunque no sean genios.*

CERTIFICACIÓN

Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación titulado **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MADRES; SOBRE ESTIMULACIÓN Y CUIDADO EN NEONATOS PREMATUROS DEL ÁREA NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”** de autoría exclusiva de la estudiante Tania Beatriz Sánchez Bustamante, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo mi dirección y control y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado designado

Loja 09 de noviembre del 2015

Atentamente,



Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

El presente trabajo investigativo denominado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MADRES; SOBRE ESTIMULACIÓN Y CUIDADO EN NEONATOS PREMATUROS DEL AREA NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA". En su estructura teórica y metodológica, así como la síntesis, procedimiento de la información, análisis de resultados, conclusiones, recomendaciones y sugerencias de la investigación son en su totalidad de absoluta responsabilidad del autor.

Firma: 

Autora: Tania Beatriz Sánchez Bustamante

Cedula: 1104879414

Fecha: Loja, 09 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Tania Beatriz Sánchez Bustamante, declaro ser la autora de la tesis titulada: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN MADRES; SOBRE ESTIMULACIÓN Y CUIDADO EN NEONATOS PREMATUROS DEL AREA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”**. Como requisito para obtener el Título de Licenciada en Enfermería; 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 de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual), 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 copias 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: **Tania Beatriz Sánchez Bustamante**

Cedula: **1104879414**

Dirección: **Isidro Ayora Bajo**

Correo electrónico: **tanibac@hotmail.com**

Teléfono: **2107405**

Celular: **0959083366**

Datos complementarios

Directora de tesis: **Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.**

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidenta: **Lic. Judith Francisco Pérez, Mg. Sc**

Primera Vocal: **Lic. Gina Monteros Cocios, Mg. Sc**

Segunda Vocal: **Lic. Miriam Analuca Cajamarca, Mg. Sc**

DEDICATORIA.

A DIOS, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MIS PADRES, por regalarme la vida, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que a nada por su amor.

A MI HERMANO, que con infinito amor, hemos crecido juntos logrando ser incondicionales en todo momento.

A MI ESPOSO, Que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante para cumplir otra etapa de mi vida.

A MIS HIJAS, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación.

A MIS FAMILIARES, que con su ayuda y apoyo han sido de gran importancia en logro de una meta más en mi vida, convirtiéndose en las segundas madres de mis hijas.

AGRADECIMIENTO.

Al culminar mi carrera universitaria doy gracias primeramente a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fuerza para continuar.

De igual manera a la Universidad Nacional de Loja primeramente a la carrera de Enfermería y quienes la conforman docentes y sus directivos por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, impartiendo el conocimiento y sus sabios consejos durante los años de estudio.

En particular la directora de tesis Lic. Mg. Grace Cambizaca Mora quien con gran esmero y dedicación dirigió el presente trabajo investigativo.

A demás extendiendo mis sincero agradecimiento al grupo de personas que conformaron el universo del presente trabajo investigativo.

TANIA BEATRIZ SÁNCHEZ BUSTAMANTE.

a. TÍTULO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN MADRES; SOBRE ESTIMULACIÓN Y CUIDADO EN NEONATOS PREMATUROS DEL AREA NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA.

b. RESUMEN

El cuidado y estimulación del neonato prematuro, constituye la base fundamental en la reducción de la morbi-mortalidad perinatal al igual que en la prevención de complicaciones físicas y neurológicas, al mismo tiempo que favorece un desarrollo neurosensorial adecuado similar o igual al recién nacido a término. El presente trabajo descriptivo, de naturaleza cuantitativa, estuvo orientado a caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres, respecto del cuidado y estimulación de los Recién Nacidos Prematuros que permanecen en el área de Neonatología del Hospital General “Isidro Ayora”, de la ciudad de Loja, en el período julio 2014 – Agosto 2015. El universo estuvo conformado por 30 madres de dichos niños, hospitalizados durante el mes de junio. Se aplicó un cuestionario de 27 preguntas, para determinar el conocimiento, las actitudes y prácticas de las madres en el cuidado y estimulación del neonato prematuro. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas simples expresadas en frecuencia y porcentaje, con el consiguiente análisis de datos y formulación de conclusiones y recomendaciones. Obteniéndose como resultado que la mayoría de las madres tiene desconocimiento y desarrollan prácticas inadecuadas en el cuidado del prematuro. Así mismo desconocen las técnicas y las principales áreas de estimulación del prematuro. Los resultados obtenidos constituir un elemento básico, que podría servir de base en la construcción y adaptación de una guía de cuidados al neonato la cual puede ayudar a fortalecer los conocimientos de las madres en el cuidado y estimulación del prematuro, de esta manera contribuyendo al desarrollo integral del neonato prematuro.

PALABRAS CLAVE: Prematuro, neurodesarrollo, afrontamiento, secuelas, cuidados.

SUMMARY

The care and stimulation of the premature neonate, it constitutes the fundamental base in the reduction of the morbi-mortality perinatal as in the prevention of physical and neurological complications, at the same time that it favors a development sensorineural suitably similar or equally to the newborn baby to term. The present descriptive work, of quantitative nature, was faced to characterize the knowledge, attitudes and practices that the mothers have, with regard to the care and stimulation of the Premature Newborn babies who remain in the field of Neonatology of the General Hospital "Isidro Ayora", of the city of Loja, in the period July, 2014 – August, 2015. The universe was shaped by 30 mothers of the above mentioned children, hospitalized during June. A questionnaire of 27 questions was applied, to determine the knowledge, the attitudes and practices of the mothers in the care and stimulation of the premature neonate. The obtained results appeared in simple stage expressed in frequency and percentage, with the consequent data analysis and formulation of conclusions and recommendations. It being obtained like result that most of the mothers have ignorance and they develop inadequate practices in the care of the premature baby. Likewise they do not know the skills and the main areas of stimulation of the premature baby. The obtained results to constitute a basic element, which might serve as base in the construction and adaptation of a guide of care to the neonate which can help to strengthen the knowledge of the mothers in the care and stimulation of the premature baby, this way contributing to the integral development of the premature neonate.

KEY WORDS: Premature baby, neurodesarrollo, confrontation, aftermath, care.

C. INTRODUCCIÓN

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto, muchos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.¹

La mortalidad neonatal es uno de los factores que contribuyen en mayor medida a la mortalidad en la niñez en la región de América Latina y el Caribe (ALC) y constituye un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se calcula que la mortalidad neonatal en ALC es 15 por 1,000 nacidos vivos, la mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de 1 año y 36% de la mortalidad entre niños menores de 5 años²

Por su parte las Naciones Unidas analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, entre ellos el Ecuador y determina que el 5,1% de los recién nacidos son prematuros.³

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos,

¹ Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros . Resumen Ejecutivo. 2012 (citada 2015 Jul 19). p. 12. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born_too_soon_execsum_es.pdf.

² Benguigui Yehuda, Legón Osvaldo, Daly Pat, Narayanan Indira, Walker Lynette PB. Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. Guatemala; 2007 p. 41. Report No.: 1(citada 2015 jul 19). Disponible en: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

³ EL UNIVERSO. Más de 15 millones de niños nacen prematuramente cada año en el mundo - Salud - Vida y Estilo | El Universo. Guayaquil: www.eluniverso.com; 2012 May 12;1A.

prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. En un estudio realizado en la universidad de San Luis de Potosí, México en 2 hospitales Amigos del Niño y de la Madre, en los cuales se realizó el estudio sobre los cuidados que la madre realiza al prematuro como la alimentación, principalmente basándose en la lactancia materna, dependiendo del peso y estado de salud del prematuro.

En el caso del baño al bebé, en el 33.3% de los hospitales lo permiten solamente cuando para la madre es el primer hijo o la madre primípara lo solicita para aprender; en el cambio de ropa se permite en el 55% de los hospitales, que la madre participe en el cambio de ropa del recién nacido. En el 55.5% de los recién nacidos reciben estimulación de la madre al acariciar, tocar o hablar a su hijo en lo que denominan estimulación temprana.⁴

A nivel de Ecuador en un estudio realizado en Cuenca, se estableció que el principal sentimiento que experimentan los padres es la tristeza con un porcentaje del 38.9% y también el temor con un 23.3%; en relación al tipo de alimentación, vestido e higiene, tiene un porcentaje de 46.7% de desconocimiento, el mismo que después de una intervención por parte de los investigadores en el grupo de estudio aumentó el nivel de conocimiento en un 94.4%, además en un 55.5% desconocían acerca de los cuidados básicos en el hogar. El 52.2% desconocían acerca de cómo crear un ambiente agradable durante el amamantamiento, un 60% conocían los beneficios acerca de lactancia materna exclusiva. En un 74.4% del grupo de estudio refiere que no conocen las técnicas y procedimientos de estimulación del RN prematuro.⁵

⁴ Polin R, Denson BM. Estrategias para la prevención de la salud asociadas a la atención de infecciones en la UCIN. México; 2012. (en línea) (citada el 12-11-2014); Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/145292343/Guia-Clinica-para-la-Atencion-del-Neonato-MINSA-2013>

⁵ Carabajo V. PROYECTO DE CAPACITACIÓN EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA DIRIGIDO A MADRES Y PADRES DE NIÑOS PRETÉRMINO INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" 2012. Universidad de Cuenca; 2013. p. 1–136. Consultado el 19 de julio del 2015; Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjABahUKEwiTpOi4lujGAhXCnYgKHeRHDe8&url=http%3A%2F%2Fdspace.ucuenca.edu.ec%2Fjspui%2Fbitstream%2F123456789%2F3777%2F1%2FTECE19.pdf&ei=iBusVZPACMK7ogTkj7X4Dg&usg=AFQjCNEObYhv37USkUQnsDW9RXPVF_7nHg&bvm=bv.98197061,d.aWw.

En la ciudad de Loja no existen estudios que determinen cual es el cuidado y estimulación que se brinda al neonato prematuro y la presente investigación titulada, la cual tuvo como objetivo caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres, respecto del cuidado y estimulación de los neonatos prematuros que permanecen en el área de neonatología del Hospital general Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, en el período julio 2014 – agosto 2015. Dentro del contexto de la metodología empleada en la misma tenemos, que por ser un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo para lo cual se aplicó como técnica de la encuesta y se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas, abordaje escogido por ser el más apropiado para caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas.

El estudio se desarrolló en la Unidad de Neonatología del Hospital Regional de Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Se trata de un hospital regional de segundo nivel de atención, con algunas funciones de tercer nivel, atiende a las poblaciones rural y urbana de bajo recursos y de clase media. Participaron en el estudio 30 madres de neonatos hospitalizados en el área de neonatología entre ingresos y egresos durante el mes de junio del 2015.

El marco teórico de referencia constituyo el pilar base de nuestro estudio el cual permitió determinar, las características del neonato al igual que las principales complicaciones en el desarrollo posterior del neonato prematuro sino se brinda el cuidado y estimulación del neonato prematuro.

La condición de prematuro hace más susceptibles a estos niños para presentar múltiples complicaciones asociadas a su estado de inmadurez, ya sea tanto a nivel respiratorio, del sistema digestivo, a nivel visual y auditivo como también alteraciones del Sistema nervioso central. Estudios de seguimiento del desarrollo de los recién nacidos prematuros en México y otros países han encontrado que las alteraciones del sistema nervioso central son las más frecuentes e incluyen alteraciones del lenguaje y del neurodesarrollo.

La atención de los niños prematuros, dada su complejidad, fragilidad y heterogeneidad en el estado de salud y factores de riesgo, hace de vital importancia el rol de la enfermera en promover el vínculo madre-hijo, su apego precoz y la alimentación exclusiva con leche materna, al igual es apropiado desarrollar recomendaciones basadas en evidencia que estandaricen el manejo preventivo, diagnóstico y terapéutico de los recién nacidos prematuros calidad de la atención que reciben por parte de sus padres.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN: Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior.

Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc...). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

- ✓ Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- ✓ Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- ✓ Asimila el mundo circulante.

1.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

1.2.1. CONOCIMIENTO VULGAR

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación

1.2.2. CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

1.2.3. CONOCIMIENTO EXPLÍCITO E IMPLÍCITO

Primera distinción: La división reconoce la acumulación de experiencias en el ser humano y la facilidad o dificultad para su imitación. Se llama conocimiento explícito, al que es fácilmente representable al exterior de las personas. El implícito o tácito, no se representa fácilmente por medios externos a las personas que lo poseen. Imitar conocimiento tácito, resulta mucho más difícil y costoso que simplemente “copiar” conocimiento explícito.

1.2.4. CONOCIMIENTO PERSONAL

La segunda clasificación, permite hablar del, frente al colectivo. El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en la persona. Se puede decir que cada ser humano lo asimila como resultado de su propia experiencia y lo incorpora a su patrimonio personal, como un todo organizado.

