

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**TEMA: MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS
MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE
TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011.**

**TRABAJO DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

Castro Ayala Mayra Gisela

Cárdenas Eche María Alejandra

TUTORA: Lcda. Zuly Nazate

TULCÁN - SEPTIEMBRE - 2011



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado especialmente a nuestros padres y seres amados, por el sacrificio y la comprensión que pusieron en nosotros para impulsarnos a culminar lo que con tantas expectativas y objetivos habíamos empezado y así alcanzar con éxito una meta más en nuestra vida como es ser un profesional de salud, licenciado/a de enfermería

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios quien fue nuestra guía en cada paso que hemos dado para lograr llegar a nuestra meta con satisfacción.

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi principalmente a la Escuela de Enfermería, donde recibimos la formación académica y práctica impartida por los docentes quienes fueron nuestra fuente de sabiduría.

Expresamos un sincero agradecimiento al Hospital Luis Gabriel Dávila en especial al Dr. Hernán Yépez, personal administrativo y de estadística, personal que labora en el servicio de Gineco-obstetricia y pacientes quienes colaboraron en la recolección de datos para la realización del proyecto de investigación.

Además agradecemos a la Lcda. Zuly Nazate tutora de tesis por haber sido una guía en la elaboración de la misma.

A todas las personas quienes hicieron posible la realización de ésta investigación, por ser nuestro apoyo emocional y moral en todo éste proceso.

Las autoras

CESIÓN DE DERECHOS



Nosotros Castro Ayala Mayra Gisela con número de cédula 040163920-4 y Cárdenas Eche María Alejandra con número de cédula 040120306-2 cedemos los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

Castro Ayala Mayra Gisela

Cárdenas Eche María Alejandra

ÍNDICE GENERAL

PAGINAS PRELIMINARES	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CESIÓN DE DERECHOS	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE APÉNDICES Y ANEXOS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN	xix
CAPITULO I.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. ENUNCIADO DEL TEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	4
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.5. OBJETIVOS.....	7
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
1.6. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD	8
CAPITULO II.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. MARCO INSTITUCIONAL	9
2.1.1. RESEÑA HISTÓRICA	9
2.1.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	11

2.1.3.	FUNCIONAMIENTO	15
2.1.4.	RECURSOS HUMANOS	17
2.1.5.	SERVICIOS QUE OFRECE	18
2.1.6.	DEMANDA POBLACIONAL	18
2.1.7.	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	18
2.2.	MARCO CONCEPTUAL	20
2.2.1.	ADOLESCENCIA	20
2.2.1.1.	ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA.....	20
2.2.2.	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	24
2.2.2.1.	CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	26
2.2.2.2.	ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.....	28
2.2.2.3.	ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD	29
2.2.2.4.	EL PADRE ADOLESCENTE	30
2.2.2.5.	CONSECUENCIAS DE LA PATERNIDAD Y MATERNIDAD ADOLESCENTE	32
2.2.2.6.	ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	33
2.2.2.7.	RIESGOS DEL EMBARAZO Y PARTO DEL ADOLESCENTE.....	34
2.2.3.	EL RECIÉN NACIDO.....	36
2.2.4.	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO	37
2.2.4.1.	ALIMENTACIÓN	38
2.2.4.1.1.	Fundamentos de la lactancia materna.....	38
2.2.4.1.2.	Beneficios de la lactancia materna	41
2.2.4.1.3.	Beneficios para el recién nacido	42
2.2.4.1.4.	Beneficios para la madre	45
2.2.4.1.5.	Beneficios para la familia	46
2.2.4.1.6.	Beneficios para la sociedad	47

2.2.4.1.7.	Riesgos de la alimentación con fórmula	48
2.2.4.1.8.	Composición de la leche materna.....	51
2.2.4.1.9.	Etapas de la leche humana.....	54
2.2.4.1.10.	Técnicas de amamantamiento	57
2.2.4.1.11.	Colocación del recién nacido al pecho.....	58
2.2.4.1.12.	Posturas para amamantar.....	60
2.2.4.1.13.	Duración y frecuencia entre las tomas.....	65
2.2.4.1.14.	Reconocimiento del amamantamiento correcto	66
2.2.4.1.15.	Importancia de eliminación de gases en el recién nacido	67
2.2.4.1.16.	Extracción manual y conservación de la leche materna	68
2.2.4.1.17.	Problemas frecuentes del amamantamiento.....	72
2.2.4.2.	HIGIENE	75
2.2.4.2.1.	El baño del recién nacido.....	75
2.2.4.2.2.	Cuidado de la piel del recién nacido	79
2.2.4.2.3.	El cordón umbilical	82
2.2.4.2.4.	Cambio del pañal	85
2.2.4.3.	EL SUEÑO	89
2.2.4.3.1.	Beneficios del sueño.....	90
2.2.4.3.2.	Tiempo que debe dormir el recién nacido.....	91
2.2.4.4.	TERMORREGULACIÓN	93
2.2.4.4.1.	Temperatura normal del recién nacido.....	93
2.2.4.4.2.	Mecanismos de pérdida y ganancia de calor en el recién nacido	96
2.2.4.4.3.	Factores relacionados con el riesgo de alteración de termorregulación en el recién nacido.....	97
2.2.4.4.4.	Signos y síntomas de alteración en la termorregulación.....	99
	Signos de hipotermia:	99
2.2.4.5.	EL AFECTO	101
2.2.4.5.1.	LA IMPORTANCIA DEL AFECTO	101

2.2.4.6.	SIGNOS DE ALARMA.....	104
2.2.4.6.1.	Fiebre o hipotermia	105
2.2.4.6.2.	Dificultad para respirar.....	106
2.2.4.6.3.	Cianosis	108
2.2.4.6.4.	Ictericia.....	109
2.2.4.6.5.	Convulsiones	110
2.2.4.6.6.	Crecimiento rápido de la cabeza.....	111
2.2.4.6.7.	Llanto débil y constante.....	112
2.2.4.6.8.	Letargo.....	113
2.2.4.6.9.	Mala alimentación.....	114
2.2.4.6.10.	Vómitos.....	115
2.2.4.6.11.	Pérdida de peso mayor al 10%.....	116
2.2.4.6.12.	Diarrea	117
2.2.4.6.13.	Deshidratación	118
2.2.4.6.14.	Sangrado en el ombligo	119
2.3.	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	121
2.3.1.	HIPÓTESIS	121
2.3.4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	122
CAPITULO III	133
3.	DISEÑO METODOLOGICO	133
3.1.	TIPO DE ESTUDIO	133
3.2.	UNIVERSO Y MUESTRA	133
3.3.	METODOS Y TECNICAS	133
3.4.	DISEÑO DEL INSTRUMENTO.....	134
CAPITULO IV	136
4.1.	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	136
4.2.	PLAN DE INTERVENCIÓN	177
4.2.1.	INTRODUCCIÓN.....	177

4.2.2. OBJETIVOS.....	177
4.2.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	177
4.2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	178
CAPITULO V.....	181
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	181
5.1. CONCLUSIONES.....	181
5.2. RECOMENDACIONES.....	183
CAPÍTULO VI.....	185
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	185
6.1. BIBLIOGRAFÍA.....	185
6.2. LINKOGRAFÍA.....	186
CAPITULO VII.....	192
7. ANEXOS.....	192



ÍNDICE DE APÉNDICES Y ANEXOS

7. ANEXOS

7.1 Anexo N° 1 Asociación Empírica de Variables	192
7.2 Anexo N° 2 Cuestionario	193
7.3 Anexo N° 3 Carta de Consentimiento Informado	198
7.4 Anexo N° 4 Autorización Institucional Dirigido al Hospital Luis G. Dávila.	199
7.5 Anexo N° 5 Autorización Institucional Dirigido al Servicio De Gineco-Obstetricia	200
7.6 Anexo N° 6 Aprobación de la Tutora de Tesis.	201
7.7 Anexo N° 7 Aprobación de las Asesoras de Tesis	202
7.8 Anexo N° 8 Convocatoria de Socialización de la Guía Informativa sobre los Cuidados del Recién Nacido.	203
7.9 Anexo N° 9 Certificación de la Socialización de la Guía Informativa sobre los Cuidados del Recién Nacido por parte de las Líderes de Enfermería	204
7.10 Anexo N° 10 Certificación de la Socialización de la Guía Informativa sobre los Cuidados del Recién Nacido por parte del Médico Líder de Neonatología	205
7.11 Anexo N° 11 Acta-Compromiso de las Líderes de Gineco-Obstetricia y Neonatología.	206
7.12 Anexo N° 12 Gigantografía sobre los Cuidados del Recién Nacido	207
7.13 Anexo N° 13 Presupuesto	208
7.14 Anexo N° 14 Cronograma de Actividades	210
7.15 Anexo N° 15 Glosario	211

7.16 Anexo N° 16 Perfil de Tesis	216
7.17 Anexo N° 17 Fotos de Evidencia de la Investigación	232
7.18 Anexo N° 18 Presentación de diapositivas sobre la Socialización de la Guía Informativa sobre los Cuidados del Recién Nacido.	234



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N° 1, GRÁFICO N° 1: Edad promedio de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	136
TABLA N° 2, GRÁFICO N° 2: Ocupación de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	138
TABLA N° 3, GRÁFICO N° 3: Estado civil de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	139
TABLA N° 4, GRÁFICO N° 4: Instrucción de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	141
TABLA N° 5, GRÁFICO N° 5: Apoyo que brinda la pareja y la familia a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	142
TABLA N° 6, GRÁFICO N° 6: Cuidado de un recién nacido, anterior al embarazo de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011.	143
TABLA N° 7, GRÁFICO N° 7: Sentimientos ante el rol materno en las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio 2011	145
TABLA N° 8, GRÁFICO N° 8: Alimentos que brindan al recién nacido, las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	146
TABLA N° 9, GRÁFICO N° 9: Edad para dar exclusivamente leche materna al recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	148

TABLA N° 10, GRÁFICO N° 10: Frecuencia con la que alimentan al recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	149
TABLA N° 11, GRÁFICO N° 11: Beneficios de la leche materna para el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	151
TABLA N° 12, GRÁFICO N° 12: Técnica de amamantamiento en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	153
TABLA N° 13, GRÁFICO N° 13: posiciones para alimentar al recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011.	154
TABLA N° 14, GRÁFICO N° 14: Detección de hipertermia e hipotermia en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	156
TABLA N° 15, GRÁFICO N° 15: Conocimientos sobre el valor de temperatura axilar normal en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	158
TABLA N° 16, GRÁFICO N° 16: Conocimientos sobre los mecanismos de pérdida o ganancia de calor en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	160
TABLA N° 17, GRÁFICO N° 17: Frecuencia en el baño del recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	162
TABLA N° 18, GRÁFICO N° 18: Frecuencia de cambio de pañal en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	164
TABLA N° 19, GRÁFICO N° 19: limpieza del ombligo con el cambio de pañal en el recién nacido por parte de las madres que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011.	165

TABLA N° 20, GRÁFICO N° 20: Manifestaciones de cariño hacia el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	167
TABLA N° 21, GRÁFICO N° 21: Importancia del afecto en el recién nacido de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	169
TABLA N° 22, GRÁFICO N° 22: Conocimientos sobre la duración del sueño en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	171
TABLA N° 23, GRÁFICO N° 23: Conocimientos sobre los beneficios del sueño en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	172
TABLA N° 24, GRÁFICO N° 24: Conocimientos sobre los signos de alarma en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	174
TABLA N° 25, GRÁFICO N° 25: Educación a las madres adolescentes sobre los cuidados en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo-junio-2011	175

RESUMEN

En la actualidad hay un significativo número de madres adolescentes, debido a innumerables situaciones por las cuales atraviesa la adolescente, lo cual es un factor de riesgo para su hijo recién nacido, influyendo directamente en los cuidados necesarios que el recién nacido debe recibir para un adecuado crecimiento y desarrollo. Es así que se obtuvo información documentada y estadística por parte del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán y por supuesto por las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia de dicha institución, para la realización de este proyecto de investigación.

El objetivo fue determinar el manejo que tienen las madres adolescentes en lo que se refiere a los cuidados del recién nacido, para de esta manera, a través del análisis identificar cómo éste influye en la salud del recién nacido y proponer estrategias de modificación para ayudar a la madre a mejorar dichos cuidados satisfaciendo sus necesidades.


Se comprobó la hipótesis: El desconocimiento acerca de los cuidados básicos del recién nacido influyen en el inadecuado manejo materno de las adolescentes.

El estudio de esta investigación es de campo, de tipo analítica, transversal, aplicada y bibliográfica, tiene un tiempo delimitado para su realización: enero

2011 a junio 2011. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, aplicado por medio de la encuesta, con preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple, dirigidas a las madres adolescentes.

La base de datos obtenidos a través de la encuesta se tabuló mediante el sistema de palotes, estos resultados están representados mediante tablas y gráficos, con porcentajes, frecuencias y con sus respectivos análisis.

Obteniendo como resultado relevante lo siguiente:

 El mayor porcentaje de madres adolescentes no poseen un conocimiento teórico práctico básico en el cuidado del neonato; es por ello que nos enfocamos en la implementación de una guía educativa sobre los conocimientos básicos en el cuidado del recién nacido, la misma que será entregada a las líderes de los servicios de Gineco-obstetricia en coordinación con Neonatología.

PALABRAS CLAVE: adolescente, factor de riesgo, embarazo, manejo materno, neonato, crecimiento y desarrollo, necesidades y cuidados básicos del recién nacido, conocimiento teórico práctico.

ABSTRACT

Currently there is a significant number of adolescent mothers, due to innumerable situations that an adolescent goes through, which is a risk factor for her newborn baby, directly influencing the necessary care that a newborn must have for an adequate growth and development. In this case documented and statistical information was obtained from Luis G. Dávila Hospital of the Tulcán city and of course from adolescent mothers who come to the Gyneco - obstetrics service of this institution, in order to do the present research project.

The goal is to determine how adolescent mothers proceed when it comes to newborn baby's care, so through analysis, identify how this influences the newborn baby's health and in this way to suggest modification strategies to help mothers improving their care while satisfying their needs.

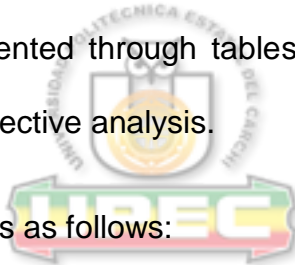
The hypothesis has been proved: The ignorance about the basic care that a newborn baby needs influences in the inadequate maternal behavior of adolescents.

The study of this research is of field, belongs to the type, analytical, transverse, applied and bibliographic.

This project has a delimited time for its realization: from January 2011 to June 2011. The instrument that was used was the questionnaire, applied through survey, with open, closed and multiple choice questions, meant for adolescent mothers.

The database obtained from the survey was tabulated using the palotes system. These results are represented through tables and graphics with percentages, frecuencies and their respective analysis.

The main result obtained is as follows:



The highest percentage of adolescent mothers do not have the basic theoretical-practical knowledge about the newborn baby's care, for this reason we focus in the implementation of an educational guide about the basic knowledge of the newborn baby's care. The same shall be given to the leaders of Gynecology and Obstetrics services in coordination with Neonatology.

KEY WORDS: adolescent, risk factor, pregnancy, maternal behavior, newborn baby, growth and development, basic needs and care for the newborn baby, practical-theoretical knowledge

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es una problemática a nivel mundial que se ve más evidenciado en los países en vías de desarrollo, teniendo consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, para el recién nacido y para toda la sociedad.

Esta investigación la desarrollamos en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, en el servicio de Gineco-obstetricia, durante el periodo de enero a junio del año 2011, con el propósito de obtener información sobre el conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido, a través de la realización y aplicación de encuestas a las madres adolescentes que acuden a dicho servicio y de acuerdo a los resultados proponer estrategias de modificación que ayuden a las madres a mejorar el manejo materno en el neonato.

Esperamos que nuestra intervención en ésta investigación sea de gran ayuda para las madres adolescentes quienes están al cuidado de su hijo, así como al personal que labora en el servicio de Gineco-obstetricia y Neonatología quienes guardan relación con dichas pacientes y por ende con el recién nacido, con el

fin de mejorar los cuidados del neonato y de ésta forma evitar la morbimortalidad del mismo.

El contenido de este proyecto de investigación puede ser utilizado como material de consulta y podrá ser modificado para actualizaciones en futuras investigaciones.

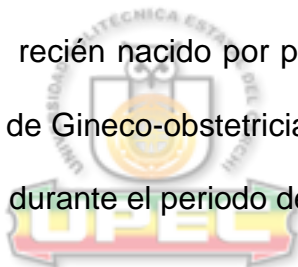


CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ENUNCIADO DEL TEMA

Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila, de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011.



1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es una problemática que afecta a nivel mundial ocasionando complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio, que se ven evidenciadas en el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal .

En los países en vías de desarrollado, se ha evidenciado que los antecedentes de embarazos en la adolescencia confirman una relación directa con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.

La edad promedio de la aparición de la menarquía se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra puede variar por diferentes factores. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades tempranas y

depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales, económicos y personales.

El embarazo en los adolescentes constituye un riesgo obstétrico y biopsicosocial, presentando mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo ocasionando nacimientos pre término y de bajo peso al nacer, esto se ve reflejado en un incremento de afecciones neonatales.

Las madres adolescentes se encuentran aún en un proceso de formación, por lo tanto la falta de conocimientos sobre los cuidados necesarios del recién nacido influyen directamente en su salud para su normal crecimiento y desarrollo, estos cuidados son: alimentación, termorregulación, higiene, sueño, afecto, signos de alarma, etc.

En los últimos tiempos en nuestro país ha sido notoria la población de madres adolescentes, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se ha producido un incremento en las estadísticas para esta población, demostrándose a partir del año 2001, un 16.16% luego en el año 2005, un 20.34% y en el año 2008, un 33.06% de nacimientos registrados en la ciudad de Tulcán.

En el Hospital Provincial Luis Gabriel Dávila se ha evidenciado un significativo porcentaje de partos en adolescentes en los meses de enero a junio del 2011, registrándose 227 partos entre las edades de 10 a 19 años

que corresponde al 26.8% de un total de 847 partos atendidos. De estas madres adolescentes aproximadamente el 55.06% de madres, presentan inadecuado manejo materno, mediante datos proporcionados por el libro de registros de actividades que se realizan en el recién nacido de alojamiento conjunto del servicio de neonatología.

La madre adolescente al enfrentarse a un nuevo rol desconoce las consecuencias de un inadecuado manejo materno produciéndose alteraciones que afectan en la salud del recién nacido tales como: trastornos metabólicos, digestivos, respiratorios, dermatológicos, infecciosos, etc.

Es así como desde la profesión de enfermería se quiere abordar una problemática relacionada con el cuidado, ya que es enfermería quien promueve la prevención a través de la educación. Para identificar esta necesidad es necesario abordar la problemática sobre los conocimientos que las madres adolescentes tienen acerca de los cuidados del recién nacido y de esta manera dirigir y aplicar un programa educativo para fortalecer o modificar dichos conocimientos.

1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cómo influye en la salud del Recién Nacido el desconocimiento del cuidado de éste, en las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011?

1.4. JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento por parte de las madres adolescentes en los cuidados del recién nacido, constituye uno de los problemas más frecuentes en el servicio de Gineco-obstetricia y Neonatología.

El porcentaje de los recién nacidos de madres adolescentes ha continuado aumentando o bien se mantiene estable con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerarse como un fenómeno social, por otro lado existen modelos de disfunción familiar, carencias nutricionales y el mal manejo de la sexualidad.

Cabe destacar que aproximadamente el 55.06% de madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila, presentan inadecuado manejo materno registrado durante el periodo de

enero a junio del 2011, mediante datos proporcionados por el libro de registros de actividades que se realizan en el recién nacido de alojamiento conjunto del servicio de neonatología. Por lo que es importante conocer la magnitud del problema y educar a la población en riesgo, evitando posteriores complicaciones en el neonato.

Por otro lado no existe una coordinación adecuada entre los niveles de referencia y contra referencia, entendiéndose como referencia a la atención asignada desde el primer nivel hasta el segundo nivel de atención en salud, y la contra referencia a la atención dada, desde el segundo hasta el primer nivel; el primer nivel de atención es el otorgado en centros y subcentros de salud, brindando una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización, desarrollando actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes; el segundo nivel de atención en salud es dado en el hospital enfocándose en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud, los cuales brindarán acciones y servicios de hospitalización a pacientes referidos del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo como son las emergencias. Para de este modo realizar un seguimiento a la madre adolescente en el hogar a fin de asegurar la salud materna y neonatal. Por tal motivo es importante realizar un estudio sobre el mal manejo materno de las adolescentes.

Esta investigación de campo va encaminada a disminuir el índice de morbimortalidad neonatal, enseñando a la madre el adecuado cuidado que debe dar a su hijo. Desde el punto de vista psicosocial, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres, mayor número de hijos a lo largo de su juventud, desempleo o ingresos inferiores de por vida, generalmente fracaso en la relación de pareja y abandono de la vida social con todo lo que ello significa.



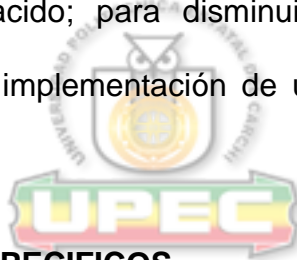
La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará más ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida mediante estrategias de modificación que ayuden a las madres a mejorar el manejo materno hacia los recién nacidos.

Con ésta investigación a realizarse se beneficiará principalmente a las madres adolescentes y sus hijos, al equipo de salud y la población en general quienes directa o indirectamente se ven involucradas en este fenómeno.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar el grado de conocimiento que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011, sobre el manejo del recién nacido; para disminuir el índice de morbimortalidad neonatal, mediante la implementación de una guía sobre los cuidados del recién nacido.



1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Diagnosticar el nivel de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido, que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia.
- b) Observar el manejo y los cuidados del recién nacido que tienen las madres adolescentes.
- c) Elaborar una guía educativa para las madres adolescentes, sobre cuidados adecuados en el recién nacido.
- d) Socializar la investigación con el personal de los servicios involucrados.
- e) Validar la propuesta por criterios de expertos.

1.6. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Esta investigación es viable ya que está dirigida a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán.

Es aplicable y factible de realizar, ya que es una problemática que afecta a las madres adolescentes desde una perspectiva nacional, provincial y cantonal, cuenta con bibliografía actualizada pues es un problema común en el mundo entero y más aun en países en vías de desarrollo.

Para la realización de dicha investigación se acude a las autoridades competentes del Hospital Luis G. Dávila mediante una comunicación escrita solicitando la autorización para realizar el estudio de esta investigación, la misma que fue aceptada favorablemente.

Este estudio se realiza por dos personas por lo tanto los recursos necesarios serán compartidos.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

2.1.1. RESEÑA HISTÓRICA

En la ciudad de Tulcán ante la necesidad de atención de los enfermos surge la inquietud en los directivos del Municipio en 1913 de organizar un centro de atención por lo que solicitan a los superiores de la compañía de Hijas de la Caridad, envíen hermanas para ofrecer cuidados, quiénes organizaron la atención de los pacientes hasta 1968. A raíz del terremoto de 1924 nace como una necesidad la atención de emergencia a las víctimas de esta catástrofe.

El primer nombre del Hospital Provincial de Tulcán fue San Vicente de Paúl, en honor al fundador de la compañía de las hijas de la caridad, pero el 30 de marzo de 1954, en una asamblea precedida por el doctor Alberto Araujo Chávez, se decide la nominación como Hospital Luis Gabriel Dávila en honor al benemérito médico Tulcaneño de renombre internacional doctor Luis Gabriel Dávila.

En 1970 se integran las primeras enfermeras a quienes se les asigna los diferentes servicios de acuerdo a la demanda de pacientes que existía. El 16 de abril de 1972 el Hospital pasa a depender económicamente del Ministerio de Salud Pública, en sus primeros años el Hospital contaba con una estructura insipiente, en la que funcionaban las cuatro especialidades

básicas como Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía las cuales eran atendidas por tres profesionales médicos y dos enfermeras las cuales cubrían las necesidades de los cuatro servicios, en ese entonces las auxiliares de enfermería eran quiénes estaban al cuidado directo de los pacientes.

En la actualidad el Hospital Luis Gabriel Dávila, es un hospital de segundo nivel con una capacidad de 120 camas, cuenta con lo siguiente: Consulta Externa, Hospitalización y Servicios de Diagnóstico, bajo la Dirección del doctor Hernán Yépez Cabrera.

Tanto el personal administrativo, médico, de enfermería, y servicios de apoyo se ha incrementado para dar una atención con eficiencia, eficacia calidad y calidez al usuario que acude a dicha institución.

- **Misión de la institución.**

El Hospital Luis Gabriel Dávila brinda atención al usuario, familia y comunidad, con servicios de calidad técnica, científica y humana, en forma permanente, contribuyendo al desarrollo técnico y gerencial de la Institución. En coordinación de los miembros del equipo de salud, acorde con la situación, económica, cultural, política y epidemiológica de la Provincia del Carchi, planifica, ejecuta y evalúa procesos de su competencia en base a las políticas del Ministerio de Salud Pública y con ello garantiza una atención de calidad, eficiente y con equidad.

- **Visión de la institución.**

Se quiere un hospital, fortalecido en su capacidad de gerencia y liderazgo, que impulse los procesos de cambio orientados a promover el fortalecimiento y óptimo funcionamiento de cada proceso, que garanticen la cobertura total de las prestaciones de salud con calidad, equidad, eficiencia y solidaridad.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

La provincia del Carchi está ubicada al norte del Ecuador limitando al norte, con Colombia, al sur con la provincia de Imbabura, al este con la provincia de Sucumbíos, y al occidente con la provincia de Esmeraldas.

El Hospital Luis G. Dávila siendo una institución de salud de segundo nivel, se encuentra en la provincia del Carchi, constituyendo la puerta de entrada a Colombia y de salida de Ecuador.

Por ser un hospital fronterizo, el área de influencia es la población sur del Departamento de Nariño (Colombia), parte de la Provincia de Sucumbíos y del noroccidente de Esmeraldas por su cercanía con Maldonado y Chical, y por supuesto la gran mayoría de la población de la Provincia del Carchi.



HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE TULCÁN

Servicios que presta la institución

- Consulta Externa; en las especialidades de: Gineco-obstetricia, Cirugía, Traumatología, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Medicina Familiar, Fisioterapia, Psicología, Psiquiatría, Odontología, Endoscopía, y Oftalmología
- Hospitalización; con los servicios de: Medicina Interna, Centro Quirúrgico, Pediatría, Neonatología, y Gineco-Obstetricia
- Servicios de Diagnóstico: laboratorio clínico, rayos X, tomografía, ecografía y mamografía.
- Emergencias.
- Servicios Varios: trabajo social, estadística, farmacia, dietética, ropería, lavandería, mantenimiento y bodega

Ubicación del Servicio de Gineco-obstetricia

El servicio de Gineco-obstetricia se encuentra ubicado en el pabellón derecho del Hospital Luis G. Dávila, dispone de 34 camas de las cuales 20 corresponde para clínica y 14 para cirugía dentro de las especialidades de obstetricia y ginecología.



ENTRADA DEL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRCIA DEL HOSPITAL LUIS G DÁVILA

Infraestructura y equipamiento

El servicio ocupa una superficie de aproximadamente 380 m², los cuales abarcan los siguientes ambientes:

- Una sala de valoración y labor.
- Una sala de partos.
- Una sala de preparación.
- Dos salas de hospitalización.
- Una sala de posparto.

- Dos estaciones de enfermería.
- Un área de utilería limpia.
- Dos áreas de servicios higiénicos y duchas.

Equipos disponibles en el servicio

En cuanto al equipamiento podemos hacer una descripción de la cantidad de los equipos pero sin tomar en cuenta el estado y la depreciación de los mismos. Los equipos que se detallan a continuación son los que se utiliza diariamente, para la atención de las pacientes, existiendo otras pinzas de reposición en caso de que así lo requieran los mismos.

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	CANTIDAD	Nº DE PIEZAS
Equipo para partos	6	6
Equipos para legrados instrumentales	1	16
Equipos para curaciones	6	3
Equipos para episiorrafia	4	2
Equipos para duchas perineales	12	1
Equipos ginecológicos	3	4
Pinza Aro	1	
Ecógrafo	1	
Monitor fetal	2	
Campana de Pinar	3	
Mesas ginecológicas	4	
Camillas de transporte	2	
Sillas de ruedas	2	
Tensiómetros	2	
Fonendoscopios	2	

Porta Sueros	30	
Unidades para pacientes	34	
Monitores para signos vitales	2	
Equipo audio-visual	1	2
Equipo para oxigenoterapia	2	

Fuente: Servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila

2.1.3. FUNCIONAMIENTO

El servicio de Gineco-obstetricia al ser parte de una institución hospitalaria, existe talento humano que está directamente relacionado con el mismo, pero también hay talento humano que no tiene relación directa, pero que es indispensable su participación para el funcionamiento del mismo.

TALENTOS HUMANOS	Nº	OBSERVACIONES
Gineco – Obstetras	4	2 por contrato y 2 devengantes de beca
Obstetricas	2	2 por contrato.
Enfermera líder	1	De planta.
Enfermeras de equipo	7	4 de contrato 3 de planta
Internas Rotativas de Enfermería	6	De acuerdo a la asignación del área docente
Auxiliares de Enfermería	5	1 de contrato 4 de planta.

Fuente: Servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila

Coordinación del servicio de Gineco-obstetricia con otros servicios.



