

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N°25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO
DOMICILIARIO EN MADRES DE
PREMATUROS ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL
DEPARTAMENTAL HUANCABELICA, 2019**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTADO POR:

Bach. MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa.

Bach. OJEDA BRAVO, Betty Celina.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

HUANCABELICA – PERÚ

2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, a los 12 días del mes de diciembre, a horas 11:00 am del año 2019, se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de la Bachiller: **MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa**.

Siendo los Jurados Evaluadores:

- PRESIDENTE : Dr. César Cipriano, ZEA MONTESINOS.
- SECRETARIA : Dra. Lida Inés, CARHUAS PEÑA.
- VOCAL : Mg. Blas Oscar, SÁNCHEZ RAMOS.

Cuya ASESOR(A) es : Mg. Rodrigo, QUISPE ROJAS.

Para calificar la sustentación de la Tesis Titulado:

"CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DOMICILIARIO EN MADRES DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCAMELICA, 2019".

Presentado por el (la) Bachiller: **MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa**.

Concluida la sustentación a las 1.30 horas, los miembros del jurado proceden con las observaciones sugerencias y preguntas relacionadas a la tesis. Absuelto las preguntas el presidente del jurado dispone que el (los) titulado (os) y el público asistente abandonen la sala de actos, enseguida los jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:

APROBADO (X.) DESAPROBADO (....) POR: UNANIMIDAD

Observaciones:

.....
.....
.....

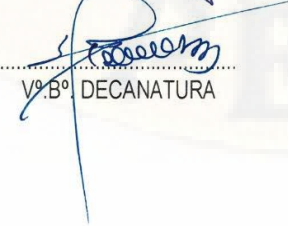
Ciudad Universitaria de Paturpampa, 12 de diciembre del 2019


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


ASESOR(A)


Vº.Bº. DECANATURA

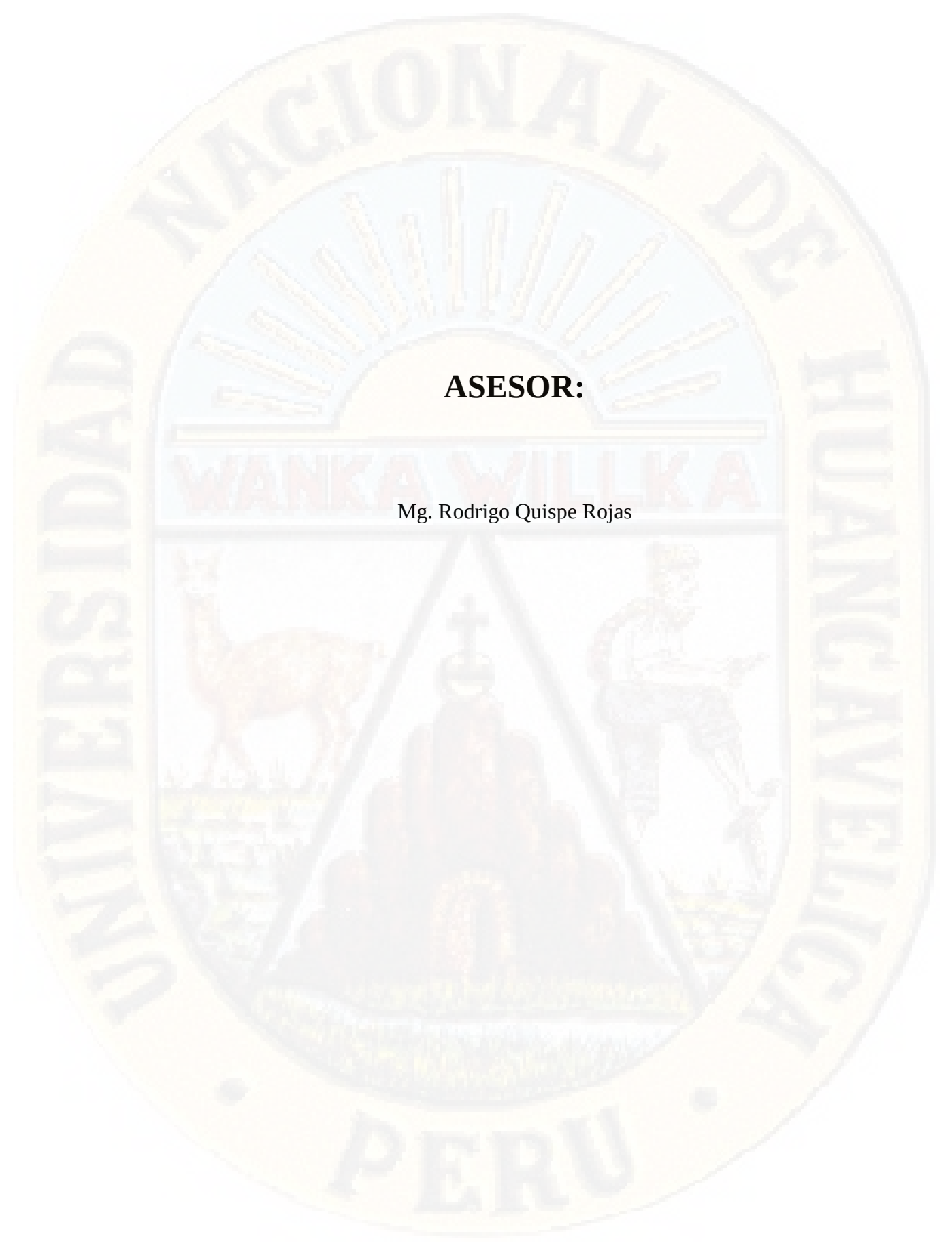

Vº.Bº. SECRETARIA DOCENTE

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO
DOMICILIARIO EN MADRES DE PREMATUROS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA,
HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA, 2019**

AUTORAS:

Bach. MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa.

Bach. OJEDA BRAVO, Betty Celina.

The seal of the National University of Huancavelica, Peru, is a circular emblem. It features a central shield with a sun rising over a mountain range, flanked by a llama on the left and a figure on the right. The shield is set against a background of a sunburst. The text "NACIONAL DE HUANCAYELICA" is written in a semi-circle at the top, and "PERU" is at the bottom. The word "UNIVERSIDAD" is written vertically on the left side.

ASESOR:

Mg. Rodrigo Quispe Rojas

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por sus infinitas bendiciones en mi vida y a todas las personas que hicieron posible la realización de este presente trabajo.

BETTY CELINA.

A mis padres por su apoyo incondicional, a mi hermana que estuvo siempre alentándome para superarme y ser mejor persona, a mis amigos quienes me apoyaron directa e indirectamente durante todo el proceso de realización del trabajo.

LUZ VANESSA

ÍNDICE

RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1 pregunta general.....	5
1.2.2. Preguntas específicas	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación.....	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	16
2.3. Bases conceptuales	17
2.3.1. Conocimiento	17
2.3.2. Práctica del cuidado	21
2.3.3. Cuidados del prematuro	22
2.4. Definición de términos	44
2.5. Hipótesis.....	45
2.6. Variables.....	46
2.7. Operacionalización de variables.....	47
CAPÍTULO III.....	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49

3.1. Ámbito temporal y espacial.....	49
3.2. Tipo de investigación	50
3.3. Nivel de investigación	50
3.3.1. Método de investigación	50
3.3.2. Diseño de investigación	50
3.4. Población, muestra y muestreo.....	51
3.4.1. Población.....	51
3.4.2. Muestra.....	51
3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión	51
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.6. Técnicas y procesamiento de análisis de datos	52
CAPÍTULO IV.....	53
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1. Análisis de información	53
4.2. Prueba de hipótesis	62
4.3. Discusión de resultados	65
Conclusiones	69
Recomendaciones.....	70
Referencia bibliográfica.....	71
APÉNDICE	
Referencias bibliográficas	
Matriz de consistencia	
Instrumentos	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica; **Métodos:** El estudio realizado utilizó el método específico: descriptiva, estadística y bibliográfica; población y muestra fue a las madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología (n= 32); a quienes se aplicó un cuestionario y la guía de observación; **Resultados:** Se evidenció un 65.63% (21) de madres que cuentan con conocimiento alto y práctica correcta; así mismo se evidencia un 3.13% (1) madre que cuenta con conocimiento bajo y practica correcta. Y un 15.63% (5) madres tienen un conocimiento alto y práctica incorrecta en el cuidado domiciliario del recién nacido prematuro, en la dimensión alimentación un 50% (16) madres tienen conocimiento alto y realizan una práctica correcta de alimentación; y un 31.25% (10) madres tienen conocimiento alto con práctica incorrecta de alimentación, en la dimensión vigilancia un 37.50% (12) madres tienen conocimiento alto y realizan practica de vigilancia correcta; así mismo se evidencia un 43.75% (14) madres que tienen conocimiento alto y realizan practica de vigilancia incorrecta, en la dimensión higiene y vestimenta un 63% (21) madres que tienen conocimiento alto y realizan practica correcta de higiene y vestimenta; un 15.63% (5) madres tienen un conocimiento alto y realizan práctica de higiene y vestimenta incorrecta, en la dimensión vínculo afectivo un 56.25% (26) madres que tienen conocimiento alto y práctica de vínculo afectivo adecuada; y un 25% (8) madres tienen un conocimiento alto con prácticas de vínculo afectivo incorrecta. Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que, si existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica. (0,95). **Conclusión:** Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica” entre conocimiento y practica del cuidado domiciliario en

madres de prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

Palabras clave: Conocimiento, práctica, prematuros.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge and practice of home care in mothers of premature infants treated in the Neonatology department of the Huancavelica Departmental Hospital; Methods: The study carried out used the specific method: descriptive, statistical and bibliographic; population and sample went to the mothers of premature babies treated in the neonatology service (n = 32); to whom a questionnaire and the observation guide were applied; Results: 65.63% (21) of mothers who have high knowledge and correct practice were evidenced; Likewise, there is evidence of 3.13% (1) mother who has low knowledge and correct practice. And 15.63% (5) mothers have a high knowledge and incorrect practice in the home care of the premature newborn, in the feeding dimension 50% (16) mothers have high knowledge and perform a correct feeding practice; and 31.25% (10) mothers have high knowledge with incorrect feeding practice, in the surveillance dimension 37.50% (12) mothers have high knowledge and perform proper surveillance practice; Likewise, 43.75% (14) mothers who have high knowledge and perform improper surveillance practice are evidenced, in the hygiene and clothing dimension 63% (21) mothers who have high knowledge and perform proper hygiene and clothing practice; 15.63% (5) mothers have high knowledge and perform hygiene and improper dress practice, in the affective link dimension 56.25% (26) mothers who have high knowledge and practice of proper affective bonding; and 25% (8) mothers have high knowledge with incorrect emotional bonding practices. There is sufficient statistical evidence to state that if there is a significant relationship between the knowledge and practice of home care in mothers of preterm infants treated in the Neonatology department of the Huancavelica Departmental Hospital. (0.95) Conclusion: There is a significant relationship between knowledge and practice of home care in mothers of premature babies treated in the Neonatology service of the Huancavelica Departmental Hospital” between knowledge and practice of home care in mothers of premature babies treated in the Neonatology Service, Huancavelica Department Hospital.

Keywords: Knowledge, practice, premature.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre cuidados domiciliarios es de vital importancia y responsabilidad de las madres, para lo cual se debe de realizar un proceso de cuidado y seguimiento a los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, cuidado de sus hijos en el hogar; de este modo se mejora las condiciones ambientales de desarrollo y maduración para el recién nacido prematuro. La evidencia parcialmente cuantificada muestra que algunas madres a pesar de recibir capacitación en hospitalización incumplen con la correcta ejecución de algunos componentes del programa poniendo en riesgo a los recién nacidos; por esta circunstancia se diseñó y aplicó una propuesta para evaluar los conocimientos de las madres que impidan brindar cuidados domiciliarios.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica. Enero-Setiembre 2019, con la finalidad de recopilar y evidenciar dicha situación. Con esto se pretende desarrollar procesos que mejoren el cuidado domiciliario de los recién nacidos prematuros.

El proyecto consta de CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema. CAPÍTULO II: Marco Teórico. CAPÍTULO III: Metodología de la Investigación. CAPÍTULO IV: presentación de resultados; asimismo dentro del contenido también se considera referencias bibliográficas y anexos.

Las autoras.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (1).

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

totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal (1)

Para el doctor Édgar Rey Sanabria quién estableció la necesidad de crear un método que permitiera a la madre estar con su hijo en su propia casa para mejorar su estado de salud, pues la hospitalización separa al niño de su madre; además, existiendo pocas incubadoras, lo que generaba hacinamiento y facilitaba la proliferación de infecciones en las unidades de neonatología. Por lo tanto, en el Instituto Materno Infantil (Bogotá) se propuso que, después de superadas las circunstancias críticas de los prematuros, las madres podían realizar un manejo ambulatorio de su hijo, permitiendo la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad, y fue así como se inició lo que hoy conocemos como Programa Madre Canguro (2).

El cuidado domiciliario al recién nacido pre termino denota una serie de connotaciones que demarcan conocimiento, experiencia y un completo interés hacía el niño por lo tanto los padres deben estar preparados en los principales aspectos que signifique el cuidado en el hogar. A nivel mundial anualmente existen aproximadamente 3,7 millones de muertes neonatales y 3,3 millones de mortinatos en el mundo. Aproximadamente 38% de las muertes entre los niños menores de 5 años de edad se producen durante los primeros 28 días de vida y 75% de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 7 días. Siendo este periodo, el de mayor vulnerabilidad es cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades que puedan terminar con la muerte (3).

Los recién nacidos pre término o prematuros, son personas muy lábiles debido a la inmadurez somática, el cuidado a este tipo de pacientes se constituye en un reto para el personal de salud que trabaja en las Unidades de Neonatología. Una de las consideraciones que se tiene es en cuanto al

manejo mínimo para evitar pérdida de energía y limitar su exposición a gérmenes (4).

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro (5).

La mayoría de los recién nacidos prematuros, pasan tiempos prolongados de internación, recuperación y seguimiento; y necesitan los cuidados especializados de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud quienes darán cuidados, tratamiento y respuesta a las distintas necesidades durante su estadía (6).

En general, el recién nacido prematuro no posee órgano o sistema capaz de funcionar por cuenta propia y es por ello que se necesita del personal de salud para su cuidado y tratamiento para lograr en forma artificial las condiciones que le permitan crecer y desarrollarse fuera del vientre materno. Este objetivo se ha conseguido con la creación de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), servicio de Neonatología entre otros a partir de la década del setenta (7).

Cuando el niño nace prematuro o con algún problema de salud, los padres se encuentran en una situación de crisis aguda, difícil de asumir, que se acompaña de sentimientos como la culpa, la vergüenza, la tristeza sobre el ideal de hijo que ellos habían soñado y la preocupación diaria. La mayoría de las madres se sienten culpables de los problemas que padece su hijo (8). Se trata de una gran cantidad de tensión emocional para los padres y madres, que se sienten invadidos por sentimientos de desesperanza, impotencia y decepción. Cuando estos padres y madres se apoyan en un enfoque individualizado de atención y un entorno en el que la comunicación es adecuada, las conductas de apego pueden favorecer el abordaje de este problema (8).

La evidencia parcialmente cuantificada muestra que algunas madres a pesar de recibir capacitación en el programa durante la hospitalización incumplen

con la correcta ejecución de algunos componentes del programa poniendo en riesgo a los recién nacidos; por esta circunstancia se diseñó y aplicó una propuesta para evaluar los conocimientos y actitudes de las mamás que impiden el cumplimiento cabal con los lineamientos del programa, para posteriormente diseñar una estrategia educativa integral que mejorara el conocimiento y la ejecución técnica de los componentes básicos (9).

La atención del recién nacido prematuro requiere cuidados constantes y especializados, procedimientos que garanticen una atención de calidad con racionalidad oportuna y científica para el desarrollo de actividades e intervenciones con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad, cuyo resultado de calidad se mediría con la estancia hospitalaria (10).

En la región de Huancavelica según ENDES, 2018 muestra altos índices de desnutrición crónica (25,3%), anemia (55,8 %), infecciones respiratorias agudas (12%), enfermedades diarreicas agudas (14,7 %), niños con bajo peso al nacer (6,8) y una tasa de mortalidad neonatal (12 %) en niños menores de cinco años (11).

Cabe resaltar que los porcentajes mencionados se mantuvieron en los 3 últimos años haciendo ver que a nivel de la región los problemas de salud en los niños menores de 5 años no han disminuido (11).

En el Hospital Departamental Huancavelica tenemos más de 1155 nacimientos por año de los cuales aproximadamente el 35% son prematuros o terminan en la UCIN, con una estancia hospitalaria prolongada (12).

En el servicio de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica pese a las recomendaciones y orientaciones en las distintas dimensiones, como alimentación, higiene y vestimenta, vigilancia y vínculo afectivo que el personal de enfermería brinda para los cuidados domiciliarios a madres de prematuros en el momento del alta, sin embargo, las madres no le toman mucha importancia y por lo tanto no llevan a la práctica en los cuidados domiciliarios. Por lo cual nos permite formular la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 Pregunta General

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019?

1.2.2. Preguntas Específicas

- ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir la relación conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.
- Evaluar la relación conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

- Establecer la relación conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.
- Identificar la relación conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Al analizar la problemática planteada se ha evidenciado en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica que pese a las recomendaciones y orientaciones en las distintas dimensiones, como alimentación, higiene y vestimenta, vigilancia y vínculo afectivo que el personal de enfermería brinda para los cuidados domiciliarios a madres de prematuros en el momento del alta, las madres no le toman mucha importancia y por lo tanto se pudo evidenciar practica incorrecta en muchas de las dimensiones en los cuidados domiciliarios.

Es necesidad de enfermería conocer el nivel de conocimiento y practica del cuidado del prematuro en el domicilio que desarrollan las madres ya que el prematuro requiere siempre de cuidados especiales que va enfocados a darle todo aquello que no ha podido hacer dentro del vientre materno. Nacer unos meses antes o unas semanas antes de la fecha de término de parto significa que el niño prematuro no ha madurado totalmente y que, por lo tanto, esa maduración que le falta por haber venido a este mundo antes de tiempo la tiene que realizar en un ambiente diferente al Útero de su madre con el apoyo del equipo de salud y de los padres.

La investigación recopiló información relevante sobre el conocimiento y la práctica de las madres en el cuidado domiciliario del prematuro atendido en el servicio de Neonatología, en base a los datos obtenidos sugerimos implementar programas que favorezcan en el cuidado domiciliario de los recién nacidos prematuros, por ende, favorezcan a su mejor crecimiento y desarrollo.

Así mismo la investigación permitirá fortalecer las acciones de enfermería en brindar orientación y consejería a las madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología durante su estancia hospitalaria y al momento del alta.

En el Hospital Departamental Huancavelica tenemos más de 1155 nacimientos por año de los cuales aproximadamente el 35% son prematuros o terminan en la UCIN, con una estancia hospitalaria prolongada (12).