1.2.5. DE DIVULGACIÓN

En el caso del conocimiento científico, la información se transmite a través de revistas o libros de divulgación y se expone después de que ha sido sometido a una crítica de las teorías expuestas; cuando ha sido calificado por su aporte a las ciencias y al conocimiento científico. Se encuentra en las enciclopedias, las revistas y los diccionarios especializados, los libros de texto, los estudios monográficos, los trabajos universitarios y las exposiciones orales, como mesas redondas, paneles y congresos científicos.

1.3. DIFERENCIAS ENTRE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y CONOCIMIENTO VULGAR

Conocimiento Vulgar:

- ✓ Este se adquiere por medio del azar.
- ✓ No es verificable ni subjetivo.
- ✓ Está sujeto a nuestra experiencia y modo de sentir.
- ✓ Es dogmático porque se apoya en creencias y respuestas no verificables.
- ✓ Es inexacto, sin definiciones son pocos precisos.
- ✓ Es subjetivo.
- ✓ Es vago sin definiciones.

Conocimiento Científico:

- ✓ Este se adquiere mediante la razón.
- ✓ Es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar.
- ✓ Es objetivo.
- ✓ Es sistemático, se adquiere mediante el conocimiento acumulativo, porque sirve de base para otros entendimientos.
- ✓ Es sistemático, porque se adquiere con procedimientos.⁶

2. PRÁCTICAS:

DEFINICIÓN: Son las actividades específicas que realizan las personas dentro de un campo cultural determinado (artístico, académico, religioso, deportivas, escolares, científicas, etcétera), que están orientadas a la formación y/o a la recreación, presupone que son espacios sociales que se van abriendo y consolidando históricamente (procesos de secularización cultural), que al interno de cada campo hay lógicas específicas, así como en cada uno de ellos hay procesos de formación “disciplinaria” de estas artes, técnicas o saberes con diferente profundidad, en cuanto a la percepción, sensibilización, nivel de

⁶ ARMIJO, Hernán. Del conocimiento vulgar al conocimiento científico. (en línea). (citada 2 noviembre 2014). Disponible en Internet: <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>

práctica para el dominio técnico, conocimientos de ciertos códigos de esas prácticas y las formas de participación y organización de cada campo.

2.1. BUENA PRÁCTICA:

Se suele definir “buena práctica” como una actuación o experiencia que persiguiendo unos objetivos determinados ha dado con una metodología o procedimientos que resultan apropiados o aconsejables para conseguir unos resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. Una buena práctica se refiere siempre a hechos, no a intenciones y se relaciona de manera muy directa con conceptos del tipo “digna de ser imitada”, “mejores prácticas” o simplemente con “aquello que funciona para conseguir un fin.”

De acuerdo con la comunidad internacional, la UNESCO, en el marco de su programa MOST (Management of Social Transformations), ha especificado cuáles son los atributos de una buena práctica educativa y los rasgos que lo caracterizan:

En términos generales, las buenas prácticas han de ser:

- ✓ **Innovadoras:** desarrollan soluciones nuevas o creativas.
- ✓ **Efectivas:** demuestran un impacto positivo y tangible sobre la mejora.
- ✓ **Sostenibles,** por sus exigencias sociales, económicas y medioambientales pueden mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos.
- ✓ **Replicables,** sirven como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones en otros lugares.⁷

Según Muñoz de Rodríguez, prácticas de cuidado materno -perinatales son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas y con sus hijos durante el periodo del posparto, para seguir viviendo, mantener la salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar, basadas en un sistema de creencias, tradiciones culturales, difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y

⁷ Contreras Soto Ricardo, UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO, Facultad de ciencias administrativas; ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CULTURA. PRÁCTICAS CULTURALES, (en línea) (citado el 11-11-2014) Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/0712/rcs4.htm>

además desconocidas por quienes ofrecen cuidados. Las prácticas de cuidado y protección del recién nacido hacen referencia a la salud física y al sistema de creencias en torno a los espíritus, todavía vigentes en las culturas indígenas y en amplios sectores afrocolombianos, rurales y populares.

3. ACTITUDES

3.1. DEFINICIÓN DE ACTITUD

“Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad”.

Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Los objetos de actitud pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos.

La base de las actitudes:

Las actitudes se basan en 3 tipos de componentes:

- ✓ Componente cognitivo: Creencias y conocimientos
- ✓ Componente afectivo: Sentimientos y emociones
- ✓ Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores.

3.2. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

De conocimiento: Las actitudes pueden actuar como esquemas o filtros cognitivos.

De Adaptación: Las actitudes nos permiten adaptarnos e integrarnos en los grupos sociales.

Ego Defensiva: Podemos desarrollar actitudes para defendernos ante determinados objetos.

Expresiva: Las actitudes nos permiten mostrar a los otros nuestra identidad (qué somos y como somos). Se define “valor” como el conjunto de actitudes ante un objeto.

3.3. FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES.

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.⁸

4. RECIÉN NACIDO PREMATURO



DEFINICIÓN: La Organización Mundial de la salud define a la prematurez como cualquier Recién Nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 260 días cumplidos.

El Recién nacido prematuro es aquel producto de la concepción de 28 Semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.⁹

⁸ Miguel Ángel Prieto Bascón; Revista innovación y experiencias educativas; ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 41– MES ABRIL DE 2011 (en línea) (citado el 14-11-2014); Disponible en: http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_01.pdf

⁹ Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF; Citado el 22-08-2015; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro.pdf.

4.1. CLASIFICACIÓN EN RELACIÓN AL PESO Y EDAD GESTACIONAL

Los Recién Nacidos prematuros se clasifican en:

- ✓ Prematuro: nacimiento que se produce entre las 23 y las 37 semanas de gestación.
- ✓ Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.
- ✓ Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación.
- ✓ Prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas de gestación.
- ✓ Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación.

En relación con el peso: Recién nacido de bajo peso: se considera así a los niños que nacen con menos de 2.500 g, independientemente de su edad gestacional.

Recién nacido de muy bajo peso: se considera así a los niños que nacen con menos de 1.500 g, independientemente de su edad gestacional.

Recién nacido de bajo peso extremo: se considera así a los niños que nacen con menos de 1.000 g, independientemente de su edad gestacional.¹⁰

5. CAUSAS DE PREMATUREZ

5.1. MATERNAS

5.1.1. ENFERMEDADES GENERALES

- ✓ Infecciones graves.
- ✓ Nefropatías.
- ✓ Cardiopatías.
- ✓ Hepatopatías.
- ✓ Endocrinopatías.

¹⁰ Manuel Gómez-Gómez, Cecilia Danglot-Banck; REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA; Vol. 79, Núm. 1 • Enero-Febrero 2012 PP. 32-39; (en línea) (citado el 11/11/2014). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

- ✓ Hemopatías.

5.1.2. AFECCIONES OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS

- ✓ Infertilidad Previa.
- ✓ Embarazos seguidos.
- ✓ Gran multiparidad.
- ✓ Amenaza de aborto en el primer trimestre.
- ✓ Toxemia Gravídica.
- ✓ Alteraciones cervicales uterinas.
- ✓ Mioma Uterino.
- ✓ Hidramnios.
- ✓ Traumatismos en el embarazo.
- ✓ Placenta Previa.
- ✓ Desprendimiento precoz de membranas.

5.1.3. CAUSAS SOCIALES

- ✓ Nivel Socioeconómico deficiente.
- ✓ Trabajo corporal intenso.
- ✓ Intoxicaciones.
- ✓ Toxicomanías, tabaquismo, alcoholismo.
- ✓ Traumas psíquicos.
- ✓ Alimentación Deficiente, peso disminuido.

5.1.4. OTRAS

- ✓ Edad inferior a 20 años o superior a 40 años.
- ✓ Parto prematuro habitual.

5.2. FETALES:

- ✓ Generalidades.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Cromosomopatías.
- ✓ Primogénitos.

5.3. IATRÓGENICAS

- ✓ Intubación Precoz del parto.
- ✓ Cesáreas electivas.¹¹

6. ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL EN EL PREMATURO

La inmadurez del sistema nervioso central y del flujo sanguíneo del cerebro hace que estos niños sean más propensos a presentar sangrados (hemorragias intracraneales). En muchas ocasiones, estos sangrados son mínimos y no originan problemas en el momento del sangrado ni complicaciones posteriores. Si el sangrado es abundante, puede llegar a fallecer el bebé o presentar secuelas neurológicas posteriormente (parálisis cerebral, problemas de atención, aprendizaje o comportamiento, etc.).¹²

6.1. ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y PSICOPATOLOGÍA:

Los prematuros tienen mayor tendencia a padecer parálisis cerebral (2,7 veces), discapacidad intelectual (1,6 veces), trastornos del desarrollo psicológico, comportamiento, y la emoción (1,5 veces); esquizofrenia (1,3 veces), otras discapacidades graves (1,5 veces). La inmadurez es la constante del SNC del prematuro, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. El niño en las UCIN recibe un patrón de sobre estimulación que podría inhibir el desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación. El riesgo de parálisis cerebral en prematuros sobre todo de bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave.¹³

¹¹ Narberhaus Ana SD. Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. An Psicol. 2004;20(0212-9728):318(en línea) (citado el 12/11/2014) Disponible en: http://www.um.es/analesps/v20/v20_2/11-20_2.pdf

¹² S.RellanRodríguez,C.GarciadeRiberayM.PazAragónGarcía, EL RECIÉN NACIDO PREMATURO; Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (en línea) (citado el 09-10-2014),Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

¹³ Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf, Citado el 22/08/2015.

6.2. HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN:

La importancia que ha adquirido el diagnóstico de esta alteración del comportamiento merece que se trate de forma separada del resto de alteraciones peor definidas. Actualmente se dispone de información consistente que demuestra que el síndrome de hiperactividad y déficit de atención es más frecuente en los niños prematuros que en la población general.

6.3. OTROS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:

Se ha demostrado cómo los niños muy prematuros presentan dificultades en los procesamientos viso-espaciales y viso-motores. Estos déficits tienen un impacto negativo en los procesos de aprendizaje, incluso en niños sin ninguna alteración sensorial o del desarrollo. Aún a los 18 años se mantienen estas dificultades en el aprendizaje y una menor velocidad de respuesta ante nuevas tareas. Mucho falta por saber sobre el proceso de aprendizaje, pero en general muchas de las áreas que se van conociendo cuando se exploran en los recién nacidos prematuros se encuentran limitaciones y diferencias con los niños nacidos a término.¹⁴

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

DEFINICIÓN CUIDADO: Etimológicamente el cuidado deriva del latín cura:



pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

Curar, se define como intervenir sobre la enfermedad.

Cuidar se refiere a las actividades que permiten alcanzar un mayor grado de bienestar.

¹⁴ Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso; Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia Marzo 2010; Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf; Citado el 22/10/2015

Por tanto el cuidado es educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado.

Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar dos de sus cualidades humanas:

- ✓ La capacidad de razonar
- ✓ La capacidad de sentir y demostrar empatía hacia el paciente.

6.4. CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO

Cuidado básico: para las madres el cuidado básico encierra actividades que ella no puede dejar de hacer cuando cuida su recién nacido prematuro en el hogar.

Cuidado esencial: se diferencia del básico por la higiene. Ellas saben que el prematuro tiene las defensas bajas y que por su peso no puede ser vacunado.

Cuidado especial: el cuidado especial encierra actividades que son exclusivas para cuidar un recién nacido con condición de ser prematuro, pequeño y frágil.

Cuidado extremo: el cuidado extremo lleva a la madre a cuidar el bebé de una forma muy meticulosa y a dejar de hacer muchas actividades de la vida cotidiana; este cuidado se ve marcado aún más en los niños que requieren suplemento de oxígeno domiciliario. Por otra parte, “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, donde se instauran hábitos de vida propios de cada grupo.”¹⁵

6.5. CUIDADOS DE LA MADRE AL NEONATO PREMATURO

Los cuidados del niño prematuro están dirigidos a fomentar la intimidad entre madre/padre y él bebe prematuro fisiológicamente estable.

6.5.1. ALIMENTACIÓN

Se deberá hacer siempre énfasis en la promoción, facilitación y mantenimiento de la lactancia materna. La leche materna es el alimento ideal y perfecto para los

¹⁵ Esther Cotrina Montenegro; Cuidado de Enfermería, Facultad de Medicina UNMSM junio 2007, Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/104355591/Cuidado-de-Enfermeria#scribd>, Citado el 22-08-2015.

recién nacidos pretérmino, la cual deberá ser administrada al menos hasta los 6 meses de edad corregida, y reconociendo que además de sus beneficios nutricionales se suman los beneficios psicológicos e inmunológicos ampliamente conocidos.