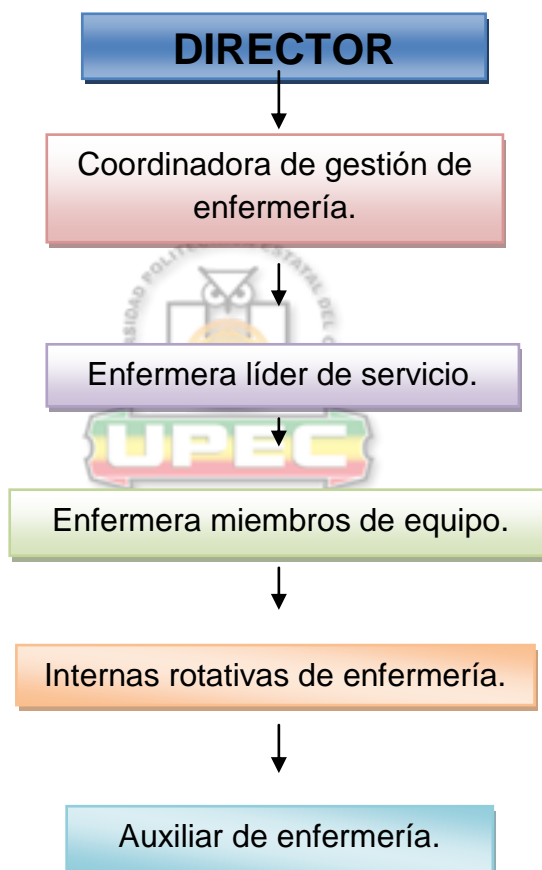
Modelo de gestión

El financiamiento del Servicio de Gineco-obstetricia está dado por:

- El Ministerio de salud Pública, ente principal de la salud.
- Presupuesto general de la institución hospitalaria.
- La asignación por el Programa de Maternidad Gratuita.
- El presupuesto por autogestión el que proviene del pago de servicios por los usuarios y por convenios con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

2.1.4. RECURSOS HUMANOS

Organigrama



El servicio cuenta con 7 enfermeras, las enfermeras de planta laboran 22 turnos con un total de 132 horas, las de contrato 27 turnos con un total de 162 horas, divididas en turnos de la mañana, tarde y noche, durante los días festivos y fines de semana, contando con dos enfermeras en el turno de la mañana las cuales trabajan 1 enfermera para 14 camas quirúrgicas y 1 enfermera para 20 camas de clínica; en el turno de la tarde por lo general es una enfermera por 34 camas quirúrgicas y clínicas de igual manera ocurre en el turno de la noche. El personal auxiliar de enfermería labora 20 turnos

con un total de 120 horas y con un número de 5 personas, distribuidas de igual manera.

2.1.5. SERVICIOS QUE OFRECE

El servicio brinda atención a las usuarias en la atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas y ginecológicas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemias, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como también la atención del recién nacido, en coordinación con el servicio de neonatología.

2.1.6. DEMANDA POBLACIONAL

El grado de instrucción de las usuarias en un 60% es de primaria completo e incompleto, secundario en un 30% y el 10% restante analfabeta y superior.

La ocupación de la mayoría de usuarias del servicio son los que hacen labores domésticas, por tanto son económicamente dependientes.

2.1.7. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

De acuerdo al artículo 227 de la Constitución Política de la República del Ecuador, en la que determina que la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación con la rectoría del Ministerio de salud pública, por ello el Hospital Luis G. Dávila fundamenta sus políticas en principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

Es responsabilidad de la Institución de Salud garantizar la protección integral de la Salud de toda la población que comprende:

- Acciones de promoción de la salud.
- La vigilancia, prevención y control de enfermedades.
- Las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

El Talento humano del hospital se rige por la Ley Orgánica del Servicio Público, Ley Orgánica de Salud, Código de Trabajo, Ley de Escalafón Médica, Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras del Ecuador, promoviendo el desarrollo integral de sus miembros.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. ADOLESCENCIA

“Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años” (La adolescencia, 2011, párr. 2).

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

2.2.1.1. ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA.

Cambios físicos en el adolescente

En su gran mayoría los cambios físicos del adolescente empiezan en la pubertad por eso mencionaremos los principales cambios, entendiéndose que en la pubertad las características físicas y sexuales de un niño maduran y se presenta debido a cambios hormonales.

Los cambios físicos en la mujer y en el hombre son:

- **Aumento de estatura:** El niño que ha alcanzado la pubertad entra en un proceso de crecimiento en estatura mayor al de las niñas. Este proceso de crecimiento usualmente dura hasta los 23 años en varones y 21 años en niñas.
- **Cambios corporales:** En la mujer la mitad inferior de la pelvis se ensancha, los tejidos adiposos aumentan en las mamas, caderas y muslos. En el hombre el crecimiento se da entre los 13-14 años hasta los 16 años. En lo que se refiere al crecimiento del pene, este comienza a agrandarse aproximadamente un año después de que los testículos comiencen a incrementar su tamaño, el pene llega al tamaño que tendrá en la etapa adulta, 14-15 cm es posiblemente una talla media de adultos. Existen cambios en la voz del adolescente en el hombre se vuelve gruesa y en la mujer es más fina. Además en el hombre empieza el desarrollo de la musculatura o la formación del cuerpo de adulto.
- **Crecimiento de vello:** En las mujeres los vellos se pueden ver por primera vez alrededor de los labios mayores de la vagina. En el hombre el vello púbico aparece alrededor de la base del pene van brotando más hasta que cubren los genitales. El vello facial y corporal en las mujeres desarrollan es más denso
- **Olor corporal, cambios en la piel y acné:** En la mujer los niveles ascendentes de andrógenos pueden cambiar la composición de ácidos grasos de la transpiración, resultando en un olor corporal característico.

Otro efecto inducido por los andrógenos es el aumento en la secreción de aceite en la piel y cantidades variables de acné.

- **Menarca y espermaca:** En la mujer la menarca es el inicio de la menstruación y fertilidad, es el primer sangrado menstrual, aparece alrededor de los 10 a los 16 años. El varón puede o no experimentar la espermaca o su primera emisión nocturna, también conocida como sueño húmedo.
- **Inicio de actividad sexual:** Debido a todos los cambios sexuales que el púber ha estado viviendo, puede llegar a confundirse o simplemente tener curiosidad, puede llegar a explorarse y en este caso inicia su actividad sexual por medio de la masturbación (La pubertad, 2011).

Figura 1

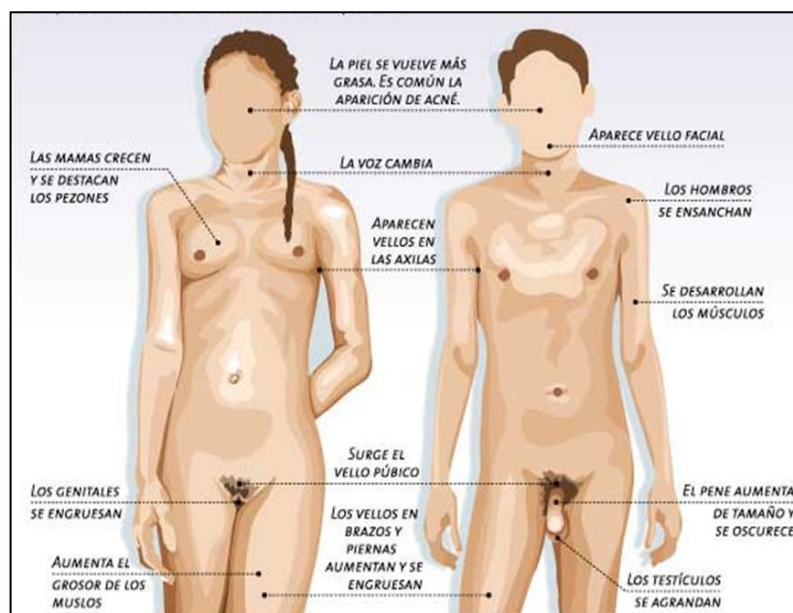


Figura 1

Cambios psicológicos en la adolescencia

Los adolescentes no solo tienen cambios físicos sino también cambios psicológicos que influirán en su desarrollo, entre estos tenemos:

- **Desarrollo cognoscitivo:** La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional, empieza a pensar de las circunstancias presentes y a elaborar teorías de todas las cosas.
- **Desarrollo motivacional:** En el adolescente sobresalen los motivos de: seguridad, independencia, experiencia, identidad y afecto.
- **Desarrollo afectivo:** Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva.
- **Desarrollo social:** Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización con las personas que lo rodean.
- **Desarrollo sexual:** Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente, determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual.

Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza.

- **Desarrollo moral:** La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es ante todo comprometer su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo,

donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales.

- **Desarrollo religioso:** En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto, en esta edad, influye la educación dada por los padres, la escuela y el medio ambiente (El desarrollo, 2011).

2.2.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una situación con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada. En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.

Tasas de nacimientos de madres adolescentes en el Ecuador

PROVINCIA	EDAD DE LA MADRE		TOTAL
	De 12-14 años	De 15-19 años	
1. Guayas	480	12981	13461
2. Pichincha	139	8022	8161
3. Manabí	247	6485	6732
4. Los ríos	143	3641	3784
5. El Oro	104	2968	3072
6. Esmeraldas	64	2503	2567
7. Azuay	47	2478	2525
8. Tungurahua	26	1798	1824
9. Chimborazo	31	1770	1801
10. Cotopaxi	30	1677	1707
11. Loja	35	1640	1675
12. Imbabura	31	1640	1671
13. Sucumbíos	39	1022	1061
14. Cañar	25	945	970
15. Morona Santiago	30	799	829
16. Orellana	25	768	793
17. Bolívar	9	734	743
18. Napo	16	619	635
19. Carchi	7	558	565
20. Zamora Chinchipe	17	532	549
21. Pastaza	13	377	390
22. Galápagos	0	53	53
TOTAL	1558	54010	55568

Fuente: INEC, 2008. Disponible en:

[http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=Vi
tal2008&MAIN=WebServerMain.inl](http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=Vi
tal2008&MAIN=WebServerMain.inl)

En la tabla se indican las tasas de nacimientos por mujeres entre 12 y 19 años de edad en las provincias del Ecuador en el año 2008.

Se incluyen, como indicador y marco de referencia, los datos de las dos provincias con mayor número de nacimientos como Pichincha y menor número Galápagos. Están ordenados de mayor a menor tasa según las cifras del año 2008.

Si bien la provincia del Carchi no se encuentra dentro de las provincias con más alto índice de madres adolescentes, se cree que estas cifras se han incrementado en la actualidad en lo referente a la ciudad de Tulcán, de acuerdo a datos proporcionados por el departamento de estadística del Hospital provincial Luis G. Dávila en el año 2010, el número de partos atendidos es de 1188 de los cuales 320 son madres adolescentes que se encuentran entre las edades de 10 a 19 años; y ya para el 2011, en los meses de enero a junio se han registrado 227 partos de madres adolescentes, de los cuales un 55.06% presentan un inadecuado manejo materno (Departamento de Estadística del Hospital Luis Gabriel Dávila [DEHLGD], 2011).

2.2.2.1. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad.
- **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales como: la homosexualidad. Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial.
- **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja.

Factores predisponentes y determinantes del embarazo en los adolescentes

- Menarca temprana
- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Familia disfuncional
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente

- Bajo nivel educativo
- Migraciones recientes
- Falta o distorsión de la información
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres
- Aumento en número de adolescentes
- Factores socioculturales
- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación



Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos

2.2.2.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

- La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.
- Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.
- Por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

- En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del abuso sexual, en la mayoría de los casos por su padre biológico.
- El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.2.2.3. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescencia es una crisis vital que se sobre impone a la crisis de la adolescencia.

Abarca profundos cambios somáticos y psicosociales, con un incremento de la emotividad y la acentuación de conflictos no resueltos en etapas anteriores. En la mayoría de los casos, es un evento no planificado, Por lo tanto, ante el hecho consumado, la adolescencia puede adoptar, diferentes actitudes que van a depender de su historia, de su contexto familiar y social y en gran parte de la etapa de la adolescencia que está transitando.

- **En la adolescencia temprana:** comprende las edades de 10 a 13 años de edad, las adolescentes se vuelven más dependientes de sus propias madres y no hay lugar para una pareja, aunque esta exista en la realidad. Son incapaces de distinguir a su hijo como un ser dependiente de ellas.

Cuando un niño nace no puede hacerse cargo de su crianza, quedando por lo tanto a cargo de sus abuelos.

- **En la adolescencia media:** comprende de los 14 a 16 años en que se está estableciendo la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, hecho que se pone de manifiesto en la vestimenta que suelen usar y el exhibicionismo que hacen de su vientre. Son frecuentes los cambios de los estados de ánimos oscilando entre la euforia y la depresión. Tiene temores por el dolor pero también aparecen los temores por la salud del hijo y adoptan actitudes de auto cuidado hacia su salud y la del niño. Con un buen apoyo familiar y profesional pueden desarrollar un rol maternal y es muy importante para ellas la presencia de un compañero; no es infrecuente que ante el abandono del padre del bebe, la joven constituya inmediatamente otra pareja, aun durante el embarazo.
- **En la adolescencia tardía:** comprende de 17 a 19 años, el embarazo es muchas veces el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja; para muchas adolescentes eso se logra con el papel de madre joven.

2.2.2.4. EL PADRE ADOLESCENTE

Si la mujer no está preparada para ser madre, menos lo estará el hombre para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

En el hombre se provoca un sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades que precipitarán su aislamiento si es que había dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el hombre se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo.

A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que desvanece su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de ser padre.

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser adoptado como un miembro más de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo - padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación.

2.2.2.5. CONSECUENCIAS DE LA PATERNIDAD Y MATERNIDAD ADOLESCENTE

- **Abandono de la escuela:** el embarazo es una de las causas más frecuentes del abandono escolar. Los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está al cuidado de su hijo.
- **Dificultades laborales:** los adolescentes tienen en general trabajos mal remunerados y sin contrato, por lo tanto, es habitual el despido cuando se sabe que está embarazada y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones o si ya se tiene un niño.
- **Situaciones de riesgo perinatal para la madre y el niño:** esto conllevan al fracaso en la crianza del niño
- **Maltrato psicofísico del niño:** en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están.
- **Dificultades para formar una nueva pareja estable:** se debe por el estigma que tienen las adolescentes de ser madre soltera.
- **Interrupción definitiva del proceso de adolescencia:** para asumir roles paternos y maternos con todas las exigencias que esto implica.
- **Dificultades para independizarse económicamente:** quedando expuestos a la posibilidad de que los exploten o que deban continuar dependiendo total o parcialmente del núcleo familiar con todas sus consecuencias.

- **Problemas Familiares:** la actitud de la familia, afecta a los adolescentes, ya que el cambio de vida que conlleva un embarazo precoz no le permite desarrollarse al adolescente e interfiere en el ámbito familiar, ante la llegada de un nuevo ser, se produce dificultades familiares sobre todo al inicio del embarazo, pudiendo o no afectar la relación en un futuro con la o el adolescente.

2.2.2.6. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA



Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en tres grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo no detectable.

Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Desnutrición.
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

Grupo de riesgo obstétrico y perinatal no detectable

- Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa (Issler, 2011). Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

2.2.2.7. RIESGOS DEL EMBARAZO Y PARTO DEL ADOLESCENTE

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos, demográficos y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

Riesgos biológicos:

- Complicaciones obstétricas.
- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción cefalopélvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.

- Infecciones.
- Aumento de la morbimortalidad infantil
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

El embarazo y la maternidad representan un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma al de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para la salud de la adolescente y la de su hijo.

Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indican que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis

ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla. El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Se ha señalado que hay una incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción feto pélvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad perinatal, presentación podálica, ruptura prematura de membrana e hipertensión arterial (Ubevista, 2011).

2.2.3. EL RECIÉN NACIDO

Para el desarrollo del trabajo investigativo es necesario caracterizar de manera global al recién nacido ya que es él quien recibe directamente de sus padres los cuidados y la satisfacción de sus necesidades básicas, a partir de los conocimientos que ella tiene.

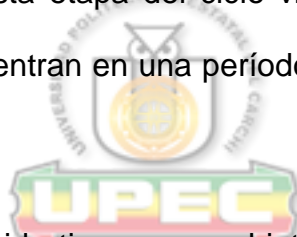
El recién nacido se encuentra en un rango de edad entre los 0 días luego del nacimiento hasta los 28 días, en un rango de peso de 2500g a 3500g, una talla entre 45 y 52 centímetros aproximadamente.

En esta etapa la confianza básica estudiada por Erick Erickson, es fundamental para el desarrollo por el recién nacido, lo cual se manifiesta a partir de las caricias, besos, arrullos y cualquier actitud que exprese afecto, protección demostrando así preocupación por el bienestar del niño, enmarcado siempre en un contexto de amor.

2.2.4. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

Después del parto, el recién nacido experimenta un período de adaptación que requiere el paso de la vida intrauterina a la extrauterina.

Al igual que el adulto el recién nacido tiene necesidades básicas las cuales son indispensables en ésta etapa del ciclo vital para el bienestar del niño más aún porque se encuentran en una período de total dependencia de los demás.



El cuidado del recién nacido tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación se realice en forma normal comprendiendo las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad.

Los cuidados básicos competen fundamentalmente a los padres, por eso es de especial importancia ayudar a los padres en especial a la madre a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo.

Los cuidados del recién nacido van enfocados a lo siguiente: alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, y signos de alarma, los cuáles son factores determinantes en el bienestar del recién nacido y la satisfacción de sus necesidades básicas.

2.2.4.1. ALIMENTACIÓN

La alimentación es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita.

El primer año es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del recién nacido y, a su vez, cuando éste es más inmaduro y vulnerable, por ello es importante proporcionarle una alimentación óptima.

La leche materna es la forma de nutrición natural, sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas hacen que éste sea un alimento idóneo y su composición la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los seis primeros meses de vida.

2.2.4.1.1. Fundamentos de la lactancia materna.

Estudiar la estructura y el funcionamiento de las glándulas mamarias, además de añadir un nuevo motivo para admirar la naturaleza, permite comprender el sentido de las normas que ayudan a hacer posible la lactancia materna.

Las glándulas mamarias están formadas por racimos constituidos por pequeños sacos llamados alvéolos mamarios, cuyas paredes se hallan tapizadas por las células encargadas de la producción de leche. Desde ellos, la leche es conducida a través de los conductos galactóforos que van confluyendo hasta llegar a la altura de la areola, en donde, antes de abrirse en la punta del pezón, se ensanchan formando una especie de remansos, llamados senos galactóforos, en los que se almacena una pequeña cantidad de leche, lista para ser exprimida y succionada por el recién nacido.

Aunque los alvéolos mamarios productores de leche ya están funcionando desde el quinto mes de la gestación, es el parto lo que desencadena su plena activación. Al expulsarse la placenta, cae el elevado nivel de estrógenos propio del embarazo y cesa el freno que estas hormonas ejercían sobre la acción de la prolactina. Esta hormona producida por la hipófisis estimula entonces los alvéolos mamarios y es la principal responsable de la subida de leche que tendrá lugar entre dos y cuatro días después del parto.



Para que el pecho siga funcionando más allá de ese primer impulso, es preciso que se mantengan altos niveles de prolactina, lo cual se consigue en parte debido a que la succión del pezón produce un reflejo que induce a la hipófisis a liberar dicha hormona, pero sobre todo gracias al vaciado completo y frecuente del pecho.

Por más que la prolactina estimule los alvéolos mamarios, es preciso que la leche producida por ellos en la profundidad de las glándulas mamarias llegue cerca de la superficie para que el recién nacido sea capaz de sacarla, y ello se logra por la acción de otra hormona, la oxitocina, liberada también por la hipófisis y también en respuesta refleja a la estimulación del pezón, que contrae los alvéolos mamarios y obliga a la leche a salir a través de los conductos galactóforos y llegar hasta los senos galactóforos, lo que se conoce como reflejo de eyección. La oxitocina provoca también una beneficiosa, aunque molesta contracción del útero, siendo la responsable de

los característicos dolores provocados por las contracciones del útero para recuperar su tamaño habitual, que se presentan al inicio de la lactancia.

Para una succión eficaz el niño no sólo ha de succionar, sino que debe a la vez exprimir los senos galactóforos presionándolos rítmicamente con su lengua, de ahí la necesidad de que no coja el pezón por la punta sino que se lo introduzca profundamente en la boca para cubrir con ella la mayor superficie posible de la areola.

El vaciado del pecho no sólo estimula la glándula mamaria al provocar la liberación de prolactina sino también porque la leche contiene una sustancia que frena su propia producción y cuanto más completamente sea eliminada con un buen vaciado de la mama, más leche se elaborará. La succión y la prolactina son importantes al principio de la lactancia, pero a partir de las dos semanas, influye más el vaciado frecuente y completo de los pechos.

De este modo, la producción de leche, desencadenada por el parto pero mantenida por la succión y sobre todo por el vaciado del pecho, se podría prolongar indefinidamente, ajustando siempre la oferta a la demanda, pues cuanto más a menudo y completamente se vacíe los pechos, mayor será la cantidad de leche que producirán. Figura 2



Figura 2

Finalmente, las conexiones que existen entre la hipófisis y la sustancia gris de la corteza cerebral explican la influencia de los factores psicológicos sobre la glándula mamaria. Al ver u oír al niño reclamando alimento, la hipófisis de la madre puede reaccionar segregando oxitocina y en sentido contrario, la ansiedad y el cansancio inhiben la liberación de prolactina. De ahí que el afecto con el recién nacido y el placer del contacto físico piel a piel contribuyan al éxito de la lactancia materna (Fundación Eroski Consumer [FEC], 2011).

2.2.4.1.2. Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el recién nacido, la madre, la familia y la sociedad.

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Su

composición cambia y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1.500 a 1.700 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor que estos pesos, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas.

2.2.4.1.3. Beneficios para el recién nacido

La literatura médica confirma los beneficios de la lactancia exclusiva sobre la nutrición y desarrollo de los niños y niñas, así como para su salud durante la infancia e incluso en períodos posteriores de la vida.

- Los niños/as amamantados/as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, infección urinaria y septicemia.
- En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

- La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto.
- El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente inmunoglobulina A, que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.
- El ahorro de recursos para las familias de niños y niñas amamantados/as, tanto en alimentación, como en gastos médicos, aproximadamente el 70% de las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año, ocurre en el período de los primeros 6 meses de vida.
- Además es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben biberón. Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máximo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje.
- La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso.

- Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con biberón. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.
- El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.
- Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.
- El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.
- El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o apego. El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su hijo.

- Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas.

La Encuesta Nacional de Lactancia año 2007, muestra un menor riesgo tanto de desnutrición como de obesidad entre los niños y niñas amamantados/as en forma exclusiva los primeros seis meses de vida, que los que recibieron lactancia mixta o artificial.

Estudios, tanto nacionales como internacionales, muestran que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida, luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS] y El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2010).

2.2.4.1.4. Beneficios para la madre

- El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo, reduciendo el maltrato y la posibilidad de abandono en los niños, reduce la depresión postparto y mejora la autoestima de las mujeres.
- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer

- Ayuda a la retracción del útero, por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.
- La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

2.2.4.1.5. Beneficios para la familia

- El refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil, no satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a

su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

- La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (método lactancia materna y amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.



2.2.4.1.6. Beneficios para la sociedad

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil.

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

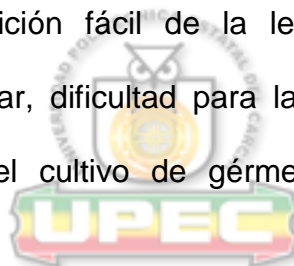
Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases,

comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla (Ministerio de Salud Pública de Chile [MSPCL] y El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2010).

2.2.4.1.7. Riesgos de la alimentación con fórmula

- Existen importantes diferencias entre la leche materna y la de fórmula, tanto en la cantidad como en la calidad de los macro y micronutrientes que el niño recibe. La leche de vaca no contiene lipasa, enzima necesaria para metabolizar y digerir las grasas. La mayor cantidad de caseína en la leche de vaca forma folículos gruesos de difícil absorción. La mayor concentración de sus nutrientes produce estreñimiento y sobrecarga renal.
- Dificultades para la preparación, muchas veces las instrucciones de preparación impresas en los envases son difíciles de leer y entender. La madre puede no considerar la importancia de la concentración que debe tener el alimento (relación polvo-agua), por lo que la preparación de la fórmula resulta inadecuada. Si se agrega mucho polvo, el preparado tendrá mayor concentración de nutrientes, lo que puede provocar diarrea, deshidratación y mayor carga renal. Si se agrega menos polvo, con el fin de ahorrar alimento, el niño no recibe suficiente aporte de nutrientes ni calorías, causando desnutrición. La leche necesita ser preparada con agua potable, hervida, lo que no siempre es posible.

- Mayor riesgo de enfermedades por contaminación de alimentos, más aún si no se toman las precauciones pertinentes, tales como: uso de agua contaminada, manipulación de los alimentos con las manos sucias, mal lavado de los utensilios usados, secado de manos o utensilios con paños sucios o contaminados, transporte de gérmenes por moscas y otros vectores, descomposición fácil de la leche al quedar en el medio ambiente, sin refrigerar, dificultad para la higienización de chupetes y mamaderas, facilita el cultivo de gérmenes y ausencia de factores inmunológicos.
- En la leche procesada (hervida, condensada, en polvo) se destruyen los elementos bioactivos. Desde el punto de vista inmunológico, las leches de fórmula pueden considerarse inertes. Los niños alimentados con mamadera enferman con mayor frecuencia de diarreas, enfermedades respiratorias, otitis y alergias, las proteínas y otras sustancias extrañas al metabolismo del niño, pueden actuar como potentes alérgenos y sensibilizar al niño para toda la vida.
- Recuperación de la fertilidad y mayor riesgo de un nuevo embarazo: al tener la alternativa de dar al niño alimentación artificial, la madre deja muy pronto de lactar en forma exclusiva, recupera su fertilidad, y si no toma las precauciones para el control de la natalidad, estará en riesgo de un nuevo embarazo.
- Alimentar a un niño con fórmula tiene un alto costo, no sólo por el elevado valor de las fórmulas, sino por la cantidad de implementos y tiempo que se requieren para su preparación adecuada. Es necesario



sumar a lo anterior el alto costo de las enfermedades del niño en consultas y medicamentos, exámenes de laboratorio, deterioro del crecimiento y desarrollo, ausentismo laboral de la madre, etc.

- Si bien es cierto que en casos calificados la mamadera puede ser un valioso auxiliar para alimentar a los lactantes, ésta no debe usarse regularmente como sustituto del pecho materno, ya que involucra una serie de riesgos. Ninguna mamadera se asemeja a la forma, consistencia, textura, temperatura y funcionalidad del pecho materno.
- El dar mamadera o un chupete al niño para calmar su hambre o su necesidad de chupar, reduce la producción de leche por falta de estímulo del pezón. La disminución visible de la leche produce ansiedad en la madre, le crea desconfianza en su capacidad de amamantar y en definitiva una real disminución de la producción de leche.
- El uso de mamadera en el lactante menor puede provocar una serie de alteraciones en el área máxilo-facial y oro-faríngea, ya que el niño debe improvisar patrones funcionales de succión-deglución-respiración para dosificar el contenido extraído y deglutirlo sin atragantarse. La alteración producida se conoce como disfunción motora oral del lactante.
- El sistema adenoideo de la retrofaringe, compuesto por múltiples ganglios y vasos linfáticos, se congestiona fácilmente cuando el niño tiene una función de succión-deglución anormal.
- La congestión del sistema adenoideo involucra una congestión de la mucosa respiratoria y de la trompa de eustaquio, el azúcar agregada a la mamadera puede causar congestión de las mucosas. La mucosa

respiratoria y la trompa de eustaquio congestionadas se hacen insuficientes y por lo tanto vulnerables a la infección, siendo ésta una de las causas frecuentes de enfermedades respiratorias, alergias y otitis media en los lactantes alimentados con mamadera.

- El buen desarrollo de los maxilares y de la oclusión o mordida, dependen en gran medida del equilibrio de las fuerzas de presión-tracción que ejercen los músculos sobre las estructuras óseas con las que se relacionan. Cuando el niño usa una mamadera inadecuada, no hace fuerza de vacío succional, de gran importancia para el equilibrio de las presiones-tracciones musculares internas y externas.
- El azúcar o los alimentos azucarados agregados a la leche de la mamadera son la causa del gran número de caries que presentan los niños alimentados artificialmente.
- La prolongación de la succión, ya sea de chupete, más allá del tiempo para el cual está programada como función básica, crea en el niño una dependencia, transformándose en hábitos disfuncionales que alteran en menor o mayor grado el desarrollo morfofuncional de los complejos orofaríngeo y dento-máxilo-facial (Parlato,2000).

2.2.4.1.8. Composición de la leche materna.

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

Agua: representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el

organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción, además permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Carbohidratos: representa un 7.3 g/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacillus bifidus.

Lípidos: varía de 3 a 4 g/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la lactada en la mañana y en la noche. Proporciona el 30 a 55% de kcal. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol.

Proteínas: posee la concentración más baja de proteínas (0,9 g/100 ml), sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche materna está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas del suero. En la leche de vaca esta relación es de 80% de caseína y 20% de proteínas del suero. Es importante destacar la presencia de inmunoglobulinas entre estas: inmunoglobulinas A, G, M.

Vitaminas: contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de prevención por vía intramuscular al nacer. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles, y dependen de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza: las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio.

Hierro: contiene cantidades pequeñas, en relación al hierro contenido en la leche de vaca, pero la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes. La absorción de hierro en la leche materna es del 48%, 10% en la leche de vaca y sólo el 4% en las fórmulas comerciales

Zinc: tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas, (31%) y de la leche de vaca (28%). Siendo éste un factor importante, pues es conocido que los lactantes pueden desarrollar manifestaciones de deficiencia de zinc.

Selenio: tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

Flúor: se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/1) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/1). Sin embargo, su absorción es mayor con la leche materna.

Calcio/fósforo: la relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche materna lo que favorece la absorción del 30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente. (Peguero, 2002).

2.2.4.1.9. Etapas de la leche humana.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición y la leche madura.

El calostro: se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los tres primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por cada lactada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El beta caroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína, produce 57 Kcal/100 ml. El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A, que junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos, confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente.

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido:

- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- Facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Tanto el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.

Leche de transición: es la leche que se produce entre el 4^o y el 15^o día postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, su volumen es de aproximadamente 400 a 600 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche.

La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura: tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, en las distintas etapas de la lactancia.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales. Cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá el volumen suficiente cada uno de ellos.

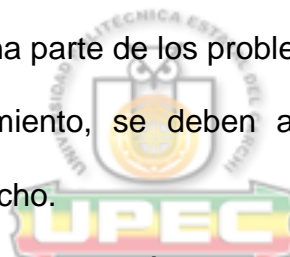
Leche de madres del recién nacido pretérmino: las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen una leche de composición diferente durante las primeras semanas. Esta leche contiene mayor cantidad de proteínas y sodio. La lactoferrina y la inmunoglobulina A, también son más abundantes en ella, se caracteriza también por una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres.

En un recién nacido de peso menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y de proteínas, por lo

que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen en polvo, listos para agregarlos a la leche materna. Se denominan fortificadores de leche materna (MSPCL y UNICEF, 2010).

2.2.4.1.10. Técnicas de amamantamiento

La colocación correcta del lactante al pecho es uno de los requisitos para el éxito de la lactancia, buena parte de los problemas que surgen, sobre todo al principio del amamantamiento, se deben a una mala posición o a un inadecuado agarre del pecho.



La técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón y permite un buen vaciamiento del seno materno favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia.