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

Castro E. (2015) (Ecuador) en su tesis “**Conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes ingresadas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital General Puyo. 2015**”. Tuvo como **objetivo:** determinar los conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes ingresadas en el servicio de Gineco Obstétrica del Hospital General Puyo. Año 2015. **Metodología:** la población estuvo conformada por 30 madres. **Resultados:** Según los conocimientos de las madres manifestaron que el 80% tiene un conocimiento bajo de los signos de alarma, el 20% tienen un conocimiento bajo de los signos de peligro. Existe un conocimiento bajo sobre el mismo problema, que está representado por el 80% de las madres encuestadas, lo que significa un peligro no identificar a tiempo los signos que indican si necesita o no la atención inmediata que puede salvar la vida frente a una situación, y un 20% tienen un conocimiento medio. Los signos de alarma pueden ser determinantes entre la vida y la muerte del recién nacido. En especial cuando se habla de las primeras semanas de vida de este pequeño. Todos

estos síntomas deberían tener una mayor publicidad por parte del Ministerio de Salud Pública especialmente en los lugares más vulnerables de la ciudad de Puyo. **Conclusiones:** el 50% de las madres adolescentes encuestadas están entre la edad de los 14 a 17 años, en un 60% las madres de etnia indígena y con mayor incidencia en la escolaridad secundaria un 50%. La principal actividad económica a que se dedican luego de quedar embarazadas son los quehaceres domésticos con un 53% (13).

Bermeo J y Crespo A. (2015) (Ecuador) en su tesis titulada. “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el “hospital regional Vicente Corral Moscoso” tuvo como **objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el “hospital regional Vicente Corral Moscoso. **Metodología:** se trabajó con 177 madres adolescentes primíparas, **Conclusión:** la clasificación Staninos determinó un nivel de conocimiento medio de las madres adolescentes en dos áreas evaluadas: estimulación temprana del recién nacido (53,10%), cuidado del recién nacido (50,30%), y con un (40,11%) presenta un nivel alto en el área de signos de alarma (14).

Campoverde G (2015) (Ecuador) “Actitudes, saberes y destrezas en madres sobre cuidados y estimulación de Prematuros que acuden al hospital universitario de Motupe” tuvo como **objetivo:** caracterizar las actitudes, saberes y destrezas que tienen las madres, sobre el cuidado y estimulación de prematuros que acuden al Hospital Universitario de Motupe, fue un estudio de tipo descriptivo. **Metodología:** se contó con una muestra de 22 madres, a quienes se aplicó una encuesta previamente validada. Entre los **resultados:** encontrados se destaca que el 100% de las madres poseen una actitud de tristeza frente al prematuro además de impotencia y angustia entre las más prevalentes; además del 70% de madres conocen sobre los cuidados del prematuro entre los que tenemos: los beneficios de la lactancia materna, signos de alarma y la higiene de los genitales, mientras que en relación a los saberes sobre la estimulación al pre término, la mayoría manifestó conocer la técnica de estimulación; más del 50%

de las madres poseen destrezas adecuadas en el cuidado del bebé como: la higiene de los genitales, el cuidado de la piel y el vestido; mientras que un alto porcentaje poseen destrezas inadecuadas en: el baño, la alimentación, higiene de las fosas nasales y la higiene del cordón umbilical; en relación a las destrezas en la estimulación la mayor parte de madres realizan de manera correcta el masaje infantil, le cantan, le acarician, y le hablan al bebé, sin embargo más del 75% no utilizan el método canguro, ni realizan tacto corporal con su bebé al igual que ejercicios corporales (15).

Pava C. (2013) (Colombia) “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar” tuvo como **objetivo:** describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar una vez son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de instituciones prestadoras de salud en Pereira, durante el 2012, **Metodología:** es de tipo cualitativo, se contó con una población y muestra de 65 madres **Conclusiones:** “cuidar un prematuro o bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos”, en marca a tres actores principales en el cuidado del prematuro o bajo peso, la madre, la familia y el profesional de Enfermería, “la madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro bajo peso en el hogar”, describe prácticas encaminadas a tener un hijo sano, a ayudarlo a su desarrollo y fortalecer el amor madre/hijo (16).

Salazar S. et, al. (2013) (Colombia) “Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los Bebes prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia “El **objetivo:** de este estudio fue diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre cuidados del RN en el hogar, con los componentes: contacto piel a piel, posición canguro, lactancia materna exclusiva, temperatura ideal y oxigenación ideal. Permitiendo identificar conocimientos y capacidades para cuidar a sus hijos. Se evidenció la necesidad de empoderar a las madres para que ofrecieran el cuidado a sus hijos en el hogar por medio de la Teoría de Mediano Rango de Kristen Swanson. Materiales y **Métodos:** Se diseñó y aplicó un formato de evaluación sobre conocimientos de componentes del Programa Madre Canguro, a diez madres. Se realizó la

intervención educativa, en varias etapas con demostraciones prácticas en talleres; detección de vacíos conceptuales y acompañamiento con intervenciones personalizadas. **Resultados:** Se encontró falta de conocimiento sobre los ítems básicos de posición del niño, contacto piel a piel, alimentación, manejo del oxígeno, evaluación de la temperatura y respiración, signos de alarma y beneficios del Programa Madre Canguro. Se detectaron factores culturales y del sistema de salud como obstáculos para que las mamás asumieran compromisos para con el cuidado de los bebés. **Discusión:** El correcto desarrollo del Programa Madre Canguro ambulatorio debe iniciar partiendo del diagnóstico de necesidades educativas relacionadas con el cuidado materno perinatal. El apoyo del profesional de enfermería, es fundamental para que las madres tengan seguridad y autonomía dentro del domicilio. **Conclusiones:** El diseño de la estrategia educativa debe ser flexible, disponer de recursos humanos dedicados a capacitación individualizada, visitas de monitoreo y evaluación familiar, ya que contribuyen a afianzar el apoyo, disipar dudas, temores y en la correcta aplicación de las actividades prácticas del Programa Madre Canguro (17).

Carbonel, et. al (2010) (Colombia) “Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular” El **objetivo:** de esta investigación fue estudiar los efectos de la intervención del Cuidado Madre Canguro (CMC) en la sensibilidad materna, en una muestra de madres adolescentes con alto riesgo psicosocial. Se compararon dos grupos de díadas: madres adolescentes con bebés prematuros en cuidado madre canguro, y madres adolescentes con bebés a término en cuidado regular. Se realizaron observaciones en el medio familiar, para evaluar la calidad del cuidado materno. Los análisis indican que no existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres adolescentes respecto a la calidad de cuidado materno. Este hallazgo permite suponer un efecto protector por parte del CMC en las díadas madres adolescente-bebé prematuros, ya que esta condición del bebé es un factor de riesgo adicional a las condiciones del grupo a término en cuidado regular. Estos **resultados:** preliminares plantean la

necesidad de continuar explorando los efectos de la intervención canguro en la sensibilidad materna, especialmente en poblaciones vulnerables (18).

A Nivel Nacional:

Ríos E. (2018) en su tesis “**Nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en primíparas atendidas en el hospital regional de Loreto, Junio–Julio del 2018**” tuvo como **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido de las primíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Junio a Julio 2018. **Metodología:** La población estuvo constituida por 312 madres primerizas que se atendieron su parto en el Hospital Regional de Loreto, entre junio y julio 2018. **Resultados:** se entrevistaron a 158 gestantes primíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, el 67.7% (107) fueron de 20 a 34 años y el 29.7% (47) < 20; el 57.6% (91) procedieron de la zona urbana; el 53.2% (84) con un nivel de instrucción secundaria; el 51.3% (81) con estado civil de conviviente; el 69.0% (109) con una atención prenatal adecuada; el 70.9% (112) recibieron información sobre los cuidados del recién nacido durante la atención prenatal. El 48.7% (77) de las gestantes primíparas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento medio sobre los cuidados del recién nacido durante la atención prenatal, el 28.5% (45) un nivel de conocimiento bajo y el 22.8% (36) un nivel de conocimiento alto. El buen nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacidos se asoció a una mayor edad de la gestante primípara ($p=0.000$), a un mayor nivel de instrucción ($p=0.000$); a una atención prenatal adecuada ($p=0.032$) y a la recepción de información sobre los cuidados del recién nacido ($p=0.037$). No se relacionó con la procedencia ($p=0.071$) y el estado civil ($p=0.310$), Se concluye que las madres primerizas tienen un conocimiento medio sobre los cuidados del recién nacido. **Conclusiones:** se entrevistaron a 158 gestantes primíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, el 67.7% (107) fueron de 20 a 34 años y el 29.7% (47) < 20 años; el 57.6% (91) procedieron de la zona urbana; el 53.2% (84) con un nivel de instrucción secundaria; el 51.3% (81) con estado civil de conviviente; el 69.0% (109) con una atención prenatal adecuada; el 70.9% (112) recibieron

información sobre los cuidados del recién nacido durante la atención prenatal. El 48.7% (77) de las gestantes primíparas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento medio sobre los cuidados del recién nacido durante la atención prenatal, el 28.5% (45) un nivel de conocimiento bajo y el 22.8% (36) un nivel de conocimiento alto. El buen nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacidos se asoció a una mayor edad de la gestante primípara ($p=0.000$), a un mayor nivel de instrucción ($p=0.000$); a una atención prenatal adecuada ($p=0.032$) y a la recepción de información sobre los cuidados del recién nacido ($p=0.037$) (19).

Abanto.L y Vines. M (2016) (Lambayeque) en su tesis “Nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados domiciliarios del Recién nacido pre termino atendidos en el Hospital de Lambayeque – 2016” en su estudio tiene como **objetivo:** determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido pre término atendidos en el Hospital Regional Lambayeque - 2016. Población La muestra estuvo conformada por 93 madres de recién nacido pre término atendidos en el Hospital Regional Lambayeque de enero a octubre del 2016; quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** son los siguientes: dimensión seguridad y protección el 75,3% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio. En la dimensión confort el 71,0% tienen un nivel de conocimiento medio. La dimensión alimentación el 60,2% las madres tienen un nivel de conocimiento medio. En la dimensión Vínculo afectivo el 60,2% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio. Llegando a una **conclusión:** por lo tanto, que el 65,6% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 12,9% un nivel de conocimiento bajo. El mayor porcentaje de las madres evaluadas refirió un conocimiento medio sobre cuidados domiciliarios al recién nacido pre término. En la dimensión seguridad y protección el 75,3% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, en la dimensión confort el 71,0% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, en la dimensión alimentación el 60,2% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, en la dimensión Vínculo afectivo el 60,2% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio (20).

Cruz. N y Dolores. S (2016) en su Tesis “Nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez - Villa María del triunfo, Lima 2016.”

El estudio tuvo como **objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes. Población estuvo constituida por 97 madres adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez. **Resultados:** se encontró que el 87.6% de las madres adolescentes se encontraban en la edad media que fue de 18.58 años, en cuanto al 51.5% se encontraban en estado civil soltera, en el grado de instrucción muestra que el 57.7% culminó su secundaria, ocupación ama de casa con un 42.3% y el lugar de procedencia fue el 80.4% procedentes de Lima Ciudad. En cuanto al nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes, mostraron que un (61.9%) tenían un nivel de conocimiento medio, el (35.1%) tenían un nivel de conocimiento alto, y el (3.1%) tenían un nivel de conocimiento bajo. Según las dimensiones el nivel de conocimiento sobre alimentación del recién nacido y la estimulación temprana tienen un porcentaje de 49.5% la cual se encuentra en el nivel alto, los cuidados físicos están en un 60.8% con nivel de conocimiento medio y sobre las vacunas se encuentran en un nivel bajo con un 43.3%. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el CMI “José Gálvez” fue de nivel medio; reflejándose en un 61.9% del total de madres encuestadas. Con estos resultados cabe indicar que la madre adolescente no se encuentra lo suficientemente preparadas para asumir el rol de madre con la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido (21).

A Nivel Local:

De La Cruz, S. y Gala, H. (2014) en su tesis titulada “**Conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al centro de salud Santa Ana, Huancavelica- 2014**” El presente estudio de investigación, "Conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al centro de salud Santa Ana, Huancavelica- 2014". Se realizó con el **objetivo:** de determinar el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al centro de salud Santa Ana, Huancavelica, tipo de investigación fue básica o pura, nivel de investigación fue descriptivo, método inductivo deductivo y descriptivo, y la técnica empleada fue la encuesta, el instrumento empleado fue el cuestionario, **metodología:** diseño fue no experimental transaccional descriptivo, la población y muestra fue constituido por 30 madres adolescentes de 11 a 19 años que acuden al centro de Salud Santa Ana, Huancavelica, llegando a las siguientes **resultados:** el 76,70% (23) presentan un nivel de conocimiento adecuado sobre el cuidado físico del recién nacido, el 23.30% (7) presentan un nivel de conocimiento inadecuado. El 66,70% (20) presentan conocimiento inadecuado sobre el cuidado psicológico del recién nacido, el 33,30% (10) presentan conocimiento adecuado sobre el cuidado psicológico del recién nacido. y por último se llegó a las siguientes **conclusiones:** La mayoría de las madres adolescentes conocen sobre el cuidado físico del recién nacido, algunas de ellas no lo ponen en práctica, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparados físicamente· ni psicológicamente para asumir la responsabilidad de ser madres ni para el cuidado de sus recién nacidos, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas (22).

2.2. BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

La teoría del aprendizaje Significativo de Ausubel Acuña el concepto de "aprendizaje significativo" para distinguirlo del repetitivo o memorístico y señala el papel que juegan los conocimientos previos de la persona en la adquisición de nuevas informaciones. La significatividad sólo es posible si se relacionan los nuevos conocimientos con los que ya posee el sujeto (23).

Para Ausubel, aprender es sinónimo de comprender. Por ello, lo que se comprenda será lo que se aprenderá y recordará mejor porque quedará integrado en nuestra estructura de conocimientos. El aprendizaje significativo aparece en oposición al aprendizaje sin sentido, memorístico o mecánico. El término "significativo" se refiere tanto a un contenido con estructuración lógica propia como a aquel material que potencialmente puede ser aprendido de modo significativo, es decir, con significado y sentido para el que lo internaliza.

Para Ausubel la estructura cognoscitiva consiste en un conjunto organizado de ideas que preexisten al nuevo aprendizaje que se quiere instaurar. Esta forma de aprendizaje se refiere a una estrategia en la cual, a partir de aprendizajes anteriores ya establecidos, de carácter más genérico, se puede incluir nuevos conocimientos que sean subordinables a los anteriores (23).

Desde el punto de vista didáctico, el papel del mediador es el de identificar los conceptos básicos de una disciplina dada, organizarlos y jerarquizarlos para que desempeñen su papel de organizadores avanzados. Ausubel distingue entre tipos de aprendizaje y tipos de enseñanza o formas de adquirir información. El aprendizaje puede ser repetitivo o significativo, según que lo aprendido se relacione arbitraria o sustancialmente con la estructura cognoscitiva (23).

Dado que en el aprendizaje significativo los conocimientos nuevos deben relacionarse sustancialmente con lo que la persona ya sabe o realiza en su entorno, es necesario que se presenten, de manera simultánea, por lo menos las siguientes condiciones:

- El contenido que se ha de aprender debe tener sentido lógico, es decir, ser potencialmente significativo, por su organización y estructuración.
- El estudiante debe tener deseos de aprender, voluntad de saber, es decir, que su actitud sea positiva hacia el aprendizaje.
- En síntesis, los aprendizajes han de ser funcionales, en el sentido que sirvan para algo, y significativos, es decir, estar basados en la comprensión (23).

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. CONOCIMIENTO

Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona (21).

El conocimiento es “el conjunto de saberes de un individuo que le permiten lograr un buen desempeño o tarea, e indican su suficiencia o idoneidad para el citado desempeño (22).

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (24).

Niveles de Conocimiento.

M. Flores y B. Ylatoma elaboraron la categorización de conocimiento de la siguiente manera (25).

Alto: Cuando identifica y reconoce el tema con mayor facilidad, y obtiene un puntaje entre 17 y 20.

Medio: Cuando identifica y reconoce el tema con algunas dificultades y obtiene un puntaje de 14 a 16.

Bajo: Cuando no identifica ni reconoce el tema y obtiene un puntaje menor a 13.

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

- **El Racionalismo:** Plantea que el origen del conocimiento está en la razón, la cual es considerada como la fuente principal de éste, tal circunstancia determinada que esta posición sea considerada como exclusiva (26).
- **El Empirismo:** Considera que el origen está en la experiencia. Parte de los hechos concretos y es una posición cuyo origen se encuentra fundamentalmente en las ciencias naturales (26).
- **Intelectualidad:** Es una posición entre el racionalismo y el empirismo la cual considera el conocimiento como producto de la razón y la experiencia (26).
- **El Apriorismo:** Al igual que intelectualidad, es también una posición intermedia entre el racionalismo y el empirismo ya que considera la razón y a la experiencia frente del conocimiento (26).

CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante (26).

ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO

- **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que depende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste (27).
- **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, a la que se dirige la conciencia ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser

aprehensible y aprehendido por el sujeto.

- **Medio:** Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad.

LOS MEDIOS DEL CONOCIMIENTO SON:

- **La Experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
- **La Experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos (27).
- **La Razón:** Estas e sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
- **La Autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión (27).
- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad (27).

TIPOS DE CONOCIMIENTO

- **Conocimiento Científico:** Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquiera del conocimiento

científico son fundamentados en la realidad y en las investigaciones (28).

- **Conocimiento Artístico:** Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas.

El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él (28).

- **Conocimiento Revelado:** Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas (28).
- **Conocimiento Empírico:** Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos (28).

NIVELES O GRADOS DE CONOCIMIENTO

Según el pensador inglés John Locke hay tres niveles de conocimientos:

- **Intuitivo:** según Locke, este tipo de conocimiento es el más seguro y claro que la mente alcanza. El conocimiento intuitivo surge cuando se percibe inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación. Un ejemplo de esto es el conocimiento de la existencia propia, la cual no precisa ningún tipo de demostración o prueba (29).

- **Demostrativo:** este conocimiento se da, según Lock cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas. Un ejemplo de este conocimiento, sería para el autor inglés el de la existencia de Dios, el cual se logra demostrar, como todo conocimiento por medio de ciertas certezas intuitivas. Se llega a la demostración de la existencia de Dios por medio de la demostración intuitiva de la existencia humana, la cual demuestra la necesidad de dicha existencia (29).
- **Sensible:** este tipo de conocimiento es el que se tiene sobre las existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas, permite conocer las cosas sensibles (29).

2.3.2. PRACTICA DEL CUIDADO

Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad, a través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría (30).

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: “Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no he logrado llevarlos a la práctica con éxito”, “Dicen que un científico chino logró demostrar teorías milenarias en la práctica “Cualquiera sea su definición, se le maneja como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, sea este; científico o vulgar, es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz, es decir del experimento, no puede haber práctica de tal o cual procedimiento si antes no se obtienen experiencias. Esta es evaluada

objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotrices del sujeto, independientemente evaluada por conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de los objetivos (31).

Niveles de la Práctica (31).

- Práctica correcta
Cuando el resultado obtenido por el ejecutante es de 12 a 20.
- Práctica incorrecta
Cuando el resultado obtenido por el ejecutante es de 0 a 11.

2.3.3. CUIDADOS DEL PREMATURO

Los cuidados orientados a prematuros se brindan porque no están totalmente preparados para la vida extrauterina. Los cuidados se centran en: regular la temperatura, alimentación. Como su organismo todavía no está plenamente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como infecciones (32).

El cuidado domiciliario que recibirá el prematuro por la madre se da cuando un niño prematuro se va de alta a su casa porque es capaz de comer por sí solo y puede controlar la temperatura en una cuna y ya no hace falta que esté en una incubadora, en principio, los cuidados serán de apoyo en la regulación de temperatura, alimentación, cuidados de signos de alarma (32).