El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los RN prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo.

Todos los Recién Nacidos Prematuros deben recibir alimentación con leche humana, como alimentación principal, la cual debe ser fortificada apropiadamente. Los beneficios de la lactancia materna a largo plazo son: menor incidencia de enterocolitis y sepsis, mejora la tolerancia a la alimentación, reduce el riesgo de retinopatía de la prematurez, la mortalidad general, disminuye la falla en el crecimiento y deficiencias en el neurodesarrollo.

6.5.2. TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN:

- ✓ Por succión (pecho materno).
- ✓ Por sonda orogástrica (por gravedad).
- ✓ Por jeringa o cuenta gotas.
- ✓ Con taza o vasito.

6.5.3. LECHE MATERNA

Es el alimento ideal para el niño prematuro ya que:

Mejora las defensas.

Puede prevenir cierto tipo de alergias.

Ayuda a la relación madre-hijo, favoreciendo el contacto precoz.

Mejora la absorción, digestión y vaciamiento gástrico.

Hay una mejor absorción de todos sus componentes.

Facilita el crecimiento intestinal, disminuyendo el riesgo de enterocolitis necrotizante. La leche de la propia madre, independientemente del tiempo de gestación y del peso, es el mejor alimento para el recién nacido prematuro.

Los recién nacidos prematuros que son alimentados con leche materna presentan una baja incidencia de enterocolitis necrosante e infecciones, así como un mejor desarrollo neurológico.

El recién nacido prematuro alimentado con leche materna presenta menos retención gástrica y un vaciamiento más rápido que el que recibe fórmula para prematuros.

Ninguna de las formulas maternizadas diluidas, ni las soluciones glucosadas logran inducir la maduración de los patrones de movilidad intestinal¹⁶

6.6. SUEÑO

Durante las primeras semanas en casa, el niño pasará casi todo el tiempo dormido.

Al principio puede que duerma entre 15 y 22 horas diarias. Los prematuros suelen alternar largos periodos de sueño con cortos intervalos despiertos. Es posible que llegue a casa del hospital teniendo cambiado el día por la noche¹⁷

6.7. CUIDADO DE ESTÍMULOS FUERTES COMO LUZ Y RUIDO

El niño prematuro es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud.

Disminución de la luz:

- ✓ Disminuir la intensidad lumínica.
- ✓ Evitar luces intensas y brillantes.
- ✓ Utilizar una intensidad que permita al bebe adaptarse al medio.
- ✓ Regular el ritmo circadiano para establecer tiempos de descanso.
- ✓ Proteger al niño de la luz cubriendo la incubadora con una manta.

¹⁶ Hospital Bertha Calderón; Manejo del Recién Nacido Prematuro. Método Canguro; Nicaragua Junio del 2011 (p.18), Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D206.pdf, Citado el 22-08_2015

¹⁷ Vicente Roqués, MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS; edición Ibáñez&Plaza Asociados S.L. Madrid España 2005; Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>, Citado el 22-08-15

- ✓ Importancia de los periodos de claridad moderada para la estimulación y maduración de la retina y favorecer el ciclo de vigilia-sueño en los recién nacidos.

6.8. MÉTODO CANGURO CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE UNA MADRE O PADRE Y SU RECIÉN NACIDO.

DEFINICIÓN:

El desarrollo del recién nacido prematuro está ligado a la calidad de la interacción que tenga con los padres. Es posible que los padres de niños prematuros tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible.

El contacto piel a piel entre los padres y el niño prematuro puede ayudar a que incluso los más pequeños se relajen y respiren con más facilidad, al tiempo que les estimula a succionar y alimentarse.

Los cuidados del niño prematuro están dirigidos a fomentar la intimidad entre madre/padre y él bebe prematuro fisiológicamente estable.¹⁸

Cuidados:

- ✓ Estrecho control de T^a.
- ✓ Posición vertical entre los pechos de la madre o sobre el tórax del padre, en decúbito ventral.
- ✓ Cabeza girada hacia un lado.
- ✓ El tórax del padre/madre estará desnudo, evitando en la medida de lo posible la utilización de cadenas, el uso de colonias o cremas con olor.
- ✓ El niño estará vestido con un gorro y un pañal.
- ✓ Continuar monitorizando las señales vitales.

Beneficios del cuidado canguro:

- ✓ Mayor estabilidad de las constantes vitales.
- ✓ Periodo de sueño más profundo y estable.

¹⁸ Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf, Citado el 22/08/2015

- ✓ Favorece la lactancia materna.
- ✓ Reducción de las infecciones nosocomiales.
- ✓ Sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos.
- ✓ Menores niveles de ansiedad de los padres y mayor confianza en el cuidado de sus hijos y una mayor atención a sus necesidades¹⁹

6.9. EL BAÑO:

Este es el momento de mayor interacción entre los padres y el bebé, sin olvidar, está claro, el de la lactancia. El baño es especial, es momento de relax, de juego, de contacto directo con el niño, sin olvidar el objetivo primordial que es una buena higiene.²⁰

Conjunto de acciones agrupadas para la limpieza corporal del bebé. Se realizará en RN menores de 30 semanas de edad gestacional (menores de 1500 gr) y otros recién nacido de mayor peso y edad gestacional pero con inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.

El aseo diario en recién nacidos muy inmaduros, no es inocuo y no está indicado de forma sistemática. En estos niños, una reducción de la frecuencia del aseo no tiene efectos en la colonización patógena que aumente el riesgo de infección.

Se aconseja retasar el aseo corporal hasta la madurez del estrato corneo (15 días en <28 sema o < 1000 gr y 7 - 10 días entre 1000 y 1500 gr o < 30 sema.). Limpiar sólo las zonas manchadas (sangre, meconio,...) con gasas suaves humedecidas con suero fisiológico.

Es necesario realizar una valoración sistemática de la tolerancia al aseo en los RNPT.

La duración del aseo será inferior a 15min. e incluye además de la limpieza corporal, el cuidado o higiene de la boca, ojos, muñón o cordón umbilical.

¹⁹ Lago Eugenia MO. Guía de cuidado de enfermería para la mínima manipulación del recién nacido prematuro extremo en el UCI. 2008, En línea; Citado el 11-10-2014; Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2422/1/121879.pdf>

²⁰ Garzón PSMLVCST. Cuidados básicos en el recién nacido. General Valencia. 2008;1-28. (en línea) (citado el 11-11-2014) Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>

6.10. TERMORREGULACIÓN:

DEFINICIÓN: La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevivencia, 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 periodo de adaptación.

Los recién nacidos prematuros sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular. La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva de grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia. El recién nacido prematuro debe estar en ambiente térmico neutro por medio de incubadoras ²¹

6.11. CUIDADO DE LA PIEL

El cuidado de la piel del recién nacido es especialmente delicado ya que carece de flora bacteriana saprofita en el momento del nacimiento y existe en ella una herida fisiológica (cordón umbilical) y en ocasiones dos, en los varones circuncidados. Además, el personal sanitario que se ocupa de su cuidado y los fómites potencialmente puede ser una fuente de agentes infecciosos.

En el recién nacido a término se deben usar jabones neutros o discretamente ácidos y no perfumados, y aplicarlos en pequeñas cantidades con la mano o con una esponja suave. La piel sana tiene mecanismos de autolimpieza inherentes, por lo que excepto en determinadas zonas, no parece necesario el baño o la

²¹ Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf, Citado el 22/08/2015

ducha diario. Las zonas anogenitales, los pliegues axilares e inguinales, las manos, las secreciones orales y nasales se limpiarán cuantas veces sea necesario.

El abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños o las duchas favorecen la aparición de sequedad cutánea o dermatitis irritativa. El baño con agua templada en niños pequeños suele ser más reconfortante que la ducha. En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia.

6.11.1. EMOLIENTES

Estas sustancias proporcionan hidratación y plasticidad, ya que aumentan la cantidad de Recién nacido: cuidado de la piel agua del estrato córneo. Los emolientes se utilizan en el recién nacido a término cuando la piel esté seca, fisurada o con descamación y se aplicarán después del baño con la piel húmeda. Hay estudios que relacionan la aplicación de emolientes en el cuidado sistemático de la piel del prematuro con una mejoría de su apariencia y una disminución de la pérdida trans-epidérmica de agua.

El tipo de emoliente que se debe utilizar no tiene que contener productos perfumados, colorantes o conservantes. Se debe comprobar la composición y calidad de todos los agentes de uso tópico y si es posible emplear envases de un solo uso.

6.11.2. TEMPERATURA.

Las temperaturas altas se deben evitar, ya que pueden provocar hipertermia o sudamina y las temperaturas frías pueden dar lugar a hipotermia o paniculitis.

En las primeras semanas de la vida son frecuentes las crisis de sudoración y las miliarias, debido a la inmadurez de los centros nerviosos simpáticos que regulan la respuesta a los estímulos térmicos.

Hay que evitar la exposición ultravioleta excesiva. Las radiaciones solares tomadas con precaución son aconsejables, ya que los rayos ultravioletas B favorecen la síntesis de vitamina D necesaria para el crecimiento del niño. El

tiempo de exposición se debe limitar y aumentarlo progresivamente según la tolerancia. Es necesario utilizar filtros con factor de protección alto, que no contengan sustancias irritantes para los ojos. Los vestidos del recién nacido han de ser holgados y preferentemente de algodón. Se deben evitar las prendas de lana en contacto directo con la piel, ya que pueden ser irritantes. El exceso de ropa es el responsable de la mayoría de casos de sudamina.

6.11.3. CUIDADOS DEL OMBLIGO



La colonización bacteriana umbilical se ha relacionado con onfalitis, sepsis y otras infecciones neonatales, sobre todo de etiología estafilocócica. Por esto, el cuidado del ombligo es necesario para evitar que la colonización alcance niveles suficientes para desencadenar la infección.

La caída del cordón se produce como consecuencia de un doble proceso de deshidratación (momificación) y putrefacción (dependiente de bacterias). Los antisépticos más potentes suelen retrasar los procesos de putrefacción, y con ello el desprendimiento del cordón, y por tanto ofrecen a los microorganismos resistentes a su acción un medio idóneo para su desarrollo durante un mayor periodo de tiempo.

Se han utilizado muchos métodos de antisepsia umbilical y hay numerosos estudios sobre el grado de eficacia. En nuestro medio los más utilizados son el alcohol, el mercurocromo y la clorhexidina.

Algunos tienen un amplio espectro bactericida, mientras que otros poseen un efecto bacteriostático débil. En un estudio comparativo de Perapoch y cols. Se observó que la eficacia del alcohol de 70°, el mercurocromo y la mezcla de ambos era similar, mientras que si se empleaba una solución de clorhexidina al 1%, el grado de colonización umbilical era menor, pero aumentaba el número de cultivos para gérmenes gram-negativos y se alargaba el tiempo de cicatrización.

La aplicación de polvos de talco en la zona umbilical se debe evitar, ya que pueden dar lugar a granulomas a cuerpo extraño o a una desecación excesivamente rápida, con riesgo de hemorragias y de onfalitis.²²

6.11.4. CUIDADOS DE LA PIEL DEL ÁREA DEL PAÑAL

La aparición de la dermatitis del pañal está en relación con la humedad, la irritación producida por las heces y la orina, la maceración secundaria a la oclusión por el pañal y la colonización microbiana, sobre todo por *Cándida albicans*. En la mayoría de los casos se debe a que los cambios de pañal no se realizan con la suficiente frecuencia.

La limpieza se puede realizar con un jabón suave seguida de un secado exhaustivo de la zona.

Las alteraciones del área del pañal se deben a la conjunción de dos factores: la piel del recién nacido, con sus particularidades anatómicas, y el área, también particular, del pañal.

La oclusión de la piel por el pañal genera sobre hidratación y maceración del estrato córneo, aumentando, de esta forma, la susceptibilidad a la fricción y favoreciendo el crecimiento de microorganismos en su superficie. Las enzimas (proteasas y lipasas) de las bacterias de las heces aumentan, por un lado, la permeabilidad de la piel a las sales biliares que son irritantes y, por otro lado, liberan amoníaco de la orina, aumentando el pH de la piel, que sumado a la oclusión que producen los pañales, favorece la actividad irritante de las enzimas fecales. Entre los factores que agravan la integridad de la piel del área del pañal, se incluyen un mal cuidado de la piel, los microorganismos, la diarrea y la utilización de antibióticos de amplio espectro. Se pueden emplear pastas con óxido de zinc para mantener la piel seca y pomadas anti fúngicas en caso de colonización por hongos.²³

²² Perapoch J, Salcedo S, Gallart A, Peguero G, Casellas M, Barroso C et al. Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia umbilical. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 195-198; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf; consultado el 22-08-2015.