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa entre el reflejo de eyección o subida de la leche y extracción continua por parte del bebe.

En la succión del pecho la lengua del recién nacido, ejerce un papel fundamental siendo el movimiento de la lengua en forma de ondas peristálticas de adelante hacia atrás el que ejerce la función de ordeñar los senos lactíferos, que es en donde se acumula la leche una vez que se ha producido, para esto el recién nacido tiene que tomar el seno de forma eficaz.

Tomar el pecho es diferente a tomar el biberón, de manera que puedan confundir al recién nacido, al menos durante el primer mes de vida. Su

utilización puede hacer que el bebe tenga dificultad para colocar bien los labios y la lengua para tener una agarre eficaz del pecho y también pueden acortar la duración de la lactancia materna, es preferible ofrecer el pecho precozmente antes de que el recién nacido lllore, ya que el llanto es un signo tardío de hambre y dificulta el agarre correcto (Losarte y Lozano, 2009).

2.2.4.1.11. Colocación del recién nacido al pecho

Aunque muchas madres descubren intuitivamente la forma correcta de poner el recién nacido al pecho, éste es uno de los puntos más importantes para el éxito de la lactancia, ya que una posición adecuada significa que el niño va a poder obtener su alimento, vaciando bien el pecho sin lesionar el pezón y asegurando así la futura producción de leche.

El recién nacido está provisto de reflejos que convenientemente provocados le ayudan a mamar eficazmente, estos son:

- **“Reflejo de búsqueda:** es el que ayuda al niño a encontrar el pezón. Se estimula al tocar con el pezón la mejilla del niño.
- **Reflejo de succión:** cuando se estimulan sus labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada y suele acompañarse del reflejo de deglución.
- **Reflejo de deglución:** es el paso de la leche hacia el estómago por medio de movimientos voluntarios e involuntarios que se suceden automáticamente en un conjunto único de movimientos” (Zambrano, 2011, párr. 3).

Independientemente de la postura en que se le coloque al niño, el cuerpo de éste debe estar en contacto con el de su madre, con la cabeza mirando de frente al pecho y la nariz a la altura del pezón.

Partiendo de esa posición, se acerca todo el cuerpo del niño al pecho, se le roza el labio superior con el pezón, esperando hasta que abra bien la boca y busque. Entonces, sujetando por debajo el pecho con la mano libre, hay que orientarle de modo que el pezón apunte hacia la parte superior de su boca, para evitar que choque con la lengua al entrar y acabar de acercarle con un movimiento suave pero decidido.

La forma de sostener el pecho varía según la postura en que se esté dando de mamar, pero si las mamas no son muy grandes, es posible que no haga falta sujetarlas más que al principio de la toma.

Es importante evitar la tendencia a poner los dedos en forma de tijera alrededor del pezón, pretendiendo orientarlo y hacerlo asomar o pensando que así el niño respirará mejor, ya que los dedos así interpuestos impiden que el pezón se introduzca a fondo en su boca y, además, pueden bloquear el flujo de leche que se dirige al pezón. La forma pequeña de la nariz del bebé le permite respirar perfectamente por los lados aunque la tenga aplastada contra su madre y, si pareciera necesario, se le puede facilitar la entrada de aire levantando el pecho. (FEC, 2011). Figura 3-4



Figura 3



Figura 4

2.2.4.1.12. Posturas para amamantar

Es importante que cada madre conozca varias posiciones para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de lactancia materna. De esta forma podrá escoger la que más le acomode a ella y a su niño.

Posiciones sentada

Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda. Es más cómodo para ella apoyar los pies sobre un pequeño banco y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho. Figura 5



Figura 5

Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura.

Posiciones de caballito

La madre sentada y el niño enfrente el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que esta el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho.

No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Esta posición está recomendada para los niños híper o hipotónicos, niños con fisura palatina y mamas muy grandes. Figura 6

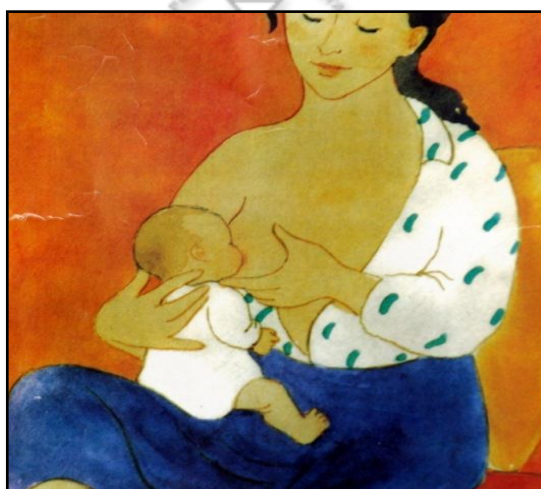


Figura 6

Posición acostada

La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre.

Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño.

Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que

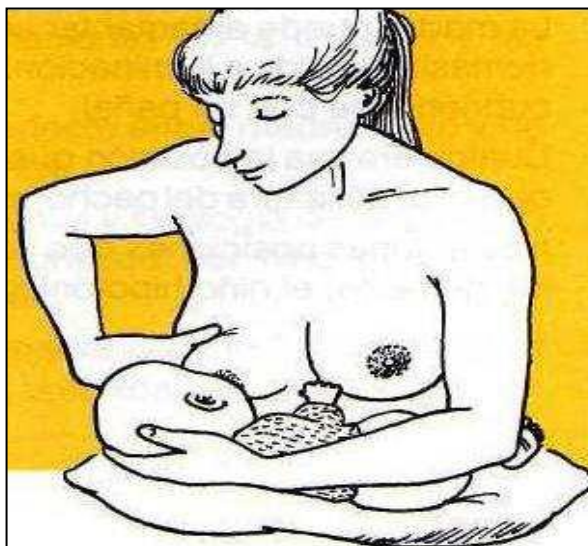
recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas. Figura 7



Figura 7

Posición en reversa

La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula. Figura 8



UFPE
Figura 8

Posición en canasta o pelota

En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria. Figura 9 – 10



Figura 9



Figura 10

Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral

La madre acostada de espaldas y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.

Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda (MSPCL y UNICEF, 2010). Figura 11



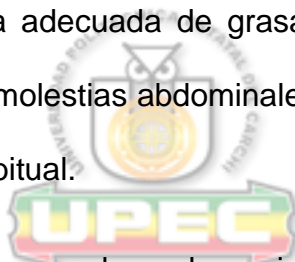
Figura 11

2.2.4.1.13. Duración y frecuencia entre las tomas

Se recomienda que la alimentación al lactante sea a demanda, es decir que se le ofrezca el pecho cuando lo desee, el tiempo que se necesita para

completar una toma es diferente para cada recién nacido y cada madre, varían según la edad del recién nacido y de una toma a otra.

Lo importante del amamantamiento no es que el recién nacido tome la leche de los dos pechos, sino que vacíe alternativamente cada uno de ellos, de esta forma se asegura la ingesta de la leche del inicio y del final consiguiendo una ingesta adecuada de grasa y no de lactosa que puede producir al recién nacido molestias abdominales, cólicos y deposiciones más líquidas y ácidas de lo habitual.



Además debe asegurarse un adecuado vaciamiento del pecho para evitar que el acúmulo de la leche ocasione mastitis y para que el organismo de la madre ajuste la producción de leche a las necesidades de su hijo, es por ello que es muy importante que el niño vacíe primero un pecho antes de ofrecerle el otro. Aunque el niño tome el pecho muy a menudo no tiene porque aparecer grietas en el pezón si la posición y el agarre del niño son las correctas (Losarte y Lozano, 2009).

2.2.4.1.14. Reconocimiento del amamantamiento correcto

- **Sonido de deglución audible.** Cuando el niño está extrayendo leche suficiente, su deglución es perfectamente audible.
- **Actitud del niño satisfecho.** El niño toma tranquilamente, sin apuro ni ansiedad, en forma rítmica, claramente relajado y satisfecho.
- **Producción de leche constante.** La madre que amamanta en forma correcta puede notar que la producción de leche es constante.

Aumento de peso normal. Desde el punto de vista nutricional, el niño que se amamanta correctamente, con la frecuencia y duración que corresponde a su edad, tiene un incremento ponderal perfectamente adecuado.

Deposiciones amarillas y fluidas. Después del meconio, las deposiciones son de color amarillo oro, de consistencia más o menos fluida y tienen un olor característico.

Pezones y pechos sanos. Si el niño se acopla bien y succiona correctamente, el amamantamiento no provoca dolor ni daño en los pezones. Adicionalmente, si la extracción de la leche es adecuada, se evita la congestión de los pechos (Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar [SEMF], 2009).

2.2.4.1.15. Importancia de eliminación de gases en el recién nacido

Los cólicos o gases están asociados al aire que deglute el recién nacido cuando se amamanta.

De todas las conductas infantiles el llanto es una de las más comunes, el cólico quizá sea uno de los más frecuentes que se presentan durante los primeros tres meses de vida.

Las formas más comunes para ayudar a sacar los gases a su niño son:

- Recostar a su bebé en posición vertical contra usted con la mejilla descansando sobre su hombro, y dar suaves golpecitos sobre la espalda, desde abajo hacia arriba.

- Otra forma es colocando al recién nacido boca abajo sobre las piernas y realizar movimientos de masaje o pequeños golpes en su espalda (Del Río y Sesín, 2001).

2.2.4.1.16. Extracción manual y conservación de la leche materna

Existen situaciones en las cuales la madre no puede alimentar directamente al pecho a su niño, por situaciones de trabajo o realización de otras actividades, por lo tanto es necesario ofrecer al niño la posibilidad de continuar usando la leche de la madre para alimentarlo, para esto es necesario enseñarle las técnicas de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna. La extracción de leche materna puede realizarse con varios fines:

- Alimentar al niño recién nacido prematuro.
- Mantener la producción de leche en caso de separación de la madre y el niño (viaje, enfermedad, hospitalización, trabajo).
- Alimentar al niño con leche extraída cuando la madre sale o se reintegra al trabajo.
- Alimentar al niño cuando este tiene dificultades para tomar el seno.
- Evitar el contagio mutuo, en caso de infección de la boca del niño o de la mama de la madre.
- Permitir el alivio cuando hay grietas del pezón, evitando por unas horas la succión directa.

Extracción manual

En la técnica manual se ordeña la glándula, estimulando la expulsión o eyección de la leche de los lóbulos y conductos por medio de un masaje rítmico y suave que la madre puede regular, de manera que no le cause daño, ni dolor.

Pasos a seguir

- Buscar un lugar tranquilo y agradable.
- Lavar muy bien las manos con jabón de preferencia líquido y abundante agua, secar las manos con toalla desechable.
- Efectuar masaje en forma circular en el sentido de las manillas del reloj suavemente, esto ayuda a la descongestión. Figura 12

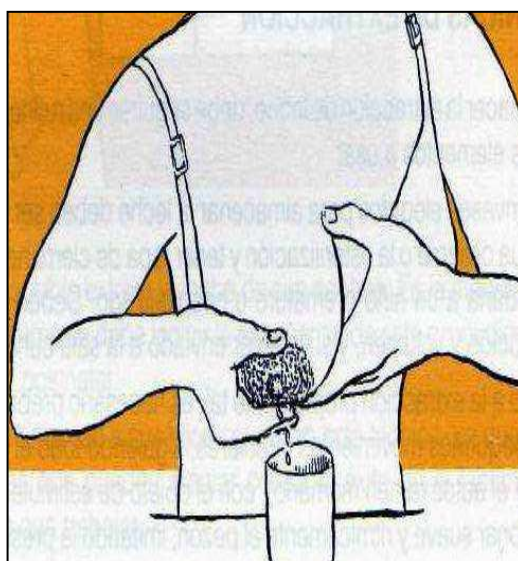


Figura 12

- Hacer rodar suavemente los pezones entre los dedos, esto ayuda a desencadenar el reflejo de eyección.
- Cuando los pechos están congestionados, se puede estimular el flujo de leche con compresas tibias sobre ellos.

- La extracción se realiza directamente a un envase limpio, el cual se debe sostener, apoyándolo en una mesa para que se mantenga en una posición estable. Inclinar el cuerpo, acercando el pecho al recipiente. Figura 13

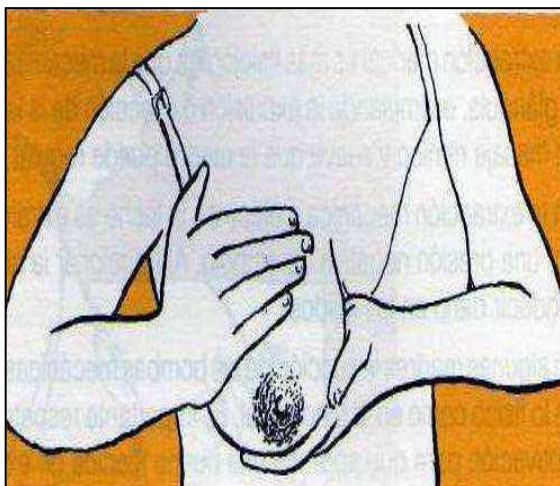


Figura 13

- Con la mano libre, tomar el pecho rodeándolo con los dedos en forma de "C" el pulgar por encima, apoyado detrás de la areola, y el resto de los dedos por debajo, cuidando que el índice quede también por detrás de la areola.
- Presionar la base de la mama, empujándola contra la pared del tórax, para exprimir la leche que está en los alvéolos y conductos. Figura 14

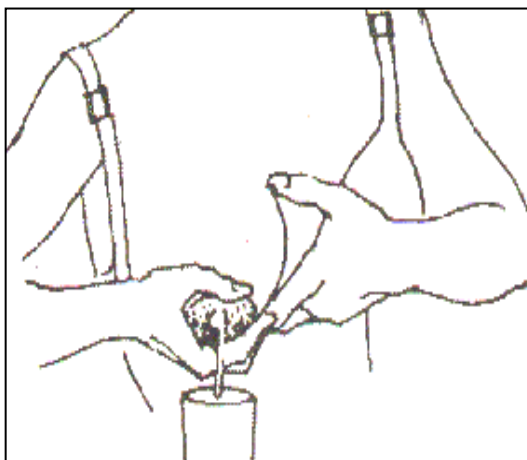


Figura 14

- Comprimir el seno con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola, o a 3 ó 4 centímetros de la base del pezón cuando ésta es muy amplia.
- Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica: presionar, soltar, presionar.
- Si la leche no fluye enseguida, no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente. En cuanto se haya estimulado el reflejo de eyección, saldrá gota a gota o varios chorrillos de leche por algunos minutos.
- Cuando disminuya el flujo, repetir el masaje, si no sale más leche, extraer de la otra mama.
- Es necesario rotar la posición los dedos alrededor de toda la areola, para vaciar todos los conductos que aún contengan leche, vaciando completamente la mama. Figura 15

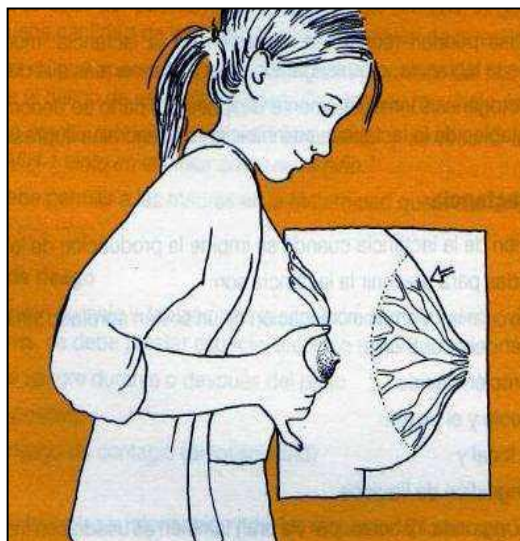


Figura 15

- Se debe repetir el masaje y repetir la extracción, se recomienda no dejar pasar más de cuatro horas, para simular la succión del bebé, como se haría al amamantar en forma directa (MSPCL y UNICEF, 2010).

La leche se puede conservar sin dañarse en un lugar fresco durante 6- 8 horas, si se refrigera, se conserva de 2 a 5 días sin dañarse. Si se congela, se conserva durante 2 semanas. La leche materna nunca debe hervirse. Se puede tibar a baño maría sólo si la leche está muy fría. Debe darse siempre en taza o con cucharita cuidando que con los materiales que se va a alimentar al bebé estén siempre limpios.

2.2.4.1.17. Problemas frecuentes del amamantamiento.

Hay algunos problemas durante la lactancia materna que pueden ocasionar dificultades en la madre. Figura 16

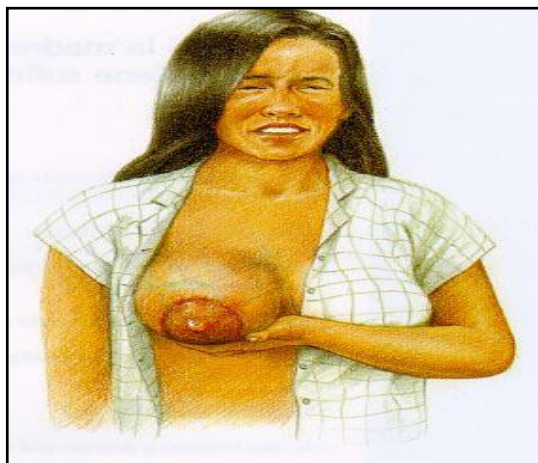


Figura 16

- **Insuficiente leche**

Cuando nace el bebé, la madre no produce mucha leche pero ésta es de alta calidad. La cantidad irá aumentando en los primeros días. El aumento será mayor si se pone al niño al seno frecuentemente. Algunas madres pueden presentar una disminución de la cantidad de leche producida en general entre el mes y medio y los tres meses de vida del bebé. Eso se resuelve aumentando la frecuencia de tomas y si es necesario extrayendo la leche para vaciar el pecho, y mediante el descanso de la madre y el apoyo familiar.

- **Grietas en el pezón**

El pezón está enrojecido, doloroso, lastimado, puede aparecer una grieta y a veces sangrar. Las causas son una mala postura al amamantar, un agarre deficiente del pezón o el uso de jabones, lociones y cremas irritantes. Para evitar este problema es importante amamantar en una posición correcta, no usar jabones, cremas o lociones y al terminar la toma aplicar unas gotas de leche materna y

dejar secar. Cuando se presenta este problema, es aconsejable iniciar la lactancia con el seno menos lastimado. Si los dos senos están muy lastimados, es mejor sacarse la leche.

- **Senos demasiado llenos**

Puede darse el caso cuando se tarda para iniciar la lactancia, mal agarre del pezón, el niño está separado de su madre, al poner horario en la lactancia o al usar biberones con leche de fórmula. Para manejar este problema es importante dar de mamar al niño cada vez que lo pide en una buena posición, ponerse paños de agua tibia antes de dar el seno y paños de agua fría después.

- **Conducto obstruido**

A veces se puede notar una pequeña masa dolorosa en el seno. Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. Hay que mejorar la posición, eliminar la ropa ajustada, dar un pequeño masaje en el seno antes de empezar la lactancia, continuar la lactancia con este seno con más frecuencia, extraer la leche y aumentar la ingesta de líquidos.

- **Mastitis**

La infección del seno o mastitis se manifiesta cuando el seno es caliente, rojo y adolorido; es posible que haya malestar general. Para prevenir la mastitis es importante dejar que el niño succione de manera seguida el seno inflamado para vaciarlo completamente. Si se observa la formación de un absceso con pus, es preferible la extracción manual y amamantar solo del otro seno. Se puede colocar compresas calientes con agua de

manzanilla en el seno inflamado y consultar a un médico. Es posible que le recete un antibiótico, con el cuidado de que sea uno permitido durante la lactancia (Del Río y Sesín, 2001).

2.2.4.2. HIGIENE

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, para evitar enfermedades.

La higiene es uno de los cuidados para mantener una salud óptima en el recién nacido, teniendo en cuenta lo siguiente: baño, cuidado de la piel, nariz, oídos, muñón umbilical, y genitales.

2.2.4.2.1. El baño del recién nacido

Muchas creencias culturales dicen que los recién nacidos no se pueden bañar. Desde luego en esos días la madre está débil pero con ayuda de otra persona se puede realizar ésta práctica que es de mucho valor para el recién nacido ya que cumple varias funciones importantes en la vida del niño; la más conocida es la de garantizarle una higiene adecuada, además facilita el vínculo afectivo entre padres y el recién nacido, estimula su desarrollo psicomotor, brinda experiencias sensitivas, caricias, frío, calor, humedad, estimula la circulación y los sentidos, brinda relajación y produce el sueño (Correa, 2002).

“El baño del recién nacido debe ser diario pues su piel necesita mantener buenas condiciones higiénicas. La piel del recién nacido transpira notablemente y además tiene una gran capacidad de absorción, por lo que deberemos mantenerla lo más limpia posible” (Cadena, 2007, párr.1).

El baño proporciona limpieza, satisfacción y sirve como iniciación de los hábitos de limpieza para edades posteriores.

El baño puede ser una rutina matinal o hacerse justo antes de la hora de dormir. Sin embargo, es mejor bañar al recién nacido antes de alimentarlo, si se lo baña después, puede vomitar. Figura 17



Figura 17

Artículos necesarios para el baño

- Jabón y shampo neutro, sin alcohol ni perfumes
- Si es necesario utilizar un paño suave y limpio
- Toalla
- Tina o bañera pequeña con agua tibia.

- Ropa completa y pañal para después del baño

Técnica para bañar al recién nacido

Antes de manipular al recién nacido se debe hacer un lavado minucioso de las manos, luego colocar al alcance todos los artículos que necesitará. Una vez obtenido todos los materiales se procede a bañar al recién nacido.

- Primero se debe llenar la bañera con agua tibia comprobando que el agua esté a una temperatura adecuada y placentera.
- Retirarle la ropa al recién nacido y si es necesario limpiar la zona del pañal antes de introducirlo en la bañera.
- Aprovechar la hora del baño para revisar al recién nacido, descartando erupciones, inflamaciones u otros problemas que pudieran presentarse.
- La duración del baño no debe prolongarse excesivamente, sobre todo en el primer trimestre, pues el niño a esta edad, no regula bien su temperatura.
- Para empezar a bañar al recién nacido se debe agarrar con un brazo su espalda de manera que el niño apoye su cabeza en el antebrazo, sosteniéndole por la axila y hombro, de modo que la otra mano quede libre para manipular al recién nacido. Esto le da una sensación de seguridad y a la madre un agarre firme de su cuerpo.
- Se debe empezar limpiando la cara del recién nacido, sin verter agua directamente sino únicamente limpiar con agua, utilizando un paño pequeño o simplemente hacerlo con la mano. Los ojos se pueden limpiar con una gasa y suero fisiológico, desde el ángulo interno hasta el ángulo

exterior, sin embargo los ojos, la nariz y los oídos tienen su propio proceso de limpieza, por lo que no hay que insistir en ellos.

- Para el lavado del cabello y el cuero cabelludo, humedecer con agua la cabeza del niño. Colocar el shampoo y frotar suavemente la cabeza de adelante hacia atrás, evitando el contacto con los ojos. Enjuagar la cabeza con agua limpia y secar con la toalla con movimientos suaves para evitar la pérdida de calor.
- Para bañar el cuerpo del recién nacido, se debe comenzar por el cuello, la parte anterior, las axilas y los brazos, luego por la espalda, las piernas y por último los genitales, se debe tener muy en cuenta en no frotar el muñón umbilical.
- Por último enjuagar y secar todo el cuerpo rápidamente con una toalla limpia y suave, especialmente entre los pliegues y la zona del cordón, sin frotar solo mediante toques suaves.
- El siguiente paso después del baño es vestir al recién nacido, la madre debe hacerlo de forma ágil y a la vez con delicadeza para evitar resfríos (Hospital Costa del Sol [HCS], 2007). Figura 18



Figura 18

Consejos para evitar accidentes

- La temperatura del agua debe ser de (34 y 37°C) para evitar que se enfríe o se queme. Si no tiene un termómetro para baño, pruebe el agua con la muñeca, debe sentirla tibia, no caliente.
- La habitación no debe tener corrientes de aire, como ventanas abiertas o ventiladores.
- Nunca deje solo al recién nacido, los accidentes pueden suceder rápidamente.
- Sostenga siempre la cabeza de su niño durante el baño. Siempre agarre a su bebé firmemente. Un bebé enjabonado puede ser muy resbaladizo (The Ohio State University Medical Center [TOSUMC], 2011).



2.2.4.2.2. Cuidado de la piel del recién nacido

Entre los cuidados indispensables que hay que prestar al recién nacido, desempeña un papel fundamental la higiene corporal, orientada a proteger la delicada piel del niño frente a las numerosas agresiones del ambiente. La higiene corporal constituye, en un sentido amplio, una de las bases más importantes para la prevención de las enfermedades, además de una mayor necesidad de cuidados higiénicos debido a la incapacidad de controlar los esfínteres y a la naturaleza especialmente delicada de sus tejidos, no preparados aún para actuar como medios de defensa contra las agresiones ambientales: polvo, microbios, agentes térmicos, etc. La piel del recién nacido no posee aún, en efecto, los elementos de defensa normal de la piel

del adulto, ya que presenta, varias diferencias tanto de estructura como de funcionamiento.

La estructura es, mucho más fina, tiene menos vellosidades y no está queratinizada por lo que no supone una protección eficaz. Por cuanto respecta al funcionamiento, las células no se hallan aún en plenas facultades ni han alcanzado su total especialización. Así, por ejemplo, las glándulas sebáceas se hallan ya presentes en el recién nacido, pero su secreción es escasa o insignificante, no permitiendo por tanto una defensa real de la piel, ni frente a los agentes químicos ni frente a los bacterianos. Por otro lado, el recién nacido no cuenta con los factores inmunitarios y esterilizantes propios del adulto.

Sólo a partir de los tres años la piel del niño comienza a tener las mismas características que la del adulto y a expresar su función específica de la forma más adecuada desde el punto de vista fisiológico (González, 2011).

Los cuidados generales que deben tenerse con la piel del recién nacido son los siguientes:

- Baño diario.
- No frotar la piel del recién nacido con esponjas, sólo utilizar la mano y el jabón.
- Aplicar al finalizar el baño crema, sobre la superficie de la piel; se preferirán las cremas que contengan petrolato sólido o líquido y se evitarán las que contengan perfume o colorante en exceso. En las áreas

con mayor descamación o resequedad puede aplicarse la misma crema varias veces durante el día.

- Evitar aplicar talco o aceites minerales sobre la superficie de la piel.
- Para el aseo de la zona del pañal se utilizará exclusivamente agua y algodón o gasas, asegurándose que se encuentra la piel seca antes de colocar el pañal.
- La ropa del recién nacido se preferirá de algodón, para evitar aparición de salpullidos en la piel. De igual manera la ropa del recién nacido debe lavarse con jabón, evitando detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso en algunos casos ser tóxicos.
- Evitar aplicar cremas medicadas en la piel, excepto las que son indicadas por el pediatra o dermatólogo. (Valencia, 2010).

Limpieza de ojos y cara.

Para la limpieza de ojos no es necesario realizar ningún tipo de higiene en especial. El movimiento de los párpados sirve para que las lágrimas actúen como baño ocular.

Para la limpieza de la cara del recién nacido se utiliza una gasa humedecida en caso de que lo amerite: para eliminar la saliva, restos de leche, etc.

Limpieza de nariz

El estornudo está asociado para cumplir la misión de asear la nariz ya que a través de este mecanismo eliminará las secreciones y mucosidad.

Limpieza de oídos

Se debe limpiar solo la parte externa del pabellón auricular. No utilizar hisopos que pueden producir lesiones en el conducto auditivo. El cerumen que sale desde el interior, protege el conducto auditivo y lo mantiene limpio.

2.2.4.2.3. El cordón umbilical

El cordón umbilical es una especie de tubo que mide entre 30 a 100 cm, éste se forma a partir de la cuarta o quinta semana de embarazo y comunica al feto con la placenta para aportar los alimentos y oxígeno necesario para el desarrollo del niño, además elimina sustancias tóxicas que el bebé debe separar de su cuerpo.

Cuando el niño nace, el cordón umbilical se corta y se deja sólo una pequeña cicatriz lo que se conoce como el ombligo. (Cordón Umbilical, 2011).

El cordón umbilical requiere cuidado especial durante las primeras semanas, mientras persista, ya que constituye la principal puerta de entrada a infecciones que a esta temprana edad suelen ser muy graves. Hasta que cicatrice y caiga el ombligo la manipulación ha de realizarse siempre con las manos muy limpias, por lo que es condición imprescindible lavárselas siempre antes con agua y jabón.

El muñón del cordón umbilical se desprende del vientre del recién nacido entre la segunda y la tercera semana de vida o entre el séptimo y vigésimo día y tarda entre 3 y 5 días más en cicatrizar la herida. No hay un plazo igual

para todos los recién nacidos, habitualmente el cordón de los nacidos por cesárea se cae más tarde (Higiene bebe, 2011).

“Aunque existe la creencia de que no se puede bañar al recién nacido hasta que se le haya desprendido el cordón umbilical, esto no es cierto, no hay problema con mojar el cordón siempre que luego se seque minuciosamente la zona del ombligo” (Rovati, 2009, párr. 1).

Una de las cosas que más preocupan a los padres, especialmente a los primerizos, es cómo curar el cordón umbilical del recién nacido, para esto han de seguirse una serie de normas para facilitar la cicatrización, tales como:

- Limpiar el muñón umbilical con alcohol de 70° dos o tres veces al día. No se debe utilizar polvos secantes que provocan una desecación causante, a veces de ombligos sangrantes durante 15 o más días, o de favorecer las infecciones como la onfalitis.
- Evitar agentes que favorezcan la humedad como fajas, ombligueras, vendajes, etc. se recomienda cubrir con una gasa estéril, que se cambiará cada vez que se humedezca por las orinas o simplemente dejar descubierto el muñón hasta que éste se caiga, dejar descubierto.
- Se deberá tomar muy en cuenta si la caída del muñón se prolonga más de 7 a 20 días, tiene mal olor o presenta mal aspecto, así como si después de su caída suele existir secreciones sanguinolentas.(El Pediatra, 2011) Figura 19



Figura 19

Cuidados del cordón umbilical

- Debe dejarse que el cordón se caiga por sí solo, nunca tironearlo por más que esté sujeto de un hilo muy fino.
- Una vez que el cordón se ha caído se debe seguir limpiando la zona hasta que esté completamente seco.
- Evitar tapar el muñón umbilical con el pañal, para ello se debe doblar hacia abajo la parte superior del pañal para que el ombligo quede al aire libre, de esta manera se evitará que cuando el recién nacido moje el pañal éste no entre en contacto con el muñón.
- Procurar mantenerlo siempre limpio y seco para favorecer la caída y prevenir infecciones, ya que el muñón puede convertirse en un foco de infección del cuerpo del recién nacido.
- Es importante identificar los signos de alarma que pueden presentarse cuando existe alteraciones del ombligo como hemorragia,

secreción purulenta, enrojecimiento, mal olor y edema alrededor del ombligo (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [SESCAM], 2005).