El bebé prematuro requiere de cuidados especiales; es importante que la madre y su familia compartan con el profesional de enfermería cuidados y estimulación derivada del medio, que favorezca buenas prácticas de crianza. Por esta razón, estas madres deben estar preparadas desde la UCIN para cuando les den de alta a sus hijos, tenga la orientación adecuada de cuidado del prematuro o bebé de bajo peso. Así mismo, ésta debe ser adecuada y beneficiosa dentro de la rutina diaria, haciéndola fácil, cotidiana, activa y práctica. Abarca los siguientes aspectos (33).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud se considera prematuro a todo niño que nace después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas completas de gestación. También es común que se considere

prematureo al recién nacido (R.N) con peso menor de 2.500 g, aunque esta estimación no es correcta, ya que hay prematuros que pesan más de 2.500 g y RN de menos de 2.500 g que son de término. Eso tiene razón práctica dado que el peso es un dato más objetivo y fiable y suele constar en los registros e historias clínicas, así como en los certificados de nacimiento y de defunción. A los RN con peso menor a 2.500 g se les denomina de “bajo peso”, a los menores de 1.500 g, de “muy bajo peso”, a los de menos de 1000 g, como “extremadamente pequeños” o “prematuros extremos” si la edad gestacional es menor de 26 semanas (34).

Clasificación de prematuros

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación o antes de los 259 días de vida después del último día del periodo menstrual. En función de la edad gestacional los prematuros se dividen en tres sus categorías:

- Prematuros extremos - menos de 28 semanas de gestación
- Muy prematuros - entre 28 y 32 semanas de gestación
- Prematuros moderados a tardíos – entre 32 y 37 semanas de gestación (32).

2. Clasificación de los neonatos en función a la edad gestacional

- Pre término. Menos de 37 semanas completas (259 días)
- Pre término tardío. Sub grupo de lactantes que nacen entre las 34 y 36 semanas de Edad Gestacional. (238 a 258 días)
- A término. Entre las 37 a 41-6/7 semanas (260 – 294 días)
- Post término. De 42 semanas (295 días) o más (35).

3. Para la clasificación según edad gestacional se adopta la clasificación propuesta por la OMS, que define como prematuro a todo niño nacido antes de las 37 semanas completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro a su vez, puede subdividirse según la edad gestacional en:

- Prematuro extremo: < 28 semanas

- Muy prematuro: $28 < 32$ semanas
- Prematuro moderado: $32 \text{ a } < 34$ semanas
- Prematuro tardío de 34 a 37 semanas (36).

4. Según evaluación clínico nutricional.

Se define el periodo neonatal, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida; clasificándolos de acuerdo a la edad gestacional como:

- Inmaduro (< 28 semanas)
- Prematuros/pre término: < 37 semanas
- Lactantes a término: 37 a 42 semanas
- Post término (> 42 semanas) (37).

DIMENSIONES DEL CUIDADO:

1. Alimentación

Las necesidades nutricionales del prematuro son heterogéneas. La fuente alimentación es la leche materna y en ocasiones puede ser fortificada con vitaminas liposolubles, la vía de administración por succión directa o en ocasiones por gavage. La meta de crecimiento es obtener una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intra-uterino (15 gr./Kg./día hasta el término (33).

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño (33).

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a estos bebés porque, como en el caso de los nacidos a término, contribuirá a fortalecer su sistema inmunitario. Los prematuros necesitan alimentarse con mayor frecuencia (unas ocho o diez veces al día). Cuando el bebé

no sea capaz de mamar directamente, también se le puede administrar la leche materna mediante una sonda de alimentación. En general, estos niños necesitan un mayor aporte de calorías para poder mantener un crecimiento adecuado, por lo que muchas veces el médico prescribirá suplementos vitamínicos que garanticen una nutrición adecuada (33). Los bebés prematuros necesitan una mayor nutrición porque tienen que recuperarse hasta alcanzar el peso propio de un bebé a término. Pero también es importante no alimentarlo en exceso porque sus intestinos aún no están lo bastante maduros. A su bebé le darán el alta junto con un plan de alimentación específico para sus necesidades, y es posible que necesite una leche más concentrada para crecer y desarrollarse bien (33)

Algunos bebés prematuros pueden tener problemas para coordinar las conductas de succionar, tragar y respirar durante las tomas, y tienen que utilizar de forma temporal una sonda naso gástrica. En algunos casos, los bebés prematuros que no se pueden alimentar a través del estómago se alimentan por nutrición parenteral total (NPT) a través de una vena (33).

La nutrición del prematuro es uno de los aspectos más importantes en su cuidado, para obtener un crecimiento y un desarrollo neurológico y cognitivo normal. El aporte nutricional necesario para tal fin no puede satisfacerse por una alimentación oral normal en estos niños por su inmadurez, por lo que necesitan otras formas de alimentación. Los primeros días de vida los nutrientes y agua necesarios se les aportará por vía intravenosa (Alimentación Parenteral). Si su estado de salud lo permite, y dependiendo del grado de madurez, podría iniciarse una alimentación por sonda (Alimentación Enteral) o por succión (Alimentación Oral) (38).

Las alternativas de alimentación son variadas y dependerán del estado general de ese niño. Se podrán utilizar diversos dispositivos tales como jeringa o goteros (administrando el líquido de manera pausada, dándole

tiempo para que desencadene el reflejo deglutorio). Otra opción podrá ser un vaso pequeño, que es un método seguro si se respeta a quién y cómo se lo aplica, valorando los resultados y la ganancia de peso. El vaso debe tocar el labio inferior y la leche ser bebida a sorbos por el niño, adelantando la lengua. Nunca será vaciado dentro de la boca. Permitir que el niño reciba por boca pequeñas cantidades, será una experiencia oral crítica en el desarrollo de su capacidad para alimentarse, pero sin comprometerlo. Finalmente, después de un tiempo y según cada caso particular, podrán recibir todo el aporte a través de la vía oral, por succión. (36)

Fórmulas para prematuros.

Las nuevas fórmulas desarrolladas en la década pasada para los prematuros son seguras y promueven una mejor absorción de grasa, ganancia de peso, mineralización ósea y retención de nitrógeno en comparación con las fórmulas estándar y la leche madura humana. Estas fórmulas contienen una reducción en la cantidad de lactosa (40 a 50%) debido a que la actividad de la lactasa en el intestino parece desarrollarse tarde en la gestación y completarse hasta el término del embarazo. El resto del contenido de hidratos de carbono es en forma de polímeros de glucosa para mantener una osmolaridad baja en las fórmulas (300 mOsm o menos a una densidad calórica de 80 kcal/dL) contienen triglicéridos de cadena media (25 a 50%) en la mezcla grasa para mejorar su absorción. Los aceites vegetales son mal absorbidos por el prematuro por su baja producción de sales biliares y menor cantidad de lipasa gástrica. Proporcionan más proteínas que la leche humana y las fórmulas estándar. Contienen suero desmineralizado con un índice suero/caseína de 60:40 parecido al de la leche humana. Las proteínas del suero contienen más cistina y menos metionina en relación con la caseína, lo que parece ser más adecuado para los prematuros, quienes tienen una capacidad limitada para convertir la metionina a cistina por tener niveles reducidos de cistationina hepática (37)

2. Vigilancia

Conservar la temperatura entre 36.5 °C y 37 °C, en la posición canguro. Se debe tomarla temperatura corporal del bebé. La respiración del bebé puede oscilar entre 30 y 60 inspiraciones por minuto y la respiración se alterna con intervalos de cese de la misma (apnea) y si estos intervalos se vuelven prolongados (20 Segundos), los labios azules (cianosis), su pulso desciende (bradicardia). La madre debe conocer estos signos de alarma y debe ser capaz de identificar y buscar ayuda en caso de que llegue a preocuparse. Algunos signos de peligro son: Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncacos, respiración muy acelerada o muy lenta; ataques de apnea frecuentes y prolongados; cuando el bebé está frío la temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento; alimentación dificultosa: el bebé deja despertarse para las tomas, deja de alimentarse o vomita; convulsiones, diarrea y piel amarillenta (31).

Para la alimentación, las tomas orales deben comenzar tan pronto como el estado lo permita y las tolere. Ello suele coincidir con el momento en que se puede colocar al bebé en posición canguro, lo que contribuye a que la madre produzca leche e incrementa, de este modo, la lactancia materna (31).

Los bebés prematuros suelen tener episodios de apnea, o breves pausas al respirar, que mejoran conforme van madurando. En algunas salas de recién nacidos envían a los niños a casa con monitores de apnea cuando solo tienen una apnea leve, por lo que los padres deberán saber el manejo de dicho equipo y deben vigilar los cambios en el color de la piel, el ritmo cardíaco.

Al ser dado de alta los niños prematuros es de vital importancia que cualquier persona que se vaya a quedar en casa a solas con el bebé deberá asistir a una sesión de formación sobre el uso del monitor y aprender a hacer la reanimación cardiopulmonar (RCP) en lactantes (33).

la separación durante la hospitalización interfiere con la interacción madre-hijo ocasionando retraso en el establecimiento del apego y desarrollo de la identidad maternal. Por esto, es común que, al momento de anunciar el egreso del niño del hospital, las madres se sientan felices pero inseguras y desconfíen de sus posibilidades para cuidar exitosamente al niño en casa. También se ha reportado que los padres a quienes se les permite el contacto y participación temprana y constante en el cuidado de su hijo prematuro en la UCIN demuestran seguridad y mayor comodidad al ejercer su papel de cuidadores únicos en casa. Por lo tanto, el personal de salud debe reconocer y dar a los padres de los niños recién nacidos hospitalizados el lugar que les corresponde al lado de su hijo. El objetivo de este artículo es describir cómo vivencian el cuidado del hijo en el hogar las madres que han sido sometidas a estresores tales como la separación de su hijo y participación limitada en su cuidado durante la hospitalización en la UCIN. Se describe el proceso que viven las madres para ganar la confianza y seguridad de que pueden ofrecerle al hijo su amor y los cuidados necesario para mantenerlo alejado del hospital y creciendo como un niño sano (39).

vigilar con atención

Durante los cuidados que día a día le darás a tu bebé hay que tener presentes algunos detalles sobre su comportamiento, los cuales deberás comentar con su médico en su cita de control o en la primera oportunidad que se te presente. Si estos datos son muy intensos o suceden varias veces al día, solicita una consulta anticipada o hazla por teléfono si cuentas con un pediatra de confianza: (40)

- No aumenta de peso en las siguientes dos semanas desde que llegó a casa.
- Presenta un tono amarillo intenso en su piel y ojos por más de tres días.
- Su piel se pone azulada al mamar o con el cambio de

pañal.

- Cuando está dormido, de manera continua presenta periodos en los que deja de respirar.
- Lloro de forma constante y es muy difícil consolarlo, aun cuando se hayan satisfecho todas sus necesidades (ya lo alimentaste, cambiaste su pañal, lo cargaste, revisaste si no tiene calor o frío).
- Acostado, arquea el cuello o la espalda hacia atrás, o se mantiene siempre en la misma posición hacia un lado.
- No presenta fuerza en sus labios al mamar tu leche y escurre por los lados de su boca.
- Se fatiga demasiado al mamar y ello le impide terminar de comer.
- Al alimentarlo regresa mucha leche o vomita al terminar.
- No se sobresalta o despierta con ruidos fuertes.
- La mayor parte del tiempo mantiene sus manos cerradas y apretadas (40).

Debes poner especial atención a la coloración que pueda presentar la piel (amarillo o azul); si con frecuencia deja de respirar; si no aumenta de peso, o si cuando mama se fatiga en exceso, ya que esto indica la necesidad de consultar a un médico a la brevedad. En la primera consulta programada para su seguimiento deberás informar datos como la salida de leche después de comer; falta de respuesta a la luz y a los ruidos; las dificultades para consolarlo; la preferencia por alguna posición o posiciones de arqueo; las manos empuñadas y el estreñimiento. El médico podrá tomar medidas para solicitar algunos estudios especiales cuando se requiera y orientarte para resolver estos problemas. (40)

Siguiendo esta guía, los papás tendrán información sobre los cuidados

que deben proporcionar al bebé, así como acudir al médico cuando lo amerite. (40)

protege a tu bebe de las infecciones

Todo recién nacido corre riesgos con las infecciones. Para proteger a tu bebé, ten en cuenta lo siguiente:

- Asegúrate que todos se laven las manos antes de tocarlo.
- Si alguien está enfermo, cuida que no esté cerca o se cubra la boca al cargarlo (incluso si sólo tiene gripa) (40).

3. Higiene y vestimenta

No se utiliza el baño en tina o inmersión, se debe higienizar con un trapito o esponja suave, hasta cuando cumpla los 2500 g. El baño en tina, ocasiona en el prematuro, descompensación progresiva manifestada por la caída de la temperatura central, insuficiencia respiratoria, apnea recurrente, insuficiencia cardíaca, cambio a nivel metabólico, al final la muerte. Por las características de la piel es necesario abrigarlo y siempre tener el ambiente cálido. A esto se le suma que su ropa lo pueda abrigar y evitarla pérdida de calor, además deberá ser delicada, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar (41).

Por lo que debe de:

- Lavarse muy bien las manos antes de coger al prematuro.
- Cambie el pañal cada tres o cuatro horas, aunque esté limpio.
- Cuando bañe al prematuro, comprobar que los productos que utilizan sean los adecuados para la piel delicada del prematuro (41).

Higiene del prematuro

Al ingresar a la sala

- Remover el unto sebáceo y las secreciones que trae el recién nacido en el cuerpo después del nacimiento.
- Evitar la contaminación de la piel por fluidos de alto riesgo.

- Contribuir al confort del recién nacido.
- Evitar infecciones manteniendo la piel lubricada y sana. (42)

procedimiento

Este procedimiento debe de ser realizado bajo fuente de calor radiante previamente encendida o una cuna calefaccionada.

Los materiales a utilizar deben de estar previamente preparados.

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Secarse con papel toalla.
- Colocar guantes descartables.
- Mojar seis torundas grandes de algodón con el agua mezclada con el aceite vegetal.
- La primera torunda se usa para limpiar la cara. El aseo ocular se realiza con algodón, limpiar los ojos desde el Angulo interno hacia el ángulo externo y eliminarlo.
- La segunda torunda para limpiar cabeza y zona retro auricular.
- La tercera torunda para limpiar cuello, manos, brazos, axilas y tórax.
- La cuarta torunda limpiar espalda y abdomen
- La quinta torunda para limpiar los miembros inferiores.
- La sexta torunda para el aseo genital, limpiando los pliegues inguinales, genitales y finalmente el ano.
- Realizar lavado de manos y registrar la actividad en el expediente clínico. (42)

Contraindicaciones del aseo cutáneo: Diferir el aseo cuando el prematuro presente lo siguiente:

- Problemas de termorregulación.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Descompensación hemodinámica una vez superadas las situaciones antes mencionadas proceder a realizar el aseo cutáneo.

Aseo en los días subsecuentes

- No debe de realizarse ningún tipo de baño, únicamente limpie los genitales con algodón y agua tibia cada vez que lo requiera, limpiando los pliegues inguinales, genitales y finalmente el ano.
- Durante el cambio de pañal la cabeza del bebe debe de reposar sobre un cojín (posición antirreflejo).
- Al realizar el cambio de pañal no levantar las piernas del bebe en contraposición del abdomen, lo correcto es ponerlo de lado de esta forma evitamos reflujos, lesión de víscera y hemorragia intracraneana. (42)

vestimenta

- Gorro
- Pañal
- calcetines (42)

El baño y su higiene

Durante los primeros días no es necesario bañarlo diariamente, ya que su piel es muy sensible a las infecciones y fisuras. Al menos no lo hagáis más de dos o tres veces por semana. Pero esto no quiere decir que no cuides su higiene.

Podéis limpiar su carita, sus manos, los pliegues de su piel y toda la zona del pañal con una suave gasa estéril o un algodón mojado en agua tibia y jabón neutro, evitando el uso de cremas infantiles y perfumes. Pasados esos días iniciales, que normalmente coinciden con su estancia en el hospital, y cuando su piel sea más fuerte, podréis bañarle todos los días en casa (43).

Es recomendable que establezcáis el baño como una rutina, intentando hacerlo en el mismo horario y con el mismo proceso y forma de bañarle (43).

Antes del baño intentar preparar todos los accesorios y aseguraos de que la

temperatura del agua es la indicada. Luego, metedle en la bañera suavemente, tocando inicialmente el agua con sus pies y manos para evitar sobresaltos. Hay bebés que prefieren que los bañen boca arriba mientras que otros lo desean boca abajo, adaptaos a sus gustos (43).

La hora del baño debe ser un momento especial para relacionaros con vuestro bebé. Mientras limpiáis y recorréis su cuerpo con el agua y le hacéis movimientos suaves, lentos y uniformes, podéis hablarle, cantarle, acariciarle y mostrarle todo vuestro cariño. El momento del baño llegará a ser muy deseado y placentero para ella o él (43).

4. Vínculo afectivo

El vínculo entre una madre y su hijo comienza antes del nacimiento, probablemente desde que sabe que está embarazada. Es entendible también que toda madre piense tener un hijo sano, que nazca en el término correspondiente. Por eso el parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud del niño, trae aparejada una obligada adaptación de los padres, en especial de la madre. El estrés y la depresión materna están entre los trastornos más frecuentes. Todo ese desajuste emocional puede tener gran importancia sobre el niño, no solo inmediatamente sino en su futuro (34).

Para generar vínculo afectivo se promueve el método de madre canguro se llama posición canguro, que se precisa como la posición vertical sobre el pecho de la madre, entre sus senos y en decúbito ventral, con un contacto directo entre las pieles de la madre y del hijo. La posición debe proveerse de forma continua (sin interrupciones) y prolongada, llegando idealmente hasta 24 horas al día por tantos días como el niño lo requiera. La posición favorece que el bebé encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y táctil, manteniéndola la vía aérea permeable, también estimula y favorece la lactancia materna. Además, fortalece el vínculo biológico y afectivo

entre el bebé y la madre. Para que todo lo anterior se dé, se debe cumplir con unos requisitos claves para mantener la posición como: a) continua (sin interrupciones), b) prolongada (24 horas), c) duradera (días y semanas) (41).

El contacto piel con piel es el mejor cuidado y la manera de estimular a tu bebé prematuro, pues le ayuda a regular su temperatura y su respiración, le calma, favorece su crecimiento y desarrollo, y fortalece el vínculo afectivo entre ustedes (41).

La Teoría del Apego es una teoría iniciada en los años cincuenta que parte de una perspectiva etológica donde sus principales exponentes, J. Bolwby y M. Aisworth, plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad (44).

Relevancia de la Teoría del Apego.

Esta teoría, a pesar de su declarada filiación etológica o de adaptación, maneja muchos conceptos propiamente psicológicos y de cualificación de la relación. Se destaca, además por investigar la perspectiva evolutiva del apego, lo cual no es común en otros modelos. Bolwby parte de una perspectiva evolutiva de sesgo darwiniano. Sin embargo, a pesar de mostrar una indudable orientación etológica al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo de sobrevivencia, su concepción de la conducta instintiva va más allá de las explicaciones que habían ofrecido etólogos como Lorenz, con un modelo energético-hidráulico muy en consonancia con los antiguos postulados de la física mecánica. Basándose en la teoría de los sistemas de control, Bowlby planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada

estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta modificándose a las condiciones ambientales (44).

Las madres se identifican de una manera u otra con el niño que se desarrolla en ellas. Esta identificación dura cierto tiempo después del parto y poco a poco va perdiendo su significado. Al identificarse con su hijo, la madre sabe lo que éste siente y está entonces en condiciones de suministrarle casi exactamente lo que el bebé necesita en materia de sostén y, en general, como entorno. Sólo una madre sensibilizada de esta forma puede ponerse en el lugar de su hijo y responder a sus necesidades. Esta condición lo que Winnicott llama “preocupación maternal primaria” (44).