²³ Perapoch J, Salcedo S, Gallart A, Peguero G, Casellas M, Barroso C et al. Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia

6.12. HIGIENE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

Las infecciones respiratorias (bronquiolitis, resfriados, procesos gripales, etc.) se suelen producir en los meses de septiembre a marzo.

Se da con mayor frecuencia en niños menores de seis meses y es más grave en los menores de seis semanas. Son factores predisponentes para coger infecciones respiratorias:

- ✓ El que los niños sean prematuros.
- ✓ Que tengan problemas pulmonares.
- ✓ Que tengan problemas de corazón.
- ✓ Que asistan a guarderías.
- ✓ Que tengan más hermanos en edad escolar.
- ✓ Que los padres fumen (tabaquismo pasivo).
- ✓ Hacinamiento de las casas.
- ✓ Bajo nivel socioeconómico.
- ✓ Ausencia de lactancia materna (la leche de la madre es protectora).²⁴

6.13. PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Los Recién Nacidos prematuros tienen un riesgo incrementado de adquirir infecciones debido a sus mecanismos de defensa inmaduros, cantidades limitadas de flora de defensa en la piel y mucosas, el uso de procedimientos y dispositivos invasivos, así como la exposición frecuente de antibióticos de amplio espectro.

Las enfermedades infecciosas en el recién nacido prematuro son las frecuentes en el 47% siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el periodo perinatal.

umbilical. An Esp Pediatr 1993; 39: 195-198; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf; consultado el 22-08-2015.

²⁴ Purificación, Segovia Vidal, María Luisa Sanchos, Cristina Garzón T. Cuidados básicos en el recién nacido. España; 2007;28(en línea) (citado el 12-11-2014)Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>

Para prevenir infecciones en los recién nacidos prematuros es necesario:

- ✓ Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad.
- ✓ Poner en práctica las precauciones universales.
- ✓ Usar guantes según las normas de precaución universal.
- ✓ Limpiar la piel con un antibacteriano si fuera necesario.
- ✓ Cambiar los sitios de líneas periféricas y centrales de acuerdo a las normas establecidas.
- ✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- ✓ Administrar terapia de antibiótico según prescripción médica.
- ✓ Indicar las visitas de los familiares con el uso de bata, cubre bocas, gorro y lavado de manos.²⁵

7. ESTIMULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

El desarrollo del recién nacido prematuro está ligado a la calidad de la interacción que tenga con los padres.

Es posible que los padres de niños prematuros tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible.

7.1. PRINCIPIOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Los principios de la estimulación temprana son:

Ofrecer a los neonatos prematuros y/o pretérmino un conjunto de acciones optimizadoras que logren compensar y facilitar la adecuada maduración en todos los ámbitos a través de un plan que le permita la reanudación de un proceso que se interrumpió de manera repentina con el parto prematuro. Desarrollar en el neonato el máximo potencial motor y sensorio motor.²⁶

²⁵ Polin R, Denson BM. Estrategias para la prevención de la salud asociadas a la atención de infecciones en la UCIN. México; 2012. (en línea) (citada el 12-11-2014); Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/145292343/Guia-Clinica-para-la-Atencion-del-Neonato-MINSA-2013>

²⁶ Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF, Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf, Citado el 22-08-2015

7.2. ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NEONATOS PREMATUROS Y/O PRETÉRMINO.

Los neonatos prematuros y/o pre términos necesitan cuidados especiales para alcanzar el nivel de desarrollo de los neonatos nacidos a término.

Los prematuros tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros en presentar retraso en el desarrollo. La inmadurez es la constante del SNC del prematuro, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija.²⁷

La efectividad del tratamiento depende mucho del momento en que se ha iniciado la terapia. La existencia de períodos críticos del desarrollo del cerebro y la necesidad de estímulos específicos para compensar algunas alteraciones, son ventanas cerebrales que se abren durante el desarrollo y que permiten la formación de conexiones cerebrales con la utilización de estímulos adecuados.²⁸

7.3. EL MASAJE

Uno de los elemento ambientales más importantes a los que se enfrenta el recién nacido prematuro es la fuerza de gravedad. En estos niños un aspecto muy importante es la contención del cuerpo para incrementar en ellos la sensación de seguridad y proporcionar quietud y autocontrol. Para la cara podemos utilizar una crema especial, daremos un masaje fino y breve²⁹

²⁷ Ana Belem López Morales, Ana Guadalupe Ballinas Aguilar; Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, Consejo de salubridad general IMSS-645-13; Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf, Citado el 22-08-2015

²⁸ Páez Chávez Andrea; Facultad de ciencias de la salud "MPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA REALIZADA EN NEONATOS PREMATUROS Y/ O PRETERMINO DEL AREA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, DURANTE EL AÑO 2012 (en línea) (citado el 2-12-2014), Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2715/1/06%20TEF%20043%20TESIS.pdf>

²⁹ Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF, Disponible en:

Ha demostrado ser útil para ayudar a los niños a relajarse, a ganar peso más rápidamente y para aliviar las molestias producidas por los gases.

Consiste en frotar al niño con una suave presión. Tras poner unas gotas de aceite en sus manos, coloque al niño desnudo sobre la espalda con un paño debajo, en un lugar cálido, tranquilo y cómodo si es posible. Con frecuencia el niño llora la primera vez, es una reacción frente a una experiencia nueva. Cada movimiento sólo debe repetirse tres veces. A medida que el niño se acostumbra a esta nueva sensación, podrá aumentar el número de frotamiento.

BENEFICIOS DEL MASAJE		
NIVEL BIOLÓGICO Y FISIOLÓGICO		NIVEL EMOCIONAL Y SENSORIAL
Fortalece el sistema inmunológico y estimula todas las funciones del organismo que el bebé tiene aún inmaduras		Establecimiento del vínculo madre-hijo muy estrecho.
Favorece la circulación sanguínea y la termorregulación.		Es una manera de conocer al bebé, de arriba abajo, de abajo a arriba, saber qué le gusta y qué le disgusta.
Ayuda al retorno de la sangre al corazón		Las madres se sienten más seguras ante las necesidades de sus hijos y más seguras ante los diferentes tipos de llanto.
Disuelve los nudos de tensión, tanto física como emocional.		Beneficioso para madres con depresión postparto.
Hidrata y tonifica la piel.		
Disminución del stress ante estímulos dolorosos		Intensificar la comunicación afectiva entre el bebé y las personas de su entorno, facilitando la comunicación no verbal.
Disminución de las conductas de irritabilidad y llanto.		

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf; Citado el 22-08-2015

<p>Acelera la mielinización del sistema nervioso cerebral.</p> <p>Favorece la capacidad para recibir estímulos</p> <p>Regula el sistema respiratorio y ayuda en casos de congestión por mucosidad.</p> <p>Contribuye esta ganancia de peso a la mediación de la actividad vagal y de la motilidad gástrica</p> <p>Ayuda a madurar el sistema gastrointestinal.</p> <p>Periodos de alerta más amplios.</p> <p>Cicatrización de heridas y traumatismos más rápida.</p>	<p>Permite conocer con mayor profundidad el lenguaje y las señales que el bebé entrega.</p> <p>El bebé se siente incluido, acogido.</p> <p>Aumentar la autoestima del bebé.</p> <p>Favorece la seguridad y confianza en los padres</p> <p>Permite un acercamiento mayor del Padre al sentirse también protagonista de este vínculo</p> <p>. Permite que el bebé empiece a tomar conciencia de su cuerpo</p> <p>Aporta al niño información sobre las diferentes partes de su cuerpo</p> <p>Reduce la hipersensibilidad al tacto</p> <p>Mejora los patrones de sueño y descanso.</p>
--	--

7.4. CONTACTO PIEL CON PIEL

Definición: El contacto íntimo piel con piel en las primeras horas de vida favorece la instauración de la lactancia materna, facilita la regulación térmica, inhibe la producción de hormonas de estrés del recién nacido, produce liberación de oxitocina en la madre y el recién nacido y resulta emocionalmente satisfactorio para ambos, favoreciendo el vínculo.

Eficacia de los procedimientos: El contacto piel con piel y el Método Madre Canguro han demostrado ser eficaces para mejorar la termorregulación de los prematuros, favorecer la lactancia materna y satisfacer a las madres.

Riesgos de los procedimientos:

Realizado adecuadamente, no se han descrito.

Excepciones de los procedimientos:

Si el neonato lo rechaza (suda, se mueve o está inquieto)³⁰

7.5. MUSICOTERAPIA

Existen suficientes evidencias sobre los efectos beneficiosos de la música: induce relajación, crea sensación de bienestar y facilita el ritmo del sueño. La música es un sonido organizado, blanco, que rodea al niño y le sirve para tranquilizarse, comunica información y frecuentemente disminuye el estrés en los recién nacidos ingresados. La elección de la música es importante, sobre todo al utilizarse en niños prematuros frágiles, debe ser de ritmo apacible, melodías rítmicas y fluidas con armonía simple. Las canciones de cuna son particularmente efectivas porque combinan una voz femenina, un formato orquestal simple con las mismas características, 60-82 compases por minuto prácticamente los latidos cardíaco de un adulto, monótono y repetitivo, sin interrupciones bruscas en su ritmo o melodía y se suelen cantar en voz baja. Estas características contribuyen a que el niño prematuro se sienta protegido, seguro y fuerte.³¹

7.6. AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES, EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia, que genera cambios y ocasiona crisis, modificando la rutina cotidiana tanto de los padres como de la familia, dicho evento requiere de un despliegue de estrategias que ayuden a afrontar el estrés generado por la situación vivida; a esas estrategias se les conocen como afrontamiento, definiéndose este como una respuesta al cambio que requiere creatividad y producción de nuevas conductas, que le permitan a la familia obtener un grado de cohesión y adaptabilidad frente a las

³⁰ Bustos lozano Gerardo; Hospital universitario 12 de octubre Comunidad de Madrid "Guía de cuidados del Recién Nacido", octubre 2007(en línea) (citado el 12-11-2014); Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dgua+neonatos+pdf+indexada>.

³¹ Vicente Roqués, MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS; edición Ibáñez&Plaza Asociados S.L. Madrid España 2005; Citado el 22-08-15; Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>.

diversas problemáticas, dirigidas a disminuirla vulnerabilidad familiar al estrés, fortalecer o mantener aquellos recursos que sirven para protegerla del impacto general de los problemas. ³²

8. FOMENTAR EL VÍNCULO AFECTIVO DE LOS PADRES CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

El desarrollo del recién nacido prematuro está ligado a la calidad de la interacción que tenga con los padres.

Es posible que los padres de niños prematuros tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible.

El contacto piel a piel entre los padres y el niño prematuro puede ayudar a que incluso los más pequeños se relajen y respiren con más facilidad, al tiempo que les estimula a succionar y alimentarse.

Recomendaciones:

- ✓ Es muy recomendable emplear el método canguro para fortalecer el vínculo afectivo entre la madre e hijo.
- ✓ Los cuidados del niño prematuro están dirigidos a fomentar la intimidad entre madre/padre y él bebe prematuro fisiológicamente estable.
- ✓ Colocar al bebe con pañal y gorro en posición recta sobre el pecho de la madre o el padre
- ✓ Animar a la madre o padre que acaricie suavemente al bebe y fomentar la estimulación auditiva con palabras suaves.
- ✓ Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas de acuerdo a la respuesta del recién nacido.
- ✓ Suspender los cuidados canguro si él bebe resulta fisiológicamente comprometido o agitado.

³² López Rossana, Díaz Carmen, Moreno Kelly VK. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2011;8(afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos):158, (en línea) (citado el 10-10-2014) Disponible en: www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3903139.pdf&ei=pCaCVKkMgcbQggSc3YFY&usg=AFQjCNH5EPIldVxlSF9ObTsJOhUTXdoCqtQ&bvm=bv.80642063,d.eXY

8.1. LA FAMILIA:

El nacimiento de un niño muy prematuro provoca una gran alteración en la familia, que a veces se mantiene durante años.