2.2.4.2.4. Cambio del pañal

El cambio de pañal constituye una parte esencial del cuidado del bebé. Hasta que el niño aprenda a usar el baño, generalmente a los 3 años de edad, las deposiciones y la orina se recogen en los pañales. Se calcula que un bebé usa entre seis y diez pañales por día. Al tener que realizar tantos cambios de pañales, los padres desean aprender a hacerlo con rapidez y facilidad.

Por lo general, hay dos opciones: pañales de tela o desechables. Cada tipo tiene sus ventajas y desventajas. No se puede decir con precisión cuáles son mejores. Cada padre debe decidir cuál es la mejor opción para el recién nacido y su familia en particular. Figura 20



Figura 20

Cómo cambiar el pañal al recién nacido:

A muchos padres primerizos el cambio de pañal a un bebé que se retuerce les resulta una tarea complicada. Las primeras experiencias pueden ser frustrantes, si se desconoce cómo manejar al recién nacido o cómo colocar el pañal. Sin embargo, no le llevará mucho tiempo adquirir práctica en el cambio de pañales, y la mayoría de los padres logran hacerlo muy bien.

A continuación le proporcionamos algunos consejos para que pueda cambiar pañales de manera cómoda y adecuada:

- Coloque una cubierta sobre una superficie a la altura de su cintura, de este modo, evitará inclinarse y forzar la espalda.
- Tenga todos los elementos necesarios, pañales, pañitos y demás. No descuide al recién nacido en ningún momento.
- Coloque al recién nacido sobre la cubierta con la cabeza hacia la izquierda o derecha.
- Abra un pañal limpio y apártelo, luego retire el pañal sucio.
- Limpie las deposiciones con la parte delantera del pañal, pasándolo por sobre la piel del recién nacido hacia la parte trasera. Nunca limpie desde atrás hacia adelante, puesto que puede causar infección en el tracto urinario.
- Coloque la parte trasera del pañal limpio debajo del recién nacido y tire la parte delantera hacia arriba por entre las piernas.

- Pegue las cintas adhesivas del pañal hasta unirlos. Entre el pañal y el ombligo del recién nacido debe haber un espacio de al menos dos dedos.
- Coloque el pañal sucio en un recipiente de basura, se recomienda arrojar las deposiciones sólidas en el baño antes de desechar el pañal a la basura, de este modo, el olor no será tan intenso y se mantendrá el ambiente en mejores condiciones (Rush University Medical Center [RUMC], 2011). Figura 21



Figura 21

Dermatitis irritativa del área del pañal

La dermatitis del pañal se refiere a cualquier enfermedad cutánea que se manifiesta principalmente en las zonas de la piel que cubre el pañal, entre estas están la zona abdominal, perineal y glútea.

La dermatitis se manifiesta por un enrojecimiento leve de la piel y descamación y cuando el problema es mayor, la piel adquiere un color rojo. Hay casos en que se desarrollan úlceras. Esta alteración es muy molesta

para los niños quienes lloran y a la vez van desarrollando miedo hacia el momento de cambiarlos o bañarlos.

La dermatitis es originada por el contacto prolongado de la superficie cutánea con la orina, las heces y otras sustancias como detergentes, plásticos, perfumes, etc. Se desconoce la verdadera etiopatogenia de esta entidad. El agente irritativo no es único, sino una mezcla de diversos factores de diferente capacidad irritativa sobre la piel, los principales factores que influyen son: la fricción, la oclusión, la excesiva humedad, la capacidad irritante de la orina y las heces, así como el aumento del pH en la piel del área del pañal, ocasionando alteraciones en la epidermis, con la pérdida de la función de barrera de la piel, se ha comprobado que los niños alimentados con leche materna tienen una menor incidencia a la dermatitis, porque presentan un pH fecal más bajo. Este problema afecta entre el 5 y 25% de los recién nacidos y lactantes. No hay predominio de sexo, la máxima incidencia se produce después del primer trimestre (Miñama, 2011). Figura

21



Figura 21

Prevención

La mejor profilaxis de la dermatitis irritativa del área del pañal consiste en realizar una buena higiene de la zona, logrando que esté seca y limpia. Para ello, es importante:

- Cambiar de pañal lo más seguido posible, cada vez que el niño orine o haga la deposición.
- Dejar al niño sin pañal un rato para que la piel se seque bien.
- Utilizar para su limpieza toallitas humedecidas con agua tibia o aceite especial evitando el uso de jabón.
- Colocar cremas protectoras elaboradas con glicerina, aceite de almendras o ácido oleico (La Dermatitis, 2011).

2.2.4.3. EL SUEÑO

El sueño es un estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia, cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos (El Sueño, 2011).

La importancia del sueño durante las primeras semanas de vida del recién nacido es enorme, durante el primer mes el recién nacido va a pasar dormido la mayor parte del tiempo.

No debemos preocuparnos por el hecho de que el recién nacido pase dormido tanto tiempo, de hecho resulta algo necesario para completar su desarrollo, sobre todo a nivel cerebral.

Tras cada lactada, al recién nacido se le entrecerrarán los ojos e inevitablemente se quedará dormido con satisfacción. El proceso de succión supone un esfuerzo para el recién nacido, por lo que este cansancio, unido al acogedor ambiente en brazos de su madre, hace que el niño caiga en un relajado sueño.

El recién nacido no siempre duerme de la misma manera. Ya sea durante el día, o la noche, podríamos clasificar el sueño en ligero y profundo. El sueño profundo del recién nacido se caracteriza por que tiene sus ojos bien cerrados y la respiración es regular. Puede haber ligeros movimientos en labios o dedos, pero por lo demás el recién nacido permanecerá completamente inmóvil. El sueño ligero se caracteriza por el movimiento, mueve los ojos bajo los párpados, hace muecas, y los movimientos corporales son frecuentes.

Al recién nacido no le agrada que se interrumpa su sueño y cuando esto ocurre, aunque sea de forma accidental, normalmente llora. En cualquier caso cada niño es distinto y ya manifiestan sus propias peculiaridades desde los primeros días; algunos recién nacidos son más nerviosos y su sueño se ve alterado con facilidad, casi con cualquier ruido, mientras que otros permanecerán dormidos incluso en ambientes ruidosos (Cadena, 2007).

2.2.4.3.1. Beneficios del sueño

El sueño es una función vital y necesaria para mantener el equilibrio de nuestro cuerpo y nuestra mente. Durante el sueño se recupera la energía utilizada durante la actividad diaria y se regula la secreción hormonal y la

producción de sustancias protectoras como los anticuerpos. Además permite fijar su aprendizaje y madurar su sistema nervioso.

En el recién nacido, el sueño contribuye a la maduración del sistema nervioso y regula el crecimiento armónico de los distintos órganos. Es justamente por las noches cuando su cuerpo produce, en mayor medida, la hormona que estimula su crecimiento, por ello que el sueño es un factor de suma importancia para el desarrollo de los niños.

2.2.4.3.2. Tiempo que debe dormir el recién nacido

El dormir es una función muy particular e individual. Hay recién nacidos que duermen más que otros, pero definitivamente todos duermen. Dormir es una función que evoluciona en ciclos, alternándose con períodos de vigilia. A medida que el recién nacido vaya creciendo, la duración de los ciclos nocturnos se incrementará y las siestas serán de menos horas, pero las horas de sueño totales irán disminuyendo. Figura 22



Figura 22

Durante las primeras semanas el recién nacido puede dormir un promedio de 16 a 20 horas al día, y hacia el final de su primer mes de vida todavía

puede permanecer dormido alrededor del 70% del día. Las horas que debe dormir un recién nacido dependen de la edad. No todos duermen exactamente el mismo tiempo aunque es posible identificar un patrón común (Verzosi, 2011).

¿Dónde debe dormir el recién nacido?

Algunos padres optan por tenerlo en su propia cama y a este respecto cabe señalar que existe una corriente de opinión que asegura que esto es lo mejor para el recién nacido. Es cierto que puede contribuir a tranquilizar a un recién nacido y permitirle desarrollar una transición más gradual desde su presencia en el útero materno a su nueva existencia.

Desde otro punto de vista y tal vez el más recomendable, es que el recién nacido está mucho mejor en un espacio propio desde el principio. Tanto el recién nacido como los padres duermen mejor cada uno en su correspondiente cama, pues si está junto a ellos puede ser que se despierte con mayor frecuencia.

Un buen compromiso en esta situación es instalar una cuna para el recién nacido a lado de la cama, con el objeto de acariciarlo, hablarle y cogerlo en brazos sin necesidad de levantarse. De este modo resulta fácil abrazarlo amorosamente cuando precisa de un contacto físico, pero sin que ello impida dejar que vaya aprendiendo que cuenta con su propio espacio para dormir.

Cuando el recién nacido haya alcanzado los dos meses de edad y por tanto éste es más estabilizado, se puede colocar la cuna en un lugar un poco más

alejada, este traslado vendrá a alentar la capacidad creciente del recién nacido para valerse por sí mismo. Lo mismo podemos decir si lo instalamos en una habitación propia o junto a otros niños, medida que dependerá de las circunstancias y preferencias. En esta etapa el dormir en la habitación de los padres le resulta estimulante antes que tranquilizador y tanto el recién nacido como los padres dormirán mucho mejor (Hollye, 2000).

2.2.4.4. TERMORREGULACIÓN

La termorregulación es una función fisiológica crítica en el recién nacido 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 (Sociedad Iberoamericana de Neonatología [SIBEN], 2010).

2.2.4.4.1. Temperatura normal del recién nacido

El control de la temperatura en el recién nacido es indispensable, debido a su labilidad en la termorregulación. La temperatura normal es la siguiente:

- Temperatura axilar 36,5°C – 37 °C
- Temperatura rectal 0.5°C – 1°C más alta que la axilar
- Temperatura piel abdominal 36°C – 36.5°C (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSPE], 2008)

Se considera hipertermia o fiebre a la temperatura axilar mayor de 37°C; e hipotermia o enfriamiento a la temperatura axilar menor de 36,5°C. Al momento del nacimiento es indispensable evitar la pérdida de calor, porque la hipotermia impide una adaptación del recién nacido.

Fisiología del control térmico en los recién nacidos

Producción de calor: La producción del calor o termogénesis es adecuada en el recién nacido y ésta no depende en gran parte de la actividad muscular voluntaria e involuntaria, (escalofríos), como en el niño más grande y en el adulto.

La termogénesis en el neonato depende más bien de la actividad bioquímica de la grasa parda, sustancia compuesta básicamente por triglicéridos, se localiza principalmente en el cuello en el mediastino posterior, zona interescapular, y constituye del 2 al 6% del peso del neonato. La producción del calor se da por la activación de los triglicéridos que son hidrolizados por una enzima lipolítica que está regulada por la noradrenalina, liberado a través de la intervención del sistema nervioso simpático como respuesta al estrés por frío.

La oxidación y catabolismo de la grasa parda produce calor, este calor generado es distribuido por el torrente sanguíneo a todo el cuerpo. Todo este proceso de producción de calor requiere aumento de la actividad metabólica, lo que significa también aumento de las necesidades calóricas y de consumo de oxígeno.

Pérdida de calor: La pérdida de calor es un fenómeno físico que se determina porque hay una diferencia, de temperatura entre el cuerpo del recién nacido y los elementos que lo rodean. El recién nacido puede perder calor con mayor rapidez que aquella con la que lo producen ya que su superficie corporal es relativamente grande y la capa de grasa subcutánea es delgada y no ofrece el suficiente aislamiento para la conservación del calor. Figura 23



Figura 23

Ambiente térmico neutro: Es la condición ambiental o externa de temperatura y humedad que le permiten al recién nacido mantener su temperatura en límites fisiológicos (36-37°C) con un consumo mínimo de O₂ y glucosa. Para mantener la temperatura en límites fisiológicos el neonato requiere de un ambiente térmico neutro.

El sobrecalentamiento: El exceso de temperatura es común en el recién nacido y se produce debido a la dificultad que tiene para disipar el calor por la escasa producción del sudor. El neonato controla el sobrecalentamiento

por vasodilatación que provoca modificación del flujo sanguíneo y aumento de la frecuencia respiratoria (Almeida y Castro, 2006)

2.2.4.4.2. Mecanismos de pérdida y ganancia de calor en el recién nacido

La cantidad de calor y la rapidez con que se pierde es proporcional al gradiente de temperatura entre el recién nacido y el medio que le rodea como: aire, líquido, sólido u objetos cercanos. Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor (SIBEN), 2010).

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

MODO	MECANISMO	PROCESO FÍSICO	PREVENCIÓN
Conducción	Pérdida o ganancia del calor corporal a una superficie fría o caliente en contacto directo con el recién nacido.	Contacto con objetos no precalentados (balanzas, colchones, placas radiológicas y estetoscopios).	Valorar temperatura de objetos que entran en contacto con el recién nacido si es necesario precalentar.
Convección	Pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire o agua que envuelve al recién nacido.	Circulación de aire frío hacia un área expuesta del recién nacido. La inmersión en agua con temperatura inadecuada.	Evitar corrientes de aire. Calentar oxígeno y aerosoles Aseo con agua térmica controlada.

Evaporación	Pérdida de calor corporal asociado a exposición de la piel y/o tracto respiratorio a una concentración de humedad menor, a la necesaria	El niño nace mojado con líquido amniótico, este se evapora y el niño pierde calor rápidamente. Otra forma de perder calor es la respiración por ello es importante administrar oxígeno húmedo y caliente.	Secado de la piel. Mantenerla seca. Calentar y humidificar gases respirados
Radiación	Pérdida de calor corporal entre el cuerpo y una superficie fría situada a distancia que no esté en contacto directo con el niño	Recién nacido rodeado de objetos o superficies más frías, ejemplo ventanas, paredes ventoleras de la incubadora.	Prevenir cercanía con objetos más fríos. Interponer elementos que eviten pérdida. Precalentar la incubadora antes de introducir al niño. Evitar incubadoras cerca de puertas, ventanas y aire acondicionado.

2.2.4.4.3. Factores relacionados con el riesgo de alteración de termorregulación en el recién nacido

Durante el proceso de cuidado es importante establecer estrategias dirigidas a reducir la pérdida de calor asociadas a cada intervención y a cada mecanismo de pérdida.

Identificar los factores de riesgo relacionados con la termorregulación en el periodo neonatal permitirá realizar las intervenciones para prevenir la hipotermia en forma precoz y oportuna.

La edad gestacional influye en la pérdida de calor, a menor edad gestacional, la postura es más deflexionada y presenta menor tono muscular. Los recién nacidos pretérmino presentan menor cantidad de depósitos de grasa parda y menor habilidad de generar calor por este mecanismo. También presentan mayor área de superficie y menor cantidad de tejido celular subcutáneo; mayor pérdida de calor desde el interior del organismo por falta de aislamiento ya que presenta epidermis fina y ausencia de estrato corneo en las primeras semanas de nacimiento. Ausencia de vernix caseoso y respuesta fisiológica dependiendo de su edad gestacional.

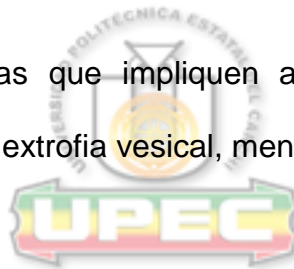
Los recién nacidos menores de 28 o 29 semanas, tienen dificultad para producir calor en respuesta al frío, necesitan temperaturas medioambientales elevadas más altas, cuanto menor es el peso del niño al nacimiento. Durante las primeros 48 h de vida estos niños tienen una respuesta vasomotora muy pobre ante una situación de frío y permanecen vasodilatados lo que aumenta las pérdidas de calor.

Los recién nacidos mayores de 29 o 30 semanas de gestación (comparados con el grupo anterior) tienen mayor capacidad de aumentar o disminuir la producción de calor con objeto de mantener su temperatura corporal a pesar

de las variaciones de temperatura de su entorno, pero igual tienen riesgo de alteraciones de la termorregulación.

La hipoxia y la hipoglucemia interfieren en la producción de calor en el pretérmino y son además una consecuencia cuando utiliza el mecanismo metabólico para corregir la hipotermia.

Las anomalías congénitas que impliquen apertura en la piel como las gastrosquisis, onfalocele, extrofia vesical, meningocele, también favorecen la hipotermia.



El daño del sistema nervioso central y el retardo de crecimiento intrauterino que puede interferir con su capacidad termorreguladora

2.2.4.4.4. Signos y síntomas de alteración en la termorregulación

Signos de hipotermia:

- Cuerpo frío al tacto.
- Cianosis central y acrocianosis.
- Aumento del requerimiento de oxígeno.
- Respiraciones irregulares, taquipnea o apnea.
- Intolerancia alimentaria.
- Distensión abdominal, aumento del residuo gástrico.
- Bradicardia.
- Mala perfusión periférica.
- Disminución de la actividad.
- Letargia o irritabilidad.

- Disminución de los reflejos. Hipotonía
- Llanto débil
- Succión débil
- Hipoglucemia
- Edema
- Dificultad para descansar

Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento

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



2.2.4.5. EL AFECTO

El afecto es la acción a través del cual un ser humano, le profesa su amor a otro ser humano, es una necesidad primaria de las personas para la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente (El Afecto, 2011).

2.2.4.5.1. LA IMPORTANCIA DEL AFECTO

El afecto es una necesidad fundamental para superar nuestro umbral de supervivencia. De este modo, la supervivencia de la especie humana se fundamenta en sus relaciones sociales. Los sistemas de organización social, los grupos, la familia, las organizaciones, las comunidades, los estados, son los mecanismos por los cuales los seres humanos intercambiamos intensamente la ayuda que, como individuos, necesitamos para sobrevivir. Fuera de la red social, desconectados de toda ayuda, somos incapaces de sobrevivir (Mora, 2011).

Las personas, establecemos vínculos entre nosotros y con el entorno que nos rodea. De entre las conductas que podemos imaginar con un fuerte vínculo de afecto y sentimiento están las que se desarrollan en la relación familiar.

El niño, antes de nacer no sólo es capaz de experimentar a través de sus sentidos y de aprender, es capaz de sentir y percibir emociones, sentimientos, mensajes que le son transmitidos en el útero a través de la madre, porque antes de nacer, tienen una necesidad de amor que es alimentado por los sentimientos y pensamientos de la madre.

El papel del padre también fundamental en esta etapa, los sentimientos y actitudes que tiene hacia la madre y hacia el recién nacido es lo que contribuye a que el embarazo sea saludable y rodeado de un entorno agradable, en esta etapa la mujer embarazada es aun más sensible a los conflictos de pareja, si el hombre brinda afecto esto servirá como un soporte o apoyo emocional a la futura madre y fortalecerá el vínculo afectivo padre-niño (Kiddys, 2011).

La interacción social madre-hijo comienza desde antes del nacimiento y progresa rápidamente durante el primer año de vida, cuando no existe reciprocidad en la relación madre-hijo, es decir cuando la madre no responde adecuadamente a la necesidad o pedido del niño permanentemente, puede generar en él una imagen deteriorada de sí mismo y un rechazo a su madre, esto se manifiesta a través de conductas defensivas.

Según investigaciones realizadas existen cinco sistemas que permiten fortalecer el vínculo: uno de ellos es la sonrisa, el mamar, la mirada mutua, el llorar y el contacto físico (Squid, 2011).

La madre busca espontáneas actitudes de recogimiento, contacto piel a piel y proximidad al recién nacido mediante el cuidado como: acariciar, tocar, transportar, acunar, amamantar y jugar con su hijo o hija.

Los vínculos afectivos son muy sensibles, pues se han establecido sobre el sentimiento; por eso son delicados y pueden también romperse.

El vínculo afectivo debe iniciarse durante el embarazo, pero que el momento más efectivo es inmediatamente después del nacimiento. El afecto va a estimular al niño en el aprendizaje y en el desarrollo de su inteligencia (Sagid, 2011).

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

Tener en brazos al niño, cuidarlo, prestarle atención, acariciarlo, besarlo, supondrá transmitirles seguridad y serenidad a criaturas indefensas y delicadas. Estas demostraciones afectivas son fundamentales para el desarrollo del niño. Su carencia influye negativamente en su desarrollo, produciendo retrasos en su crecimiento y desequilibrios en su estructuración general, repercutiendo tanto en el cuerpo como en la mente, manifestándose generalmente en la edad adulta (ROMERO, 2010). Figura 24



Figura 24


2.2.4.6. SIGNOS DE ALARMA

El recién nacido a término sano, es dado de alta habitualmente a las 48 a 72 horas luego de su nacimiento, en conjunto con su madre, período en el cual se supervisa la adaptación a la vida extrauterina. En la etapa neonatal debe ser controlado por el neonatólogo o pediatra al cumplir una semana de vida y al mes de vida.

El recién nacido es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Por otro lado la manifestación de síntomas en los recién nacidos es muy sutil y atípica comparada con la de niños de más edad; de manera que un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades y a veces es difícil distinguir entre una enfermedad y otra.

Esto hace necesario que quienes cuidan del niño conozcan los síntomas y signos que puedan representar un peligro importante.

Los siguientes son signos y síntomas que deben tomarse como urgencia médica en un recién nacido:

2.2.4.6.1. Fiebre o hipotermia

La temperatura corporal de un recién nacido normal de término debe oscilar entre 36.5°C y 37 °C tomada en la axila. Por debajo de 36.5°C se considera que el niño está en hipotermia y la elevación de la temperatura de 37°C o más se denomina hipertermia.

Es muy fácil que el recién nacido se enfríe si no está adecuadamente arropado, si se enfrenta a corrientes de aire frías o superficies frías sobre las que se apoya. En la hipotermia cuanto más baja es la temperatura más graves son las consecuencias con vasoconstricción periférica como respuesta al frío aumentando el consumo de oxígeno por disminución de la oferta de oxígeno a los tejidos y causa acidosis metabólica debido al aumento de ácido láctico; aumenta el consumo de calorías por disminución de los depósitos de glucógeno. En la hipertermia se produce vasodilatación periférica con el esfuerzo del organismo por disipar el calor, causa también aumento de la tasa metabólica y de los requerimientos de oxígeno y aumento de la pérdida de líquidos lo que causa deshidratación y acidosis metabólica (Tamez y Pantoja, 2008). Figura 25



Figura 25

2.2.4.6.2. Dificultad para respirar

La respiración del recién nacido es habitualmente periódica, esto quiere decir que no es regular. Sin embargo el recién nacido normal presenta hasta 60 respiraciones en cada minuto y ésta es la cifra máxima tolerable para hablar de frecuencia respiratoria normal. Si la frecuencia respiratoria se encuentra por encima de 60, el niño presenta una taquipnea. Puede estar acompañada de aleteo nasal, tiraje que puede ser intercostal, subcostal o xifoideo, también puede haber quejido. En el caso de comprobarse en forma sostenida durante un lapso de 2 o 3 horas, la madre debe consultar a la brevedad dado que las infecciones, especialmente las pulmonares, suelen ser las causantes de esta situación y deben ser tratadas rápidamente. Existen otras muchas causas para las cuales el niño debe ser evaluado y eventualmente vigilado por personal de salud si está con taquipnea. La madre nota que el niño se cansa y queda agotado luego de este consumo de energía que significa la alimentación, así como después de esfuerzos como

el llanto. Si esta situación se da en todas las lactadas y persiste, puede corresponder a problemas cardíacos por lo que debe consultar al médico.

Si el niño respira extremadamente lento o incluso deja de respirar más allá de 20 segundos, y especialmente si no responde a la estimulación por parte de su acompañante, debe ser llevado a un centro asistencial para su evaluación, aun después de haber superado la situación. El cese de flujo de aire en la vía aérea por 20 segundos o el cese de flujo por menos de este tiempo que se acompaña de cianosis o con enlentecimiento bradicardia se denomina apnea. La causa del enlentecimiento de la frecuencia respiratoria o de apnea puede ser una infección, aunque puede corresponder a una convulsión en el recién nacido, problemas cardíacos o corresponder a atragantamiento o asfixia durante la alimentación o por secreciones difíciles de deglutir entre otras situaciones (Blasina, 2010). Figura 26



Figura 26

2.2.4.6.3. Cianosis

Es la coloración azulada de la piel causada por la presencia de sangre desoxigenada en la red de capilares, debe haber 4 a 6 gramos o más de hemoglobina reducida en la sangre capilar. Es la principal pista sobre los defectos cardíacos congénitos que dificultan la oxigenación de la sangre.

Semiológicamente la cianosis puede ser central y o periférica:

Cianosis central: es la cianosis de las membranas mucosas, en especial de la boca y la lengua y de las extremidades, especialmente del lecho ungueal, con extremidades tibias. Puede ser fisiológica hasta 20 minutos después del nacimiento por uso transitorio de los canales fetales y la presencia de hemoglobina fetal y posteriormente a este período implica una manifestación de grave patología cardíaca o pulmonar.

Cianosis periférica: es la cianosis de manos y pies también llamada acrocianosis. Esta presentación es bastante frecuente en neonatos y puede persistir por varios días después de nacer, especialmente en un entorno frío y no tiene significado patológico. Esta red es sensible a fenómenos vasomotores transitorios especialmente en relación al frío. Una causa patológica de acrocianosis es la constricción arterial cutánea producida por bajo débito cardíaco, el que es un mecanismo biológico de ahorro de flujo sanguíneo para protección de órganos más vitales (Universidad Católica de Chile [UCCL], 2011). Figura 27



Figura 27



2.2.4.6.4. Ictericia

Se denomina así, la coloración amarilla de piel y mucosas. Es frecuente que el recién nacido presente ictericia que aparece luego de las primeras 24 horas de vida, inicialmente en la cabeza y que se extiende posteriormente a tronco y miembros inferiores. Demora unos 10 a 15 días en retirarse y lo hace en el sentido opuesto al de aparición. Este tipo de ictericia se denomina fisiológica y su principal causa es la liberación de hemoglobina desde los glóbulos rojos del neonato y la inmadurez hepática propia de la edad que impide el metabolismo normal de la bilirrubina. Lo que ocurre es que la bilirrubina no se elimina con la rapidez necesaria tanto a nivel hepático como intestinal y se eleva en la sangre llevando a teñir la piel.

Sin embargo hay patologías que tienen como principal síntoma a la ictericia y que requieren la consulta inmediata. Los elementos que hablan de posible enfermedad son: aparición de ictericia en las primeras 24 horas de vida, ictericia que va en aumento franco con intensificación rápida del color

amarillo, deposiciones sin su color amarillo característico que palidecen y se tornan como masilla. Figura 28



Figura 28

2.2.4.6.5. Convulsiones

Habitualmente los recién nacidos presentan temblores de brazos y piernas estando despiertos y sobresaltos al estar dormidos. Pero estos movimientos que pueden hacer dudar a los padres de la normalidad de su hijo, deben distinguirse de las denominadas convulsiones que corresponden a verdaderos movimientos anormales y que sí son patológicos. En el recién nacido pueden presentarse de modo muy variado pero característicamente no cesan a pesar de la estimulación, el niño presenta la mirada fija y se desconecta del ambiente o los ojos se dan vuelta hacia arriba visualizándose fundamentalmente la esclerótica y el cuerpo puede estar hipotónico, o hipertónico, con movimientos de contracción rítmicos de miembros superiores o inferiores. Estos movimientos pueden darse en todo el cuerpo a la vez o en algún sector en particular. Este episodio finaliza

espontáneamente en la mayoría de los casos y es frecuente que el niño quede adormilado o como cansado durante 2 o 3 horas.

Como causante de las convulsiones la más temida y grave es la presencia de una infección a nivel del cerebro o de las meninges. Existen muchas otras causas y es urgente explorar todas las posibilidades rápidamente por lo que la consulta debe ser inmediata. Figura 29



Figura 29

2.2.4.6.6. Crecimiento rápido de la cabeza

El perímetro craneano crece en promedio de 1 cm por mes durante el primer año de vida, de modo que normalmente al nacer mide 35 cm y al año mide 47 cm.

En algunos casos en que se acumula líquido en el interior del cráneo llamado hidrocefalia la cabeza comienza a crecer con mayor velocidad y los padres pueden notar que las fontanelas, especialmente la anterior aumentan al punto que se puede palpar la separación entre los huesos más allá de la fontanela. Esta situación debe ser estudiada y corregida lo antes posible ya que su persistencia puede dificultar el crecimiento de la masa

cerebral del niño llevando a influir en forma muy negativa sobre el desarrollo del niño (Blasina, 2010). Figura 30



Figura 30

2.2.4.6.7. Llanto débil y constante.

Los recién nacidos también desarrollan diferentes tipos de llantos para necesidades diferentes, entre las que se incluyen el hambre, el sueño, la soledad, la necesidad de un cambio de pañal y el dolor. Al principio, los padres pueden no saber cómo interpretar los llantos; no obstante, suelen consolar al niño satisfaciendo sus necesidades. Sin embargo, un niño que está constantemente inquieto y nervioso o llora durante un largo período puede estar enfermo. Además, puede ser muy irritable si siente dolor. El cólico, un problema intestinal frecuente, puede provocar en los niños un llanto difícil de consolar. La impaciencia o los temblores también pueden ser signos de enfermedad. El llanto de un recién nacido enfermo suele ser diferente y casi siempre va acompañado por otros signos de alarma

En algunas ocasiones el llanto es a veces el único signo de algunas enfermedades, como por ejemplo la otitis, y tampoco es prudente atribuirlo todo a los gases (Barreda, 2011). Figura 31



Figura 31

2.2.4.6.8. Letargo

Es probable que los recién nacidos apáticos o aletargados tengan poca o nada de energía, estén somnolientos o sean perezosos y duerman más de lo normal. También es posible que resulte difícil despertarlos para alimentarlos e incluso cuando están despiertos, no estén alertas o atentos a los sonidos y a la estimulación visual. En algunos casos, esto puede desarrollarse lentamente y es probable que los padres no noten este cambio gradual. El letargo puede ser signo de una infección u otros trastornos, como por ejemplo bajo nivel de glucosa en sangre. Figura 32



UFPE
Figura 32

2.2.4.6.9. Mala alimentación

Los problemas de alimentación pueden incluir dificultades del recién nacido para succionar el seno, falta de apetito, regurgitaciones y pérdida de peso.