La madre y el entorno familiar.

Cuando la madre entra en relación con su hijo prematuro no se encuentra en las mejores condiciones para responder a las necesidades del RN y por otro lado presenta elevadas exigencias y expectativas respecto a las posibilidades reales del niño. La madre vive los efectos de un traumatismo psíquico grave y la relación con su hijo se resiente, más o menos de las modificaciones que establece inmediatamente después. El traumatismo solo existe en el momento en el que la realidad parece autenticar la fantasía. (44)

La madre de un prematuro se encuentra ante un niño pequeño y de aspecto ingrato, disminuido por la cualidad de sus estructuras neuromotrices, difícil por la discordancia en los ritmos de la vida, consecuencia de los impuestos por su estancia en una incubadora y prolongados por los cuidados especiales.

Este niño cuyas características deberían ser percibidas y aceptadas, va a encontrar ante él a una pareja seriamente afectada de entrada en cuanto a sus capacidades para responder a las necesidades del bebé. (44) Debemos recordar que en la madre la última parte de la gestación es particularmente rica en elaboraciones de todo tipo.

Un embarazo que no ha sido llevado a término deja en la mujer un sentimiento de insatisfacción, de algo que no hubiera sido completado, además hay veces que el parto llega de modo inopinado y no se desarrolla como había sido proyectado, o bien previsto puede ocurrir después de varias semanas de ansiedad. Recordemos también que el niño prematuro desbarata el niño maravilloso de la fantasía materna y responde al modelo contrario, el de los peores temores. (44)

Particularidades interactivas del prematuro.

Al describir las capacidades del recién nacido prematuro y su comunicación interactiva, se ha visto que estos bebés están mucho menos abiertos a la interacción que los bebés maduros. Martín Field denomina a este fenómeno “déficits interactivos” y llega a catalogar al recién nacido prematuro como un bebé de alto riesgo. Cuando son manipulados, estos niños parecen estresarse y quedan exhaustos tras una corta sesión de interacción (44).

Los neonatos prematuros y pequeños para la edad gestacional que no retroalimentan las conductas maternas son poco reactivos al rostro de una persona, a su voz, a estímulos visuales o auditivos en general y es muy difícil lograr un diálogo tónico con la madre, lo que predispone al fracaso del vínculo (44).

Hay dos síntomas que se destacan. Por un lado, la desviación de la mirada del niño que, como veremos más adelante, es con frecuencia un signo precoz en la patología de la interacción. Por otro, el aspecto hiperactivo e intrusivo de la madre que, de hecho, no hace más que aumentar los comportamientos de evitación del niño. Es importante que el personal de salud reconozca estos síntomas para poder llevar a cabo una acción preventiva en ese periodo sensible durante el cual se lleva cabo la vinculación de la madre y el niño (44).

PROBLEMAS DEL PREMATURO.

Se relaciona con la dificultad de la adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de los sistemas orgánicos.

a) **Respiratorios.** Los recién nacidos Prematuros pueden presentar los siguientes problemas:

- **Depresión perinatal.** En la sala de partos debido a la mala adaptación a la respiración.
- **Síndrome de dificultad respiratoria** debido a déficit de surfactante y a inmadurez pulmonar.
- **Apnea** debido a la inmadurez de los mecanismos que controlan la respiración.
- **Neuropatía crónica de la prematuridad**, antes denominada displasia broncopulmonar, enfermedad de Wilson e insuficiencia pulmonar crónica de la prematuridad.

b) **Neurológicos.** Los neonatos prematuros presentan mayor riesgo de padecer problemas neurológicos que incluyen los siguientes:

- Depresión perinatal.
- Hemorragia intracraneal.

c) **Cardiovasculares.** Los neonatos prematuros pueden presentar problemas cardiovasculares, que incluye los siguiente:

- **Hipotensión.** (hipovolemia, disfunción cardíaca, vasodilatación producida por sepsis.

d) **Hematológicas.**

- **Anemia.**
- **Hiperbilirrubinemia** (35).

e) **Nutrición.** Los neonatos requieren atención específica al contenido, la densidad calórica, el volumen y la vía de alimentación.

f) **Gastrointestinales.** Tienen mayor riesgo de padecer enterocolitis necrotizante; la alimentación con biberón es un factor de riesgo significativo; la leche materna parece tener un papel protector.

- g) Metabólicos.** Los problemas metabólicos, especialmente en el metabolismo de la glucosa y del calcio, son más frecuentes en los recién nacidos prematuros (35).
- h) Renales.** Los riñones inmaduros se caracterizan por una baja tasa de filtración glomerular, así como por la incapacidad para manejar las cargas de agua, solutos y ácidos. Por tanto, el control de los líquidos y los electrolitos tiene que ser cuidadoso.
- i) Regulación de la temperatura.** Los neonatos prematuros son susceptibles a la hipotermia y a la hipertermia (35).
- j) Inmunitarios.** Debido al déficit de la respuesta tanto humoral como celular, R.N. prematuros presentan un mayor riesgo de infección que los recién nacidos a término (35).
- k) Oftalmológicos.** En la retina inmadura de los neonatos menores de 32 semanas o con peso al nacer inferior a 1500 gramos se puede desarrollar una retinopatía de la prematuridad.

Factores de riesgo asociados con el nacimiento prematuro

Dentro de la multicausalidad relacionada con la prematuridad y el bajo peso al nacer, existen algunos aspectos que se destacan entre las principales causas. Ellos son:

- Factores socio biológicos.
- Factores relacionados con la asistencia de salud inadecuada.
- Problemas médicos anteriores al embarazo y complicaciones en el embarazo actual (35).

PROBLEMAS A LARGO PLAZO DE LA PREMATURIDAD.

Los R.N. prematuros son vulnerables a un amplio espectro de problemas. El riesgo de morbilidad y la mortalidad se reducen significativamente con el aumento de la E.G (35).

a) Alteraciones del desarrollo.

- Discapacidades graves (parálisis cerebral, retraso mental)
- Déficits sensoriales (pérdida auditiva, déficit visual)

- Disfunción cerebral (trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje, hiperactividad, déficit de atención, trastornos del comportamiento) (35).

b) Retinopatía de la prematuridad.

c) Enfermedad pulmonar crónica.

d) Retraso del crecimiento.

e) Mayor frecuencia de enfermedades de la infancia y de la hospitalización (35).

EL IMPACTO DE LA PREMATURÉZ SOBRE LOS PADRES

Numerosos estudios sugieren que el nacimiento de un RN pre término plantea una crisis Psicológica en la madre y en la familia. Se sabe que las madres experimentan ansiedades específicas que atentan contra el desarrollo de una buena relación de madre – hijo. El impacto de la prematuréz sobre los padres y la familia es enorme; de allí la importancia de su apoyo (34).

Las siguientes son algunas de las situaciones más frecuentes que las familias deberán enfrentar:

- Preocupación, ansiedad y temores de que el recién nacido fallezca.
- En la madre, frustración y culpa por no haber continuado con el embarazo.
- Adaptación a un medio totalmente extraño, donde se habla de un lenguaje desconocido.
- Pérdida del control de su función de los padres (30).

ACCIONES GENERALES PARA DESARROLLAR EN LAS UNIDADES NEONATALES

Las posibilidades de que una familia se adapte en forma adecuada a esta situación dependen en gran medida de las acciones que pueda realizar el equipo neonatal. El trato habitual de que se les brinda a los padres esta muchas veces basado en una creencia, por cierto, totalmente errónea, de que los cuidados del recién nacido dependen casi exclusivamente de los profesionales (34).

No existen argumentos para restringir el ingreso de los padres en la unidad y uno de los mayores avances de la neonatología ha sido el de promover la integración de los padres al cuidado de sus hijos.

Entre las acciones para implementar en los servicios de neonatología, podemos destacar los siguientes:

- Es conveniente que, de ser posible, un neonatólogo o pediatra con experiencia tenga una entrevista con los padres antes del parto a fin de escuchar sus dudas y temores.
- La madre debe de poder ver a su hijo en la sala de partos antes de su traslado a la UCIN.
- Es importante fomentar el ingreso temprano de los padres a la UCIN, poco tiempo después del nacimiento.
- Dar las primeras informaciones a ambos padres en forma conjunta y lo más pronto posible después del parto. Se les debe de brindar claramente una completa reseña del estado actual del niño y sobre los cuidados y tratamiento que necesitara.
- La información luego del alta de la madre debe de ser dada con posterioridad a los padres, en forma conjunta.
- Evitar que la información diaria se la brinden diferentes personas. Centralizarla en un pequeño grupo estable y efectuar una comunicación sensible, comprensiva y con empatía.
- Enseñarles como acercarse a sus hijos, cuales son los momentos más indicados, cuando no conviene que lo estimulen y cuáles son las reacciones del recién nacido que deben de esperar según su estado y madurez.
- Transmitirles que los prematuros reciben un exceso de estimulación, en especial en los primeros días, que es perjudicial especialmente para los más pequeños. Es, por lo tanto, prudente que sigan las indicaciones de los profesionales en cuanto a los estímulos que puedan brindar.

- Facilitar todo aquello que les permita a los padres reforzar el vínculo con su hijo; por ejemplo, visitas irrestrictas, participación en el cuidado, que los puedan tener en brazos, el contacto piel a piel, caricias.
- Contar con un equipo del cuidado de los padres en forma especial, se integrará con uno o más médicos, Psicóloga, asistente social, enfermera.
- Efectuar y dar consejos en forma individual con cada pareja, pero también realizar actividades grupales con otros padres de prematuros en reuniones semanales.
- Explicar a los padres sobre la importancia de la alimentación con la leche de la madre y las técnicas de extracción.
- Detectar en forma temprana los problemas que los padres puedan presentar, ya sean emocionales, sociales, económicos o laborales y ayudarlos a enfrentarlos.
- Llamar por teléfono a los padres, para comunicarles el estado de su hijo, cuando ellos no puedan ir a la UCIN todos los días.
- En los RN con enfermedad grave informar a los padres sobre la posibilidad de un desenlace fatal, evitando el duelo anticipatorio, pero siendo realistas sobre la situación del niño.
- En los RN moribundos fomentar que los padres estén con el hijo en sus últimos momentos, que lo tengan en brazos en un lugar de privacidad, para que puedan expresar sus sentimientos y emociones con libertad (34).

En el apoyo a los padres debemos destacar el papel del personal de Enfermería, el cual resulta de enorme importancia, ya que es el quien mantiene un contacto constante con los padres y puede enseñarles y alentarlos en múltiples aspectos. En el sector de internación se les presentara a las enfermeras encargados de la atención de su hijo y de los otros componentes de la unidad (34).

Es útil realizar una encuesta social en los primeros días, ya que con ella se tendrá un diagnostico social y de riesgo. Entre los padres hay una alta frecuencia de madres adolescentes, solteras con embarazos no deseados y parejas inestables con bajos niveles socioeconómicos. Por medio de las

encuestas se trata de detectar en forma temprana las características sociales de la familia, esto puede contribuir mucho en las estrategias posteriores (34).

Es importante hablar con ambos padres juntos

En la primera conversación se les asegurará que no se les ocultará nada y que los mantendrá informados de la evolución de sus hijos.

Se les informara sobre las características de los recién nacidos prematuros y de ser posible se les entregara un cuadernillo informativo. Es importante transmitirles cuales son los mejores momentos para comunicarse con el niño y la forma en que pueden tener un contacto físico con él. Se les destacara la importancia del tacto y las caricias y en qué momentos pueden realizarlas. En general en la primera visita pocos padres piensan que pueden tocar a su niño o no se animan a hacerlo. Cuando en visitas posteriores lo logran, se relacionan mejor con él y se sienten más confortados. A veces muchos padres no lo hacen hasta pasados varios días, cuando ya tienen más confianza en que el niño puede sobrevivir (34).

Se destacará que no existen horarios para visitar al niño y que puedan hacerlo cuando lo deseen, aclarándoles que en ciertos momentos los médicos y las enfermeras están en pase de sala o realizan extracciones para laboratorio y que por lo tanto deberán esperar unos minutos. Ya hace más de 15 años en el hospital italiano de buenos aires los padres pueden permanecer junto a sus hijos mientras se efectúa el pase de sala (34).

REUNIONES GRUPALES CON LOS PADRES

Nuestra experiencia con grupos de padres de recién nacidos prematuros internados en la división Neonatología del Hospital Italiano es amplia ya que es una creatividad que se está desarrollando desde 1977.

Los padres son informados de la existencia de estas reuniones durante el primer contacto con ellos y luego se les recuerda la cita semanalmente con una notita en la incubadora (34).

Si bien muchas veces se brinda información sobre la evolución de los recién nacidos y se aclaran dudas o interrogantes sobre las características de un niño prematuro, el objetivo principal es que los padres puedan compartir esta

experiencia crítica con otros y expresar sus temores, angustias y fantasías. Aunque cada grupo es particular y diferente de acuerdo con la personalidad de los padres que lo integran y según la gravedad de sus hijos, se puede observar una secuencia que se repite a lo largo de las reuniones (34).

En la primera reunión, por lo general los padres se encuentran confusos, desconcentrados y difícilmente pueden hablar de su hijo. Con cierta frecuencia solo transmiten las experiencias vividas en torno al parto y su desenlace, rápido e inesperado.

En la segunda o tercera reunión, a medida que toman conciencia de que el niño internado es el suyo y de los problemas que se presentan, suelen deprimirse, aunque participan más activamente de la reunión y cuentan diversos aspectos de su hijo.

Solo en reuniones siguientes pueden ir compartiendo problemas comunes y tratan de ayudarse mutuamente.

EL MOMENTO DEL ALTA

En general, se presenta como algo muy ansiado, pero al mismo tiempo cargado de temores, dudas y fantasías. Los padres en especial aquellos que por la estructura de la unidad no han podido tener mucha participación en el cuidado de sus hijos, se sienten inseguros y dudan acerca de si serán capaces. Hasta ese momento tienen una dependencia muy grande del plantel de Enfermería, que es en quien confiaron la atención de su hijo (34).

Es conveniente que el alta se les plantee como una posibilidad concreta con la suficiente antelación, para que puedan ir elaborando esta situación.

Se deben efectuar varias charlas específicamente relacionadas con el tema y realizar entrenamientos especiales. Recomendamos, de ser posible, una internación conjunta del recién nacido con su madre en los días previos al alta. En ese periodo se favorece el conocimiento de las necesidades y particularidades del niño por parte de los padres, lo que facilita una interacción mutua y una menor incidencia de reingresos (34).

CONDICIONES PARA EL ALTA

Para que se otorgue el alta al RN prematuro deben cumplirse ciertos requisitos.

- Vivienda lo más adecuada posible para la recepción del niño.
- Padres en el mejor estado físico y emocional que pueda lograrse, ya sea con ayuda o apoyo de terceros (abuelos, familiares, amigos, médicos, psicólogos) o sin ellos.
- Aumento de peso o peso estable en los últimos 5 días de internación.
- Adecuado ingreso calórico preferentemente por succión.
- Estabilidad en la temperatura corporal del recién nacido vestido, fuera de la incubadora y con 22 a 23 °C de temperatura ambiental (34).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Alimentación: Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir nutrientes.

Conocimiento: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Cuidado: Es la acción de cuidar, preservar, guardar, conservar, etc. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo.

Prematuro: Es prematuro cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación.

Enfermera: Es aquella persona que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud.

Higiene: Se refiere a la limpieza y el aseo, ya sea del cuerpo como de las viviendas o los lugares públicos.

Hospital: Establecimiento destinado a proporcionar todo tipo de asistencia médica, incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento, y en el que también se practican la investigación y la enseñanza médica.

Madre: En un contexto biológico, se le llama al individuo de sexo femenino que ha tenido descendencia directa.

Neonatología: Rama de la medicina que se dedica exclusivamente al cuidado de los recién nacidos o neonatos.

Posición: Manera de estar colocado alguien o algo en el espacio, que se determina en relación con la orientación respecto a algo o con sus partes anterior, posterior y laterales.

Práctica: Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.

Teoría: Conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico.

Vestimenta: Se utiliza para señalar todas aquellas prendas de ropa o de vestido a las que los seres humanos recurren para su abrigo.

Vigilancia: es el cuidado y la supervisión de las cosas que están a cargo de uno.

2.5. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental de Huancavelica, 2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.
- Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.
- Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

- Existe relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

2.6. VARIABLES

Variable 1.

Conocimiento sobre cuidados domiciliarios

Variable 2.

Practica sobre cuidados domiciliarios.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	VALOR FINAL
Conocimiento sobre el cuidado domiciliario	Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona	Es la medición de la variable conocimiento a través de la encuesta	Alimentación	Tipo de alimentación		Alto (17-20) Medio (14-16) Bajo (menor a 13)
				Frecuencia de alimentación		
				Beneficios de la LME		
				Duración de la LME		
			Vigilancia	Reconocimiento de signos de alarma		
				Reconocimiento de signos de peligro		
			Higiene y vestimenta	Frecuencia de baño		
				Lugar de baño		
				Materiales empleados para el baño		
				Material de la ropa		
				Comodidad que brinda la ropa		
				Frecuencia de cambio		
				Método que promueve el vínculo afectivo		

			Vínculo afectivo	Tiempo de ejecución del método		
				Beneficios del método que promueve el vínculo afectivo		
práctica	Habilidad o	Es la	Alimentación	Brinda alimentación		
sobre	experiencia que	medición		A demanda		
cuidado	se consigue o se	de la		Cumple con el tiempo estándar de la LME		
domiciliario	adquiere con la	variable	Vigilancia	Reconoce signos de alarma		
	realización	práctica a		Reconoce signos de peligro		
	continuada de	través de	Higiene y	realiza el baño del RN prematuro todos los días		
	una actividad	la	vestimenta	Lugar de baño		
		observación		Materiales empleados para el baño		
				emplea ropa de algodón para vestir al RN prematuro		
				emplea ropa con cuello de botón para la comodidad del RN prematuro		
				cambia al RN prematuro todos los días		
			Vínculo afectivo	promueve el vínculo afectivo		
				Realiza método canguro		

Correcta (12-20)
Incorrecta (0-11)

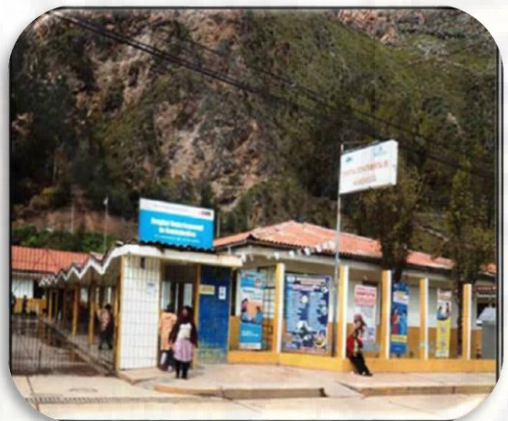
CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

El departamento de Huancavelica se encuentra situado en la parte central del Perú. Entre los paralelos $11^{\circ}59'10''$ y $14^{\circ} 07'43''$ de latitud sur y los meridianos $74^{\circ}16'15''$ y $75^{\circ} 48' 55''$ de longitud Oeste de Greenwich. Limita, por el Norte con el Departamento de Junín, por el Sur con el Departamento de Ica, por el Este con el Departamento de Ayacucho y por el Oeste con los departamentos de Lima, Ica y Junín.