Numerosos estudios han mostrado que si los padres participan directamente del cuidado de su hijo durante el ingreso se sienten más capaces de asumir el cuidado tras el alta, tienen menos síntomas depresivos y disminuye la ansiedad, y que esto a su vez produce beneficios en diferentes áreas del desarrollo en el niño a corto plazo. Sin embargo, aunque probablemente un mayor bienestar emocional en la familia repercute positivamente en la evolución de los niños a medio y largo plazo, esto todavía no ha podido demostrarse. Si, para el pediatra, el paciente debe ser la familia más que el niño de forma individual, en el caso de los niños prematuros todavía es más importante considerar a la familia como “el paciente”. La experiencia de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales y los procesos de duelo anticipado que han sufrido les hace, como familia, especialmente vulnerables.³³

8.2. RESPUESTAS EMOCIONALES DE LOS PADRES

Existen una serie de emociones o etapas de adaptación que en ocasiones no están definidas. Es frecuente que no ocurran correlacionadas, pero pueden experimentarse a la vez. Conocerlas puede ayudar a superarlas.

8.2.1. Estupor y negación.

En principio existe una especie de shock, incredulidad en creer que esto esté pasando (“esto no me puede estar ocurriendo a mí”). Estos sentimientos y la incapacidad para reaccionar son la forma que tiene su mente para protegerla de un acontecimiento traumático. Puede que también se haya sentido desvinculada de los hechos y desorientada, incapaz de comprender todos los detalles de lo que estaba sucediendo.

³³Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso; Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia Marzo 2010; Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf; Citado el 22/10/2015

8.2.2. Culpabilidad

Muchas madres preguntan si son culpables del parto prematuro. Estas dudas de la madre sobre sí misma consumen mucha energía que podría emplear mejor en cuestiones más importantes sobre sus necesidades o las de su familia. Es importante hacer preguntas para comprender la base médica del nacimiento precoz de su hijo. Esto le servirá para tranquilizarle de que nada de lo que hizo pudo causar el parto prematuro.

8.2.3. Ira.

La ira es una reacción común frente a la oportunidad perdida de haber tenido un hijo "normal". Se puede poner furiosa porque el niño es muy pequeño y está enfermo. Su ira puede ir dirigida a distintas personas: su médico, su marido o pareja, Dios, los padres de niños sanos, contra sí misma e inclusive contra el mismo niño. La causa de esta cólera es el dolor, el sufrimiento y la frustración. Para evitar que afecte a sus relaciones con los demás. Desahogue su ira llorando, hablando de ella con otra persona. No enfrentarse a sus sentimientos de ira puede llevarle a conductas abusivas o autodestructivas y a la depresión.

8.2.4. Temor y ansiedad.

El comienzo traumático de la vida de su hijo puede hacer que se preocupe en exceso de su futuro y la salud del niño, aunque haya mejorado lo suficiente para irse a casa. Más tarde puede sentir ansiedad por las visitas al médico, las intervenciones quirúrgicas o las evaluaciones acerca de su hijo. Puede disminuir su ansiedad obteniendo tanta información como le sea posible. Hablar con el médico y otros padres de niños prematuros o con un profesional de confianza puede aliviar sus temores, ya que se sentirá con más control cuando esté bien informada.

8.2.5. Preocupación

Casi todos los padres ante un niño pequeño tienen miedo sobre su vida, sufren lo que se llama "aflicción anticipadora", una manera de prepararse

emocionalmente para el caso de que el niño se muera. Ayuda a desahogar el dolor que se siente pero les causa problemas.

8.2.6. Tristeza

Es completamente natural que sienta tristeza después de que un ser querido haya sufrido una enfermedad. Puede que tarde un tiempo en superar sus sentimientos de aflicción y decepción. Otro aspecto a tener en cuenta en la relación con los padres del neonato hospitalizado es que para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, es importante que el equipo de salud, conozca las preocupaciones y expectativas de los padres acerca del cuidado del niño y la situación familiar. Es necesario que la familia, y en especial los padres del niño hospitalizado, tengan una buena relación y comunicación con el equipo médico, y que éste, a su vez, se preocupe de conocer el lenguaje de la familia para la entrega de la información.³⁴

8.2.7. Adaptación

“Es el proceso o resultado por medio del cual las personas con pensamiento y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”. En la unidad básica neonatal los padres inician un proceso de adaptación ante una nueva situación o circunstancia denominada hospitalización la cual llevara a modificar su comportamiento o estado emocional; durante esta etapa pierden temores, adquieren nuevos conocimientos y desarrollan habilidades para el cuidado de su hijo hospitalizado, con apoyo del personal de salud. Para Roy, la enfermera ayuda a la persona en su esfuerzo adaptativo mediante la manipulación del entorno, el resultado es conseguir un nivel óptimo, de bienestar para la persona. Teniendo en cuenta los modos adaptativos de su teoría, en este caso se evidencia un proceso de adaptación que involucra respuestas desde la dimensión fisiológica (recién nacido enfermo), desde el auto concepto

³⁴ Roques Vicente, Moya Fernando MT. MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS. 2005th ed. Ibáñez&Plaza Asociados S.L, editor. España: Madrid; 2005.(en línea), Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf>

(aceptación del recién nacido hospitalizado); y en cuanto al desempeño del rol (aceptación en las complicaciones de su hijo); y desde la interdependencia (aceptación del apoyo del grupo de salud, reconocimiento y aceptación de personas importantes que le brindan seguridad).

8.2.8. Participación de los padres en el cuidado

Hace referencia a una serie de intervenciones y cuidados que pueden realizar los padres a su recién nacido hospitalizado y que hacen parte del cubrimiento de las necesidades básicas del mismo, para esto se requiere de un entrenamiento previo y acompañamiento del personal de enfermería. Dentro de estas actividades se encuentran baño diario, cambio de pañal, brindar alimentación y proporcionar amor y afecto al recién nacido³⁵

8.3. PREPARACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL ALTA.

El alta debe planificarse pausadamente, nunca de un día para el otro. Debe ser la culminación de una serie de progresos clínicos del niño y del trabajo progresivo de inclusión de los padres en el cuidado del bebé, proceso que comienza desde el nacimiento. La decisión del alta es conjunta y multidisciplinaria y la elaboración de un plan educativo para la familia puede ser liderada por enfermería. Es necesario remarcar que no se refiere a esfuerzos o voluntades aisladas de un enfermero de tal o cual turno. Se trata de una planificación, con objetivos claros que debe estar escrita en la historia clínica y al alcance de todos los profesionales implicados en el cuidado. Debe mantenerse una coherencia en la información y un lenguaje común entre todos los profesionales (neonatólogos, oftalmólogo, estimuladores) y entre turnos de enfermería.³⁶

³⁵ López Rossana, Díaz Carmen, Moreno Kelly VK. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2011;8(afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos):158, (en línea) (citado el 10-10-2014) Disponible en: www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fportalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3903139.pdf&ei=pCaCVKkMgcbQggSc3YFY&usg=AFQjCNH5EPIdxISF9ObTsJOHUTXdoCqtQ&bvm=bv.80642063,d.eXY

³⁶ López Rossana, Díaz Carmen, Moreno Kelly VK. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2011;8(afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos):158. En línea, Disponible en:

El proceso de preparación de los padres deberá ser individual y centrado en las necesidades específicas de su bebé y de las posibilidades de aprendizaje e idiosincrasia de cada familia en particular.

El trabajo grupal, es una estrategia metodológica, que puede sumar grandes beneficios, en el tratamiento de algunos temas en común, referentes a los cuidados generales como baño, sueño, vestimenta, cuidados ambientales, etc.³⁷

8.4. SECUELAS Y SEGUIMIENTO:

Dada la mayor frecuencia de alteraciones del desarrollo en la población de pretérminos, (capítulo 29), se hace necesario establecer programas de seguimiento protocolizados en especial para los pretérminos de menor peso. Resumimos a continuación los cuidados que deben seguirse.

- ✓ Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento, disponiendo de estudios longitudinales y tablas de referencia. El objetivo nutricional inmediato es obtener crecimiento semejante al intrauterino, pocas veces conseguido. Alteraciones nutricionales específicas evolutivas incluyen raquitismo, osteopenia y anemia.
- ✓ Atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje. El riesgo de parálisis cerebral en los pretérminos de muy bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave; las alteraciones sensoriales incluyen el seguimiento oftalmológico y auditivo. Atención a los problemas del comportamiento y del aprendizaje cuya incidencia es mayor que en la población general.
- ✓ Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parenterales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección. En el otro

<http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3903139.pdf&ei=bz6CVImdKNGIsQTGnoLwCg&usg=AFQjCNH5EPIdVxISF9ObTsJOhUTXdoCqtQ&bvm=bv.80642063,d.eXY>

³⁷ FUNDASAMIN. Enfermería Neonatal. Rev Enferm neonatal. 2011;012:1–32(en línea) (citado el 13-11-2014) Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Revista-de-enfermer%C3%ADa-A%C3%B1o-IV-N%C3%BAmero-13-Parte-2.pdf>.

extremo aparecen conductas negligentes que incluyen el maltrato; en una serie propia encontramos una alta prevalencia de accidentes afectando a un 10% de los pretérminos.

- ✓ Existe un riesgo de muerte súbita que multiplica por 3 la del recién nacido a término, en los de peso inferiores a 1500 gr. Se insistirá en corregir otros factores asociados, como el tabaquismo, la contaminación ambiental, la temperatura alta, el abrigo excesivo o la postura durante el sueño
- ✓ Las infecciones respiratorias de vías altas repetidas condicionan frecuentes reingresos, en especial en los pacientes afectos de bronco displasia. Se indicaran medidas higiénicas y sanitarias, aislamiento de individuos infectados, evitar el hacinamiento y demorar la escolarización hasta los 2 años. La administración de Palimizumab, ha reducido los ingresos por bronquiolitis por VRS en la población de riesgo.
- ✓ Mayor incidencia de angiomas cutáneos, tuberosos o en fresa, en crecimiento durante los primeros meses de vida, desaparecen espontáneamente a los 4 o 5 años de vida, dejando una cicatriz blanquecina.
- ✓ La aparición de hernias inguinoescrotales, son más frecuentes cuanto menor es la edad de gestación. Por debajo de 32 semanas la frecuencia es similar en ambos sexos, con posterioridad más prevalente en varones. La cirugía está indicada y debe ser programada.³⁸

³⁸ S.RellanRodríguez,C.GarciadeRiberayM.PazAragónGarcia, EL RECIÉN NACIDO PREMATURO; Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (en línea) (citado el 09-10-2014),Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

e. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, porque permitió detallar la problemática que engloba los “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LOS CUIDADOS Y ESTIMULACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS” en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Julio 2014- Agosto 2015

Los estudios de este tipo buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.³⁹ Así mismo miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.⁴⁰

ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, consta con el área de neonatología la cual se encuentra ubicada en el segundo piso, la misma que cuenta una infraestructura reconstruida, para brindar una mejor atención de los usuarios.

Esta área cuenta con 8 médicos, una enfermera jefe, 12 enfermeras y 13 auxiliares de enfermería, además dispone de 5 cunas de calor radiante y 15 termocunas.

UNIVERSO:

El universo del presente estudio lo conformaron 30 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el área de neonatología.

³⁹ Dankhe, G. (1986) citado en Hernández, R., Fernández, C., Baptista P. (1998). Metodología de la Investigación. (segunda edición). México, D.F.: Mc Graw Hill; Citado el 22-08-2015; Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/jasso_b_m/capitulo3.pdf

⁴⁰ Sampier H. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hi. México; 2010.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario, el mismo que fue validado y aplicado a cada una de las madres de los neonatos prematuros, a fin de recolectar la información.

PRESENTACIÓN Y TABULACIÓN DE DATOS:

Los resultados de la presente investigación fueron presentados en tablas y gráficos simples elaborados en Microsoft Excel expresados en frecuencia y porcentaje y el texto fue digitalizado en el programa Microsoft Word.

Los resultados expresados en frecuencia y porcentaje, de los cuales se realizó el análisis de aquellos datos más relevantes y de más importancia para el estudio, los cuales sentaron base para la elaboración de una guía del manejo y cuidado del neonato prematuro, la cual será socializada y entregada a las madres para su correcta aplicación.

f. RESULTADOS

TABLA N° 1

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL NEONATO PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

CONOCIMIENTOS	CONOCE		DESCONOCE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Alimentación	11	36,67	19	63,33	30	100,00
Posición de amamantamiento	9	30,00	21	70,00	30	100,00
Beneficios de la lactancia materna	7	23,33	23	76,67	30	100,00
Cuidado de la piel	10	33,33	20	66,67	30	100,00
Baño del prematuro	5	16,67	25	83,33	30	100,00
Higiene del cordón umbilical	18	60,00	12	40,00	30	100,00
Higiene de los genitales	15	50,00	15	50,00	30	100,00
Higiene de fosas nasales	8	26,67	22	73,33	30	100,00
Técnicas de termorregulación	6	20,00	24	80,00	30	100,00
Signos de Alarma	10	33,33	20	66,67	30	100,00
Sueño y descanso	4	13,33	26	86,67	30	100,00
Posición para descanso del prematuro	12	40,00	18	60,00	30	100,00
Vestido	20	66,67	10	33,33	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los recién nacidos prematuros
Elaborado: Tania Sánchez Bustamante

Dentro del conocimiento que poseen las madres, fueron considerados trece cuidados o indicadores, de los cuales conocen solo tres.