Los trastornos alimentarios ocasionados por problemas de succión pueden manifestarse cuando el niño comienza, desde el nacimiento, a succionar con energía y disminuye gradualmente con el tiempo su eficacia en las tomas de leche, o cuando el niño comienza a succionar débilmente y no se alimenta adecuadamente. Esto es particularmente frecuente entre los prematuros. Los recién nacidos con una succión débil pueden tener dificultades para prenderse con firmeza al seno durante el amamantamiento. Durante las tomas, es posible que la madre no escuche los ruidos que hace el niño al tragar. Una madre puede no sentir que sus senos están llenos antes de amamantar o que quedan más blandos luego del amamantamiento.

Un recién nacido enfermo puede negarse a comer, también aquel que duerme constantemente y muestra poco interés en la alimentación puede estar enfermo (RUMC, 2011). Figura 33



Figura 33

2.2.4.6.10. Vómitos

Los recién nacidos y los lactantes hasta aproximadamente los 6 meses de vida presentan las denominadas regurgitaciones dado que es normal que refluya alimento desde el estómago al esófago (Blasina, 2005).

El vómito es consecuencia de que el músculo del esfínter entre el estómago y el esófago es débil e inmaduro. Sin embargo, los vómitos explosivos o muy enérgicos, o la regurgitación de gran cantidad de leche después de la mayoría de las tomas, pueden indicar algún problema. En los niños alimentados con fórmula, los vómitos pueden ocurrir luego de la sobrealimentación o por intolerancia a dicha fórmula. Tanto en los niños amamantados como en los alimentados con fórmula, un trastorno físico que impide la digestión normal puede provocar vómitos. El cambio de color o el

matiz verdoso en el vómito puede significar que el niño tiene una obstrucción intestinal (RUMC, 2011). Figura 34



Figura 34

2.2.4.6.11. Pérdida de peso mayor al 10%

Una pérdida de peso de hasta el 10 por ciento, al nacer es normal en los dos o tres primeros días después del nacimiento. Sin embargo, cuando el niño tiene 10 u 11 días de vida, debe haber recuperado el peso que tenía al nacer. Los signos de que un recién nacido no aumenta de peso pueden ser su cara demacrada y delgada, la piel floja y la disminución en la cantidad de pañales mojados o sucios. La mayoría de los médicos quieren ver al recién nacido en su consultorio luego de la primera semana para controlar su peso. La falta de aumento o pérdida de peso constante en un niño pequeño puede ser signo de enfermedad y otros trastornos que deben tratarse (RUMC, 2011). Figura 35



Figura 35

2.2.4.6.12. Diarrea

La diarrea es un mecanismo de defensa del organismo ante la enfermedad producida por un agente agresor, la mayoría de las veces infeccioso, que produce evacuaciones líquidas, o disminuidas de consistencia, en número mayor al patrón habitual del niño, en general más de tres en 24 horas.

Las evacuaciones líquidas en número de cinco a siete en 24 horas, en un niño de una semana a dos meses de edad, alimentado del pecho materno no constituyen diarrea.

Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días se trata de diarrea aguda que provoca deshidratación y contribuye a la malnutrición. Generalmente la muerte de un niño con diarrea aguda se debe a la deshidratación.

Si la diarrea persiste durante 14 días o más se denomina diarrea persistente; aproximadamente el 20% de episodios de diarrea son persistentes. Este tipo de diarrea suele ocasionar problemas nutricionales que contribuyen a la mortalidad de los niños/as con diarrea.

La diarrea con sangre en las heces, con o sin moco se denomina disentería. En la mayoría de países, la causa más común de la disentería es la bacteria *Shigella* (Laspina y Ordoñez, 2008). Figura 36



Figura 36

2.2.4.6.13. Deshidratación

La deshidratación en el recién nacido es una condición que se puede presentar con mayor frecuencia cuando el recién nacido no es alimentado con leche materna teniendo en cuenta los requerimientos básicos para garantizar una nutrición adecuada. Los signos que se presentan son: sed, somnolencia, apatía, piel y mucosas secas, oliguria, hundimiento de los ojos, fontanelas hundidas y la no producción de lágrimas.

“La deshidratación se puede prevenir o tratar, en su caso, mediante la terapia de hidratación oral. Un niño deshidratado puede morir en poco tiempo si no es atendido rápidamente en la reposición de las pérdidas de

líquidos (Universidad Nacional Mayor de San Marcos [UNMSM], 2004).

Figura 37



Figura 37

2.2.4.6.14. Sangrado en el ombligo

En el recién nacido, es normal que el ombligo sangre un poco los primeros días y también cuando se cae el resto del cordón pinzado. Lo descubriremos porque hay algunas gotas que manchan la gasa, pero no la empapan. Si el cordón ya se ha caído, lo que observaremos son pequeños restos de sangre seca, coagulada, al proceder al limpiado del ombligo, en los pliegues internos.

Un sangrado profuso, si la gasa se empapa antes de caer el resto del cordón o el ombligo sangra abundantemente, indica trastorno de la coagulación, por lo que habrá que consultar al pediatra.

Si el cordón sangra levemente no es más que una pequeña irritación de las estructuras del ombligo por roce del pañal. Normalmente el sangrado leve

del ombligo desaparece solo, pero es importante comprobar que no se trate del inicio de una infección del ombligo llamada onfalitis (Hollye, 2000).

Al caerse el cordón, a veces el ombligo queda hacia fuera entre 0,5 y 1 cm. A lo largo del tiempo se irá metiendo hacia dentro de la piel. Sólo algunos niños siguen teniendo el ombligo hacia fuera durante algunos meses.

Otras veces, al caerse el cordón, en el fondo del ombligo queda un pequeño bulto rosado y brillante, llamado granuloma. Aplicar nitrato de plata ayudará a que se cicatrice y seque. Figura 38



Figura 38

2.3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.3.1. HIPÓTESIS

El desconocimiento acerca de los cuidados básicos del recién nacido influyen en el inadecuado manejo materno de las adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

El desconocimiento acerca de los cuidados básicos del recién nacido.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Inadecuado manejo materno.

VARIABLE INTERVIENE:

Madres adolescentes.

2.3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Embarazo en la adolescencia	La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual.	Apoyo familiar o de pareja	Se valora el tipo de apoyo brindado Familia: 1. Si 2. No Pareja: 1. Si 2. No
Cuidado de un recién nacido, anterior al	Es la unión, relación o	Contacto con el recién nacido	Se especifica la existencia de

embarazo	atadura de una persona o cosa a otra		experiencia con el recién nacido 1. Si 2. No
Aceptación del rol materno	Competencia en Aspecto los cuidados psicológico de asociados a su aceptación rol, experimentando placer y gratificación		Se determina los sentimientos en la maternidad 1. Feliz 2. Triste 3. Preocupada
Alimentación	Alimentación es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita.	Tipo de alimentación	Se especifica la alimentación del recién nacido 1. Leche materna 2. Coladas 3. Yogurt 4. Leche de vaca 5. Fórmula

		<p>Edad de lactancia exclusiva</p> <p>Frecuencia</p> <p>Beneficios</p>	<p>Se determina la edad específica de alimentación con leche materna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 1 año 2. Hasta los 6 meses 3. Hasta los 2 años <p>Se determina la frecuencia de la alimentación del recién nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada hora 2. Cada cuatro horas 3. A libre demanda <p>Se establece los beneficios de la leche materna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento e
--	--	--	--



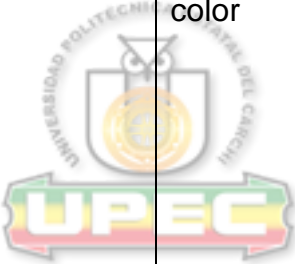
		<p>Técnica</p>	<p>inteligencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Inmunidad 3. Afecto 4. Nutrición <p>Se establece la técnica correcta para amamantar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte el seno con la mano en forma de tijera colocando el dedo medio por debajo y el índice por encima del pezón. 2. Soporte el seno con la mano en forma de "C",
--	--	----------------	--



			<p>colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola.</p> <p>3. Soporte el seno ayudándose de las dos manos con todos los dedos</p> <p>Se establece la posición adecuada para dar de lactar</p> <p>Sentada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Correcta 2. Incorrecta
--	--	--	---



			<p>Acostada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Correcta 2. Incorrecta
Termorregulación	<p>Conjunto de mecanismos que regulan la producción y pérdida de calor del organismo y de cuyo equilibrio dinámico depende la constancia de la temperatura del mismo</p>	<p>Reconocimiento de hipo e hipertermia</p> <p>Medios de regulación de temperatura</p>	<p>Se identifica las formas en que la madre reconoce alteraciones de la termorregulación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tocándolo 2. Sudor 3. Irritable 4. Coloración de la piel <p>Parámetros de la temperatura en el recién nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. < 36.5 °C 2. 36.5-37°C 3. >37°C

		<p>Mecanismos de pérdida y ganancia de color</p> 	<p>Formas de pérdida de calor en el RN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaporación 2. Conducción 3. Convección 4. Irradiación
Higiene	<p>Conjunto de conocimientos y técnicas que se aplican para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud.</p>	<p>Baño</p> <p>Cuidado del ombligo</p>	<p>Se establece la frecuencia del baño del RN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada 2 días 2. Cada 3 días 3. Cada semana 4. Todos los días <p>Se establece limpieza del ombligo y se especifica que</p>

		<p>Cambio de pañal</p>	<p>medios usa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. A veces <p>Especifique:</p> <p>Agua</p> <p>Crema</p> <p>Alcohol</p> <p>Colonia</p> <p>Determina la frecuencia del cambio de pañal en el día</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tres veces 2. Una vez 3. Dos veces 4. Cada vez que el niño orine haga la deposición
--	--	------------------------	--



<p>Afecto</p>	<p>El afecto es la acción a través de la cual un ser humano expresa su amor a otro individuo.</p>	<p>Importancia del afecto</p>	<p>Se determina el momento en que da afecto la madre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desde el vientre materno 2. Cuando nace y durante toda la vida 3. Desde el vientre materno, cuando nace y durante toda la vida
		<p>Manifestaciones de cariño</p>	<p>Se establece las demostraciones de afecto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abrazos, besos, caricias 2. Cantándole, hablándole 3. Ninguna



Sueño	<p>Designa al acto de reposo del individuo, se caracteriza por ser un estado en el cual hay poca actividad fisiológica y muy baja respuesta a los estímulos externos.</p>	<p>Duración del sueño</p> <p>Beneficios del sueño</p>	<p>Especificar las horas de sueño</p> <p>1. De dos a cinco horas</p> <p>2. De cinco a diez horas</p> <p>3. De 16 a 20 horas</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>
Signos de Alarma	<p>Es el conjunto de factores que ponen en riesgo la salud del recién nacido.</p>	<p>Estado general del niño</p>	<p>Situaciones de peligro para la salud del recién nacido</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>

Educación sobre los cuidados del recién nacido	Apoyo brindado por el personal de enfermería sobre los cuidados del recién nacido	Educación	Ayuda por parte del personal de enfermería sobre los cuidados del recién nacido en el hospital y el hogar 1. Si 2. No 3. A veces
--	---	-----------	---



CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de campo, de tipo analítica, ya que se plantea hipótesis de trabajo por tanto relaciona variables, es transversal por que estudia las variables en un tiempo determinado, es aplicada permitiendo obtener soluciones factibles y útiles para nuestro escenario investigativo y es bibliográfica mediante la utilización de información secundaria contenida en diversas fuentes bibliográficas.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Nuestra investigación se enfoca en un universo de 227 partos de adolescentes y las muestras a tomar son aleatorias y distribuidas en los meses de mayo y junio con un número de 50, el cual se basa en tener en cuenta el total de unidades del universo ya que estas tienen una probabilidad determinada y conocida.

3.3. METODOS Y TECNICAS

Para esta investigación utilizamos el método inductivo y deductivo, lo cual permite conocer el nivel de conocimiento de las madres adolescentes en base a ello podemos determinar algunos aspectos específicos en los que las madres

poseen menos o más conocimientos, lo que nos servirá para fortalecer los puntos débiles.

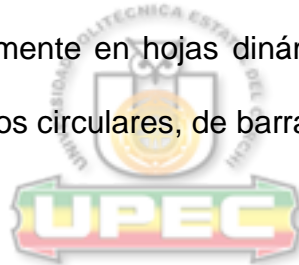
Se utilizan dos técnicas de recolección de información que son: la observación directa no estructurada, la cual consiste en conocer el funcionamiento de los procesos a investigarse, sin inmiscuirse en el transcurso normal de los mismos, en este caso para conocer el cuidado que brindan las madres adolescentes a los recién nacidos mientras permanecen en el hospital, de esta forma tomar información y registrarla para su posterior análisis; la encuesta es otra técnica empleada en esta investigación, destinada a obtener datos cuyas opiniones impersonales se realizan a las madres adolescentes inmersas en esta investigación.

3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se utiliza es la encuesta por medio de un listado de preguntas escritas siendo estas: abiertas, cerradas y de selección múltiple que se aplicaran a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila en los meses de mayo y junio del año 2011; las respuestas son impersonales porque el cuestionario no lleva el nombre ni otra identificación de la persona que lo responde, ya que no interesa esa información, sino el contenido del mismo.

3.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó realizando la encuesta a la muestra, previa a la autorización por parte del Director del Hospital Luis Gabriel Dávila y personal directamente relacionado con la investigación, luego de la realización de las encuestas se procedió a la recolección de datos, se tabula y analiza los resultados almacenados electrónicamente en hojas dinámicas de excel; con la utilización de tablas simples y gráficos circulares, de barra expresados en porcentajes.



CAPITULO IV

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

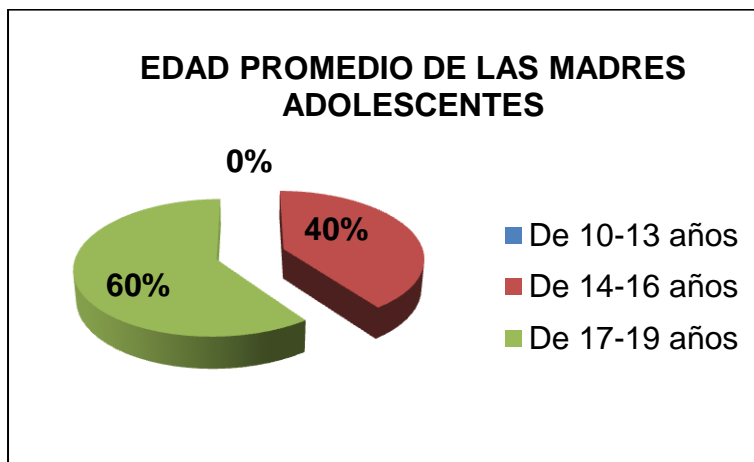
TABLA Nº 1

EDAD PROMEDIO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
De 10-13 años	0	0%
De 14-16 años	20	40%
De 17-19 años	30	60%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 1



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como se puede observar en la tabla N° 1, el 60% de las madres adolescentes encuestadas es decir 30 de 50, se encuentran entre las edades de 17 a 19 años, las cuales cursan por la etapa tardía o final de la adolescencia, lo que señala que estas madres tienen una identidad y madurez más definida a diferencia de adolescentes en las etapas temprana e inicial. Consideramos que este resultado es positivo ya que facilita la educación y la comprensión por parte de las madres adolescentes sobre los cuidados que debe tener el recién nacido.

El porcentaje restante de madres adolescentes que es el 40% es decir 20 de 50, se encuentran entre las edades de 14 a 16 años, cursando por la etapa media de la adolescencia, estas madres se caracterizan por llevar relaciones amorosas cortas debido a la curiosidad y exploración, por lo que son muy propensas al abandono de sus parejas, tomando en cuenta que el apoyo de la pareja es de mucha importancia para el cuidado del recién nacido y no dejar la responsabilidad a la madre adolescente.

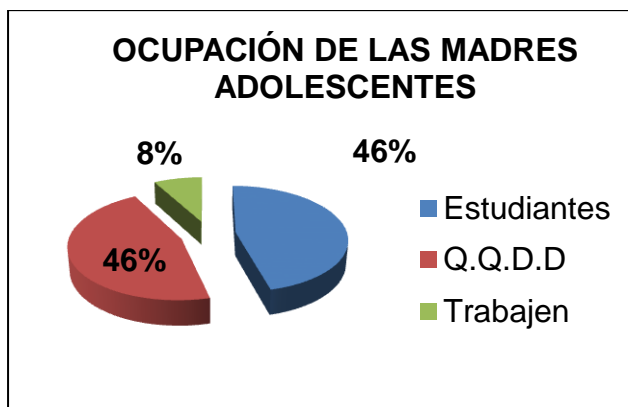
TABLA N° 2

**OCUPACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN
LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.**

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Estudiantes	23	46%
Q.Q.D.D	23	46%
Trabajen	4	8%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como podemos observar en la tabla N° 2, el 46% de las madres adolescentes encuestadas es decir 23 de 50, son amas de casa, dedicando la mayoría del tiempo al cuidado del recién nacido. Igual porcentaje con un 46%, lo tienen las madres que son estudiantes lo que significa que las madres

continúan sus estudios aún en estado de embarazo o posterior a éste, lo cual es beneficioso para la madre y en un futuro para el recién nacido, sería importante que la madre siga estudiando pero en lo posible evitar que estas actividades afecten la salud del recién nacido y que el mismo quede al cuidado absoluto de los abuelos.

El porcentaje restante que es del 8 % es decir solo 4 de 50 trabajan, se piensa que las madres adolescentes continúan sus labores cuando existen problemas económicos o no cuentan con el apoyo de la familia o pareja.

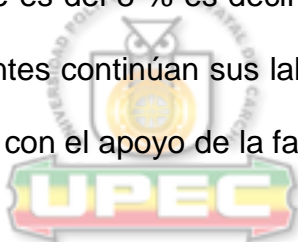


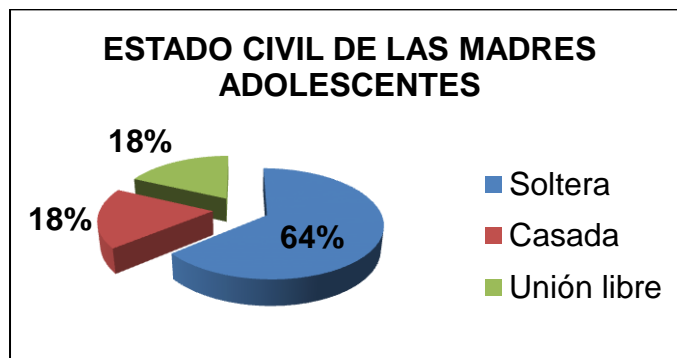
TABLA Nº 3

**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN
LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.**

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Soltera	32	64%
Casada	9	18%
Unión libre	9	18%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: En la tabla N° 3 se observa que el 64% de las madres adolescentes encuestadas es decir 32 de 50, son solteras situación que se origina por ser la adolescencia una etapa de relaciones poco estables, lo que significa que hay una convivencia de la madre sólo con su hijo y no el apoyo constante de la pareja en los diferentes cuidados del recién nacido.

El 18% de las madres encuestadas es decir 9 de 50, son casadas, de igual manera con un 18% lo tienen las madres adolescentes que viven en unión libre con su pareja, es decir existe la presencia del padre en el cuidado del recién nacido, esta situación se presenta en las madres que han logrado consolidar su relación de pareja.

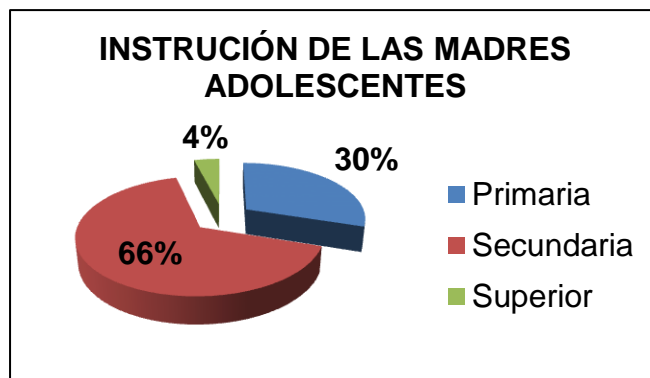
TABLA N° 4

**INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN
LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.**

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Primaria	15	30%
Secundaria	33	66%
Superior	2	4%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: A través de la tabla N° 4 se observa que el 66% es decir 33 de 50 madres adolescentes están cursando o han culminado la secundaria, el 30 %, 15 de 50, han terminado la primaria y en un 4 %, 2 de 50, han iniciado su carrera universitaria. Es importante que la madre adolescente demuestre que

el embarazo o el tener un hijo a temprana edad, no es impedimento para cumplir sus metas, si en éstas se encuentra la educación, aunque los procesos normales del ciclo vital se ven alterados por un embarazo, si la madre quiere superarse, lo puede lograr sin dejar a un lado su rol.

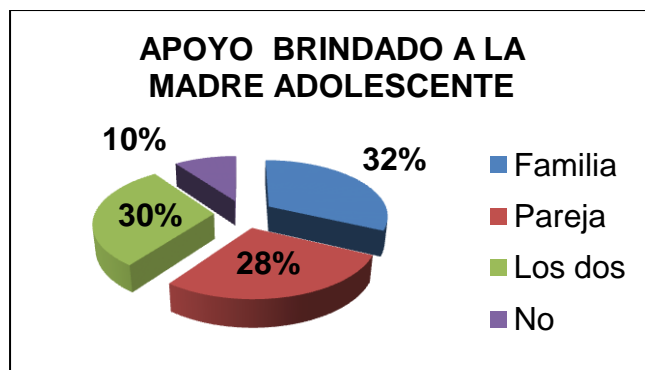
TABLA N° 5

APOYO QUE BRINDA LA PAREJA Y LA FAMILIA A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Familia	16	32%
Pareja	14	28%
Los dos	15	30%
No	5	10%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como podemos observar en la tabla N° 5 el 32% es decir 16 de 50 madres adolescentes, tienen el apoyo de su familia, que es lo que sucede en la gran mayoría de los casos, sin una diferencia alta con el 28%, es decir 14 de 50, cuentan con el apoyo de su pareja, tomando en cuenta la importancia que éste tiene en el cuidado del recién nacido, el 30%, 15 de 50, tienen el apoyo de la familia y la pareja, lo que debería ser ideal, ya que es importante que la madre y el recién nacido cuenten con el apoyo necesario para fortalecer aún más los vínculos familiares y la responsabilidad en su nuevo rol de padres.

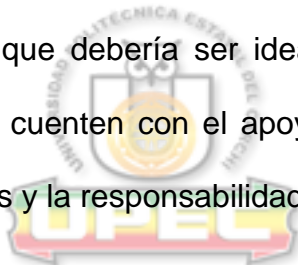


TABLA N° 6

CUIDADO DE UN RECIÉN NACIDO, ANTERIOR AL EMBARAZO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Si	29	58%
No	21	42%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: En la tabla N° 6 se observa que el 58%, es decir 29 de 50 encuestadas, han cuidado antes de su embarazo a un recién nacido, lo cual es favorable, porque éstas madres tienen mejor experiencia para conocer los cuidados, aunque no en su totalidad las necesidades básicas de su hijo, a diferencia de las adolescentes que no han tenido antes contacto directo con un recién nacido, ocupando un 42% es decir 21 de 50.

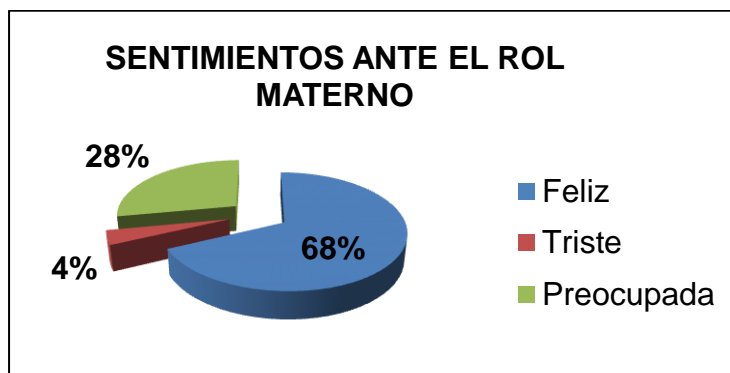
TABLA N° 7

SENTIMIENTOS ANTE EL ROL MATERNO, EN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Feliz	34	68%
Triste	2	4%
Preocupada	14	28%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 7



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: A través de la tabla N° 7 el 68% es decir 34 de 50 adolescentes encuestadas, se sienten felices con la llegada de su hijo, lo cual es positivo para la crianza del mismo, ya que estas madres tienen una mejor predisposición de cuidar plenamente y con cariño a su hijo, el 28% es decir 14 de 50, se sienten

preocupadas, ya que la llegada de su hijo alterará las actividades que suelen realizar diariamente, esto sucede en las madres que se encuentran en la etapa temprana y media de la adolescencia. Con un número poco significativo están las madres que se sienten tristes con la llegada de su hijo, en un 4% es decir 2 de 50. El estado de ánimo de la madre adolescentes influye en el recién nacido ya que él es capaz de sentir y percibir emociones y sentimientos que le son transmitidos a través de caricias, besos, abrazos entre otros, también es importante destacar el papel del padre y la familia en esta etapa, lo que contribuye a que el embarazo sea saludable, esto servirá como un soporte emocional a la adolescente y fortalecerá el vínculo afectivo entre padres e hijo.

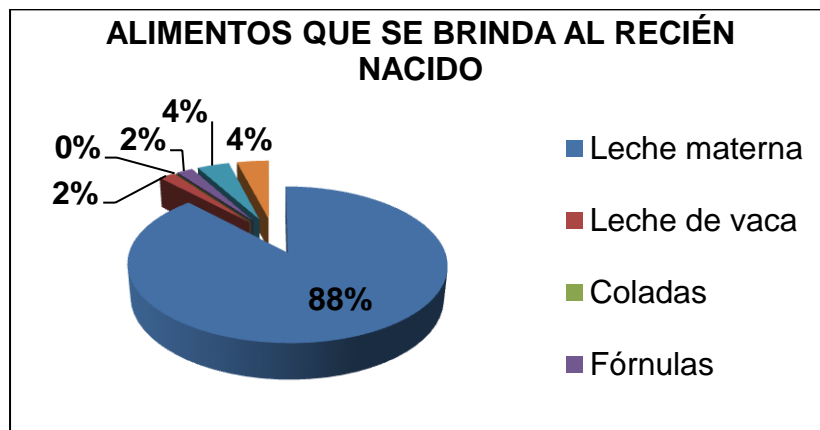
TABLA Nº 8

ALIMENTOS QUE BRINDAN AL RECIÉN NACIDO, LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJES
Leche materna	44	88%
Leche de vaca	1	2%
Coladas	0	0%
Fórmulas	1	2%
Yogurt	2	4%
Varios alimentos	2	4%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 8



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: En la tabla N° 8 se evidencia que el 88% es decir 44 de 50 madres adolescentes encuestadas, identifican la lactancia materna como alimento exclusivo para el recién nacido, esto es favorable ya que la leche de la madre es el mejor alimento para brindar beneficios que ningún otro alimento podría darle en esta etapa. Mientras que el 12%, 6 de 50 adolescentes respondieron que la leche de vaca, yogurt y leche artificial, son esenciales en la alimentación de un recién nacido, conocimiento aún erróneo que tienen las madres adolescentes sobre la alimentación de su hijo a temprana edad, he ahí la importancia de educar a las madre sobre la importancia de la leche materna exclusiva en el recién nacido.

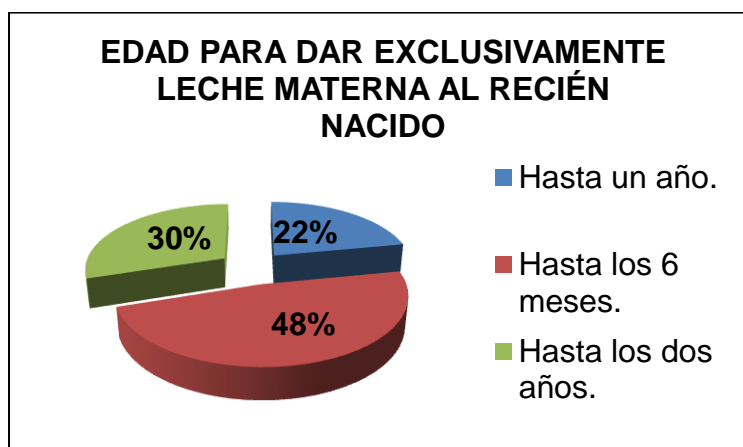
TABLA N° 9

**EDAD PARA DAR EXCLUSIVAMENTE LECHE MATERNA AL RECIÉN
NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS
MESES DE MAYO-JUNIO-2011.**

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Hasta un año.	11	22%
Hasta los 6 meses.	24	48%
Hasta los dos años.	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 9



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: A través de la tabla N° 9 se observa que el 48% es decir 24 de 50 madres adolescentes encuestadas, conocen la edad exclusiva para dar sólo

leche materna al recién nacido, el 30%, 15 de 50 responden que se debe dar hasta un año y el 22%, es decir 11 de 50 madres adolescentes responden que se debe dar leche materna hasta los dos años de edad.

La leche materna se recomienda exclusivamente durante los primeros 6 meses de la vida del niño, luego la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida

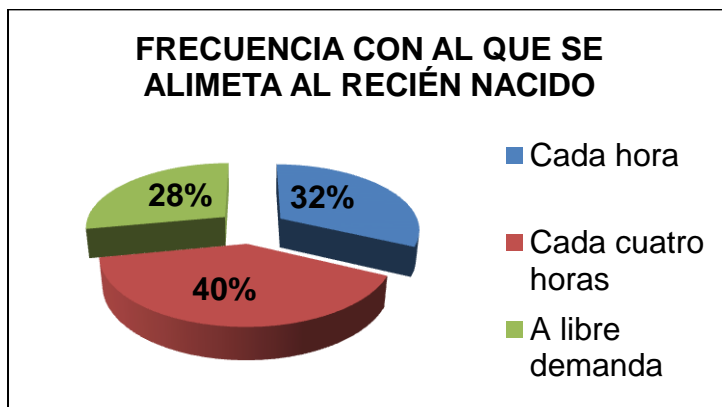


TABLA Nº 10
FRECUENCIA CON LA QUE ALIMENTAN AL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Cada hora	16	32%
Cada cuatro horas	20	40%
A libre demanda	14	28%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 10



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como podemos observar en la tabla Nº 10, el 28% solo 14 de 50 madres adolescentes encuestadas conocen que la frecuencia de alimentación de su hijo debe ser a libre demanda, es decir que se le ofrezca el pecho cuando el niño lo desee y el tiempo que lo necesite, asegurando en gran parte una nutrición, crecimiento y desarrollo adecuado del recién nacido.