El Hospital Departamental de Huancavelica se encuentra ubicado en la región Huancavelica, provincia Huancavelica y distrito de Huancavelica en la Av. Andrés A. Cáceres S/N, con una altitud de 3690 msnm y un área de 17 602,80



m2. Límites: Área total del terreno: 17 602,80 m2. Área construida: 12 000 m2. Área libre: 5 602,80 m2 Norte: Av. Andrés Avelino Cáceres. Sur: Av. Augusto B. Leguía. Este: Jr. 20 de enero. Oeste: Jr. Cuzco. Accesibilidad: La principal vía de acceso es la avenida Andrés Avelino Cáceres. El 100% de la avenida se encuentra asfaltada. La habilitación del “PUENTE CUZCO”, que comunica con el Distrito de Ascensión, se puede considerar como vía alterna durante las horas de tráfico.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Básica, porque tiene como objetivo incrementar los conocimientos científicos causando así un progreso en la ciencia. Buscan desarrollar teorías basadas en leyes y principios, asimismo busca conocer la realidad objetiva (45).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de nivel correlacional, cuya finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos categorías o variables en un contexto en particular (45).

3.3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

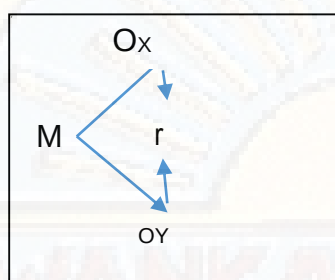
El estudio realizado utilizó el método específico: descriptiva, estadística y bibliográfica. Descriptivo porque se describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otra variable tal como se da en el presente. Así como estudia el fenómeno en su estado actual y en su forma natural. Estadístico; porque a través de la aplicación facilitara la representación de datos en los fenómenos observados, y la toma decisiones a la aplicación de la estadística descriptiva y bibliográfica; porque permite recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en los libros, artículos de revistas, publicaciones e investigaciones (46).

3.3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue descriptivo, retrospectivo, transaccional, correlacional; diseño no experimental; porque son estudios que se realizan sin la manipulación de

liberada de las variables en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Transaccional y correlacional; porque estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables, en un momento determinado. A veces únicamente en términos correlacionales (46)

Esquema:



Legenda:

M = muestra de madres de R.N. Prematuros.

Ox = medición de la variable conocimiento.

OY =Medición de la variable: practica.

r = Relación.

3.4 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1 Población

La población estuvo constituida por todas las madres de recién nacidos prematuros atendidos en la unidad de Neonatología 32 para establecer la relación del conocimiento y práctica del cuidado por las madres de prematuros.

3.4.2 Muestra

Constituido por la población censal.

3.4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Madres de prematuros atendidos en el Hospital Departamental Huancavelica.
- Madres que desean participar voluntariamente en la investigación.
- Madres que radican en la Región de Huancavelica.

Criterios de exclusión:

- Madres de prematuros atendidos en el Hospital Departamental de Huancavelica que no firmaron consentimiento informado.
- Madres con alteraciones mentales.
- Madres de prematuros con alteraciones patológicas instauradas.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para medir la variable: conocimiento sobre cuidado domiciliario al prematuro se empleó la técnica de encuesta y su instrumento cuestionario.

Para medir la variable práctica sobre cuidado domiciliario al prematuro se empleó la técnica de Observación con su instrumento guía de observación (45).

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Conocimiento	Encuesta	Cuestionario.
Práctica	observación	Guía de observación

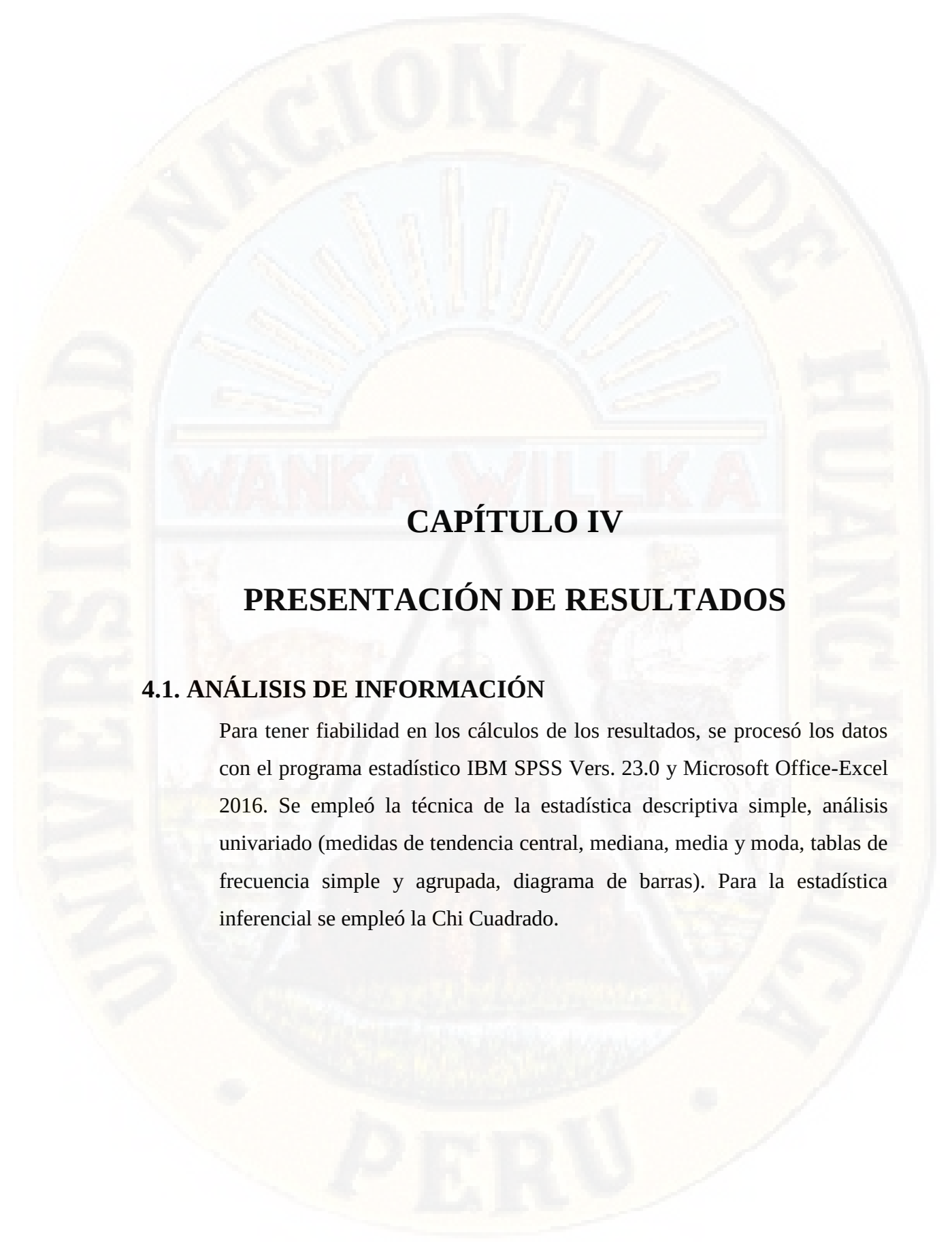
3.6 TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Presentación y coordinación con el director del Hospital Departamental Huancavelica, para obtenerla autorización de recopilación de la información.

Elaboración del instrumento de recolección de datos sobre conocimiento y práctica de cuidados domiciliarios del prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS para Windows Vers. 25.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016.

Así mismo, se utilizará la estadística descriptiva: para la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos; y para la contrastación de la hipótesis la aplicación de la estadística inferencial; correlación de r Pearson a un nivel de confianza de 95%, y nivel de significancia al 5%.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

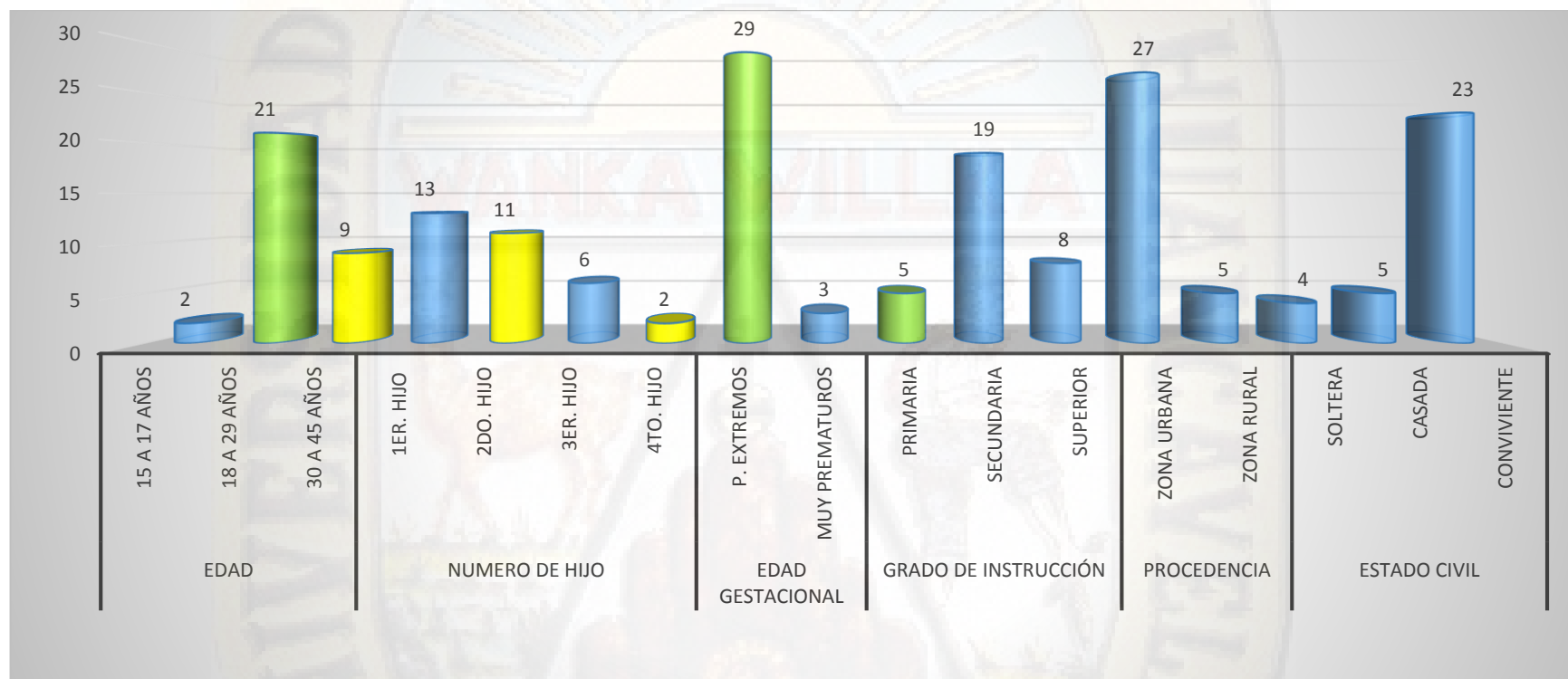
Para tener fiabilidad en los cálculos de los resultados, se procesó los datos con el programa estadístico IBM SPSS Vers. 23.0 y Microsoft Office-Excel 2016. Se empleó la técnica de la estadística descriptiva simple, análisis univariado (medidas de tendencia central, mediana, media y moda, tablas de frecuencia simple y agrupada, diagrama de barras). Para la estadística inferencial se empleó la Chi Cuadrado.

Cuadro N° 1: Caracterización de madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

CARACTERÍSTICAS		f	%
EDAD	15 a 17 años	2	6.3
	18 a 29 años	21	65.6
	30 a 45 años	9	28.1
NUMERO DE HIJO	1er. Hijo	13	40.6
	2do. Hijo	11	34.4
	3er. Hijo	6	18.8
	4to. Hijo	2	6.2
EDAD GESTACIONAL	P. EXTREMOS	29	90.6
	MUY PREMATUROS	3	9.4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	5	15.6
	SECUNDARIA	19	59.4
	SUPERIOR	8	25.0
PROCEDENCIA	ZONA URBANA	27	84.4
	ZONA RURAL	5	15.6
ESTADO CIVIL	SOLTERA	4	12.5
	CASADA	5	15.6
	CONVIVIENTE	23	71.9
TOTAL		32	100.0

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Gráfico N° 1: Caracterización de madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Cuadro N° 1.

INTERPRETACIÓN

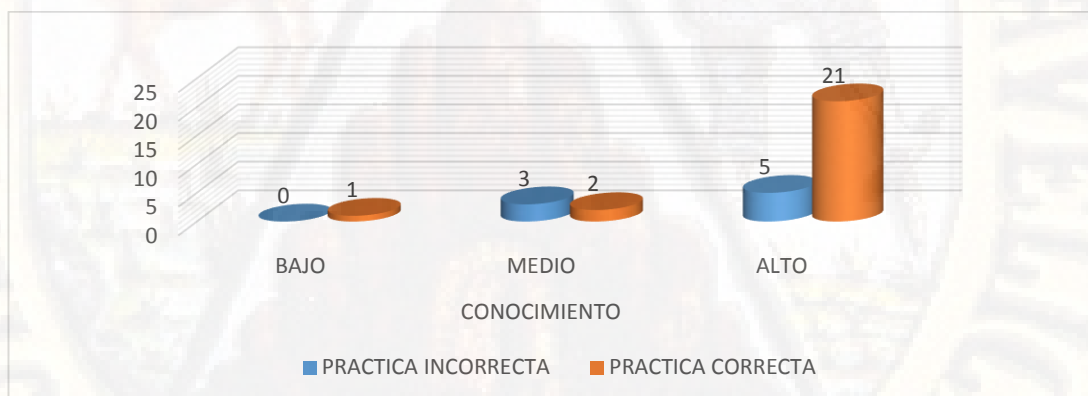
En la Tabla y gráfico N° 1: El 6.3% (2) madres presentaron una edad entre 15 a 17 años, un 65.6% (21) tuvieron entre 18 a 29 años y 28,1% (9) madres tuvieron entre 30 a 45 años de edad. 40,6% (13) fueron el primer hijo, 34,45 (11) segundo hijo, el 18,8 (6) prematuros fueron el tercer y 6,2% (2) fueron hijo, la edad gestacional del prematuro 90,6% (29) son prematuros moderados o tardíos y el 9,4% (3) son muy prematuros, grado de instrucción de las madres un 25.0% (8) madres tienen nivel superior, el 59.4% (19) madres que cuentan con secundaria incompleta y 15.6 % (5) madres con primaria incompleta 84,4% (27) madres son de procedencia urbana y 15,6 (5) son madres de procedencia rural, 12,5% (4) madres son solteras, 15,6%(5) madres son casadas y 71,9 % (23) madres son conviviente.

Tabla N° 2: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

		PRÁCTICA				Total	%
		INCORRECTA	%	CORRECTA	%		
CONOCIMIENTO	BAJO	0	0.0	1	3.13	1	3.13
	MEDIO	3	9.38	2	6.25	5	15.63
	ALTO	5	15.63	21	65.63	26	81.25
Total		8	25.00	24	75.0	32	100.00

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Gráfico N° 2: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Tabla N° 2

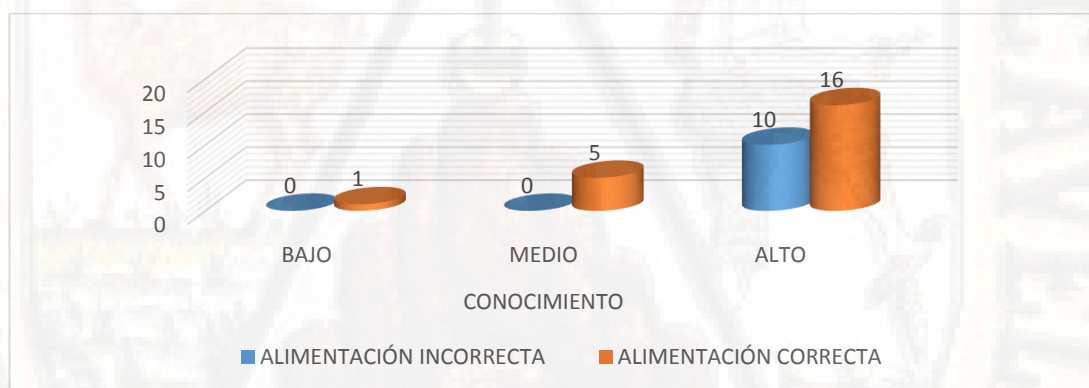
En la Tabla y gráfico N° 2: 65.63% (21) madres tuvieron conocimiento alto en cuidado domiciliario y práctica correcta, 3.13% (1) madre tuvo conocimiento bajo y práctica correcta y 15.63% (5) madres tuvieron conocimiento alto y realizaron práctica incorrecta en el cuidado domiciliario de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

Tabla N° 3: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

		ALIMENTACIÓN				Total	%
		INCORRECTA	%	CORRECTA	%		
CONOCIMIENTO	BAJO	0	0.00	1	3.13	1	3.13
	MEDIO	0	0.00	5	15.63	5	15.63
	ALTO	10	31.25	16	50.00	26	81.25
Total		10	31.25	22	68.75	32	100.00

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Gráfico N° 3: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Tabla N° 3

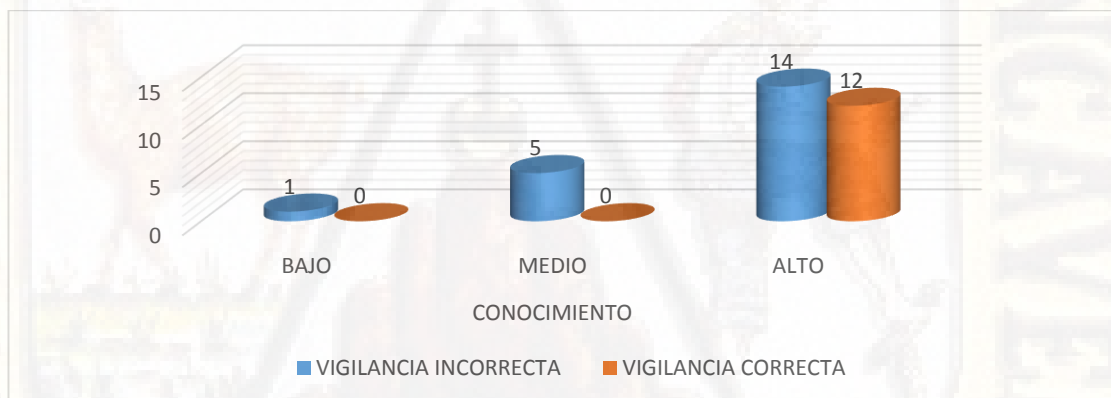
En la Tabla y gráfico N° 3: 50% (16) madres tuvieron conocimiento alto y práctica correcta de alimentación, 3.13% (1) madre tuvo conocimiento bajo y práctica correcta de alimentación y 31.25% (10) madres tuvieron conocimiento alto y práctica incorrecta de alimentación de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

Tabla N° 4: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

		VIGILANCIA				Total	%
		INCORRECTA	%	CORRECTA	%		
CONOCIMIENTO	BAJO	1	3.13	0	0.00	1	3.13
	MEDIO	5	15.63	0	0.00	5	15.63
	ALTO	14	43.75	12	37.50	26	81.25
Total		20	62.50	12	37.50	32	100.00

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Grafico N° 4: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Tabla N° 4

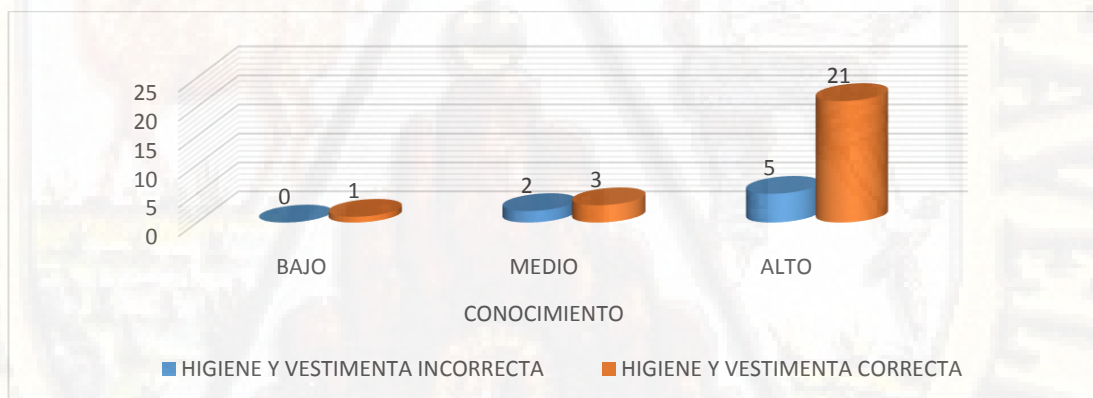
En la Tabla y gráfico N° 4: 37.50% (12) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de vigilancia correcta, 43.75% (14) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de vigilancia incorrecta y 3.13% (01) madre tuvo conocimiento bajo y práctica de alimentación incorrecta de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

Tabla N° 5: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

		HIGIENE Y VESTIMENTA				Total	%
		INCORRECTA	%	CORRECTA	%		
CONOCIMIENTO	BAJO	0	0.00	1	3.13	1	3.13
	MEDIO	2	6.25	3	9.38	5	15.63
	ALTO	5	15.63	21	65.63	26	81.25
Total		7	21.88	25	78.13	32	100.00

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Gráfico N° 5: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Tabla N° 5.