En cuanto a la alimentación del neonato prematuro, más de la mitad de las madres desconoce acerca de la misma, siendo un indicador preocupante ya que

es la base del cuidado de la salud del recién nacido. Los prematuros que son alimentados con leche materna presentan una baja incidencia de enterocolitis necrosante e infecciones, así como un mejor desarrollo neurológico, además, evita la retención gástrica y ayuda al vaciamiento más rápido a diferencia de cuando este es alimentado a base de fórmula.⁴¹

En relación al conocimiento del cuidado de la piel y la termorregulación, un elevado porcentaje de las madres desconoce acerca de los mismos, siendo de vital importancia ya que los recién nacidos prematuros tienen un riesgo incrementado de adquirir infecciones debido a sus mecanismos de defensa inmaduros y cantidades limitadas de flora de defensa en la piel y mucosas. De igual manera, no tienen la capacidad de mantener la temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea y menor masa muscular.⁴²

Más de la mitad de las madres encuestadas desconocen acerca del sueño, descanso del prematuro y signos de alarma a vigilar en el mismo, dato resaltante considerando que el prematuro es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, cambios de temperatura etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud.⁴³

⁴¹ Hospital Bertha Calderón; Manejo del Recién Nacido Prematuro. Método Canguro; Nicaragua Junio del 2011 (p.18), Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D206.pdf, Citado el 22-08_2015

⁴² Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf, Citado el 22/08/2015

⁴³ Vicente Roqués, MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS; edición Ibáñez&Plaza Asociados S.L. Madrid España 2005; Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>, Citado el 22-08-15

TABLA N°2
CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES EN LA ESTIMULACIÓN DEL
NEONATO PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
ISIDRO AYORA

CONOCIMIENTOS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Técnicas de estimulación.	5	16,67	25	83,33	30	100,00
Áreas de estimulación.	3	10	27	90	30	100,00
Beneficios de la estimulación motriz.	10	33,33	20	66,67	30	100,00
Beneficios de estimulación afectiva	17	56,67	13	43,33	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los recién nacidos prematuros.

Elaborado: Tania Beatriz Sánchez Bustamante.

De las treinta madres encuestadas, alrededor de un 83,33% desconoce las técnicas de estimulación y las principales áreas de estimulación, y más de la mitad desconocen los beneficios que tiene la estimulación motriz en el desarrollo del prematuro. Este hecho puede llevar consigo complicaciones a largo plazo en el neurodesarrollo del neonato, como es el retraso en el aprendizaje, trastornos del desarrollo psicológico y del comportamiento, problemas de la motricidad fina de audición y visión

Por el contrario, un 56,67% conoce acerca de cuáles podría ser los beneficios de la estimulación afectiva en el desarrollo del neonato lo cual podría favorecer que estos niños a futuro sean mucho más independientes y seguros, no se puede decir lo mismo con aquellos niños que no tienen una correcta estimulación afectiva, lo cual puede desencadenar que el niño sea más dependiente y con mayor dificultad de relacionarse.⁴⁴

⁴⁴ Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso; Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia Marzo 2010; Citado el 22/10/2015; Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf.

TABLA N° 3

**ACTITUDES DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL NEONATO
PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA**

ACTITUDES	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
AUTOSUFICIENCIA DE LA MADRE EN EL CUIDADO	18	60,00	12	40,00	30	100,00
TRISTEZA	25	83,33	5	16,64	30	100,00
IMPOTENCIA	28	93.33	2	6.67	30	100,00
IRA	7	23.33	23	76.67	30	100,00
ANGUSTIA	16	53.33	14	46.67	30	100,00
ALEGRÍA	9	30	21	70	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los recién nacidos prematuros
Elaborado: Tania Sánchez Bustamante.

Más de la mitad de las madres encuestadas han experimentado actitudes de impotencia y de autosuficiencia en el cuidado del prematuro y la mayoría ha manifestado sentimientos de tristeza y angustia. Mientras que las actitudes asociadas a sentimientos de ira y alegría, fueron menos frecuentes.

Algunas de estas actitudes y los sentimientos que las generan pueden estar relacionadas al nacimiento de un niño prematuro, lo que hace que las madres atraviesen por un proceso de adaptación que genera cambios y ocasiona crisis. Así mismo, numerosos estudios han demostrado que si la madre participa directamente del cuidado de su hijo, tiene menos síntomas depresivos, menos ansiedad y a su vez le produce a este, beneficios en diferentes áreas del desarrollo.⁴⁵

⁴⁵ Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso; Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia Marzo 2010; Citado el 22/10/2015; Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf.

TABLA N°4
ACTITUDES DE LAS MADRES EN LA ESTIMULACIÓN DEL NEONATO
PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Busca apoyo con personal capacitado	12	40	18	60	30	100,00
Busca autoeducación	8	26,67	22	73,33	30	100,00
Busca apoyo con familiares.	23	76,67	7	23,33	30	100,00
Busca formar parte de grupos de madres de recién nacidos prematuros.	0	0	30	100,00	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicadas a las madres de los recién nacidos prematuros
 Elaborado: Tania Sánchez Bustamante

En la presente tabla se puede observar que entre las actitudes ante la estimulación, ninguna busca formar parte de grupos de madres de recién nacidos prematuros y un mínimo porcentaje busca apoyo del personal capacitado y autoeducación. La actitud de estimulación más frecuente fue la búsqueda de apoyo para la estimulación en familiares.

Desde el punto de vista social, económico o cultural, existen conductas parentales variadas que por un lado tienden a la sobreprotección y por otra parte tienden a conductas negligentes que incluyen el maltrato.⁴⁶

⁴⁶ S.RellanRodríguez,C.GarciadeRiberayM.PazAragónGarcia, EL RECIÉN NACIDO PREMATURO; Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (en línea) (citado el 09-10-2014),Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

TABLA N° 5
PRÁCTICAS DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL NEONATO
PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA

PRÁCTICAS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Alimentación	11	36,67	19	63,33	30	100,00
Posición de amamantamiento	9	30	21	70	30	100,00
Cuidado de la piel.	10	33,33	20	66,67	30	100,00
Baño del prematuro	5	16,67	25	83,33	30	100,00
Higiene del cordón umbilical.	18	60	12	40	30	100,00
Higiene de los genitales.	15	50	15	50	30	100,00
Higiene de fosas nasales.	8	26,67	22	73,33	30	100,00
Técnicas de termorregulación	6	20	24	80	30	100,00
Sueño y descanso	4	13,33	26	86,67	30	100,00
Posición para descanso del prematuro	12	40	18	60	30	100,00
Vestido	20	66,67	10	33,33	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los recién nacidos prematuros

Elaborado: Tania Sánchez Bustamante

En la presente tabla respecto de las prácticas de las madres sobre la alimentación del prematuro, más de la mitad de las madres no desarrolla prácticas adecuadas de alimentación y un alto índice posee prácticas inadecuadas en el cuidado de la piel; estas últimas pueden ser predisponentes en el desarrollo de múltiples infecciones, alergias y laceraciones en el prematuro. Al igual que mayoría de las madres no posee prácticas adecuadas en el sueño, descanso y termorregulación del neonato prematuro, lo cual puede afectar el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, así como también la estabilización de las constantes vitales.⁴⁷

Por el contrario más de la mitad de las madres conocen sobre la correcta higiene del cordón umbilical y del adecuado vestido del prematuro.

⁴⁷ Ana Quiroga, Guillermina Chattas; guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Citado el 22/08/2015 Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf.

TABLA N°6
PRÁCTICAS DE LAS MADRES EN LA ESTIMULACIÓN DEL NEONATO
PREMATURO DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Realiza masaje infantil al prematuro	9	30	21	70	30	100,00
Realiza ejercicios corporales al prematuro	10	33,33	20	66,67	30	100,00
Utiliza el método canguro con su bebe	25	83,33	5	16,67	30	100,00
Realiza tacto corporal con su bebe prematuro	7	23,33	23	76,67	30	100,00
Estimulación auditiva	25	83,33	5	16,67	30	100,00
Estimulación Verbal	15	50	15	50	30	100,00
Estimulación Afectiva	25	83,33	5	16,67	30	100,00
Estimulación Motriz	11	36,67	19	63,33	30	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los recién nacidos prematuros
 Elaborado: Tania Sánchez Bustamante

De las prácticas de estimulación al neonato, más de la mitad de las madres no realiza masajes, ejercicios corporales, tacto corporal, ni la estimulación motriz. Dado que la estimulación motriz del prematuro proporciona sensación de seguridad, quietud y autocontrol, además favorece la circulación sanguínea y la termorregulación.⁴⁸ Cabe recalcar que alrededor de un 80% de las madres utilizan el método canguro, la estimulación auditiva y afectiva, favoreciendo de este modo al neurodesarrollo del prematuro y a fortalecer el vínculo madre-hijo.

⁴⁸ Consejo de Salubridad General México; intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF; Citado el 22-08-2015; Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf;

g. DISCUSIÓN

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.⁴⁹

El periodo neonatal, comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia; muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas, ello será un factor decisivo en la calidad de vida del individuo, en su desarrollo físico, neurológico y emocional, condicionando su futuro.

En el presente estudio se encontró que en relación a los conocimientos en la alimentación del neonato prematuro, más de la mitad de las madres desconoce el tema y un elevado porcentaje de las madres desconoce el cuidado de la piel del prematuro. Más de la mitad de las madres encuestadas no tiene conocimientos sobre el sueño y descanso del prematuro al igual que los signos de alarma. El neonato prematuro es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, cambios de temperatura etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud.

Alrededor de un 83,33% de las madres de los prematuros, desconocen las técnicas y las principales áreas de estimulación, y más de la mitad de las madres desconocen los beneficios que tiene la estimulación motriz en el desarrollo del prematuro. Por el contrario, 56,67% de ellas, conoce los beneficios de la estimulación afectiva del neonato.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros . Resumen Ejecutivo. 2012 (citada 2015 Jul 19). p. 12. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf

Más de la mitad de las madres encuestadas han experimentado actitudes de impotencia y de autosuficiencia en el cuidado del prematuro y la mayoría ha manifestado sentimientos de tristeza y angustia. Mientras que las actitudes asociadas a sentimientos de ira y alegría, fueron menos frecuentes. Entre las actitudes ante la estimulación, ninguna de ellas busca formar parte de grupos de madres de recién nacidos prematuros y un mínimo porcentaje busca apoyo del personal capacitado y autoeducación. La actitud de estimulación más frecuente fue la búsqueda de apoyo para la estimulación en familiares.

Respecto de las prácticas de las madres sobre la alimentación del prematuro, más de la mitad de las madres no desarrolla prácticas adecuadas de alimentación y un alto índice posee prácticas inadecuadas en el cuidado de la piel. Al igual que mayoría de las madres no posee prácticas adecuadas en el sueño, descanso y termorregulación del neonato prematuro, lo cual puede afectar el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, así como también la estabilización de las constantes vitales. Por el contrario más de la mitad de las madres conocen sobre la correcta higiene del cordón umbilical y del adecuado vestido del prematuro.

De las prácticas de estimulación al neonato, más de la mitad de las madres no realiza masajes, ejercicios corporales, tacto corporal, ni la estimulación motriz. Dado que la estimulación motriz del prematuro proporciona sensación de seguridad, quietud y autocontrol, además favorece la circulación sanguínea y la termorregulación. Cabe recalcar que alrededor de un 80% de las madres utilizan el método canguro, la estimulación auditiva y afectiva, favoreciendo de este modo al neurodesarrollo del prematuro y a fortalecer el vínculo madre-hijo.

Los resultados descritos anteriormente coinciden con un estudio realizado en el Perú en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay, en el cual 67% no conocen y 33% conocen los cuidados del prematuro; acerca de reposo y sueño un 73% no conocen la importancia del sueño en el prematuro, en termorregulación 60%, no conocen los cuidados para favorecer la regulación de la temperatura en el prematuro, en higiene y eliminación 67%, no conocen los cuidados durante la higiene peri anal del prematuro y sobre lactancia materna un

73%, no conocen la frecuencia y tiempo de amamantamiento del prematuro, un 67% no conocen las formas de alimentación del prematuro ni la extracción de leche.