El 32%, es decir 16 de 50 madres adolescentes, responden que se debe alimentar al recién nacido cada hora y el 40%, 20 de 50 madres adolescentes que es la mayoría, responde cada cuatro horas, lo cual no es lo adecuado ya que no se está alimentando al recién nacido de forma que cubra las necesidades nutricionales alterando su proceso de crecimiento y desarrollo.

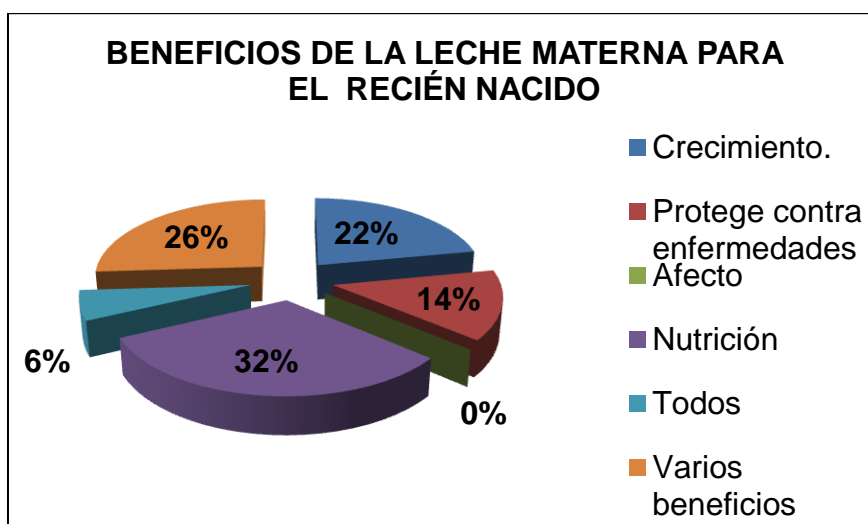
TABLA Nº 11

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA EL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Crecimiento.	11	22%
Protege contra enfermedades	7	14%
Afecto	0	0%
Nutrición	16	32%
Todos	3	6%
Varios beneficios	13	26%
TOTAL	50	100%

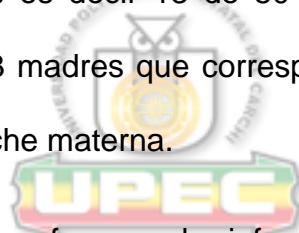
FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 11



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla N° 11, el mayor porcentaje de las madres adolescentes reconocen los beneficios de la leche materna de forma individual para el recién nacido, entre estos el crecimiento, protección contra enfermedades, y la nutrición adecuada que brinda al recién nacido, sin embargo ninguna de las madres reconoce uno de los beneficios más importantes como es el afecto. En un 36% es decir 13 de 50 madres adolescentes identifican varios beneficios y sólo 3 madres que corresponde al 6% identifican todos los beneficios que tiene la leche materna.



A pesar de las múltiples formas de información a las madres sobre la alimentación del recién nacido y los numerosos beneficios que tiene la lactancia materna, aún existe desconocimiento por su parte, aunque no en su totalidad, lo cual puede ser porque la información que se está brindando no tiene una cobertura del 100% alterando el empoderamiento de las madres sobre ésta información o tal vez porque las madres tienen información errada que ha sido transmitida por la comunidad donde se desarrollan.

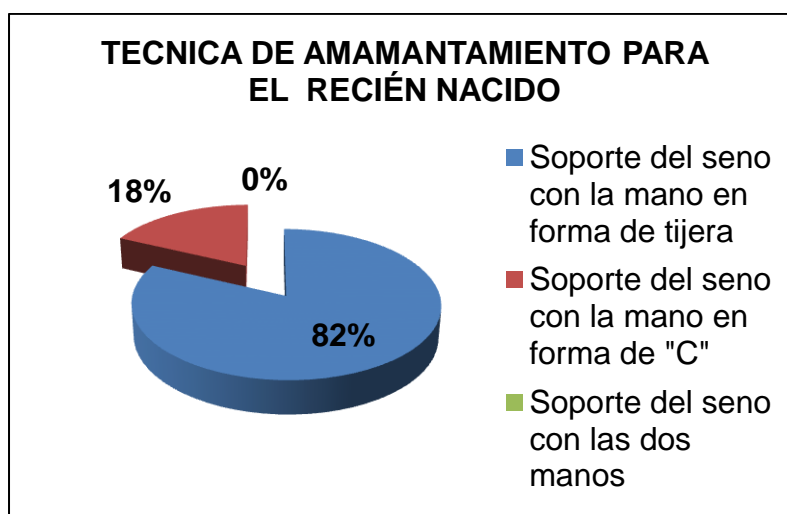
TABLA N° 12

TECNICA DE AMAMANTAMIENTO PARA EL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Soporte del seno con la mano en forma de tijera	41	82%
Soporte del seno con la mano en forma de "C"	9	18%
Soporte del seno con las dos manos	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N°12



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: En la tabla N° 12 se evidencia que el 82%, es decir 41 de 50 madres adolescentes encuestadas para amamantar al recién nacido, soportan el seno en forma de tijera, técnica errónea que las madres aún adoptan sin el debido conocimiento, éste agarre del seno produce dificultad para alimentar al recién nacido porque obstruye la salida de leche. El porcentaje restante que es sólo el 18%, 9 de 50, conocen la técnica adecuada, que es el soporte del seno en forma de “C”, pues esto ayuda a que los dedos de la madre no impida tocar los labios del niño para que él pueda coger todo el pezón y parte de la areola para una succión adecuada.

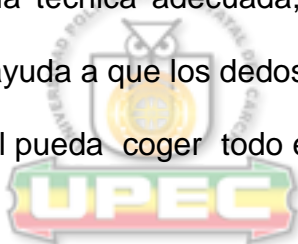


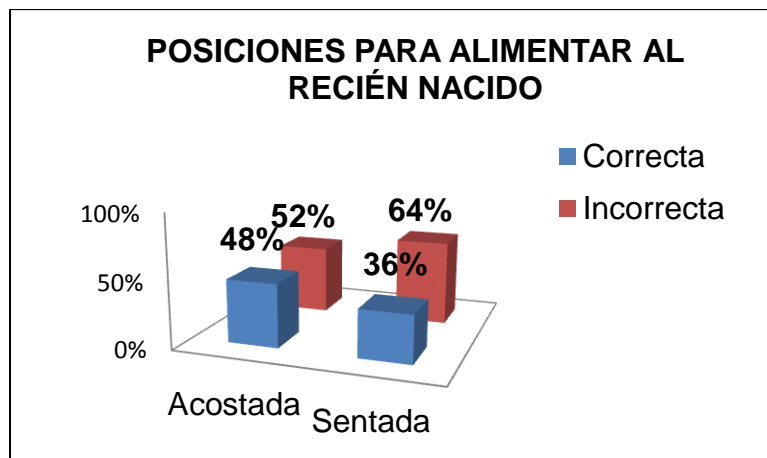
TABLA N° 13

POSICIONES PARA ALIMENTAR AL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	Frecuencia		PORCENTAJE	
	correcta	incorrecta	correcta	incorrecta
Posición acostada	24	26	48%	52%
Posición sentada	18	32	36%	64%
TOTAL	50		100%	

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 13



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: En la tabla Nº 13 se observan resultados sobre dos tipos de posiciones, en lo que se refiere a la posición acostada, el 48% es decir 24 de 50 madres adolescentes encuestadas, adoptan una posición correcta para amamantar al recién nacido, el porcentaje restante que es el 52% correspondiente a 26 de 50, desconocen la posición adecuada. En lo que se refiere a la posición sentada el 36% es decir 24 de 50 madres adolescentes adoptan una posición correcta para amamantar, y el 64% es decir 26 de 50, desconocen la posición correcta. El desconocer las posiciones adecuadas para alimentar al recién nacido, puede afectar a la madre con dolores de espalda o acumulación de leche materna aumentando el riesgo de adquirir alteraciones en el pecho de la madre como mastitis. En el recién nacido también se puede ocasionar problemas de salud al no suplir todos sus requerimientos nutricionales por verse alterada la succión y comodidad del recién nacido

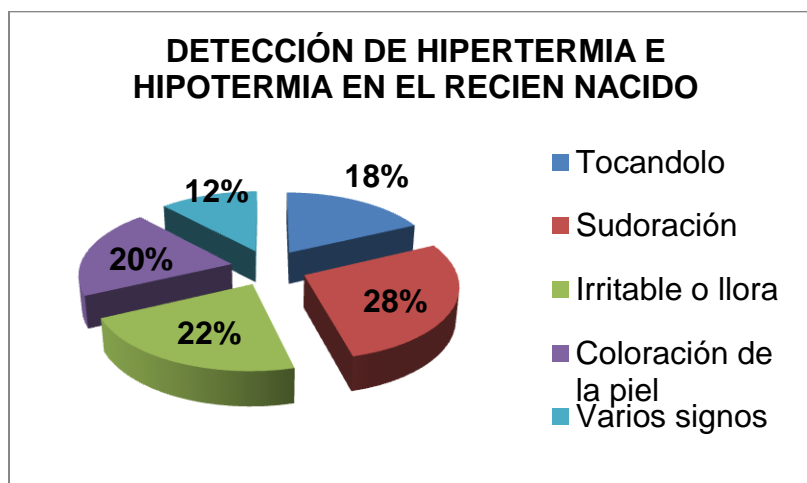
TABLA N° 14

**DETECCIÓN DE HIPERTERMIA E HIPOTERMIA EN EL RECIEN NACIDO
POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-
JUNIO-2011.**

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Tocándolo	9	18%
Sudoración	14	28%
Irritable o llora	11	22%
Coloración de la piel	10	20%
Varios signos	6	12%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como observamos en la tabla N° 14 el 28% de madres encuestadas es decir 14 de 50 reconocen el signo de sudoración como existencia de una alteración en la termorregulación del recién nacido seguido por un 22% que reconocen la irritabilidad o llanto, evidenciándose que dichas madres adolescentes determinan el estado general de su hijo mediante la detección de un solo signo que puede deberse a factores secundarios y no necesariamente a presencia de fiebre o enfriamiento. Mientras que un 12% correspondiente a 6 madres reconocen que existe un desequilibrio en la termorregulación mediante la detección de algunos de los signos expuestos en la tabla mencionada; dicho porcentaje no es significativo por lo que sería importante que la madre adolescente este en capacidad de reconocer los signos de alteración térmica que pueda indicar presencia de fiebre o enfriamiento.

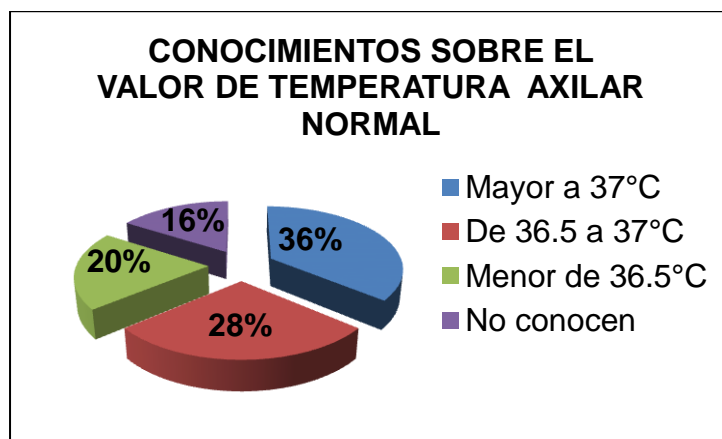
TABLA Nº 15

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VALOR DE TEMPERATURA AXILAR NORMAL EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Mayor a 37°C	18	36%
De 36.5 a 37°C	14	28%
Menor de 36.5°C	10	20%
No conocen	8	16%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 15



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla N° 15 el 36% de las madres adolescentes correspondientes a 18 de 50 piensan que la temperatura normal axilar en el recién nacido debe ser mayor a 37°C, lo cual según la revisión de la literatura nos indica presencia de fiebre; mientras que 14 madres correspondientes al 28% reconocen los valores normales de temperatura axilar que son de 36.5 a 37°C tomando en cuenta que el control de la temperatura en el recién nacido es indispensable, debido a su labilidad en la termorregulación.

Si bien el 28% de madres las adolescentes reconocen los valores normales de la temperatura axilar en el recién nacido el mayor porcentaje nos señalan cifras inadecuadas entendiéndose en los parámetros que indican fiebre o hipotermia mientras que otras mencionan que no conocen sobre el tema. El no conocer los valores normales o la importancia que tiene mantener el equilibrio térmico del recién nacido influye en su salud.

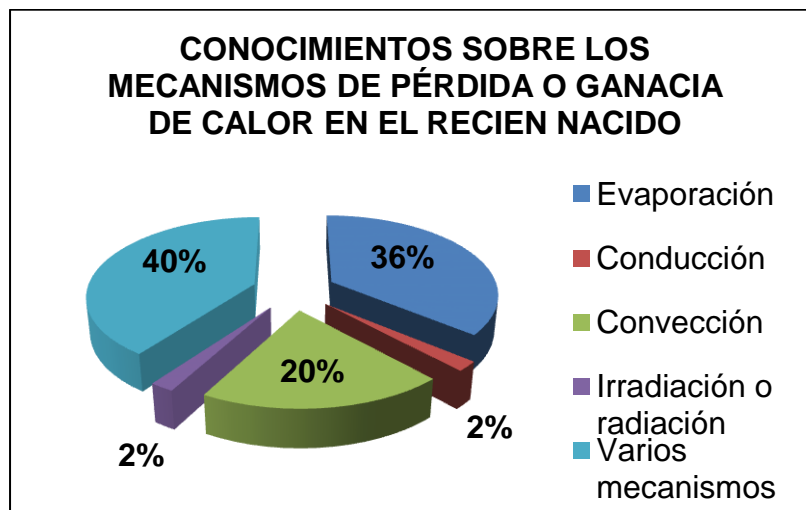
TABLA N° 16

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MECANISMOS DE PÉRDIDA O GANACIA DE CALOR EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Evaporación	18	36%
Conducción	1	2%
Convección	10	20%
Irradiación o radiación	1	2%
Varios mecanismos	20	40%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como se observa en la tabla N° 16, el 60% es decir 30 de 50 de las madres adolescentes reconocen uno de los mecanismos de pérdida o ganancia de calor en el recién nacido, distribuido de la siguiente manera, un 2% conocen los mecanismos de conducción al igual que el de irradiación, un 20% el mecanismo de convección y un 36% el de evaporación; mientras que el 40% que corresponde a 20 de 50 madres adolescentes encuestadas las cuales reconocen varios mecanismos de pérdida o ganancia de temperatura.

Si bien todas las madres conocen al menos uno de los mecanismos de pérdida o ganancia de calor, solo un 40% conoce varios mecanismos, por lo que sería importante educar a las madres adolescentes, de modo que conozcan todos los mecanismos por los cuales un recién nacido puede perder o ganar calor y así no poner en riesgo la termorregulación del recién nacido evitando que se enferme.

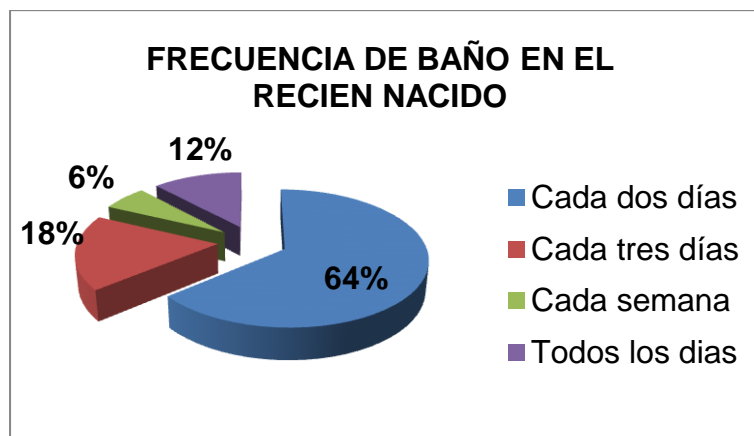
TABLA N° 17

FRECUENCIA DE BAÑO EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Cada dos días	32	64%
Cada tres días	9	18%
Cada semana	3	6%
Todos los días	6	12%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 17



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: La higiene es uno de los cuidados indispensables para mantener una salud óptima en el recién nacido. En la tabla N° 17 correspondiente a la frecuencia en el baño del recién nacido se observa que el 64% es decir 32 madres adolescentes manifiestan que bañan al recién nacido cada dos días, un 18% cada tres días y alarmantemente un 6% piensa que se debe bañar a su hijo cada semana principalmente por miedo en la manipulación del recién nacido en el baño; solo 12% reconocen que el baño del recién nacido debe realizarse diariamente. Nos encontramos con un porcentaje pequeño que reconoce el baño del recién nacido a diario, como una actividad estimulante del sistema circulatorio, de los sentidos, del desarrollo psicomotor, que mantiene su limpieza, confort y principalmente una forma de fortalecer el vínculo madre e hijo, con ello garantizando el cumplimiento de esta necesidad básica que tiene como ser humano. A más de conocer la importancia del baño en el recién nacido las madres adolescentes deben conocer las precauciones durante el baño como la temperatura del agua, jabón a usar o ahogamiento por descuido de las madres.

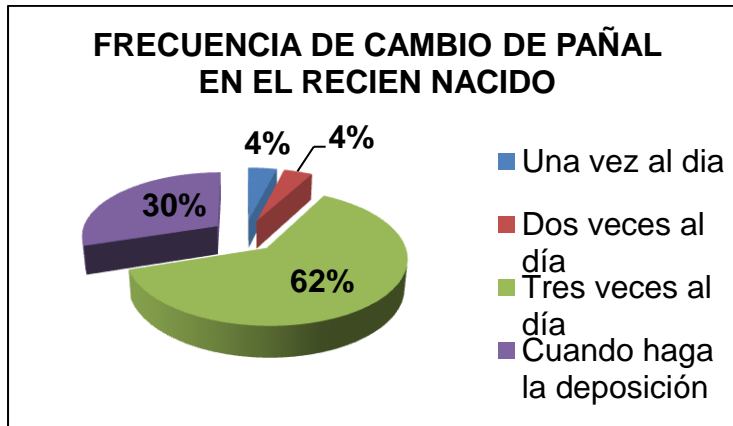
TABLA N° 18

FRECUENCIA DE CAMBIO DE PAÑAL EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Una vez al día	2	4%
Dos veces al día	2	4%
Tres veces al día	31	62%
Cuando haga la deposición	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como podemos observar en la tabla N° 18, que se refiere a la frecuencia de cambio de pañal en el recién nacido como una actividad fundamental en la higiene, ya que se realiza varias veces al día y tiene alto riesgo de alterar la salud y comodidad del recién nacido si no se tiene los

conocimientos adecuados. El cambio de pañal se debe hacer cada vez que el niño orine o haga la deposición, ya que la exposición prolongada es el factor de riesgo principal para generar dermatitis de pañal, uno de los problemas más frecuentes en los recién nacidos. De acuerdo a resultados en las encuestas realizadas, existe una situación alarmante, por falta de conocimientos de las madres, solo el 30% es decir 15 de 50 madres que hacen parte de este estudio conocen la frecuencia de cambio de pañal en el recién nacido, seguido de un 62% que realizan el cambio de pañal tres veces al día, mientras que un 4% lo realizan una o dos veces al día. La situación que se presenta con el cambio de pañal del recién nacido es una problemática ya que no solo aumenta el riesgo de dermatitis en el pañal, sino otras infecciones como la urinaria en los genitales o infección del muñón umbilical.

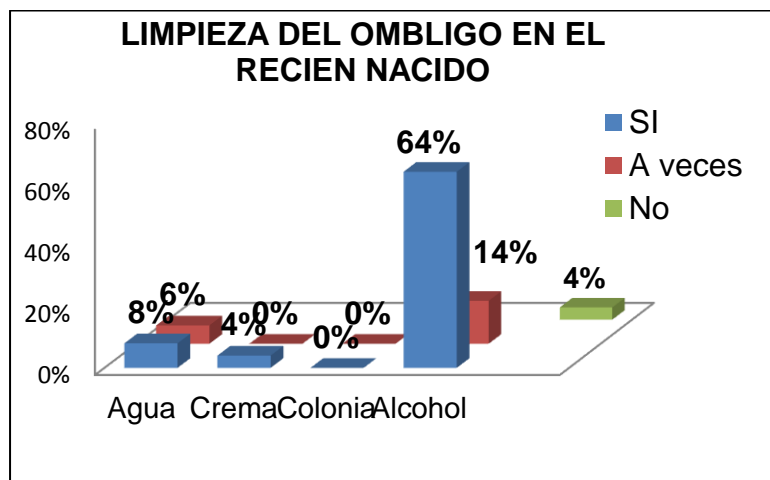
TABLA N° 19

LIMPIEZA DEL OMBLIGO CON EL CAMBIO DE PAÑAL EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011.

INDICADORES	Frecuencia					PORCENTAJE
	Agua	Crema	Colonia	Alcohol	TOTAL	
SI	4	2	0	32	38	76%
A veces	3	0	0	7	10	20%
No	2				2	4%
TOTAL	50					100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 19



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: La limpieza del ombligo es fundamental para evitar infecciones como la onfalitis, como podemos observar en la tabla N° 19, 38 de 50 madres adolescentes refieren que si realizan la limpieza del ombligo en cada cambio de pañal, 10 de 50 madres lo realizan a veces y solo 2 madres adolescentes no lo realizan. De las cuales el 64% correspondiente a 32 de 50 madres adolescentes, afirman realizar la limpieza del ombligo en cada cambio de pañal, un 14% lo realizan a veces, para lo cual utilizan alcohol; ninguna madre realiza la limpieza con colonia; un 4% realiza la limpieza del ombligo, usando crema, mientras que un 8% lo realiza en cada cambio de pañal y un 6% manifiesta realizarlo a veces, usando agua para dicho procedimiento.

Es importante mencionar que el mayor porcentaje de madres adolescentes si realizan la limpieza del ombligo sea en cada cambio de pañal o en ocasiones y esta limpieza se realiza con alcohol, en menor número lo realiza con agua y un

mínimo número con crema, si bien el mayor porcentaje de madres adolescentes realizan la limpieza con alcohol como ya lo mencionamos anteriormente se debe a que el personal de enfermería lo realiza durante su estancia hospitalaria, tomando como referencia para el hogar, sin embargo se debe reforzar este cuidado para lograr una meta del 100% que reconozca este cuidado como hábito hasta la caída del cordón umbilical y así prevenir complicaciones del mismo.



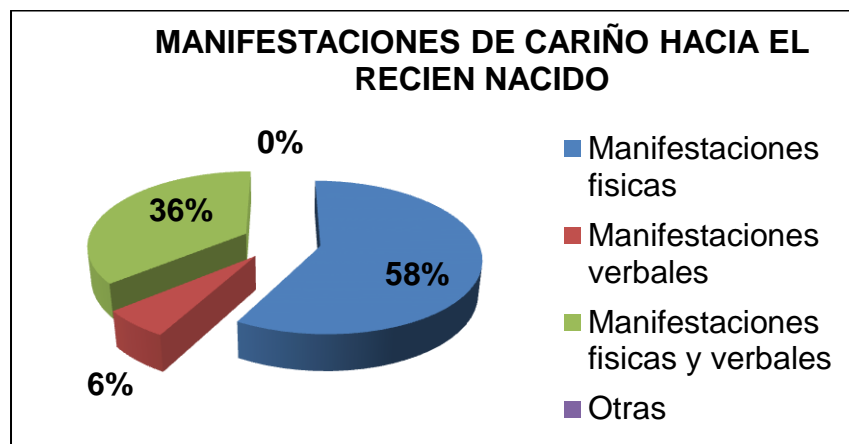
TABLA Nº 20

MANIFESTACIONES DE CARIÑO HACIA EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Manifestaciones físicas	29	58%
Manifestaciones verbales	3	6%
Manifestaciones físicas y verbales	18	36%
Otras	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 20



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: La expresión de afecto por parte de la madre hacia el recién nacido es uno de los cuidados relacionados directamente con la satisfacción de las necesidades de amor, pertenencia y estima que presenta Maslow. A partir de esto el recién nacido y su madre generan vínculos afectivos que proporcionan seguridad y confianza entre ellos, y aporta en gran medida a un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido, ya que la madre adolescente muestra interés continuo por el bienestar de su hijo y realiza todos los cuidados necesarios con amor, fundamentalmente en la generación de vínculos y en la adopción del rol maternal. Según se observa en la tabla N° 20, 29 de 50 madres adolescentes correspondientes al 58%, demuestran manifestaciones físicas al recién nacido, el 36% corresponden a madres adolescentes que demuestran el cariño a su hijo con manifestaciones físicas y verbales y un 6% solo manifestaciones verbales; es importante que las madres adolescentes

reconozcan la importancia de las demostraciones de afecto sean tanto físicas como verbales, cabe resaltar que las madres adolescentes se encuentran frente a un nuevo rol en el que pueden existir sentimientos de frustración y miedo, pero estos sentimientos pueden ser trabajados desde diversas formas de expresión al recién nacido generando un vínculo entre la madre y su hijo.



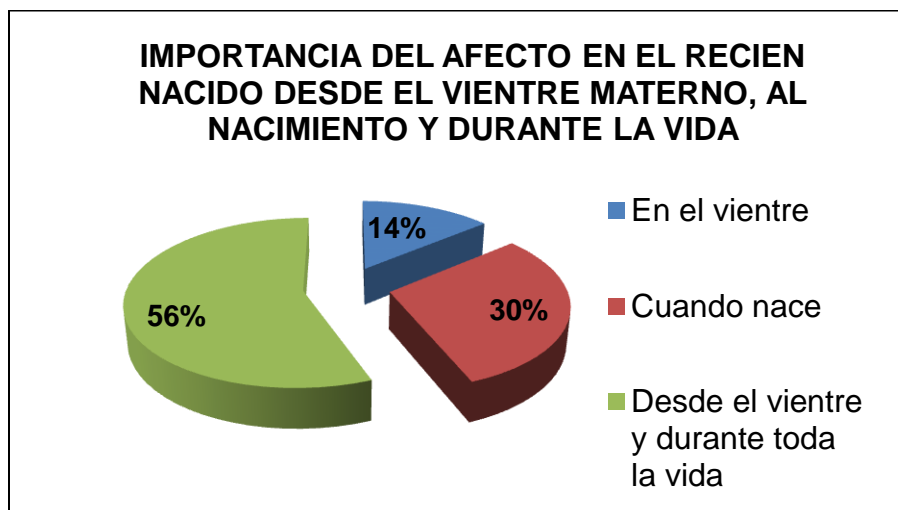
TABLA Nº 21

IMPORTANCIA DEL AFECTO EN EL RECIÉN NACIDO DESDE EL VIENTRE MATERNO, AL NACIMIENTO Y DURANTE LA VIDA POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011

INDICADORES	f	PORCENTAJE
En el vientre	7	14%
Cuando nace	15	30%
Desde el vientre y durante toda la vida	28	56%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 21



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: El afecto hacia el recién nacido es fundamental para la creación y fortalecimiento del vínculo madre e hijo, el cual inicia desde la gestación y debe permanecer durante toda la vida, de forma que cada actividad que se realice con el recién nacido debe ser con amor como forma de expresarle afecto para favorecer, estimular el crecimiento y desarrollo; satisfaciendo siempre necesidades físicas y emocionales del recién nacido. Como observamos en la tabla N° 21, el 56% de madres adolescentes correspondientes a 28 de 50 madres encuestadas piensan que la demostración de afecto es importante desde el vientre y durante toda la vida, un 30% en el momento que nace y un 14% restante durante el vientre. Si bien el mayor porcentaje reconoce la importancia del afecto hacia el recién nacido desde la gestación y durante toda la vida, existe un significativo porcentaje que no la conoce por lo que debemos

concientizar a las madres adolescentes y sus parejas sobre la paternidad responsable, que generen bienestar y salud mental, física y emocional del recién nacido.

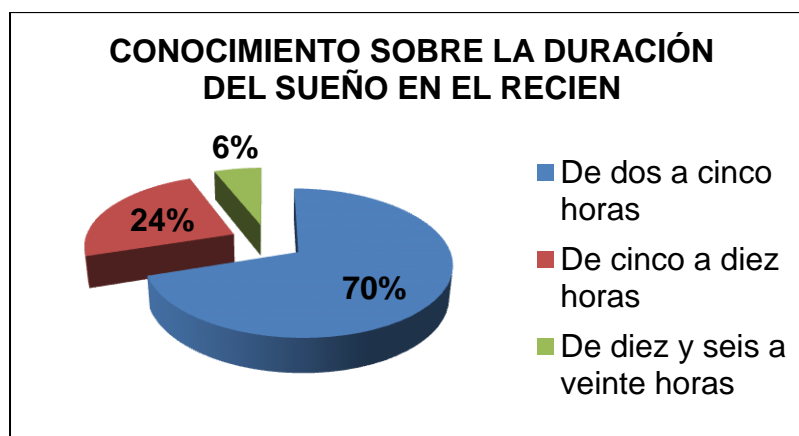
TABLA Nº 22

CONOCIMIENTO SOBRE LA DURACIÓN DEL SUEÑO EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011

INDICADORES	f	PORCENTAJE
De dos a cinco horas	35	70%
De cinco a diez horas	12	24%
De diez y seis a veinte horas	3	6%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 22



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Por lo general los recién nacidos duermen la mayor parte del día y se despiertan para comer o cuando se sienten cansados o incómodos, necesitando diez y seis a veinte horas de sueño diarias. Como se puede observar en la tabla N° 22, el 70% de las madres encuestadas correspondiente a 35 de 50 piensan que el sueño del recién nacido debe durar de dos a cinco horas, un 24% de cinco a diez horas y solo un 6% correspondiente a 3 madres reconocen que debe dormir en promedio de diez y seis a veinte horas, es importante mencionar que el mayor porcentaje desconoce sobre las horas adecuadas de sueño en el recién nacido por lo que se debe enseñar la importancia del sueño en sus hijos.