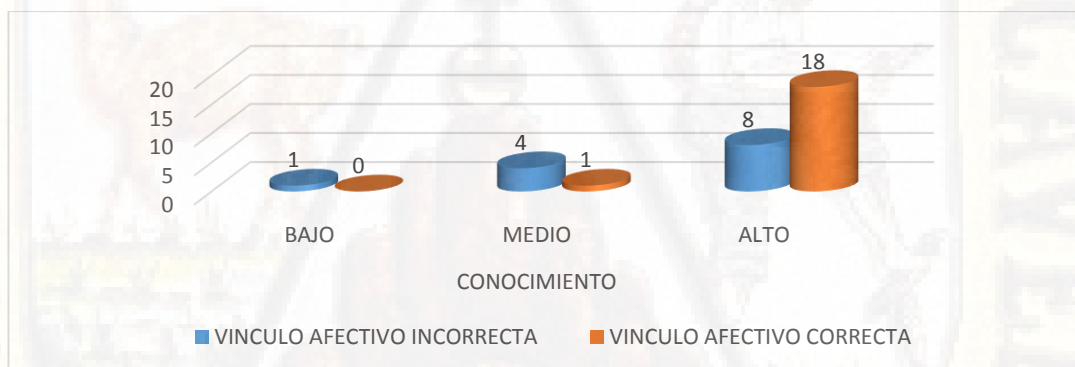
En la Tabla y gráfico N° 5: 65.63% (21) madres tuvieron conocimiento alto y práctica en higiene y vestimenta correcta, 3.13% (1) madre tuvo conocimiento bajo y realizó práctica correcta y 15.63% (5) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de higiene y vestimenta incorrecta de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

Tabla N° 6: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

		VINCULO AFECTIVO				Total	%
		INCORRECTA	%	CORRECTA	%		
CONOCIMIENTO	BAJO	1	3.13	0	0.00	1	3.125
	MEDIO	4	12.50	1	3.13	5	15.625
	ALTO	8	25.00	18	56.25	26	81.25
Total		13	40.63	19	59.38	32	100

Fuente: Cuestionario y guía de observación, 2019.

Gráfico N° 6: Conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.



Fuente: Tabla N° 6.

En la Tabla y gráfico N° 6: 56.25% (26) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de vínculo afectivo correcta, 3.13% (1) madre que tuvo conocimiento bajo y práctica de vínculo afectivo correcta, 25% (8) madres tuvieron conocimiento alto con prácticas de vínculo afectivo incorrecta y 3.13% (1) madre tuvo conocimiento bajo y practica de vínculo afectivo incorrecta de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica.

4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA DE Chi

CUADRADO GLOBAL:

Hipótesis Alternativa (H_a):

Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica.

H_i: $r < 0$ La relación es significativa

Hipótesis Nula (H₀):

No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica.

H₀: $r \geq 0$ La relación no es significativa

NIVEL DE SIGNIFICANCIA (α) Y NIVEL DE CONFIANZA (Y)

(α) = 0,05 (5%); (Y) = 0,95 (95%)

FUNCIÓN O ESTADÍSTICA DE PRUEBA

Dado que la variable nivel de conocimiento con categorías alto, medio, bajo y la variable práctica con categorías correcta e incorrecta son categorías cualitativas y la muestra de estudio fue de 32; la estadística para probar la hipótesis nula es la función Chi Cuadrado.

Formula de la Chi Cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función χ^2 tiene distribución Chi cuadrada con $(F-1) \cdot (C-1)$ grados de libertad.

Aquí O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría “i” de la variable fila (nivel de conocimiento) y categoría “j” de la variable columna (práctica); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtiene con la fórmula siguiente:

$$E_{ij} = (\text{Total fila } i) * (\text{Total columna } j)$$

Número total de datos

Por tanto, la función Chi cuadrada toma la forma

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \sim X^2(1)$$

La función X^2 tiene distribución Chi cuadrada con 02 grados de libertad.

REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE LA HIPÓTESIS NULA:

Como la hipótesis alternativa es bilateral y $(\alpha) = 0,05$ (5%) entonces el valor tabulado (VT) de la función de la Chi cuadrado es VT=3.8415; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alterna si $VC > 3.8415$.

VALOR CALCULADO

El valor calculado (VC) de la prueba de Chi cuadrada se obtiene en:

Tabla N° 5

	Val or	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,062 ^a	2	,0131
Razón de verosimilitudes	3,803	2	,0149
Asociación lineal por lineal	1,081	1	,0298
N de casos válidos	32		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es ,25.

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

El VT es menor que VC; es decir, 4.062 es mayor que 3.8415 se acepta la hipótesis alterna rechazando la hipótesis nula, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio son dependientes; vale decir, que existe evidencia significativa suficiente para afirmar que el nivel de conocimiento se relaciona directamente con la práctica de atención al recién nacido prematuro.

La magnitud de la relación entre las variables de estudio se ve con la $\text{sig}=\text{pvalue}< 0.05$; el cual se define $\text{Sig. Bilateral}=0.0131$; es decir; existe relación significativa entre las variables de estudio.

1- $\alpha=0.95$ o 95%. Probabilidad que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

CONCLUSIÓN ESTADÍSTICA:

Existe relación significativa entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 2. Según Cruz, S., define conocimiento como todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona (21). En el estudio realizado sobre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario de prematuros, un 65.63% (21) madres que cuentan con conocimiento alto y práctica correcta; así mismo se evidencia un 3.13% (1) madre que tuvo conocimiento bajo y practica correcta y un 15.63% (5) madres tuvieron un conocimiento alto con práctica incorrecta en el cuidado domiciliario de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Estos datos coinciden con el trabajo de Campoverde G. al mostrar que 70% de madres conocen sobre los cuidados del prematuro entre los que tenemos: los beneficios de la lactancia materna, signos de alarma y la higiene de los genitales, mientras que en relación a los saberes sobre la estimulación al pre término, más del 50% de las madres poseen destrezas adecuadas en el cuidado del bebé como: la higiene de los genitales, el cuidado de la piel y el vestido; mientras que un alto porcentaje poseen destrezas inadecuadas en: el baño, la alimentación, higiene de las fosas nasales y la higiene del cordón umbilical (15). Estudios han demostrado que la práctica es sinónimo de experiencia, siendo el caso de 15,63% (5) madres que a pesar de contar con un conocimiento alto realizan una práctica incorrecta por falta de experiencia.

En la tabla y gráfico N° 3: Según MINSA, la leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño (33).

El estudio realizado nos muestra en la dimensión **alimentación**, un 50% (16) madres que tuvieron conocimiento alto y practica de alimentación correcta y 31.25% (10) madres tuvieron conocimiento alto con práctica de alimentación incorrecta de prematuros atendidos el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Estos datos no coinciden con el trabajo de Abanto. L (2016) donde los resultados muestran que en la dimensión alimentación el 60, 2% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio (20). Dado que mayor porcentaje de madres son primerizas y se enfrentan a brindar por primera vez cuidados domiciliarios del recién nacido prematuro más aun, que estos cuidados son más especializados y por la inexperiencia realizan práctica de alimentación incorrecta a prematuros.

En la tabla y gráfico N° 4: Según Sánchez, C. Poner especial atención a la coloración que pueda presentar la piel (amarillo o azul); si con frecuencia deja de respirar; si no aumenta de peso, o si cuando mama se fatiga en exceso, ya que esto indica la necesidad de consultar a un médico a la brevedad. En la primera consulta programada para su seguimiento deberás informar datos como la salida de leche después de comer; falta de respuesta a la luz y a los ruidos; las dificultades para consolarlo; la preferencia por alguna posición o posiciones de arqueo; las manos empuñadas y el estreñimiento. El médico podrá tomar medidas para solicitar algunos estudios especiales cuando se requiera y orientarte para resolver estos problemas (40). El estudio realizado en la dimensión **vigilancia**, un 37.50% (12) madres que tuvieron conocimiento alto y práctica de vigilancia correcta; así mismo, un 43.75% (14) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de vigilancia incorrecta y 3.13% (01) madre tuvo un conocimiento bajo con práctica de vigilancia incorrecta en madres de prematuros atendidos, en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Estos datos se rechazan con el trabajo de Salazar S. (2013), donde los resultados muestran que se encontró la falta de conocimiento sobre los ítems básicos de evaluación de la temperatura y respiración, signos de alarma. Se detectaron factores culturales y del sistema

de salud como obstáculos para que las mamás asumieran compromisos para el cuidado de los bebés(17). Estos resultados se pueden justificar debido a que las madres en un mayor porcentaje son primerizas, razón por la cual las prácticas que emplean en el cuidado y vigilancia de su bebé sean deficientes o incorrectas. Esto debido a que el mayor porcentaje de madres no saben diferenciar bien entre un signo de peligro y un signo de alarma, motivo por el cual no identifican oportunamente los signos de peligro poniendo en riesgo el bienestar del prematuro.

En la tabla y gráfico N° 5: Según Simarra, J. No utilizar el baño en tina o inmersión, se debe higienizar con un trapito o esponja suave, hasta cuando cumpla los 2500 g. El baño en tina, ocasiona en el prematuro, descompensación progresiva manifestada por la caída de la temperatura central, insuficiencia respiratoria, apnea recurrente, insuficiencia cardíaca, cambio a nivel metabólico, al final la muerte. Por las características de la piel es necesario abrigarlo y siempre tener el ambiente cálido. A esto se le suma que su ropa lo pueda abrigar y evitarla pérdida de calor, además deberá ser delicada, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar (41). El estudio realizado en la dimensión **higiene y vestimenta**, un 65.63% (21) madres tuvieron conocimiento alto y práctica de higiene y vestimenta correcta y un 15.63% (5) madres tuvieron un conocimiento alto con práctica de higiene y vestimenta incorrecta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Estos datos tienen una relación con el trabajo de Campo verde G (2015) en su estudio realizado; más del 50% de las madres poseen destrezas adecuadas en el cuidado del bebé como: la higiene de los genitales, el cuidado de la piel y el vestido (15).

Un gran porcentaje de madres conocen la importancia de higiene y confort del bebé para que estos puedan descansar tranquilamente, motivo por el cual las madres priorizan en el cuidado este aspecto. El mayor porcentaje de madres tienen un conocimiento alto sobre cuidados domiciliarios en los

prematureros y realizan una práctica correcta esto debido a que las madres multíparas ya cuentan con experiencias previas y por lo tanto tienen más cuidado en la higiene y vestimenta, de esta forma las madres evitan las complicaciones como dermatitis de pañal, onfalitis, e infecciones dérmicas. El 15,63 % (5) madres cuentan con conocimiento alto y con una práctica incorrecta; estudios han demostrado que “cualquiera sea su definición de la práctica, se le maneja como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento; sea este; científico o vulgar, es necesario llevarlo a la práctica”

En la tabla y gráfico N° 6: Según Rodríguez, D. El parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud del niño, trae aparejada una obligada adaptación de los padres, en especial de la madre. El estrés y la depresión materna están entre los trastornos más frecuentes. Todo ese desajuste emocional puede tener gran importancia sobre el niño, no solo inmediatamente sino en su futuro (34). Las madres se identifican de una manera u otra con el niño que se desarrolla en ellas. Esta identificación dura cierto tiempo después del parto y poco a poco va perdiendo su significado (44). El estudio realizado nos muestra en la dimensión de **vínculo afectivo**, un 56.25% (26) madres que tuvieron conocimiento alto y práctica de vínculo afectivo correcta; y 25% (8) madres tuvieron conocimiento alto y realizaron práctica de vínculo afectivo incorrecta en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Datos que se relacionan con el trabajo de Campo verde G. donde muestra que la mayoría de las madres manifestó conocer la técnica de estimulación (15). Los neonatos prematuros y pequeños para la edad gestacional que no retroalimentan las conductas maternas son poco reactivos al rostro de una persona, a su voz, a estímulos visuales o auditivos en general y es muy difícil lograr un diálogo tónico con la madre, lo que predispone al fracaso del vínculo (44).

CONCLUSIONES

1. La relación entre el conocimiento y práctica en el cuidado domiciliario de madres de prematuros fueron significativas, dado que el mayor porcentaje de madres tuvieron conocimiento alto y práctica correcta.
2. La relación entre el conocimiento y práctica en la dimensión alimentación en el cuidado domiciliario de madres de prematuros encuestadas contaron con conocimiento alto y práctica correcta, ello implica que las madres de prematuros recibieron recomendaciones, orientaciones por parte del personal de Enfermería antes del alta.
3. El conocimiento y práctica de cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros; contaron con conocimiento alto y realizaron práctica incorrecta. Ello implica que las madres conocen los signos de alarma, signos de peligro, pero no lo identifican oportunamente.
4. En el estudio realizado el conocimiento y práctica en la dimensión de higiene y vestimenta en madres de prematuros, se evidenció que el mayor porcentaje de madres contaron con conocimiento alto y práctica correcta, ello implica que los prematuros se encuentran en condiciones adecuadas de higiene que les permite estar en confort.
5. El cuidado domiciliario en la dimensión vínculo afectivo en madres de prematuros, un porcentaje alto tuvieron conocimiento alto y realizaron práctica correcta, esto debido a que el nuevo ser es esperado con mucho anhelo no solo por la madre sino por los miembros de la familia.

RECOMENDACIONES

AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA:

- Implementación de un programa de intervención en cuidados y seguimiento del recién nacido pre termino.

AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA:

- Elaborar protocolos y guías de cuidado del recién nacido pre termino.
- El profesional de enfermería es responsable de brindar recomendaciones sobre cuidados domiciliarios en madres de recién nacidos pre términos.

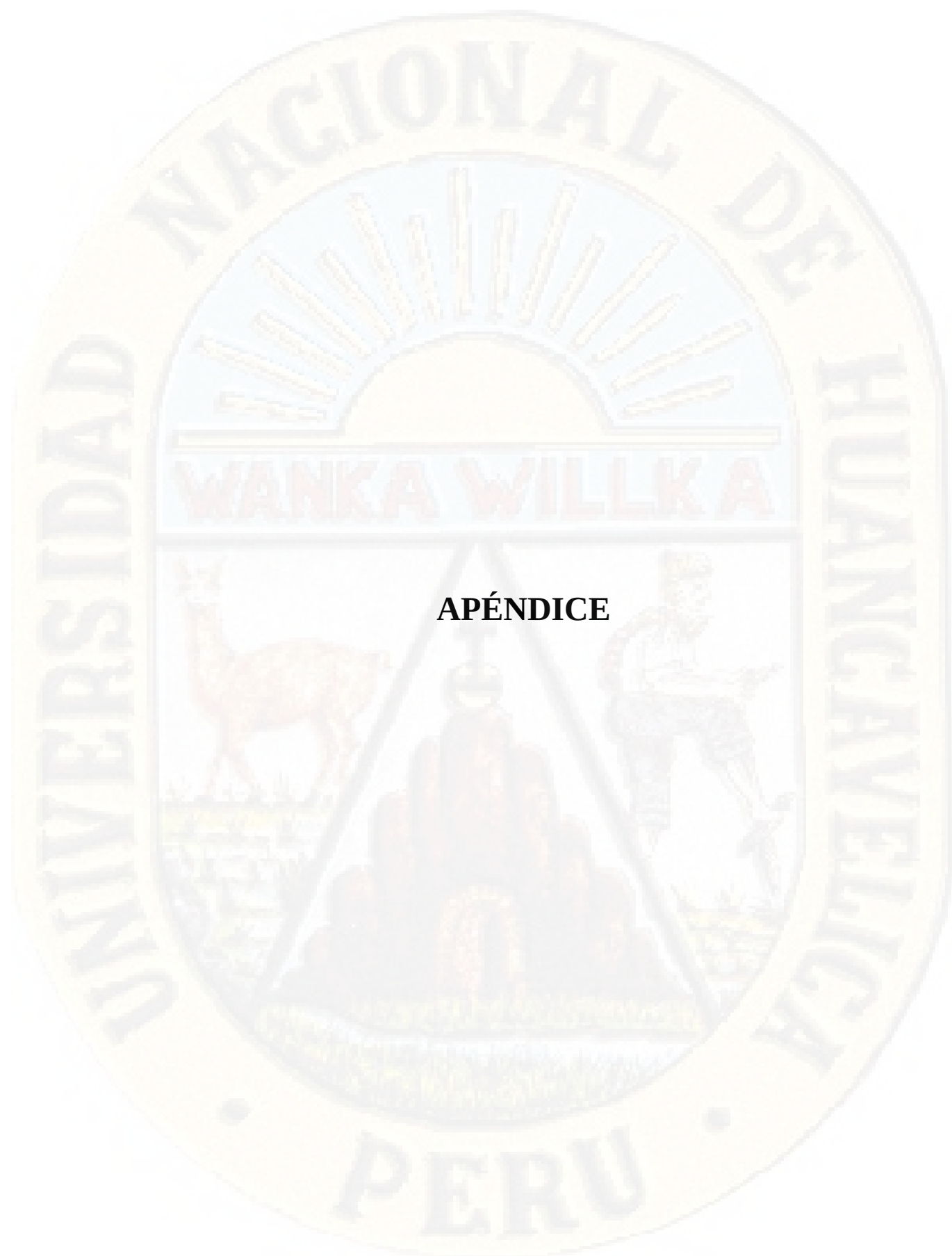
Referencia bibliográfica.