También en la dimensión psicoafectiva obtuvieron como resultado que un 60% no conocen la importancia de la Técnica Mama Canguro, estimulación temprana, música, masajes, Vínculo Afectivo y los cuidados para favorecer el vínculo madre- prematuro.⁵⁰

Otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca-Ecuador los resultados obtenidos fueron el desconocimiento sobre los cuidados del neonato prematuro dentro del hogar del 56.6%, un 64.4% desconocían sobre los cuidados de la piel del recién nacido. También obtuvieron como resultado, que en cuanto a la manera de estimular el desarrollo de su niño el 74.4% las madres y padres lo desconocían, pero a su vez fueron importantes todas las áreas sensoriales (visual, auditiva, motriz e intelectual) ⁵¹

⁵⁰ Melgarejo G. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el Servicio de Neonatología: Hospital Chancay - SBS, 2011. Universidad nacional mayor de San Marcos; 2012. p. pp1–101; consultado 19 de julio del 2015. Disponible en:http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2461/1/Melgarejo_Solis_Giannina_Lisette_2012.pdf

⁵¹ Carabajo V. Proyecto de capacitación en estimulación temprana dirigido a madres y padres de niños pretérmino ingresados a la unidda de cuidados intensivos del hospital “vicente corral moscoso” 2012. Universidad de Cuenca; 2013. p. 1–136. Consultado el 19 de julio del 2015; Disponible en:https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjABahUKEwiTpOi4lujGAhXCnYgKHeRHDe8&url=http%3A%2F%2Fdspace.ucuenca.edu.ec%2Fjspui%2Fbitstream%2F123456789%2F3777%2F1%2FTECE19.pdf&ei=iBusVZPACMK7ogTkj7X4Dg&usq=AFQjCNEObYhv37USkUQnsDW9RXPVF_7nHg&bvm=bv.98197061,d.aWw

h. CONCLUSIONES

Luego de haber culminado el trabajo investigativo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- ✓ La mayoría de las madres desconocen acerca del cuidado básico del neonato prematuro, en lo que se refiere a la alimentación, el cuidado de la piel, termorregulación, signos de alarma, sueño y descanso del mismo, al igual que de las principales técnicas y áreas de estimulación del prematuro. Al existir un alto índice de desconocimiento, podría ser un factor de riesgo determinante en el bienestar físico, biológico, al igual que comprometer el neurodesarrollo posterior del prematuro.
- ✓ Las actitudes, manifestadas por las madres fueron de impotencia y de autosuficiencia en el cuidado del prematuro, al igual presentaron sentimientos de tristeza y angustia; un bajo porcentaje manifestaron sentimientos de ira y alegría. Al igual, las madres no forman grupos de madres de recién nacidos prematuros y un mínimo porcentaje busca apoyo del personal capacitado y autoeducación. Mientras que la estimulación más frecuente fue la búsqueda de apoyo para la estimulación en familiares.
- ✓ Dentro de las prácticas desarrolladas por las madres en un gran porcentaje son inadecuadas; en lo referente a la alimentación, cuidado de la piel, sueño, descanso y termorregulación del neonato prematuro. En cuanto a la estimulación del neonato, más de la mitad de las madres no realizan el masaje, ejercicios corporales, tacto corporal, ni la estimulación motriz al neonato. Por el contrario alrededor de un 80% realizan el método canguro, la estimulación auditiva y afectiva, favoreciendo en esta medida al neurodesarrollo del prematuro además de favorecer al vínculo madre-hijo.

i. RECOMENDACIONES

- ✓ A los directivos del Hospital Regional Isidro Ayora, promuevan conjuntamente con el Área de la Salud Humana programas educativos de cuidado y estimulación del neonato prematuro, basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud, y el cuarto objetivo del milenio que busca reducir la mortalidad infantil.
- ✓ Se recomienda al personal que labora en el área de neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora, la implementación del método canguro como protocolo de atención del neonato prematuro en la que se incluya la participación activa de la madre y el padre.
- ✓ Se recomienda, al personal de enfermería que labora en el área de neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora Loja, la elaboración de una guía de atención integral al neonato prematuro, dirigida a las madres la misma que favorezca el cuidado básico y la estimulación del neonato prematuro.

j. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros . Resumen Ejecutivo. 2012 (citada 2015 Jul 19). p. 12. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf
2. Benguigui Yehuda, Legón Osvaldo, Daly Pat, Narayanan Indira, Walker Lynette PB. Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. Guatemala; 2007 p. 41. Report No.: 1 (citada 2015 jul 19). Disponible en: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
3. EL UNIVERSO. Más de 15 millones de niños nacen prematuramente cada año en el mundo - Salud - Vida y Estilo | El Universo. Guayaquil: www.eluniverso.com; 2012 May 12;1A.
4. Polin R, Denson BM. Estrategias para la prevención de la salud asociadas a la atención de infecciones en la UCIN. México; 2012. (en línea) (citada el 12-11-2014); Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/145292343/Guia-Clinica-para-la-Atencion-del-Neonato-MINSA-2013>
5. Carabajo V. Proyecto de capacitación en estimulación temprana dirigido a madres y padres de niños pretérmino ingresados a la unidad de cuidados intensivos del hospital “vicente corral moscoso” 2012. Universidad de Cuenca; 2013. p. 1–136. Consultado el 19 de julio del 2015; Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjABahUKEwiTpOi4lujGAhXCnYgKHeRHDe8&url=http%3A%2F%2Fdspace.ucuenca.edu.ec%2Fjspui%2Fbitstream%2F123456789%2F3777%2F1%2FTECE19.pdf&ei=iBusVZPACMK7ogTkj7X4Dg&usq=AFQjCNEObYhv37USkUQnsDW9RXPVF_7nHg&bvm=bv.98197061,d.aWw

6. ARMIJO, Hernán. Del conocimiento vulgar al conocimiento científico. (en línea). (citada 2 noviembre 2014). Disponible en Internet:
7. <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>
8. Contreras Soto Ricardo, UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO, Facultad de ciencias administrativas; ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CULTURA. PRÁCTICAS CULTURALES, (en línea) (citado el 11-11-2014) Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/0712/rcs4.htm>
9. Miguel Ángel Prieto Bascón; Revista innovación y experiencias educativas; ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 41– MES ABRIL DE 2011 (en línea) (citado el 14-11-2014); Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_01.pdf
10. Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF; Citado el 22-08-2015; Disponible en:
11. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematurogrr.pdf.
12. Manuel Gómez-Gómez, Cecilia Danglot-Banck; REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA; Vol. 79, Núm. 1 • Enero-Febrero 2012 pp 32-39; (en línea) (citado el 11/11/2014). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
13. Narberhaus Ana SD. Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. An Psicol. 2004;20(0212-9728):318(en línea) (citado el 12/11/2014) Disponible en: http://www.um.es/analesps/v20/v20_2/11-20_2.pdf
14. S.RellanRodríguez,C.GarciadeRiberayM.PazAragónGarcía, EL RECIÉN NACIDO PREMATURO; Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (en línea) (citado el 09-10-2014),Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.

15. Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf, Citado el 22/08/2015.
16. Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso; Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia Marzo 2010; Citado el 22/10/2015; Disponible en: https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf.
17. Esther Cotrina Montenegro; Cuidado de Enfermería, Facultad de Medicina UNMSM Junio 2007, Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/104355591/Cuidado-de-Enfermeria#scribd>, Citado el 22-08-2015.
18. Hospital Bertha Calderón; Manejo del Recién Nacido Prematuro. Método Canguro; Nicaragua Junio del 2011 (p.18); Citado el 22-08_2015; Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D206.pdf.
19. Vicente Roqués, MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS; edición Ibáñez&Plaza Asociados S.L. Madrid España 2005; Citado el 22-08-15; Disponible en:
20. <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>.
21. Ana Quiroga, Guillermina Chattas; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERMORREGULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO; Sociedad Iberoamericana de Neonatología 2010; Citado el 22/08/2015; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf.
22. Lago Eugenia MO. Guía de cuidado de enfermería para la mínima manipulación del recién nacido prematuro extremo en el UCI. 2008, En línea; Citado el 11-10-2014; Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2422/1/121879.pdf>.

23. Garzón PSMLVCST. Cuidados básicos en el recién nacido. General Valencia. 2008;1–28. (en línea) (citado el 11-11-2014) Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>.
24. Perapoch J, Salcedo S, Gallart A, Peguero G, Casellas M, Barroso C et al. Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia umbilical. An Esp Pediatr 1993; 39: 195-198; consultado el 22-08-2015; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf.
25. Purificación, Segovia Vidal, María Luisa Sanchos, Cristina Garzón T. Cuidados básicos en el recién nacido. España; 2007;28; Citado el 12-11-2014)Disponible en:
26. <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>.
27. Polin R, Denson BM. Estrategias para la prevención de la salud asociadas a la atención de infecciones en la UCIN. México; 2012. (en línea) (citada el 12-11-2014); Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/145292343/Guia-Clinica-para-la-Atencion-del-Neonato-MINSA-2013>.
28. Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF; Citado el 22-08-2015; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf.
29. Ana Belen López Morales, Ana Guadalupe Ballinas Aguilar; Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, Consejo de salubridad general IMSS-645-13; Citado el 22-08-2015; Disponible en:
30. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf.
31. Páez Chávez Andrea; Facultad de ciencias de la salud “MPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA REALIZADA EN NEONATOS

PREMATUROS Y/ O PRETERMINO DEL AREA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, DURANTE EL AÑO 2012 (en línea) (citado el 2-12-2014), Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2715/1/06%20TEF%20043%20TESIS.pdf>

32. Consejo de Salubridad General México; INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, Guías de práctica Clínica; Edición CENETEC 2013 México DF; Citado el 22-08-2015; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf.
33. Bustos lozano Gerardo; Hospital universitario 12 de Octubre Comunidad de Madrid “Guía de cuidados del Recién Nacido”, Octubre 2007(en línea) (citado el 12-11-2014); Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dgua+neonatos+pdf+indexada>.
34. Vicente Roqués, MANUAL PARA PADRES CON NIÑOS PREMATUROS; edición Ibáñez&Plaza Asociados S.L. Madrid España 2005; Citado el 22-08-15; Disponible en:
35. <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>.
36. López Rossana, Díaz Carmen, Moreno Kelly VK. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2011;8(afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos):158, (en línea) (citado el 10-10-2014) Disponible en: www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3903139.pdf&ei=pCaCVKKmGcbQggSc3

YFY&usg=AFQjCNH5EPIdVxISF9ObTsJOhUTXdoCqtQ&bvm=bv.80642063,d.eXY

37. López Rossana, Díaz Carmen, Moreno Kelly VK. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2011;8(afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos):158, (en línea) (citado el 10-10-2014) Disponible en: www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdigitalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3903139.pdf&ei=pCaCVKKmGcbQggSc3YFY&usg=AFQjCNH5EPIdVxISF9ObTsJOhUTXdoCqtQ&bvm=bv.80642063,d.eXY
38. FUNDASAMIN. Enfermería Neonatal. Rev Enferm neonatal. 2011;012:1–32(en línea) (citado el 13-11-2014) Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Revista-de-enfermer%C3%ADa-A%C3%B1o-IV-N%C3%BAmero-13-Parte-2.pdf>.
39. S.Rellán Rodríguez, C. Garcíade Riberay M. Paz Aragón García, EL RECIÉN NACIDO PREMATURO; Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (en línea) (citado el 09-10-2014), Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
40. Dankhe, G. (1986) citado en Hernández, R., Fernández, C., Baptista P. (1998). Metodología de la Investigación. (segunda edición). México, D.F.: Mc Graw Hill; Citado el 22-08-2015; Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/jasso_b_m/capitulo_3.pdf
41. Sampier H. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hi. México; 2010.

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja, del Área de la Salud Humana, de la Carrera de Enfermería, me permito solicitar a usted su colaboración en el presente trabajo de investigación, el mismo que está diseñado con de fin de identificar “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en madres; sobre estimulación y cuidado en neonatos Prematuros del Área de Neonatología del hospital Isidro Ayora Loja durante el Periodo Septiembre 2014- Agosto 2015”

Datos de Filiación:

Edad de la madre...

Instrucción.....

Ocupación...

Lugar de Residencia.....

I. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL PREMATURO

1. ¿Por medio de que fuente usted adquirió información en el cuidado y manejo del recién nacido prematuro?

- Por experiencias vividas ()
- Educación brindada por sus familiares ()
- Por medio de charlas brindadas por el personal de salud ()
- Libros, revistas, periódicos, etc. ()
- Reportajes ()
- Televisión ()
- Internet ()
- Ninguna ()

2. Cuáles cree Ud. Que son los cuidados más importantes del Recién Nacido prematuro enumere según su criterio. (1,2,3,4,5)

- Alimentación ()
- Vestido ()
- Estimulación ()
- Higiene ()

3. Encierre en un círculo el literal correcto. ¿Cuál considera usted que son los signos de alarma más importantes a tomar en cuenta en el recién nacido prematuro?