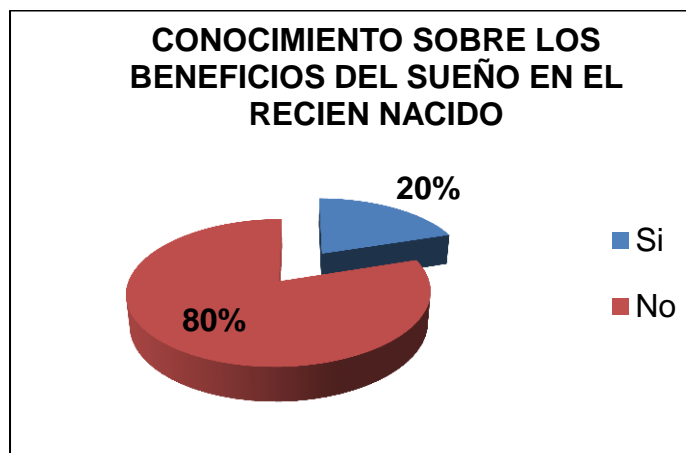
TABLA N° 23

CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DEL SUEÑO EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011

INDICADORES	F	PORCENTAJE
Si	10	20%
No	40	80%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 23



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Según la tabla N° 23 el 80% de madres encuestadas es decir 40 de 50 conocen los beneficios del sueño en el recién nacido mientras que un 20% restante correspondiente a 10 de 40 madres dicen no conocer los beneficios del sueño del recién nacido, tomando en cuenta que estos permitirán retomar la energía perdida, liberar la hormona del crecimiento, fijar su aprendizaje y madurar su sistema nervioso; por lo que es importante concientizar a este pequeño porcentaje sobre la importancia del sueño como y sus beneficios.

TABLA N° 24

CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Si	16	32%
No	34	68%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO N° 24



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLGD
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: La madre adolescente debe tener un adecuado conocimiento ligado al sentido común sobre signos o síntomas que puede presentar el recién nacido, según la tabla N° 24 el 32%, es decir 16 de 50 reconocen algunos

signos de alarma en el recién nacido mientras que un 68% manifiestan no conocerlos, cifra alarmante ya que es la madre quien está en contacto íntimo con su hijo y a partir de dicha identificación de los signos de alarma asistir a un establecimiento de salud para darle el tratamiento que requiera el recién nacido y evitar posibles complicaciones.

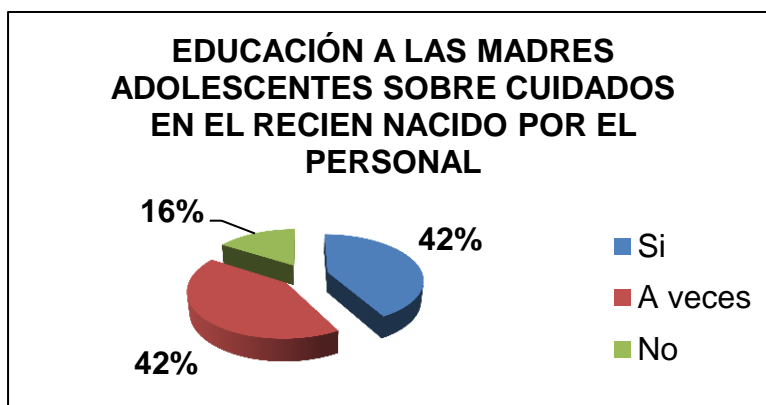
TABLA Nº 25

EDUCACIÓN A LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS EN EL RECIEN NACIDO POR PARTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA EN LOS MESES DE MAYO-JUNIO-2011

INDICADORES	F	PORCENTAJE
Si	21	42%
A veces	21	42%
No	8	16%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLG
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

GRÁFICO Nº 25



FUENTE: Encuestas realizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del HLG
ELABORADO POR: Alejandra Cárdenas, Gisela Castro; IRE/UPEC 2010-2011

ANÁLISIS: Como observamos en la tabla N° 25 que se refiere a la educación a las madres adolescentes sobre cuidados en el recién nacido por parte del personal del servicio de neonatología del Hospital Luis G. Dávila podemos concluir que un 42% correspondiente a 21 madres adolescentes de 50 manifiesta que ha recibido educación por parte del personal de salud, otro 42% en ocasiones y un 16% correspondiente a manifiestan que no han recibido dicha educación; por lo que es importante mantener la educación dirigida a este grupo en continuidad de forma que las madres sean dadas de alta con los conocimientos básicos del recién nacido y así procurar el bienestar del recién nacido tanto físico y mental en sus hogares.

4.2. PLAN DE INTERVENCIÓN

4.2.1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de instituciones y organismos de atención primaria en salud actualmente están trabajando en el Programa de Atención Integral a Adolescentes que los reconoce como sujetos de derechos y protagonistas de su propio desarrollo y busca garantizar el derecho a la salud integral con enfoques de género, generacional e intercultural, a través de la implementación y/o fortalecimiento de los servicios de salud, en aplicación en los marcos jurídicos nacionales.

Sin embargo no existe un programa de educación dirigido a las madres adolescentes sobre los cuidados que deben darse al recién nacido, que aseguren la salud del mismo promoviendo la participación de la pareja y de la familia.

4.2.2. OBJETIVOS

4.2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de intervención estratégico en salud para contribuir a la concientización de las madres adolescentes sobre la importancia de los cuidados del recién nacido a fin de brindarle bienestar y calidad de vida.

4.2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar al personal que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila sobre la importancia de la educación dirigida a las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido.
- Establecer un trato diferenciado a las madres adolescentes por parte del personal de salud del Hospital Luis Gabriel Dávila desde su llegada por emergencia o consulta externa, durante el proceso de parto y hasta su salida del Hospital para luego darse continuación en los niveles de atención primaria.

PLAN DE INTERVENCIÓN ESTRATÉGICO

PROBLEMAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA	OBSERVACIONES
<p>Desconocimiento por parte de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos del recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una guía educativa sobre los cuidados del recién nacido. • Diseño e implementación de un plan capacitación dirigido al personal que labora en el servicio de neonatología en coordinación con el servicio de Gineco-obstetricia sobre la guía elaborada. • Educación a las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido. • Realización de una gigantografía sobre los cuidados del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cárdenas Alejandra - Castro Gisela 	<p>Del 1 al 30 de septiembre del año 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La guía educativa sobre los cuidados del recién nacido se entregara una original al servicio de Gineco-obstetricia y al servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila y 20 copias de la misma, para ser distribuidas a las madres adolescentes que acudan a este servicio. • La capacitación se dará al personal de neonatología en coordinación con la líder del servicio de Gineco-obstetricia, para brindar charlas educativas y entrega de guías, dirigidas a las madres adolescentes sobre los cuidados del recién nacido. • La gigantografía sobre los principales cuidados del recién nacido será exhibida en el área de adolescentes del servicio de Ginecología-obstetricia.

<p>Falta de una metodología establecida en la educación sobre los cuidados del recién nacido hacia las madres adolescentes por parte del personal de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> La metodología a implementarse por parte del personal de enfermería debería ser descriptiva explicativa que afiance los cuidados del recién nacido de manera que las madres adolescentes comprendan y despejen sus dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cárdenas Alejandra Castro Gisela 	<p>1 al 30 de septiembre del año 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> El personal de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila deberá unificar conocimientos y mediante el uso de la metodología descriptiva explicativa, basándose en la guía educativa sobre los cuidados del recién nacido, educar a las madres adolescentes y familia
<p>Bajo nivel de vinculación de la pareja y familia en el cuidado del recién nacido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al personal de neonatología en coordinación con el servicio de Gineco-obstetricia sobre la importancia de la inclusión de la pareja y familia en los talleres y charlas sobre los cuidados del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> Cárdenas Alejandra Castro Gisela 		<ul style="list-style-type: none"> Los talleres y charlas sobre los cuidados del recién nacido deberán ser impartidas en el servicio de Gineco-obstetricia dirigida a las madres adolescentes, pareja y familia por parte del personal que labora en dichos servicios con el apoyo de los interno/as de enfermería.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En la presente investigación se comprobó la hipótesis y en base a esta, podemos concluir que el nivel de conocimientos que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia no es el óptimo para brindar los cuidados en el recién nacido, puesto que las madres adolescentes tienen conocimientos empíricos sobre las necesidades básicas del recién nacido como: la alimentación, termorregulación, afecto, sueño, higiene y signos de alarma; siendo así indispensable la educación hacia este grupo de madres, por parte del personal de enfermería del servicio de neonatología.
- Mediante los datos obtenidos del libro registro de actividades que se realizan al recién nacido de alojamiento conjunto del servicio de neonatología, identificamos que un 55,06% de las madres adolescentes que ingresaron al servicio de ginecología, en los meses de enero a junio no tienen un buen manejo materno sumándose a esto la observación directa que realizamos concluyendo que un gran porcentaje de estas madres no manejan adecuadamente a su hijo principalmente en la alimentación. Si bien reconocen la importancia de la leche materna, no conocen la técnica y las posiciones adecuadas de amamantamiento, con lo cual ocasionan efectos

nocivos en el recién nacido como: hipoglicemias, asfixia por aspiración, bajo peso y en la madre produciendo: grietas en el pezón, mastitis entre otras.

- Tomando en cuenta que las madres adolescentes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis G. Dávila no conocen adecuadamente los cuidados básicos del recién nacido como ya lo mencionamos anteriormente, elaboramos una guía informativa sobre los cuidados del recién nacido, la cual permitirá unificar criterios de educación por parte del personal de enfermería y servirá como instrumento de educación para la madre adolescente en su hogar, la misma que podrá ser modificada y reproducida por el personal del servicio de neonatología si creyera conveniente.
- La información contenida en la guía informativa sobre los cuidados del recién nacido previamente fue validada por criterios del personal de salud relacionada con el servicio de neonatología, para posteriormente su elaboración y socialización hacia el personal médico y de enfermería que labora en los servicios involucrados, además se hizo la entrega de una Gigantografía sobre los cuidados del recién nacido como un apoyo educativo a las madres adolescentes que se exhibe en el servicio de Gineco-obstetricia.

5.2. RECOMENDACIONES

- Establecer una coordinación entre los niveles de referencia y contra referencia que permitan realizar un seguimiento a la madre adolescente en el hogar dependiendo del área de influencia de las unidades operativas primarias para de esta forma asegurar la salud materna y neonatal, tomando en cuenta al individuo como un ser biopsicosocial.
- Sugerir a las madres adolescentes sobre la importancia de informarse acerca de los cuidados básicos del recién nacido, lo que permitirá que se genere bienestar tanto para el recién nacido como para la madre.
- Implementar un programa educativo dirigido a las madres adolescentes que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, la estructura y ejecución de este programa debe estar dirigida por el personal de enfermería del servicio de neonatología conjuntamente con el servicio de Gineco-obstetricia; además tomando en cuenta la participación de estudiantes de enfermería que realizan las pasantías en dichos servicios.
- La capacitación en los cuidados básicos del neonato debe ser también dirigida al padre, quien al igual que la madre debe asumir el rol de cuidado de su hijo, esto podría ser mediante talleres abiertos dictados por los estudiantes de enfermería.

- Fortalecer el apoyo psicológico mediante talleres dirigidos específicamente a este grupo de madres adolescentes, procurando la vinculación de su pareja o padres de los mismos.
- Darle continuidad a la guía de información acerca del cuidado del neonato que se aporta con esta investigación, para lo cual recomendamos la actualización permanente de dicha guía por parte de los internos de enfermería.
- Establecer grupos de apoyo de madres adolescentes, dependiendo el sector de influencia a fin de socializar experiencias y dudas sobre el rol de la maternidad.

CAPÍTULO VI

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

6.1. BIBLIOGRAFÍA

1. Posso, Y. (2009). *Metodología para el trabajo de grado*, Ibarra. NINA.
2. Segovia, G. y Velazco, M. (2010). *Metodología de la investigación*, Quito.
3. Ministerio de salud Pública de Chile y El fondo de naciones unidas para la infancia, (2010). *Manual de lactancia materna*, Chile. SILADE.
4. Ministerio de salud pública del Ecuador, Dirección nacional de fomento y protección de la salud, División nacional de salud materno infantil y Programa nacional de lactancia materna, (1993). *Manual de fomento y promoción de la lactancia materna*, Quito.
5. Losarte, J. y Lozano, J. (2009), *Manual de lactancia materna*, España. Médica panamericana española.
6. Hollye, L. (2000). *Duerme, bebé y deja descansar a tus padres. (3). pp. 88.*
7. Sociedad iberoamericana de neonatología. (2010). *Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido*. España. IBM.
8. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2008). *Componente normativo neonatal*, Quito. ISBN.

9. Laspina, C. y Ordoñez, I. (2008). *Manual de Capacitación AIEPI - Ministerio de Salud Pública-Dirección de promoción y atención integral de la salud*. Quito. CAATS.
10. Tamez, R. Pantoja, M. (2008). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal*. Buenos Aires. ISBN.
11. Organización Panamericana de la salud. (2007). *Manual de Atención Pediátrica Hospitalaria*. Washington. ISBN.
12. Peguero, G. (2002). *Alimentación del recién nacido pretérmino*. España. ILCDA.
13. Parlato, M. (2000). *Manual de lactancia materna*. Honduras, INCAP.
14. Almeida, E. y Castro, R. (2006). *Manual de enfermería básica*. España. ISBN.

6.2. LINKOGRAFÍA

1. Alvarez, X. y Vidal, A. (2011). *Embarazo hoy* en <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf>
2. Zobeida, B. (2008). *El embarazo hoy* en <http://www.ourbodiesourselves.org/uploads/pdf/elempar.pdf>
3. Rivera, S. (2003). *Embarazo en adolescentes hoy* en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
4. Rivero, M. (2008). *Cambios fisiológicos y anatómicos del embarazo hoy* en <http://www.aspame.net/charlas/cambiosdelemparazo.pdf>

5. Santamaría, S. (2011). *El embarazo hoy en*
<http://www.monografias.com/trabajos13/elembaraz/elembaraz.shtml>
6. La adolescencia. (2011). *Adolescencia hoy en*
<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
7. Weissmann, P. (2011). *Adolescencia hoy en*
<http://www.rioei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>
8. Beltrán, L. (2006). *Embarazo en adolescentes hoy en*
<http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
9. Zambrano, A. (2011). *Técnicas de lactancia materna hoy en*
http://www.encolombia.com/lactancia_tecnicas25.htm
10. El recién nacido, (2011). *Higiene del recién nacido y lactante hoy en*
<http://www.partosmultiples.net/pediatrica/higiene.htm>
11. Hospital Costa del Sol. (2007). *Baño del recién nacido hoy en*
http://www.saludinnova.com/site_media/practices/Protocolo_bao_del_bebe.pdf
12. Aguayo, J. y Maldonado, P. (2000). *Lactancia materna hoy en*
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>
13. The Ohio State University Medical Center. (2011). *Consejos para evitar accidentes en el recién nacido hoy en*
<http://medicalcenter.osu.edu/patiented/materials/html>
14. University Medical Center. (2011). *Erupción del pañal en el recién nacido hoy en*
<http://www.rush.edu/spanish/speds/newborn/diprrash.html>

15. Riales, A. (2011). *El sueño del recién nacido hoy* en <http://www.casadellibro.com/libro-duerme-bebe/html>
16. Hernán, L. (2011). *Termorregulación en el recién nacido hoy* en <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/html>
17. Martínez, J. (2011). *Problemas en la lactancia materna en la madre hoy* en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/html>
18. Valdés, V. (2011). *Técnicas de lactancia materna para el recién nacido hoy* en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/html>
19. Fundación Eroski. (2011). *Cómo poner el bebé al pecho hoy* en <http://bebe.consumer.es/la-lactancia/como-poner-el-bebe-al-pecho>
20. Segovia, F. (2011). *La salud en el recién nacido hoy* en <http://www.saluddealtura.com/?id0htm>.
21. Gonzáles, J. (2010). *Pediatría hoy* en <http://www.monografias.com/trabajos10/pedi/pedi.shtml>.
22. Valencia, A. (2010). *La piel del recién nacido y cómo cuidarla hoy* en <http://www.mipediatra.com/infantil/piel-recien-nacido.htm>
23. En mamíferos. (2011). *Cordón umbilical hoy* en http://es.wikipedia.org/wiki/Cord%C3%B3n_umbilical.
24. El pediatra. (2008). *Higiene en el bebé hoy* en <http://www.pediatraldia.cl/higienern.htm>.
25. Rovati, L. (2009). *Cuidados del recién nacido: el cordón umbilical hoy* en <http://www.bebesymas.com/recien-nacido/html>.

26. El afecto. (2011). *La importancia del afecto en recién nacido* hoy en <http://www.proyectosfindecarrera.com/definicion/Afecto.htm>
27. Mora, C. (2010). *La importancia de saber cultivar el afecto* hoy en <http://desarrollo-personal-dinamico.lacoctelera.net/post/html>
28. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2005). *Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido* hoy en <http://www.gapllano.es/consejos/html>
29. La pubertad. (2011). *Pubertad* hoy en http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia_inicial.
30. Ulibarrie, M. (2011). *Situación de la adolescencia y la maternidad* hoy en <http://www.monografias.com/trabajos12/adoma/adoma.shtml>.
31. La maternidad. (2011). *Embarazo adolescente* hoy en <http://www.crecerjuntos.com.ar/embaradolescente.htm>:
32. Ubevista, N. (2011). *Riesgo de embarazo precoz* hoy en <http://embarazoprecz.nireblog.com/post/2008/07/31/html>
33. Fundación Eroski. (2011). *Fundamentos de la lactancia materna* hoy en <http://bebe.consumer.es/la-lactancia/fundamentos-de-la-lactancia-materna>
34. Benavides, L. (2011). *Cuidados en el recién nacido* hoy en <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>.
35. Miñana, V. (2011). *Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante* hoy en <http://www.sepeap.org/imagenes/html>
36. La dermatitis. (2011). *Dermatitis del pañal* hoy en <http://www.botanical-online.com/dermatitisdelpañal.htm>

37. El sueño, (2011). *Sueño hoy* en <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>
38. Cadena, R. (2007). *El sueño es importante para el bebé hoy* en <http://www.webdebebes.com/categoria.asp?idcat=215>.
39. Verzosi, Y. (2011). *Cuánto tiempo debe dormir el bebé hoy* en http://www.babysitio.com/bebe/sueno_cuanto.php
40. La estimulación. (2011). *Estimulación temprana hoy* en <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-esti-p-01.htm>.
41. Cuando un. (2011). *Enfermedades en el recién nacido hoy* en <http://www.bebesychupetes.com/intervencion-de-la-familia-en-el-desarrollo-emocional.html>
42. Rivera, S. (2011). *El afecto que tus hijos necesitan hoy* en <http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0154.pdf>
43. Romero, A. (2010). *Afectividad para el desarrollo infantil hoy* en <http://aurora-del-prado-romero.suite101.net/afectividad-para-el-desarrollo-infantil/html>
44. Blasina, F. (2005). *Sintomatología de alarma en el recién nacido hoy* en <http://enelebarazo.com/articulos/articulo.shtml>
45. Vargas, G. (2008). *Manual de Planificación de Cuidados en Neonatología hoy* en <http://www.onu.org.pe/upload/documentosMINSAGuia-Atencion/html>
46. Universidad Católica de Chile. (2011). *Semiología cardíaca en el lactante hoy* en <http://escuela.med.puc.cl/publ/CardioLactante/cianosis.html>.
47. Barreda, P. (2011), *El llanto de los niños hoy* en <http://www.pediatraldia.cl/01PBFULL/llantoninos.htm>

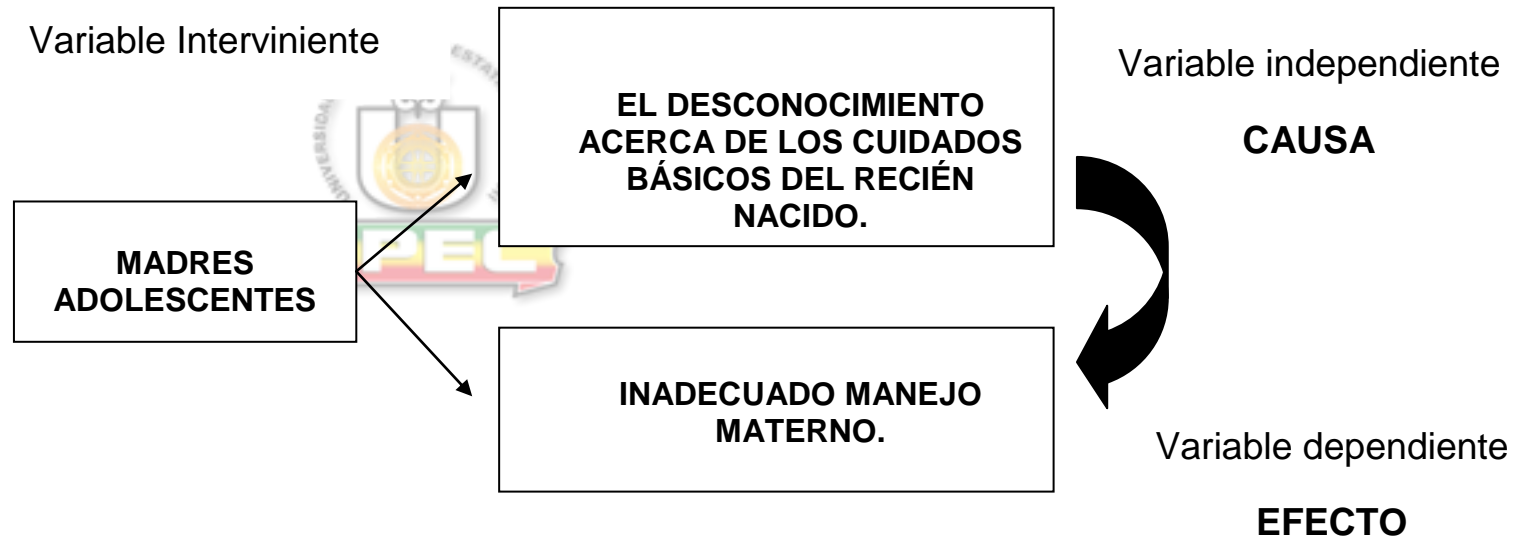
48. El vernix. (2011). *Vernix caseoso hoy en*
http://www.es.wikipedia.org/wiki/Vernix_caseoso
49. Instituto nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Investigaciones estadísticas hoy en* redatam@inec.gov.ec
50. Diccionario enciclopédico de enfermería. (2011). *Búsqueda de palabras para glosario hoy en* http://biblioteca.universia.net/html_bura/html



CAPITULO VII

7. ANEXOS

7.1. ANEXO Nº1. ASOCIACIÓN EMPIRICA DE VARIABLES.



7.2. ANEXO Nº 2. CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ENCUESTA SOBRE CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO

Lea las siguientes preguntas y conteste con una X de acuerdo a su criterio.

Edad: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____ Instrucción: _____

1. ¿Usted ha recibido apoyo de su familia o pareja?

SI NO:
 Si su respuesta fue si especifique: Su pareja Su familia

2. ¿Usted antes del embarazo ha cuidado alguna vez a un recién nacido?

SI NO:

3. ¿Cómo se siente con la llegada de su hijo?

Feliz Triste Preocupada

4. ¿Cómo alimenta a su bebe?

Leche de vaca Coladas Yogurt

Leche materna Fórmula

¿Hasta qué edad se debe dar sólo leche materna a su hijo?

Hasta 1 año Hasta los 6 meses Hasta los 2 años

5. ¿Con que frecuencia alimenta a su hijo?

Cada hora Cada cuatro horas A libre demanda

6. ¿Qué beneficios tiene la leche materna en el recién nacido?

Crecimiento e inteligencia. Protege contra enfermedades
 Afecto Nutrición

7. ¿Con que técnica amamanta a su hijo?

Soporte el seno con la mano en forma de tijera colocando el dedo medio por debajo y el índice por encima del pezón

Soporte el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola.

Soporte el seno ayudándose de las dos manos con todos los dedos

8. ¿Cuál piensa que es la posición correcta para alimentar a su hijo?

Acostada:

- La madre debe acostarse de lado, apoyando la cabeza y la espalda en almohadas. El bebé se coloca frente a ella, también de lado, de modo que puedan mantener contacto visual.
- La madre debe acostarse de lado e inclinarse hacia él bebe, que él bebe este boca arriba procurando la comodidad del bebe.

Sentada:

- Sentada en una silla, con la espalda bien apoyada, la madre sujeta las nalgas con la mano y coloca la cabeza del bebe a la altura del codo, cuidando que el cuerpo del bebé este vuelto hacia ella y no mirando hacia arriba.

- Sentada en una silla, la madre sujeta al bebe por su espalda, la cabeza del bebe mira hacia arriba de modo que pueda mantener contacto visual, apoyando al bebe en las piernas de la madre para mayor comodidad.

9. ¿Cómo se da cuenta que su hijo tiene fiebre o está demasiado frio?

Tocándolo

Irritable o llora

Sudoración

Coloración de la piel

10. ¿Cuál cree usted que es la temperatura axilar de un recién nacido?

Mayor a 37 °C

De 36.5 a 37 °C

Menor de 36.5° C

11. ¿De las siguientes formas, escoja por cuales pierde calor un bebe?

Cuando esta mojado y el agua que está en el cuerpo se evapora

Cuando hay contacto directo de la piel con una superficie fría

Cuando él bebe se encuentra en un ambiente frio

Cuando el cuerpo del bebe está situado a distancia de una superficie fría

12. ¿Con qué frecuencia baña a su hijo?

Cada 2 días.

Cada 3 días.

Cada semana

Todos los días.

13. ¿Cada cuánto cambia de pañal a su niño?

Tres veces al día Una vez al día Dos veces al día

Cada vez que el niño orine o haga la deposición.

14. ¿Usted realiza la limpieza del ombligo en cada cambio de pañal?

SI A veces NO

Si su respuesta fue si o a veces especifique con que la realiza:

Colonia

Crema

Colonia

Agua

15. ¿Qué demostraciones de afecto da a su hijo?

Caricias, besos, abrazos. Al cantarle, hablarle, etc.

Ninguna Otras

Especifique_____

16. ¿Cree usted que es importante las demostraciones de afecto a su hijo?

Desde el vientre materno

Cuando nace y durante toda la vida

Desde el vientre materno y durante toda la vida

17. ¿Cuántas horas piensa que debe dormir un recién nacido?

De 2 a 5 horas

De 5 a 10 horas

De 16 a 20 horas

18. ¿Conoce usted los beneficios del sueño en el recién nacido?

SI NO

Si su respuesta fue si indique cuales son:_____

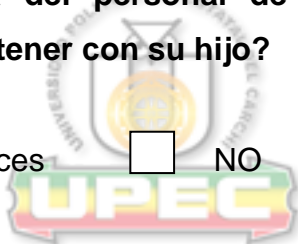
19. ¿Conoce usted cuáles son los signos que ponen en riesgo la salud de su hijo?

SI NO

Si su respuesta fue si indique tres que considere los más importantes

20. ¿Ha recibido ayuda del personal de enfermería en cuanto a los cuidados que debe tener con su hijo?

SI A veces NO



¡Gracias por su colaboración!

7.3. ANEXO N° 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
FACULTA DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Sr. Doctor.

Hernán Yépez Cabrera

DIRECTOR DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA

Presente:

De nuestras consideraciones.



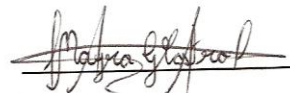
Luego de un cordial saludo por parte de las internas de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, solicitamos a usted se nos autorice obtener información para realizar un estudio de investigación sobre “Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011”, requisito previo para obtener el título de Licenciada/o en Enfermería.

Por la atención que se digne al presente, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Cárdenas Alejandra.



Castro Gisela

**7.4. ANEXO N° 4. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL DIRIGIDO AL
HOSPITAL LUIS G. DÁVILA.**

Tulcán 17 de Junio del 2011

DOCTOR:
HERNÁN YEPEZ CABRERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA

PRESENTE:

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial y atento saludo deseándole éxitos en el desarrollo diario de las funciones a usted acertadamente delegadas.

El presente tiene la finalidad de solicitarle de la manera más comedida autorice a quien corresponda nos facilite los datos estadísticos de este año hasta lo que va de la fecha y la realización de encuestas, ya que es un requisito necesario para la realización del proyecto de tesis con el tema: MANEJO MATERNO DEL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA.

Por la atención que se dé al presente anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.



IRE. Alejandra Cárdenas

Atentamente

Dr. Hernán Yépez C.
CIRUJANO
CMC 157
04-98-0059 INHMT-G

AUTORIZADO
17-06-2011
Fecha: _____
DIRECCION
HOSPITAL LUIS G. DAVILA



IRE. Gisela Castro

7.5. ANEXO Nº 5. AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL DIRIGIDO AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Lic. Germania Benavides.

Líder de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital Luis G. Dávila.

Presente.-



De consideraciones:

Reciba un cordial y atento saludo de quiénes formamos parte del internado rotativo de enfermería de la UPEC, deseándole éxitos en su vida profesional.

Mediante el presente solicitamos de la manera más comedida, nos permita realizar el trabajo de investigación con el tema: **“MANEJO MATERNO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA EN LOS MESES DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”**, como requisito para el desarrollo de la tesis.

Por la atención que se dé al presente anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

IRE. Alejandra Cárdenas

17-06-2011

IRE. Gisela Castro

7.6. ANEXO Nº 6. APROBACIÓN DE LA TUTORA DE TESIS.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

APROBACION DE LA TUTORA

En calidad de tutora de la Tesis **“MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”** presentada por las señoritas Mayra Gisela Castro Ayala y María Alejandra Cárdenas Eche, como requisito previo para optar por el Título de Licenciadas de Enfermería, luego de haber revisado minuciosamente, doy fe de, que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluado por parte del Tribunal Calificador, siendo responsable de la tutoría del trabajo de la investigación contenida en el presente documento.

En la ciudad de Tulcán, a los 28 días del mes de septiembre.

.....
Lcda. Zuly Nazate

TUTORA DE TESIS

7.7. ANEXO Nº 7. APROBACIÓN DE LAS ASESORAS DE TESIS.



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

APROBACION DE LAS ASESORAS

En calidad de Asesoras de la Tesis **“MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”** presentada por las señoritas Mayra Gisela Castro Ayala y María Alejandra Cárdenas Eche, como requisito previo para optar por el Título de Licenciadas de Enfermería, luego de haber revisado minuciosamente, damos fe de que las observaciones y sugerencias emitidas con anterioridad han sido incorporadas satisfactoriamente al presente documento.

En la ciudad de Tulcán, a los 28 días del mes de septiembre

Msc. Elizabeth Pérez

.....

ASESORA

FIRMA

Msc. Teresa Martínez

.....

ASESORA

FIRMA

7.8. ANEXO Nº 8. CONVOCATORIA DE SOCIALIZACIÓN DE LA GUIA INFORMATIVA SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CONVOCATORIA

Se convoca a la socialización de los resultados del Proyecto de Tesis **“MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”**, a realizarse el día 28 de septiembre del 2011, en el salón auditorio a las 7:00.