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals: Lancet.; 2016.
2. Colliere, M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; ; 2013.
3. Mirtha Maguiña Guzmán 2012 pág. 16 La salud neonatal una preocupación de desarrollo. Ed. 07 N.
4. [Online]. OMS. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Nota descriptiva n° 333; from ed; 2016.
5. UNICEF. Derechos de los recién nacidos prematuros. Perú.; (2016).
6. Salud. OMdl. Aumenta el número de nacimientos prematuros en todo el mundo. La Coruña, España: La Voz de Galicia.; (2012).
7. Rivero R. El Prematuro. ; (2010).
8. Wigert H, Johansson,R., Berg, M., Hellstrom, A. Mothers experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. 1st ed. Suecia: : Scandinavian Journal of caring Sciences; 2006.
9. Araque Salazar S, Arizariaño NE, Valderramasanabria ML. “Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia. 41st ed.: Cuidarte.
10. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.; (2015).
11. INEI. indicadores de resultados de los programas presupuestales. INFORME ESTADISTICO. LIMA: INEI, HUANCVELICA; 2019.
12. HDH. ESTADÍSTICA ANUAL HUANCVELICA; 2018.
13. Castro, E. “Conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes ingresadas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital General Puyo. 2015” Ecuador; (2015).

14. Bermeo J y Crespo A. “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el “hospital regional Vicente Corral Moscoso”; 2015.
15. Campoverde G. “Actitudes, saberes y destrezas en madres sobre cuidados y estimulación de Prematuros que acuden al hospital universitario de Motupe” Ecuador.; (2015).
16. Pava C. “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar” Colombia; (2013).
17. Salazar S. et al. “Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los Bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia” Colombia; (2013).
18. Carbonel ea. “Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular” Colombia; (2010).
19. Rios E. “Nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en primíparas atendidas en el hospital regional de Loreto, Junio–Julio del 2018” Loreto.; (2018).
20. Abanto L. y Vences M. “Nivel de conocimiento de las madres sobre cuidados domiciliarios del Recién nacido pretermino atendidos en el Hospital de Lambayeque; 2016.
21. Cruz S. y Dolores vN. “Nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez - Villa María del triunfo, Lima 2016 Lima; (2016).
22. De la Cruz S. y Gala H. “Conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes que acuden al centro de salud Santa Ana, Huancavelica-2014” Huancavelica; 2014.
23. Palmero L. et al. “La teoría del aprendizaje significativo”. 1st ed. Octaedro E, editor.; 2008.
24. Pérez J. Conocimiento. 2nd ed. España: Limusa; 2008.

25. Flores M. Ylatoma B. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012..
26. Bunge M. la Investigacion Cientifica. El Trebol. 1985.
27. Castellanos W. EATERNA IMPERO. [Online].; 1996 [cited 2019 NOVIEMBRE 11. Available from:
[/aeternaimperoblog.wordpress.com/2017/01/09/los-elementos-del-conocimiento-el-sujeto-el-objeto-la-representacion-y-la-operacion/](http://aeternaimperoblog.wordpress.com/2017/01/09/los-elementos-del-conocimiento-el-sujeto-el-objeto-la-representacion-y-la-operacion/).
28. Anguis N. Esteban G. <http://repositorio.unh.edu.pe>. [Online].; 2017 [cited 2019 noviembre 11. Available from:
<https://danielvn7.wordpress.com/2008/05/05/tipós-de-conocimiento>.
29. Lock, J. I. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 11. Available from:
<https://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/>.
30. Torres F. “La Praxis educacional”. 2nd ed. Argentina: Edit. Buenos Aires; 2007.
31. Pérez J y Gardey A. “La Practica como proceso de aprendizaje”. 2nd ed.: Edit. Lanedi,; Actualizado: 2015.
32. Organización Mundial de la Salud. “El niño prematuro”; 2016.
33. MINSA.. Protocolo. “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud”. Primera edición. ed. Lima.; (2014).
34. Rodriguez Diana C, Ruiz Ana L, Ceriani Cernadas Jose M. Cuidado de los padres de los recién nacidos prematuros. In Ceriani Cernadas JM, editor. Neonatología practica. Buenos Aires: Panamericana S.A.; 2009. p. 262-266.
35. Cloherty J. EE,HA,SA. MANUAL DE NEONATOLOGIA. 7th ed. Gomez BM, editor. BUENOS AIRES: Wolters Kluwer; 2012.
36. Direccion Nacional de Maternidad. Nutricion del Niño Prematuro. primera ed. Rubio Maria C., Mosteiro D., editor. Argentina: Área de Comunicación Social de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2015.pag 13, 73.

37. Angulo E. y Garcia E. Neonatología. cuarta ed. Alcocer MdCR, editor. Mexico: intersistemas; 2016.
38. Fernandez M. y Balza A. seccion neonatologia del hospital universitario Donastia. In Donastia udchu, editor. El bebé prematuro.; 2011. p. 9.
39. Ocampo C. CUIDANDO UN HIJO PREMATURO EN CASA: DEL TEMOR Y LA DUDA. Florianópolis. 2014 abril; I(829).
40. Sanchez C, Figueroa M, Caballero M, Mendez S, Najera R. GUIA PARA PADRES DE NIÑOS PREMATUROS. Primera ed. editor Dr. Mendoza Murillo C., Mexico: El manual moderno; 2013.
41. SIMARRA J. Socialización y prácticas de crianza en Colombia – 1992 /2002: Estado del conocimiento y recomendaciones para la política pública de infancia y familia. 2002. Bogotá: : UNICEF; 2002.
42. USAID. Manejo del recién nacido prematuro. In Calderon HB. higiene del recién nacido prematuro. Nicaragua; 2011. p. 28.
43. Palacios J, Moreno C, Roman M, Estevez R. Guia para madres y padres de bebés prematuros tras el alta hospitalaria. primera ed., editor. Junta de Andalucía- España.: Kastaluna. ; 2015.
44. Bolwby J. El vínculo afectivo. APPIA. pg: 57,58,61,65 y 66 2007 octubre. Barcelona.
45. Carrasco S. Metodología de la investigación científica Lima: San Marcos; 2006.
46. Díaz V. Metodología de la investigación científica y bioestadística: para profesionales de ciencias de la salud: RIL Editores; 2006. Chile.



APÉNDICE

Apéndice N° 1

Matriz de Consistencia

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DOMICILIARIO EN MADRES DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCAMELICA, 2019

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital departamental Huancavelica, 2019?	Objetivo general - Determinar la relación entre conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. Objetivos específicos: - Medir la relación del conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. - Determinar la relación del conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión vigilancia en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019 - Establecer la relación del conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión higiene y vestimenta en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019. - Identificar la relación del conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en la dimensión de vínculo afectivo en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.	Existe relación significativa entre el conocimiento y práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, hospital departamental Huancavelica, 2019	Variable 1: Conocimiento sobre cuidados domiciliarios. Variable 2: Práctica sobre cuidados domiciliarios.	Tipo de investigación: Básica. Nivel De Investigación Correlacional Diseño: descriptivo, retrospectivo, transaccional correlacional. Población, Muestra Y Muestreo: Población 32 madres. Muestra = Muestra censal.

Apéndice N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por OJEDA BRAVO, Betty Celina y MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa, de la Universidad Nacional Huancavelica, El objetivo de este estudio es medir la relación del conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental de Huancavelica, 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en encuesta, Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por OJEDA BRAVO, Betty Celina.

MAURICIO CAMPOS, Luz Vanessa, He sido informado (a) de que la meta es El objetivo de este estudio es medir la relación del conocimiento y la práctica del cuidado domiciliario en la dimensión alimentación en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología, Hospital Departamental Huancavelica, 2019.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las señoritas responsables de la investigación; a los siguientes teléfonos 957338114 y 999173422

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Srta. Vanessa al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Apéndice N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCATELICA FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE OBSERVACIÓN

INSTRUCCIÓN: A continuación, se propone una serie de enunciados, para lo cual se realiza una observación directa a la madre del prematuro sobre el cuidado domiciliario que brinda. Frente a cada ítem se registrará un número de acuerdo a la escala de valoración siguiente:

SI = 2

NO = 1.

DATOS GENERALES:

1. EDAD:
2. ESTADO CIVIL: SOLTERA ☐ CASADA ☐ CONVIVIENTE ☐
VIUDA ☐ DIVORCIADA ☐
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:
ILETRADA ☐
PRIMARIA ☐
SECUNDARIA ☐
SUPERIOR ☐

N°	ÍTEMS	SI	NO
	PRÁCTICA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS		
1	La madre brinda leche materna exclusiva al RN prematuro.		
2	La madre alimenta al RN prematuro cada vez que lo solicita.		
3	La madre alimenta hasta que el RN prematuro este satisfecho.		
4	La madre realiza control de signos vitales		
5	La madre reconoce signos de alarma		
6	La madre realiza el baño del RN prematuro todos los días		
7	La madre realiza el baño de esponja al RN prematuro		

8	La madre emplea ropa de algodón para vestir al RN prematuro		
9	La madre emplea ropa con cuello de botón para la comodidad del RN prematuro.		
10	La madre cambia al RN prematuro todos los días		
11	La madre promueve el método mamá canguro.		
12	La madre realiza el método canguro la mayor parte del tiempo posible		

Gracias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO

INSTRUCCIÓN: A continuación, se propone una serie de preguntas donde usted deberá marcar la respuesta que crea correcta; esto permitirá establecer el nivel de conocimiento que posee sobre cuidados domiciliarios brindados al prematuro.

DATOS GENERALES:

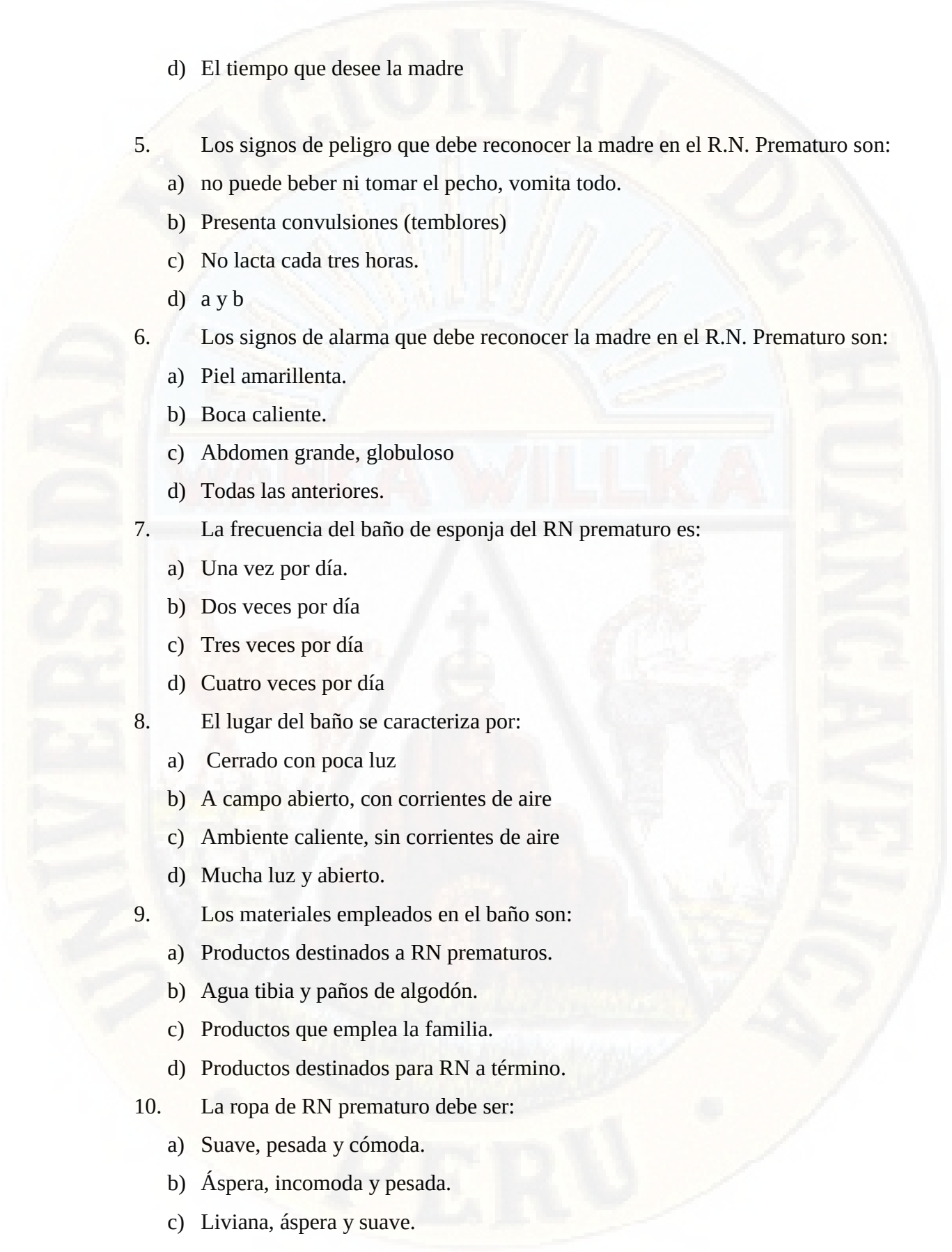
CÓDIGO:...

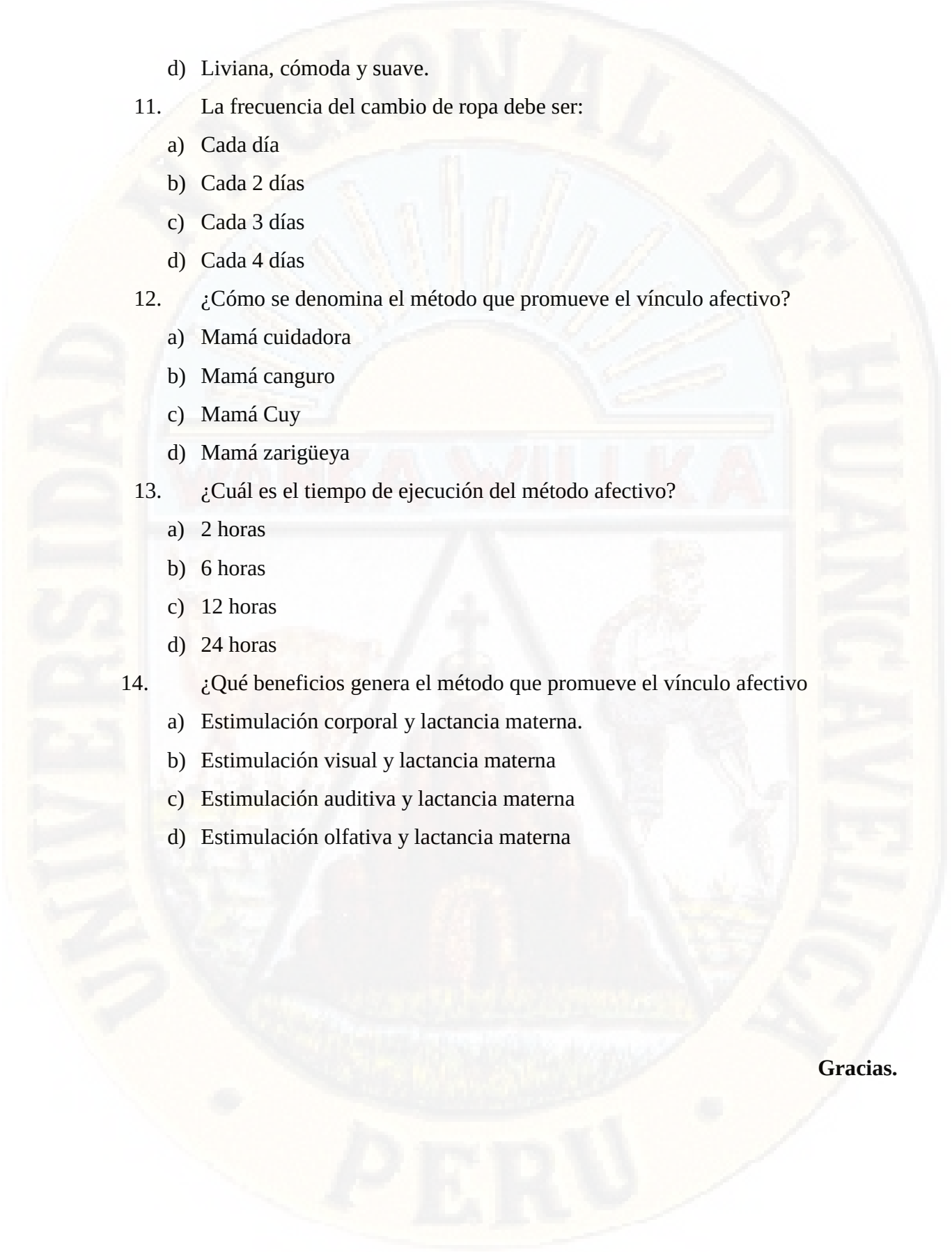
EDAD:

ESTADO CIVIL: SOLTERA ☐ CASADA ☐

CONVIVIENTE ☐ DIVORCIADA ☐ VIUDA ☐

1. El tipo de alimentación que requiere el RN prematuro es:
 - a) Leche artificial
 - b) Lactancia mixta
 - c) Ablactancia
 - d) Lactancia materna exclusiva
2. La frecuencia de alimentación del RN prematuro es:
 - a) A libre demanda
 - b) Cada 2 horas
 - c) Cada 3 horas
 - d) Cada 4 horas
3. Que beneficios genera la Lactancia materna exclusiva:
 - a) Genera desarrollo acelerado
 - b) Genera dependencia
 - c) Genera vínculo afectivo y protección.
 - d) Genera crecimiento acelerado
4. La duración de la lactancia materna exclusiva es:
 - a) 15 minutos
 - b) 20 minutos
 - c) El tiempo que requiera el RN prematuro

- 
- d) El tiempo que desee la madre
5. Los signos de peligro que debe reconocer la madre en el R.N. Prematuro son:
- a) no puede beber ni tomar el pecho, vomita todo.
 - b) Presenta convulsiones (temblores)
 - c) No lacta cada tres horas.
 - d) a y b
6. Los signos de alarma que debe reconocer la madre en el R.N. Prematuro son:
- a) Piel amarillenta.
 - b) Boca caliente.
 - c) Abdomen grande, globuloso
 - d) Todas las anteriores.
7. La frecuencia del baño de esponja del RN prematuro es:
- a) Una vez por día.
 - b) Dos veces por día
 - c) Tres veces por día
 - d) Cuatro veces por día
8. El lugar del baño se caracteriza por:
- a) Cerrado con poca luz
 - b) A campo abierto, con corrientes de aire
 - c) Ambiente caliente, sin corrientes de aire
 - d) Mucha luz y abierto.
9. Los materiales empleados en el baño son:
- a) Productos destinados a RN prematuros.
 - b) Agua tibia y paños de algodón.
 - c) Productos que emplea la familia.
 - d) Productos destinados para RN a término.
10. La ropa de RN prematuro debe ser:
- a) Suave, pesada y cómoda.
 - b) Áspera, incomoda y pesada.
 - c) Liviana, áspera y suave.

- 
- d) Liviana, cómoda y suave.
11. La frecuencia del cambio de ropa debe ser:
- a) Cada día
 - b) Cada 2 días
 - c) Cada 3 días
 - d) Cada 4 días
12. ¿Cómo se denomina el método que promueve el vínculo afectivo?
- a) Mamá cuidadora
 - b) Mamá canguro
 - c) Mamá Cuy
 - d) Mamá zarigüeya
13. ¿Cuál es el tiempo de ejecución del método afectivo?
- a) 2 horas
 - b) 6 horas
 - c) 12 horas
 - d) 24 horas
14. ¿Qué beneficios genera el método que promueve el vínculo afectivo
- a) Estimulación corporal y lactancia materna.
 - b) Estimulación visual y lactancia materna
 - c) Estimulación auditiva y lactancia materna
 - d) Estimulación olfativa y lactancia materna

Gracias.