- | | |
|--|------------------------------|
| a. Fiebre | i. Ombligo rojo e inflamado. |
| b. Diarrea | j. Llanto Frecuente. |
| c. Piel fría | k. Barriga Hinchada. |
| d. Fontanela (molleja) abultada | l. Sangre en heces. |
| e. Color amarillo de la piel (Ictericia) | m. Todas |
| f. Rechaza el seno | n. Ninguna |
| g. Piel azulada. | |
| h. Vómito frecuente. | |

4. Marque con una X la respuesta correcta. ¿Cuáles cree Ud. que son los beneficios de la lactancia materna en su recién nacido prematuro?

- Previene infecciones. ()
- Protege contra la diabetes Infantil ()
- Proporciona estimulación afectivo- intelectual del prematuro ()
- Fortalece las defensas en el recién nacido prematuro ()
- Nutrición óptima para el prematuro ()
- Favorece el desarrollo sensorial (oído, vista, tacto, etc.) del prematuro ()
- Fortalecimiento del vínculo madre- Hijo ()
- Todas ()
- Ninguna ()

II. ESTIMULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

5. Seleccione ¿cuál cree Ud. que son, las áreas más importantes sobre las que se debe realizar la estimulación del recién nacido prematuro?

- | | |
|-------------------|------------------------|
| • Visual () | • Familia (Filial) () |
| • Auditivo () | • Ninguna () |
| • Motriz () | • Todas () |
| • Intelectual () | |

6. ¿Qué técnicas conoce y piensa aplicar usted para estimular a su recién nacido prematuro, marque con una X cuales aplicaría?

Masaje infantil ()



Tacto corporal o terapéutico ()



Ejercicios corporales ()



Contacto piel a piel (método canguro) ()



7. ¿Cuál de las siguientes actividades practicaría con su Recién Nacido Prematuro?

- | | |
|-------------------|------------------------------------|
| • Le habla () | Le canta () |
| • Lo acaricia () | Le da masajes en su cuerpecito () |
| • Ninguna () | Otras () |

8. Cuáles cree Ud. Que son los beneficios de la estimulación motriz (ejercicios de movilidad), en su recién nacido prematuro.

- Favorece la termorregulación y la circulación ()
- Baja los niveles de estrés del recién nacido prematuro ()
- Hidrata y tonifica la Piel ()
- Aumenta la autoestima en el recién nacido prematuro ()
- Reduce la hipersensibilidad al tacto ()
- Mejora el patrón de sueño y descanso del recién nacido prematuro ()
- Todas ()
- Ninguna ()

9. Encierre en círculo, la respuesta correcta; acerca del beneficio de la estimulación afectiva.
- a. Aumenta el nivel de independencia del recién nacido prematuro
 - b. Aumente de nivel de dependencia del recién nacido prematuro
 - c. Todas
 - d. Ninguna

III. ACTITUDES DE LAS MADRES FRENTE AL RECIEN NACIDO PREMATURO

10. ¿Qué sentimientos presenta Ud. Ante la condición de prematuridad de su hijo?

- Tristeza ()
- Impotencia ()
- Angustia ()
- Ira ()
- Sentimiento de culpa ()
- Alegría ()
- Otros ()

11. ¿Qué piensa Ud., acerca del cuidado del recién nacido prematuro?

- Cree que el cuidado es igual que al de un recién nacido normal ()
- Se siente en la capacidad de aplicar los cuidados necesarios al recién nacido prematuro ()
- No cree necesaria la ayuda de un profesional en el cuidado de su recién nacido prematuro. ()
- Cree que su recién nacido prematuro necesita de su apoyo y cuidado las 24 horas del día. ()
- Cree que es necesaria la ayuda de su pareja en el cuidado de su recién nacido ()

IV. PRACTICAS QUE POSEEN LAS MADRES CON EL RECIEN NACIDO PREMATURO

12. Señale con un (X). ¿Qué prácticas individuales realizaría Ud. Antes del manejo del recién nacido prematuro?

- Lavado de manos ()
- Baño Diario ()
- Aseo y cuidado del pezón ()

- Mantiene sus uñas cortas ()
- Usa gel desinfectante de manos antes de manipular al prematuro ()
- Cambio de ropa todos los días ()

13. ¿Qué tipo de ropa elegiría Ud. para su recién nacido prematuro?

- Algodón ()
- Sintéticas ()
- De Lana ()
- Ninguna ()
- Todas ()

14. ¿Cuál es el alimento que proporcionaría a su Recién Nacido Prematuro?

- Leche materna ()
- Leche de formula ()
- Otros ()

15. ¿Por qué medio brindaría la leche a su recién nacido prematuro?

- Directamente desde su seno ()
- Por medio de Biberones ()
- Por jeringuilla ()
- Por cucharilla ()

16. ¿Con que frecuencia realizaría la limpieza de las fosas nasales en el recién nacido pretérmino?

- Una vez al día ()
- Tres veces al día ()
- Solo por la mañana ()
- Solo por la noche ()
- Solo cuando la nariz del prematuro esta tapada ()

17. Con que frecuencia bañaría a su Recién nacido Prematuro.

- Todos los días ()
- Dejando un día ()
- Cada dos Días ()
- Una vez por semana ()

18. ¿Mediante qué técnicas y con qué materiales realizaría Ud. el cuidado de la piel del recién nacido prematuro?

- Utiliza paños húmedos ()
- Utiliza cremas ()
- Utiliza talcos y jaboncillos ()
- Realiza el aseo con agua ()
- Utiliza Pañales desechables ()
- Utiliza Pañales de Tela ()
- Realiza el baño diario del prematuro ()
- Aseo diario del cordón umbilical ()
- Corte de uñas de su prematuro ()

19. Encierre con un círculo el literal correcto. ¿Qué técnica utilizaría en el cuidado del cordón umbilical de su recién nacido prematuro?

- a. Limpiar el cordón umbilical en cada cambio de pañal con alcohol o Bioalcohol.
- b. Limpia diariamente el cordón con agua oxigenada
- c. Limpiar el área del cordón umbilical con agua de manzanilla, geranio, matico etc.
- d. Coloca puperos y realiza la limpieza del mismo con (alcohol, agua o suero fisiológico).
- e. Limpia cordón umbilical tres veces al día con (alcohol, aguas, o suero fisiológico).

20. ¿La limpieza del cordón umbilical se realiza?: encierre en un círculo la respuesta correcta.

- En forma circular de adentro hacia afuera con alcohol
- y gasa estéril ()
- Gasa estéril, agua y yodo ()
- Alcohol yodado y gasa estéril ()
- Tres veces al día ()
- Ninguna ()

21. ¿En la higiene de genitales del recién nacido prematuro mujer se la realiza de la siguiente forma; marque con una x la respuesta correcta?

- De arriba hacia abajo ()
- En forma circular ()
- De adelante hacia atrás ()
- De atrás hacia adelante ()
- De cualquier forma ()
- Ninguna es correcta ()

22. ¿Marque con una X como se realiza la limpieza de genitales en el recién nacido prematuro varón?

- Lavando de forma superficial ()
- Retrayendo el prepucio del pene y lavando entre los testículos ()
- Solo lavando el pene por encima ()
- Solo lavando los testículos ()
- Ninguna ()

23. Encierre en un círculo la respuesta correcta. ¿Cuál sería la posición más adecuada para que su recién nacido duerma?

- Acostado boca arriba ()
- Acostado boca abajo ()
- De costado ()
- En cualquier posición ()
- Fajado ()
- Ninguna ()
- Todas las anteriores ()

24. Marque con una X el número de horas que Ud. Cree que su recién nacido prematuro debe dormir durante las 24 horas.

- 18 ()
- 8 ()
- 5 ()
- 2 ()
- Ninguna ()
- Desconoce ()

25. Cuál es la posición que Ud. Adopta al amamantar a su hijo:

Clásica o sentada ()



Invertida ()



Acostada ()



Clásica cruzada ()



26. Qué técnicas utilizaría para mantener la temperatura estable de su recién nacido prematuro. Marque con una X la respuesta correcta

- Ropa térmica ()
- Uso de frazadas o colchas ()
- Calefacción ()
- Uso de lámparas ()
- Bolsas de agua caliente ()
- Otros. ()

27. Señale los literales correctos. ¿Cuál sería su actitud, para promover la estimulación en su neonato prematuro?

- a. Pedir consejería a personal capacitado
- a. Asistir a charlas educativas
- b. Buscar fuentes de información segura respecto al tema
- c. Pedir información a personas allegadas a Ud.
- d. Integrarse un club de madres con recién nacidos prematuros
- e. Todas las anteriores
- f. Ninguna

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 2.
APLICACIÓN DE ENCUESTAS A MADRES DEL ÁREA DE
NEONATOLOGÍA



ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iii
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
SUMARY	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	8
1. CONOCIMIENTO	8
1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO	8
1.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO	8
1.2.1. CONOCIMIENTO VULGAR	8
1.2.2. CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	8
1.2.3. CONOCIMIENTO EXPLÍCITO E IMPLÍCITO	9
1.2.4. CONOCIMIENTO PERSONAL.....	9
1.2.5. DE DIVULGACIÓN	9
1.3. DIFERENCIAS ENTRE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y CONOCIMIENTO VULGAR.....	10
2. PRÁCTICAS:.....	10
2.1. BUENA PRÁCTICA:	11
3. ACTITUDES.....	12
3.1. DEFINICIÓN DE ACTITUD	12
3.2. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....	12
3.3. FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES.....	13
4. RECIÉN NACIDO PREMATURO	13
4.1. CLASIFICACIÓN EN RELACIÓN AL PESO Y EDAD GESTACIONAL	14
5. CAUSAS DE PREMATUREZ	14
5.1. MATERNAS	14
5.1.1. ENFERMEDADES GENERALES	14
5.1.2. AFECCIONES OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS	15

5.1.3.	CAUSAS SOCIALES	15
5.1.4.	OTRAS.....	15
5.2.	FETALES:	15
5.3.	IATRÓGENICAS	16
6.	ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL EN EL PREMATURO	
	16	
6.1.	ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y PSICOPATOLOGÍA:	16
6.2.	HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN:	17
6.3.	OTROS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:.....	17
6.4.	CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO.....	18
6.5.	CUIDADOS DE LA MADRE AL NEONATO PREMATURO	18
6.5.1.	ALIMENTACIÓN	18
6.5.2.	TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN:.....	19
6.5.3.	LECHE MATERNA	19
6.6.	SUEÑO	20
6.7.	CUIDADO DE ESTÍMULOS FUERTES COMO LUZ Y RUIDO	20
6.8.	MÉTODO CANGURO CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE UNA MADRE O PADRE Y SU RECIÉN NACIDO.....	21
6.9.	EL BAÑO:	22
6.10.	TERMORREGULACIÓN:	23
6.11.	CUIDADO DE LA PIEL	23
6.11.1.	EMOLIENTES.....	24
6.11.2.	TEMPERATURA.....	24
6.11.3.	CUIDADOS DEL OMBLIGO	25
6.11.4.	CUIDADOS DE LA PIEL DEL ÁREA DEL PAÑAL	26
6.12.	HIGIENE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.....	27
6.13.	PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO	27
7.	ESTIMULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO	28
7.1.	PRINCIPIOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	28
7.2.	ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NEONATOS PREMATUROS Y/O PRETÉRMINO.....	29
7.3.	EL MASAJE.....	29
7.4.	CONTACTO PIEL CON PIEL	31
7.5.	MUSICOTERAPIA	32
7.6.	AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES, EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO	32

8. FOMENTAR EL VÍNCULO AFECTIVO DE LOS PADRES CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO	33
8.1. LA FAMILIA:.....	34
8.2. RESPUESTAS EMOCIONALES DE LOS PADRES	34
8.2.1. Estupor y negación.....	34
8.2.2. Culpabilidad.....	35
8.2.3. Ira.....	35
8.2.4. Temor y ansiedad.....	35
8.2.5. Preocupación	35
8.2.6. Tristeza.....	36
8.2.7. Adaptación.....	36
8.2.8. Participación de los padres en el cuidado	37
8.3. PREPARACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL ALTA.	37
8.4. SECUELAS Y SEGUIMIENTO:.....	38
e. METODOLOGÍA	40
f. RESULTADOS	42
g. DISCUSIÓN	49
h. CONCLUSIONES	52
i. RECOMENDACIONES	53
j. BIBLIOGRAFÍA.....	52
k. ANEXOS.....	58
ÍNDICE	67