ATENTAMENTE

Gisela Castro

Alejandra Cárdenas

7.9. ANEXO Nº 9. CERTIFICACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICADO DE SOCIALIZACIÓN

En calidad de enfermeras líderes de los servicios de Neonatología y Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, nos permitimos certificar la socialización de los resultados del Proyecto de Tesis **“MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”** presentada por las señoritas Mayra Gisela Castro Ayala y María Alejandra Cárdenas Eche, como requisito previo para optar por el Título de Licenciadas de Enfermería, y la entrega de una guía informativa y gigantografía sobre los cuidados básicos del recién nacido dirigida a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila.

En la ciudad de Tulcán, a los 28 días del mes de septiembre.

Msc. Paz Benavides

LIDER DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Msc. Teresa Martínez

LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

7.10. ANEXO Nº 10. CERTIFICACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICADO DE SOCIALIZACIÓN

En calidad de Médico Líder del Servicio de Neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, me permito certificar la socialización de los resultados del Proyecto de **“MANEJO MATERNO EN EL RECIÉN NACIDO POR PARTE DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2011”** presentada por las señoritas Mayra Gisela Castro Ayala y María Alejandra Cárdenas Eche, como requisito previo para optar por el Título de Licenciadas de Enfermería, y la entrega de una guía informativa y gigantografía sobre los cuidados básicos del recién nacido dirigida a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila.

En la ciudad de Tulcán, a los 28 días del mes de septiembre.

FIRMA

.....

Dr. Patricio Cadena

7.11. ANEXO Nº 11. ACTA-COMPROMISO DE LAS LÍDERES DE GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA.



UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DE CARCHI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

ACTA COMPROMISO

En calidad de enfermeras líderes de los servicios de Neonatología y Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, nos comprometemos a que **“LA GUÍA INFORMATIVA SOBRE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA”** realizada por las señoritas Mayra Gisela Castro Ayala y María Alejandra Cárdenas Eche, sea distribuida a las madres adolescentes y se de continuidad a la reproducción y actualización permanente.

En la ciudad de Tulcán, a los 28 días del mes de septiembre.

Msc. Paz Benavides

LIDER DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Msc. Teresa Martínez

LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

7.12. ANEXO Nº 12. GIGANTOGRAFÍA SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO



7.13. ANEXO N° 13. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
a)Recursos Humanos.			
Investigadoras.			
b)Recursos materiales.			
Fotocopias.	300	0,05	15,00
Gigantografía.	1	20,00	20,00
Resma de papel.	5	4,50	23,00
Computador (horas de uso).	350 horas	0,60	210,00
Memoria flash.	2	15,00	30,00
CDS	10	0.30	3,00
Impresiones varias.	300	0,15	45,00

Internet.	200 horas	0,60	120,00
Pasajes.	50	1,00	50,00
Alimentación.	50	1,50	75,00
Folder.	2	2,50	5,00
c) Otros.			
Reproducción de tesis. (impresiones)	8 reproducciones (2400 hojas)	0,15	360,00
Empastados.	4	15,00	60,00
Anillados.	4	2,50	10,00
Reproducción de guía informativa.	10 reproducciones (300 hojas)	0,15	45,00
Fotocopias de guía informativa.	600 copias	0,05	30,00
TOTAL		64,50	1101,00

7.14. ANEXO Nº 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	MESES																								
		ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				
1	Elección del tema	X																								
2	Planteamiento del problema	X	X																							
3	Elaboración de objetivos			X	X	X	X	X																		
4	Marco teórico					X	X	X	X	X	X	X	X													
5	Metodología de la investigación									X	X	X	X	X	X											
6	Entrega de protocolo de investigación															X	X	X	X							
7	Entrega de protocolo de investigación final																						X	X	X	X

7.15. ANEXO N° 15. GLOSARIO

1. **Adenoideo:** dicho de un tejido, rico en formaciones linfáticas, como las amígdalas faríngea y lingual.
2. **Adolescencia:** edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.
3. **Ambivalencia:** estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos, como el amor y el odio.
4. **Andrógenos:** término genérico para las hormonas sexuales masculinas, que genera caracteres sexuales.
5. **Anticuerpos:** proteína producida por linfocitos b, tras estimulación por un antígeno, actúan específicamente contra él en respuesta inmune.
6. **Apneas:** falta o suspensión de la respiración
7. **Asfixia:** suspensión o dificultad en la respiración. Sensación de agobio producida por el excesivo calor o por el enrarecimiento del aire
8. **Bradycardia:** ritmo cardíaco más lento que el normal.
9. **Carotenos:** compuesto bioquímico de color rojo anaranjado que forma parte de la clorofila y existe, además, en gran cantidad en las células de ciertos órganos vegetales, como la raíz de la zanahoria; al ser ingerido se transforma en vitamina A.

- 10. Caseína:** es una fosfoproteína presente en la leche y en algunos de sus derivados. En la leche, se encuentra en la fase soluble asociada al calcio en un complejo que se ha denominado caseinógeno.
- 11. Catabolismo:** procesos metabólicos de degradación de sustancias para obtener otras más simples.
- 12. Colitis:** inflamación del colon.
- 13. Conductos galactóforos:** son aquellos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón
- 14. Crecimiento:** aumento irreversible del tamaño en un organismo consecuencia de la proliferación celular que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del mismo.
- 15. Desarrollo:** crecimiento intelectual del individuo adquirido por el ejercicio mental del aprendizaje de la enseñanza empírica.
- 16. Distocias:** parto laborioso o difícil.
- 17. Estrato corneo:** se refiere a la capa más externa de la epidermis, la cual es a su vez la capa más externa de la piel.
- 18. Estrógenos:** hormona sexual femenina producida por los ovarios que regula el ciclo menstrual y provoca el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos.
- 19. Extrofia vesical:** la extrofia de la vejiga es una malformación de la vejiga y uretra, en la que la vejiga ha girado de adentro a fuera, la uretra que es el canal que lleva la orina fuera del cuerpo, no se ha formado completamente.

- 20. Fosfolípido:** lípido constituido por glicerol, dos ácidos grasos y un grupo fosfato.
- 21. Gastrosquisis:** es una abertura en la pared abdominal que permite que el estómago, intestino delgado, intestino grueso y otros órganos del abdomen se expongan fuera del cuerpo, esto ocurre durante la etapa fetal.
- 22. Granuloma:** conjunto organizado y compacto de fagocitos mononucleares, aparecen en varias enfermedades como la tuberculosis, lepra, sarcoidosis, etc.
- 23. Inmunoglobulina:** grupo de proteínas del suero de la sangre de los vertebrados.
- 24. Lactoferrina:** es una glicoproteína con capacidad de unirse al hierro, es conocida también como la proteína roja de la leche. Es considerada mejor que cualquier complemento de hierro ya que equilibra el metabolismo favoreciendo la fijación del hierro presente en la alimentación y aumentando su absorción a la vez que protege las reservas de hierro del organismo.
- 25. Lactosa:** disacárido presente en la leche formado por la unión de una glucosa y una galactosa.
- 26. Linfoma:** Tumor del tejido linfático o linfoide.
- 27. Meconio:** excremento de los niños recién nacidos.
- 28. Meningocele:** hernia meníngea.
- 29. Noradrenalina:** hormona de la médula adrenal, que actúa como neurotransmisor en el sistema simpático.

- 30. Oligosacárido:** sacárido que contiene un número conocido pequeño de monosacáridos.
- 31. Onfalitis:** inflamación del ombligo que afecta especialmente a niños recién nacidos.
- 32. Onfalocele:** es una malformación congénita, en la cual cantidades variables del contenido abdominal, están insertadas en la base del cordón umbilical.
- 33. Ósmosis:** paso recíproco de líquidos de distinta densidad a través de una membrana que los separa.
- 34. Plétora:** Se llama plétora a la plenitud de sangre o al estado resultante de la cantidad de glóbulos rojos sobre su cifra normal.
- 35. Pubarquia:** se refiere a la primera aparición de vello púbico en un adolescente.
- 36. Púber:** persona que ha llegado a la pubertad.
- 37. Quinonas:** compuesto cristalino derivado del benzeno.
- 38. Senos galactóforos:** estos quedan debajo de la areola, sirven de reserva o almacenamiento de la leche.
- 39. Surfactante:** es una sustancia compleja que contiene fosfolípidos y apoproteínas. Este líquido esencial es producido por las células alveolares Tipo II, y cubre los alveolos y pequeños bronquiolos. El surfactante reduce la tensión superficial en todo el pulmón.
- 40. Termogénesis:** es la capacidad de generar calor en el organismo debido a las reacciones metabólicas.

41. Vermix caseoso: es un material grasoso de textura parecida a la del queso que reviste la piel del recién nacido.

42. Vigilia: acción de estar despierto o en vela.

43. Volitiva: acción de querer hacer algo, o con voluntad propia.



7.16. ANEXO N° 16. PERFIL DE TESIS

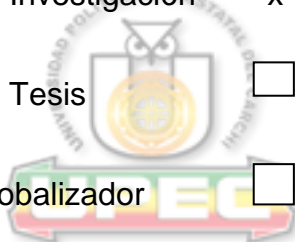
FORMATO PARA DECLARAR TEMA Y PROBLEMA PARA TRABAJO FINAL DE GRADO

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE:

Propuesta de Proyecto de Investigación x

Propuesta de Proyecto de Tesis

Propuesta de Proyecto Globalizador



Información general del proyecto de investigación						
Tema de Investigación: Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011.						
Escuela: Enfermería						
Línea de Investigación (Marque con una X, la que corresponda)						
Negociación Comercial	Comercio Exterior y Aduanas	Desarrollo Empresarial		Productividad	Emprendimiento e Innovación	
Impactos Ambientales	Mercadeo y	Promoción y desarrollo		Cultura y saberes	Planta turística	

	Marketing	turístico y ecoturístico	ancestrales		
Bioseguridad y factores de riesgo	Medicina ancestral y/o tradicional	Prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud	X	Biología agropecuaria	Manejo y conservación de recursos naturales
Producción agropecuaria	Pos cosecha	Transformación de materias primas			
Duración del Proyecto		6	meses		
Cooperantes en el proyecto de investigación:					
Instituciones Educativas	ONG y/o Fundaciones	Entidades de Gobierno	X	Gobierno Seccional	Ninguno
Centros de Investigación	Empresas Privadas	Empresas Públicas		Otro	
Información de las instituciones cooperantes:					
Nombre de la Institución:		HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA			
Cooperante:	Dr. Hernán Yépez Cabrera	Cargo	Director del hospital		
Dirección	Calle 10 de Agosto entre Loja y Tungurahua.		Ciudad/País	Tulcán/Ecuador	
Email:	www.msp.gov.ec/hospital	Teléfono:	2980-316		Fax 2980-315 Ext.112

	gd@yahoo.co mds				
Nombre de la Institución:	UNIVERSIDAD POLITECNICA DEL CARCHI				
Cooperante:	RUTH SALGADO	Cargo:	DIRECTORA DE ESCUELA		
Dirección:	Avenida universitaria.		Ciudad/País:	Tulcán/Ecuador	
Email:	www.info@up ec.edu.ec.	Teléfono:	2961-860	Fax:	
Financiación del proyecto, los fondos serán:					
Propios	<input checked="" type="checkbox"/>	Externos	<input type="checkbox"/>	Mixtos	<input type="checkbox"/>
Monto total del proyecto en USD: 932 USD					

Datos Generales

Datos de los Investigadores

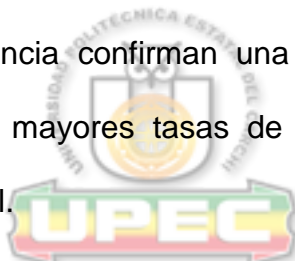
Nombre (Incluyendo estudiantes)	Cargo Actual en la UPEC	Cargo en el proyecto de Investigación
Gisela Castro Ayala	Estudiante enfermería	Autor
Alejandra Cárdenas Eche	Estudiante enfermería	Autor

Formulación de problema.

Describa la situación problema; cuál es el problema que pretende resolver? sea concreto y señale las variables.

El embarazo en la adolescencia es una problemática que afecta a nivel mundial ocasionando complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio, que se ven evidenciadas en el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal .

En los países en vías de desarrollado, se ha evidenciado que los antecedentes de embarazos en la adolescencia confirman una relación directa con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.



La edad promedio de la aparición de la menarquia se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra puede variar por diferentes factores. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales, económicos y personales.

El embarazo en los adolescentes constituye un riesgo obstétrico y biopsicosocial, presentando mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo ocasionando nacimientos pre término y de bajo peso al nacer, este se ve reflejado en un incremento de afecciones neonatales.

En los últimos tiempos en nuestro país ha sido notoria la población de madres adolescentes, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se ha producido un incremento en las estadísticas de la para esta población evidenciándose a partir del año 2001 un 16.16%, luego en el año 2005 un 20.34% y en el año 2008 un 33.06% de nacimientos registrados en la ciudad de Tulcán.

El embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para el recién nacido debido a que la madre se encuentra aun en un proceso de formación y desarrollo, lo cual influye directamente en los cuidados específicos y necesarios que el recién nacido debe recibir para su normal crecimiento como lo son: alimentación, termorregulación, higiene, sueño, afecto, signos de alarma, etc.

La madre adolescente al enfrentarse a un nuevo rol desconoce las consecuencias de un inadecuado manejo materno produciéndose alteraciones que afectan en la salud del recién nacido tales como: trastornos metabólicos, digestivos, respiratorios, dermatológicos, infecciosos, etc.

En el Hospital Provincial de Tulcán se ha evidenciado que no existe un adecuado manejo materno influyendo directamente en la salud del recién nacido debido a la falta de conocimientos por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011.

Es así como desde la profesión de enfermería queremos abordar una problemática relacionada con el cuidado ya que es enfermería quien promueve y lleva a cabo charlas educativas que abarquen temas que surgen de las necesidades de las madres adolescentes. Para identificar esta necesidad es necesario identificar previamente los conocimientos que las madres adolescentes tienen sobre los cuidados del recién nacido y de esta manera dirigir y aplicar un programa educativo para fortalecer o modificar dichos conocimientos.

Justificación y alcance del proyecto

Responda a las siguientes inquietudes: ¿Por qué es importante investigar el problema?, ¿para qué investiga este problema?, ¿Qué impactos genera esta investigación?, ¿Quiénes son los beneficiarios? ¿Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica, etc.?

Porque es importante investigar el temas? El desconocimiento por parte de la madre adolescente y la influencia en la salud del Recién Nacido, constituye uno de los problemas más frecuentes en el área de Ginecología y Obstetricia y Neonatología.

La proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable, en la mayoría de los países de América Latina, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerársela como un fenómeno social.

El concepto de que las embarazadas adolescentes constituyen un grupo de mayor riesgo perinatal se apoya, en gran parte, en que muestran tasas más altas de morbilidad materna e infantil.

Para que investigar el problema? Es importante conocer cuál es la magnitud del

problema, para educar a la población en riesgo y así evitar posteriores complicaciones en el neonato.

Por otro lado no existe una coordinación adecuada entre los niveles de referencia y contra referencia que puedan realizar un seguimiento a la madre adolescente en el hogar para asegurar la salud materna y neonatal. Por tal motivo es importante realizar un estudio sobre el mal manejo materno de las adolescentes.

Qué impactos genera esta investigación? Disminuir el índice de morbilidad neonatal, enseñando a la madre el adecuado cuidado que debe dar a su hijo. Desde el punto de vista psicosocial, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres, mayor número de hijos a lo largo de su juventud, desempleo o ingresos inferiores de por vida, generalmente fracaso en la relación de pareja y abandono de la vida social con todo lo que ello significa.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

Quiénes son los beneficiarios? Son beneficiarios principalmente las madres adolescentes y sus hijos, el equipo de salud y la población en general quienes directa

o indirectamente se ven involucradas en este fenómeno.

Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica? Esta investigación es viable ya que está dirigida a las madres adolescentes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Luis G. Dávila, mediante la implementación de una guía educativa sobre los cuidados básicos del recién nacido, lo cual permitirá corregir y reforzar los conocimientos básicos que demanda el rol materno.

Es aplicable y factible de realizar esta investigación ya que es una problemática que afecta a las madres adolescentes desde una perspectiva nacional, provincial y cantonal, cuenta con bibliografía actualizada pues es un problema común en el mundo entero y más aún en países en desarrollo.

Antecedentes de la investigación.

Resultados de investigaciones anteriores, teorías que permiten deducir el problema.

La magnitud del embarazo adolescente es una problemática a nivel mundial evidenciándose más en los países en vías de desarrollo.

Una investigación realizada por el MSP del Ecuador y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (Endemain) menciona que la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, es de 15 años, ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 mujeres apenas y terminan el 6.º grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después

de dar a luz

La desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana y con ello se ve evidenciado el desconocimiento en el cuidado de su hijo¹.

La provincia del Carchi al ser fronteriza, es un punto de referencia colombo-ecuatoriano por lo que se evidencia la afluencia de madres adolescentes en un número significativo

En la ciudad de Tulcán de acuerdo a datos proporcionado por el departamento de estadística del hospital provincial Luis G Dávila en el año 2010, el número de partos atendidos es de 1188 de los cuales 320 son madres adolescentes que se encuentran entre las edades de 10 a 19 años y de este numero de madres adolescentes un gran porcentaje presentan mal manejo materno.²

Objetivo general y objetivos específicos

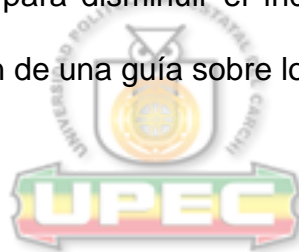
Objetivo General: Identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos. El objetivo debe responder a las preguntas "qué" y "para qué". Es el conjunto de resultados cualitativos que el programa o proyecto se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

¹ http://www.cepar.org.ec/endemain_04.htm

² Departamento de estadística del Hospital Luis G. Dávila

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el grado de conocimiento que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011, sobre el manejo del recién nacido; para disminuir el índice de morbimortalidad neonatal, mediante la implementación de una guía sobre los cuidados del recién nacido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Diagnosticar el nivel de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido, que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia
- b) Observar el manejo y los cuidados del recién nacido que tienen las madres adolescentes.
- c) Elaborar una guía educativa para las madres adolescentes, sobre cuidados adecuados en el recién nacido.
- d) Socializar la investigación al personal de los servicios involucrados
- e) Validar la propuesta por criterios de expertos.

Hipótesis o idea a defender:

Hipótesis cuando el proyecto tenga mayor carga cuantitativa, es decir, el uso de modelos estadísticos matemáticos. (Idea a defender, cuando el proyecto tenga mayor carga cualitativa, y el uso de estadística descriptiva).

Hipótesis:

El desconocimiento acerca de los cuidados básicos del recién nacido influyen en el inadecuado manejo materno de las adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio del año 2011

Objeto De Estudio

Manejo materno en el recién nacido

Campo De Acción

Hospital Luis G. Dávila – servicio de Gineco-obstetricia.

Tipo de investigación

Se describe el tipo de investigación que se considere pertinente, teniendo en cuenta el tema y los objetivos propuestos

La presente investigación será de campo, de tipo analítica, ya que se planteará hipótesis de trabajo por tanto relaciona variables, es transversal por que estudiará las variables en un tiempo determinado, es aplicada permitiendo obtener soluciones

factibles y útiles para nuestro escenario investigativo y bibliográfica mediante la utilización de información secundaria contenida en diversas fuentes bibliográficas.

Bibliografía y otra producción científica citada

1. Posso, Y. (2009). *Metodología para el trabajo de grado*, Ibarra. NINA.
2. Ministerio de salud pública del Ecuador. (2008). *Componente normativo neonatal*, Quito. ISBN.
3. Tamez, R. Pantoja, M. (2008). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal*. Buenos Aires. ISBN.
4. Alvarez, X. y Vidal, A. (2011). *Embarazo hoy en*
<http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf>
5. Zobeida, B. (2008). *El embarazo hoy en*
<http://www.ourbodiesourselves.org/uploads/pdf/eleambar.pdf>
6. Rivera, S. (2003). *Embarazo en adolescentes hoy en*
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
7. Rivero, M. (2008). *Cambios fisiológicos y anatómicos del embarazo hoy en*
<http://www.aspame.net/charlas/cambiosdelembarazo.pdf>
8. Santamaría, S. (2011). *El embarazo hoy en*
<http://www.monografias.com/trabajos13/eleambaraz/eleambaraz.shtml>
9. La adolescencia. (2011). *Adolescencia hoy en*

<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

10. Weissmann, P. (2011). *Adolescencia hoy en*
<http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>
11. Beltrán, L. (2006). *Embarazo en adolescentes hoy en*
<http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
12. Zambrano, A. (2011). *Técnicas de lactancia materna hoy en*
http://www.encolombia.com/lactancia_tecnicas25.htm
13. El recién, (2011). *Higiene del recién nacido y lactante hoy en*
<http://www.partosmultiples.net/pediatria/higiene.htm>
14. Hospital Costa del Sol. (2007). *Baño del recién nacido hoy en*
http://www.saludinnova.com/site_media/practices/Protocolo_bao_del_bebe.pdf
15. Aguayo, J. y Maldonado, P. (2000). *Lactancia materna hoy en*
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>
16. The Ohio State University Medical Center. (2011). *Consejos para evitar accidentes en el recién nacido hoy en*
<http://medicalcenter.osu.edu/patiented/materials/html>
17. University Medical Center. (2011). *Erupción del pañal en el recién nacido hoy en*
<http://www.rush.edu/spanish/speds/newborn/diprrash.html>
18. Riales, A. (2011). *El sueño del recién nacido hoy en*
<http://www.casadellibro.com/libro-duerme-bebe/html>

Declaración Final

Los abajo firmantes declaramos bajo juramento que el proyecto descrito en este documento no ha sido presentado a otra institución nacional o internacional para su financiamiento, no causa perjuicio al ambiente, es de nuestra autoría y no transgrede norma ética alguna.

Lugar: Tulcán, fecha: 7 de Abril del 2011



Gisela Castro

Alejandra Cárdenas

Nombre: Gisela Castro

Nombre: Alejandra Cárdenas

C.I. 040163920-8

C.I.: 040120306-2

Espacio Reservado para la Comisión de Investigaciones			
Funcionario responsable:			
	Nombre	Firma	Fecha de Recepción

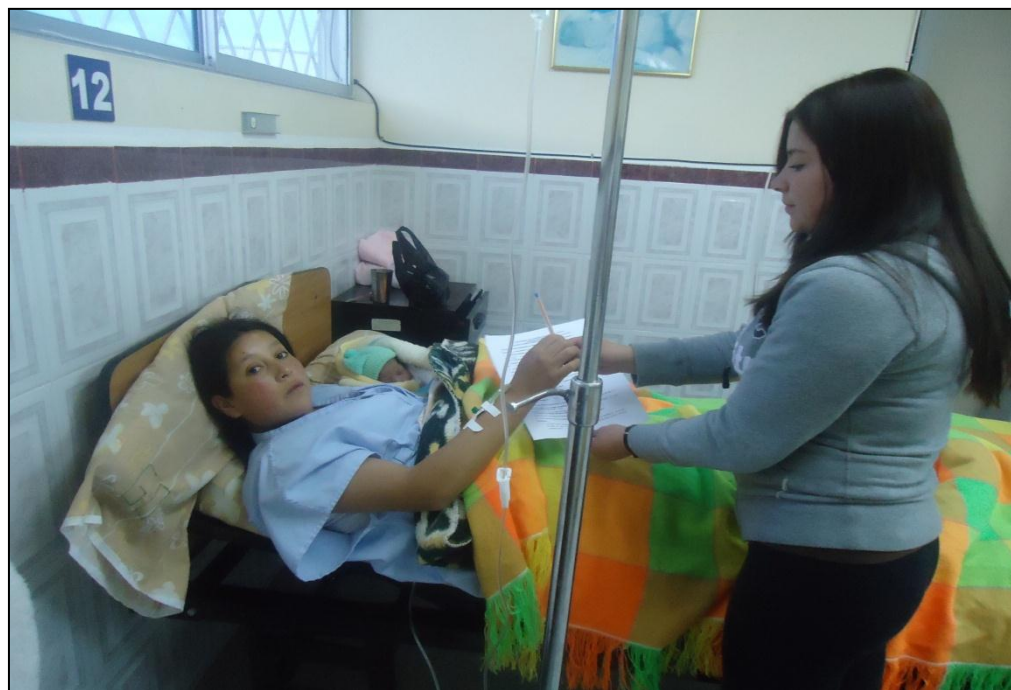
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DE PROYECTO						
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS - INSUMOS	VALOR UNITARIO	CANT.	VALOR TOTAL	TIEMPO
OBJETIVO 1	1.1. Encuestas 1.2. Tabulación de datos	Hojas Estadístico -Hojas	0.15 0.15	50 40	2.50 6.00	50 horas 40 horas
OBJETIVO 2	1.1. Guía de observación	Hojas	0.10	50	5.00	40 horas
OBJETIVO 3	1.1. Manual de Educación. 1.2. Elaboración del informe final y comprobación de hipótesis	Hojas Anillados Hojas Copias Empastado Elaboración de cuadros estadísticos Gigantografía. Resma de papel. Computador (horas de uso). Memoria flash. CDS Impresiones varias. Internet.	0.45 1.00 0.15 0.15 15.00 0.15 20,00 4,50 0.60 15.00 0.15	300 10 200 3000 4 40 1 5 2 300	45.00 10,00 20.00 150.00 60.00 6.00 20,00 23,00 210.00 30.00 45.00	1 20 horas

OBJETIVO 4 (TRANSFERENCIA DE RESULTADOS)	1.1. Diagramación 1.2. Edición 1.3. ISBN – Propiedad Intelectual 1.4. Socialización	60 horas de trabajo	5.00	20	100.00	30 horas
SUBTOTAL					732.50	280 horas
10% DE IMPREVISTOS					200.00	
TOTAL					932.00	280 horas



7.17. ANEXO Nº 17. FOTOS DE EVIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

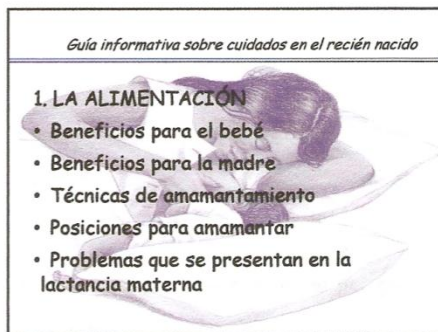
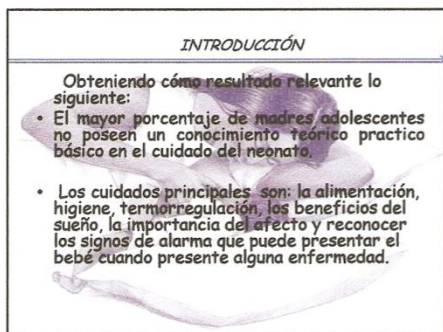
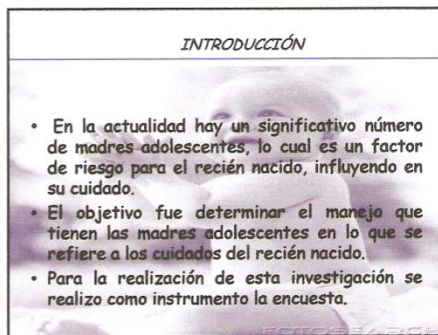
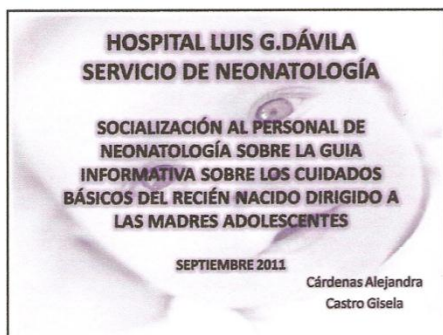
REALIZACIÓN DE ENCUESTAS



EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y LIDER DE GINECO-OBSTETRICIA



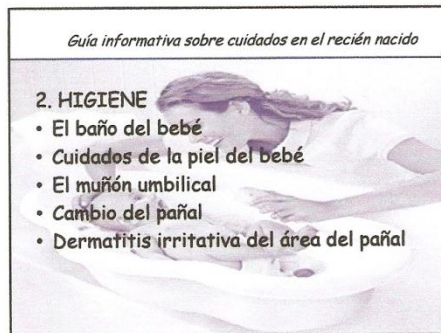
7.18. ANEXO N° 18. PRESENTACIÓN DE DIAPOSITIVAS



Guía informativa sobre cuidados en el recién nacido

2. HIGIENE

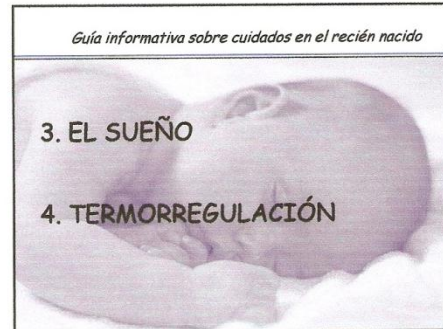
- El baño del bebé
- Cuidados de la piel del bebé
- El muñón umbilical
- Cambio del pañal
- Dermatitis irritativa del área del pañal



Guía informativa sobre cuidados en el recién nacido

3. EL SUEÑO

4. TERMORREGULACIÓN



Guía informativa sobre cuidados en el recién nacido

5. EL AFECTO

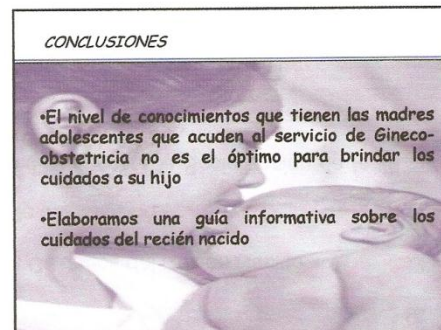
6. SIGNOS DE ALARMA

7. IMPORTANCIA DEL CONTROL MÉDICO



CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos que tienen las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia no es el óptimo para brindar los cuidados a su hijo
- Elaboramos una guía informativa sobre los cuidados del recién nacido



30/09/2011

RECOMENDACIONES

- Establecer una coordinación entre los niveles de referencia y contrareferencia
- Sugerir a las madres adolescentes sobre la importancia de informarse acerca de los cuidados básicos del recién nacido
- Implementar un programa educativo dirigido a las madres adolescentes que ingresan al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán

RECOMENDACIONES

- La capacitación en los cuidados básicos del neonato debe ser también dirigida al padre
- Fortalecer el apoyo psicológico mediante talleres dirigidos específicamente a este grupo de madres adolescentes
- Darle continuidad a la guía de información acerca del cuidado del neonato que se aporta con esta investigación