Apéndice N° 4

EVALUACIÓN DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS A TRAVÉS DE KUDER Y RICHARDSON (KR20)

GENERALIDADES:

El Método KR20 representa un coeficiente de consistencia interna del instrumento, que proporciona la media de todos los coeficientes de división por mitades para todas las posibles divisiones del instrumento en dos partes.

CONSIDERACIONES DE UTILIZACIÓN DE KR20

La fórmula KR-20 está especialmente orientada a ítems dicotómicamente valorados (específicamente, valorados con los valores 0 y 1)

FÓRMULA:

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_{tt} = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE EVALUACIÓN DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO



VALOR CALCULADO

OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE KR20

Confiabilidad para determinar el conocimiento del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, hospital Departamental Huancavelica, 2019.

Cas	Ítems														total
os	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	
1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	7
2	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	7
3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	11
4	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	6
5	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	10
6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4
7	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12
9	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	10
10	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	9
Su ma	6	2	7	6	3	6	9	6	7	9	8	5	2	6	6.62
p	0. 24	0. 08	0. 28	0. 24	0. 12	0. 24	0. 36	0. 24	0. 28	0. 36	0. 32	0. 2	0. 08	0. 24	
q(1- p)	0. 76	0. 92	0. 72	0. 76	0. 88	0. 76	0. 64	0. 76	0. 72	0. 64	0. 68	0. 8	0. 92	0. 76	
pq	0. 18 2	0. 07 4	0. 20 2	0. 18 2	0. 10 6	0. 18 2	0. 0. 23	0. 18 2	0. 20 2	0. 0. 0.23	0. 21 8	0. 07 0.16	0. 4	0. 0.182	2.4064

K	
Richerson	0.68558802
n	14
n-1	13
Suma pq	2.4064
Var total	6.62

DECISIÓN ESTADÍSTICA

La prueba de confiabilidad de instrumento KR20 obtuvo 0.68558802; por lo que de la tabla de decisiones el valor obtenido se encuentra en el rango de 0,6 a 0,8 por lo que es 68.55% de confiabilidad del instrumento.

Con este resultado, se concluye que el instrumento de medición de conocimiento del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica es **ACEPTABLE**.

VALOR CALCULADO

OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE KR20

Confiabilidad para determinar la práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, hospital Departamental Huancavelica, 2019.

Casos	Ítems							total
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	
1	1	1	1	1	0	1	0	5
2	1	1	1	0	1	1	1	6
3	1	1	1	0	1	0	1	5
4	0	1	1	0	0	0	0	2
5	0	0	0	0	1	0	1	2
6	0	1	1	0	1	0	1	4
7	1	1	1	1	0	1	0	5
8	1	1	1	1	1	1	1	7
9	1	1	1	0	1	0	0	4
10	0	1	1	0	0	0	1	3
Suma	6	9	9	3	6	4	6	2.68
p	0.24	0.36	0.36	0.12	0.24	0.16	0.24	
q(1-p)	0.76	0.64	0.64	0.88	0.76	0.84	0.76	
pq	0.182	0.23	0.23	0.106	0.182	0.134	0.182	1.248

K	
Richerson	0.62293223
N	7
n-1	6
Suma pq	1.248
Var total	2.68

DECISIÓN ESTADÍSTICA

La prueba de confiabilidad de instrumento KR20 obtuvo 0.62293223; por lo que de la tabla de decisiones el valor obtenido se encuentra en el rango de 0,6 a 0,8 por lo que es 62.29% de confiabilidad del instrumento.

Con este resultado, se concluye que el instrumento de medición de práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de neonatología, Hospital Departamental Huancavelica es **ACEPTABLE**.

EVALUACIÓN DE VALIDEZ DE INSTRUMENTO PARA MEDIR COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL

GENERALIDADES: La G geométrica mide la capacidad de instrumento para medir lo que realmente se propone.

CONSIDERACIONES DE UTILIZACIÓN DE G GEOMÉTRICA

La G geométrica esta orientada a analizar las 10 dimensiones (claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intensionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia) establecidas en la evaluación por 03 a 05 expertos.

FÓRMULA:

$$C_g = \sqrt[3]{C_1 \cdot C_2 \cdot C_3}$$

REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE EVALUACIÓN DE VALIDEZ

Tabla x
Criterios para validez

Rango	Criterio
0.53 a menos	Validez nula
0.54 a 0.59	Validez baja
0.60 a 0.65	Válida
0.66 a 0.71	Muy válida
0.72 a 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

VALOR CALCULADO

Lic. Espc. LUZMILA CORAHU A ORE	1 6	1 6	1 2	1 6	1 6	2 0	1 6	2 0	1 6	1 6	16 4	82.0	<u>0.82</u>	
Lic. Espc. MARISOL HILARIO LIZANA	1 6	1 6	1 2	2 0	1 6	2 0	1 6	2 0	1 6	1 6	16 8	84.0	<u>0.84</u>	
Lic. Espc. ELA DORIS SALAS GUEVAR A	1 6	1 6	2 0	1 6	1 6	2 0	1 6	2 0	2 0	1 6	17 6	88.0	<u>0.88</u>	
Lic. Espc. MARILUZ BENDEZU ESTEBAN	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	20 0	100. 0	<u>1</u>	
Lic. JANETT HUAMAN I CASTRO	1 6	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0	19 6	98.0	<u>0.98</u>	
													0.8	0.92970816

DECISIÓN

La prueba de validez de instrumento G Geométrica obtuvo 0.92; por lo que de la tabla de decisiones el valor obtenido se encuentra en el rango de 0,72 a 0,99 por lo que es 92.97% de validez del instrumento

Con este resultado, se concluye que el instrumento de medición Conocimiento y Práctica del cuidado domiciliario en madres de prematuros atendidos en el servicio de Neonatología es de **EXCELENTE VALIDEZ**.

Apéndice N° 5

PROPUESTA DE MEJORA DEL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DEL PREMATURO DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCABELICA

JUSTIFICACIÓN

La eficacia de un programa de atención neonatal a nivel regional o nacional sólo puede determinarse a través del seguimiento a largo plazo de una población derivada de una zona geográfica determinada, con muchos centros de atención de diferentes niveles.

El Hospital Departamental Huancavelica actualmente cuenta con un consultorio de alto riesgo del Recién Nacido desde el mes de junio del 2019, con la finalidad de atender a los pacientes prematuros y las patologías que puedan presentar, sin embargo, no cumplen con el equipo técnico necesario, equipos y materiales, tampoco se desarrollan las actividades de forma consecuente para cumplir con el objetivo principal del consultorio de seguimiento de los recién nacidos prematuros.

Asegurar la óptima utilización de los recursos y el acceso a las prestaciones en forma adecuada y oportuna. Para eso es necesario establecer estrategias destinadas a minimizar los obstáculos que impiden la concurrencia a las consultas, facilitando el traslado de los pacientes, tratando de utilizar cada oportunidad de atención para realizar los controles correspondientes. Por ejemplo, utilizar la instancia de aplicación de vacunas o anticuerpos para realizar los controles oftalmológicos, neurológicos, etc., o bien dar alojamiento a la madre durante los días que se realizan todos los controles. Establecer la posibilidad de búsqueda domiciliaria o telefónica de los que no concurren a las citas.

No existen en nuestro país estudios regionales de seguimiento a largo plazo. Resulta indispensable la realización de trabajos colaborativos metacéntricos para la evaluación y supervisión de la supervivencia y la calidad de atención de los neonatos de alto riesgo.

El desarrollo de un programa orientado a realizarlo procura integrar las acciones de pediatras, enfermeros especialistas pediátricos y familias.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbi mortalidad de los recién nacidos prematuros en la región de Huancavelica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fortalecer las actividades del equipo de trabajo en el consultorio del recién nacido de alto riesgo.
- ✓ Brindar una atención de calidad para todas los recién nacidos prematuros de alto riesgo.
- ✓ Sus objetivos principales son la detección temprana de trastornos del desarrollo, alteraciones del crecimiento, trastornos neurosensoriales, y alteraciones de la conducta y del aprendizaje, con la finalidad de iniciar una atención oportuna.

ACTIVIDADES:

Método de trabajo: Establecer una metodología de trabajo: las acciones y actividades a desarrollar.

Debe contar con:

1. Pediatra entrenado en el seguimiento de niños de alto riesgo

El pediatra de alto riesgo debe tener una formación en desarrollo y conocimiento de la patología neonatal y de la morbilidad a corto y largo plazo de los niños a seguir. Realizará los controles clínicos, neurológicos, de desarrollo, y sugerirá las terapias e interconsultas que cada niño necesite a lo largo de su crecimiento. Debe poder tener comunicación fluida con el pediatra de cabecera.

2. Enfermera

La enfermera debe conocer a los pacientes, realizar la antropometría, fomentar la lactancia, participar en los programas de educación para los padres y ocuparse de la coordinación de los diferentes controles.

3. Trabajador social

El trabajador social colabora con los múltiples y complejos problemas que estos pacientes y sus familias presentan.

4. Psicólogo

El psicólogo da soporte a las familias. En lo posible, ha de tener entrenamiento en evaluaciones del desarrollo.

Se debe intentar concentrar la evaluación por los especialistas de referencia, el control por el consultorio de seguimiento y los estudios pendientes en el mismo día.

Médico de familia o pediatra de atención primaria

- ✓ En el lugar de residencia del niño, un médico de familia puede coordinar las necesidades del niño y su familia brindando un adecuado apoyo y orientando las interconsultas. Es de suma importancia articular con el siguiente nivel, para que el niño reciba una atención más especializada.
- ✓ El rol del pediatra de atención primaria es imprescindible por la proximidad, la accesibilidad y la confianza que en él depositan los padres para todo tipo de consultas.
- ✓ Es necesario que mantenga una comunicación fluida con el pediatra de seguimiento y de esta forma evitar contradicciones que generen incertidumbre en la familia.

Equipo de seguimiento

- ✓ Dependerá de la Unidad de Neonatología de la que egresa el paciente, o en su defecto si el Programa de Seguimiento se desarrolla en un Hospital Pediátrico, debe existir fluida comunicación con los servicios de neonatología de donde provienen los pacientes.
- ✓ Realizar los controles a edades predeterminadas para identificar problemas en forma oportuna.
- ✓ Establecer la posibilidad de búsqueda domiciliaria o telefónica de los que no concurren a las citas.

FUNCIONES DE INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO

Área	Responsable	Controles
Salud física	Pediatra de seguimiento	Examen físico, neurológico (especialmente tono, reflejos y función motora), cardiovascular (TA y auscultación), respiratorio. Crecimiento y nutrición (identificar problemas alimentarios). Evaluación de osteopenia y anemia.
	Enfermera	Antropometría, medición de TA.
Aprendizaje y neurocognitiva. Lenguaje habilidades pre-académicas y académicas.	Pediatra Psicólogo o/a	Escalas de evaluación EEDP Tepsi
Salud mental	Psicóloga	Trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, trastornos del espectro autista, desordenes de la atención, alteraciones en el vínculo.
Riesgo social	Asistent a social	Nivel socioeconómico, detectar factores de riesgo, favorecer los recursos
Calidad de vida	Enfermera Pediatra	A través de cuestionarios a la familia o a los niños cuando crecen
Prevención	Enfermera	Talleres para padres

- ✓ Debe proporcionar información precisa que permita hacer un pronóstico de la evolución del niño y colaborar en la prevención, indicando las intervenciones adecuadas.
- ✓ En este nivel deben realizarse las interconsultas.

EQUIPAMIENTO:

Muebles para la atención

- ✓ Escritorio.
- ✓ Sillas
- ✓ Camilla

El consultorio debe contar con:

- ✓ Lavadero.
- ✓ Clorhexidina al 2% con dispensador.
- ✓ Alcohol en gel con dispensador.
- ✓ Toallas descartables.
- ✓ Recipiente papelerero con tapa.
- ✓ Cambiador

Instrumentos

- ✓ Balanza con platillo para lactante hasta 15 kg.
- ✓ Infantómetro

Recién Nacido de Alto Riesgo

- ✓ Negatoscopio de 2 cuerpos, fijado a la pared.
- ✓ Estetoscopio de doble campana.
- ✓ Saturómetro.
- ✓ Tensiómetro con manguitos de distintas medidas.
- ✓ Baja lenguas descartables.
- ✓ Termómetro digital.
- ✓ Cinta métrica flexible para medir el perímetro cefálico.
- ✓ Pantoscopio.

REQUERIMIENTO:

Presupuesto será financiado por el Hospital Departamental Huancavelica.

SEGUIMIENTO:

- ✓ Monitoreo del desarrollo del programa.
- ✓ Evaluación del cumplimiento y resultados alcanzados.
- ✓ Realizar visitas domiciliarias a los prematuros de alto riesgo.
- ✓ Conocer en detalle la epicrisis neonatal.
- ✓ Entrevista centrada en la situación familiar, la percepción de los padres y la aceptación del niño.
- ✓ Consejos de alimentación y prevención del raquitismo.
- ✓ Consejos de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.
- ✓ Consejos de prevención de las infecciones respiratorias.
- ✓ Control pediátrico.
- ✓ Calendario de vacunación (según la edad cronológica).
- ✓ Evaluación del tono muscular y asimetrías. Reflejos arcaicos.
- ✓ Examen oftalmológico (hasta la vascularización completa de la retina).
- ✓ Ecografía cerebral, si no la tuviera a las 40 semanas.
- ✓ Establecimiento del calendario de visitas, individualizado en función de los factores de riesgo detectados.
- ✓ Crecimiento y nutrición.
- ✓ Prevención de la anemia.
- ✓ Evaluación del neurodesarrollo.

ACCIONES:

- ✓ En cada consulta se entregará a los padres un informe escrito que resuma las fortalezas y debilidades que requieran apoyo, tanto del niño como de la familia.
- ✓ Es imprescindible conversar además con la familia, en el curso de la consulta, acerca del contenido de este informe y de las dudas que esta pudiera presentar.

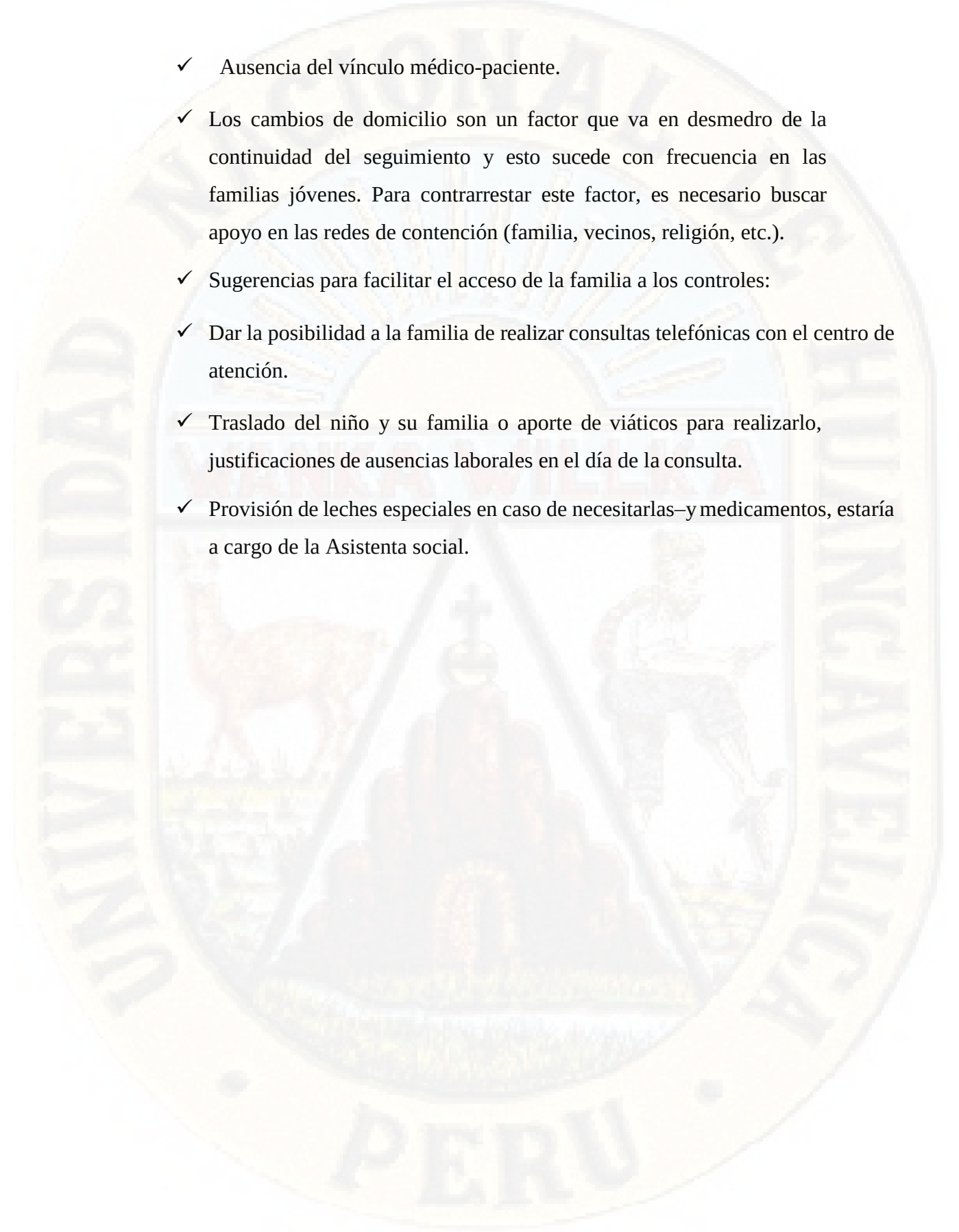
BENEFICIOS:

- ✓ Por otra parte, desde una perspectiva económica, el desarrollo de estrategias efectivas de prevención resulta en importantes ahorros para el sistema de salud.
- ✓ El parto prematuro tiene a menudo consecuencias económicas a largo plazo para los servicios de salud y para toda la sociedad. El antecedente de prematuréz se asocia a la posibilidad de re internaciones y un alto impacto en los costos de salud durante los primeros cinco años de vida. Aun en ausencia de secuelas, los niños de alto riesgo continúan necesitando atención durante su infancia.

FACTORES CONDICIONANTES:

Entre los factores que determinan la resistencia al seguimiento cuentan los siguientes:

- ✓ Desorganización social demostrada por ausentismo a las citaciones.
- ✓ Madre adolescente, o madre sin soporte familiar.
- ✓ Padres que sospechan que su hijo no evoluciona adecuadamente y rechazan que esto sea confirmado.
- ✓ Resentimiento social por considerarlo una intrusión en su modo de vida.
- ✓ Los padres pueden desconfiar de los motivos por los que el niño debe ser seguido en ese lugar. Un diálogo que genere confianza puede ayudar a su cooperación.
- ✓ Hostilidad hacia los médicos, a quienes culpan por la discapacidad del niño.
- ✓ Inadecuada calidad de la atención del programa de seguimiento.

- 
- ✓ Ausencia del vínculo médico-paciente.
 - ✓ Los cambios de domicilio son un factor que va en desmedro de la continuidad del seguimiento y esto sucede con frecuencia en las familias jóvenes. Para contrarrestar este factor, es necesario buscar apoyo en las redes de contención (familia, vecinos, religión, etc.).
 - ✓ Sugerencias para facilitar el acceso de la familia a los controles:
 - ✓ Dar la posibilidad a la familia de realizar consultas telefónicas con el centro de atención.
 - ✓ Traslado del niño y su familia o aporte de viáticos para realizarlo, justificaciones de ausencias laborales en el día de la consulta.
 - ✓ Provisión de leches especiales en caso de necesitarlas—y medicamentos, estaría a cargo de la Asistente social.

Apéndice N° 6





