



Facultad de Ciencias Médicas



Escuela de enfermería.
Ciclo de Licenciatura en enfermería.

TESIS FINAL

Tema:

**“IMPORTANCIA DE LA COMPRENSIÓN DE LA PUERPERA PRIMIGESTA,
SOBRE LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS DEL
RECIÉN NACIDO”**

AUTORAS:

- **MONTORO DEL BALSO, Mariana Leonor.**
- **MORON, Silvina Antonela.**
- **SILVA, Yesica Yamila.**

Mendoza, Diciembre de 2015

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

ACTA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

INTEGRANTES DEL EQUIPO TUTORIAL:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

TRABAJO APROBADO EL: / /

AGRADECIMIENTOS

MONTORO DEL BALSÓ, Mariana Leonor.

A Dios, porque sin Él no soy nada.

A mi madre por su amor genuino y cultivar en mí buenos valores.

A mi esposo Sergio, que ha sido el pilar principal para la culminación de esta tesis, por su comprensión, cariño y apoyo incondicional.

A la Escuela de Enfermería de la UNCuyo y sus docentes, por su tiempo así como la sabiduría transmitida a lo largo del ciclo de la Licenciatura.

A mis compañeras de tesina que estuvieron en las buenas y en las malas, y sus palabras de aliento fueron esenciales para mí.

A mis hermanas, familiares, amigos y compañeras de trabajo, por estar presentes en este camino.

A Gabriela, por su amistad perenne, guía y motivación.

MORON, Silvina Antonela.

A mi familia, por motivarme a crecer personalmente a lo largo de mi vida con apoyo, comprensión, y respeto.

A Dios, por brindarme esta oportunidad.

A mi novio, por su ayuda y contención constante.

A mis compañeras de trabajo y amigos, por acompañarme en este camino.

A mis compañeras de tesina, por su paciencia, apoyo, comprensión y motivación.

A la Escuela de Enfermería de la UNCuyo y sus docentes, por brindarme las herramientas necesarias para cumplir mi sueño.

SILVA, Yesica Yamila

A mi familia, por su aliento, fuerza, comprensión, paciencia y apoyo brindado a lo largo de la carrera.

A mi madre, por regalarme la vida y desde el cielo guiar mis pasos.

Es especial a mis hijos, por su tolerancia y amor.

A nuestros profesores, por guiarme en este camino.

RESUMEN.

Tema: “Importancia de la comprensión de la puérpera primigesta, sobre la educación de enfermería de los cuidados del recién nacido.”

Autores: MONTORO DEL BALSÓ, Mariana Leonor; MORON, Silvina Antonela; SILVA, Yesica Yamila.

Lugar: Servicio de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital descentralizado Carlos F. Saporiti.

Introducción: Se analizan los factores que influyen para que, a pesar de la educación brindada en internación conjunta, ingresen Recién Nacidos con patologías prevenibles al servicio de neonatología del hospital descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti.

Objetivo: Determinar los factores que dificultan la comprensión adecuada en las puérperas primigestas, de la información proporcionada sobre los cuidados del recién nacido.

Método: Estudio con diseño de tipo Descriptivo, Cuantitativo, Prospectivo, de Corte Transversal. La Muestra son 30 primigestas de Internación Conjunta.

Resultados: Las primigestas con menor nivel de escolaridad, son quienes menos comprendieron cómo alimentar a sus hijos, coincidiendo con los rangos etarios de menor de 18 años y entre 18 y 25 años. La mayoría obtuvo una calificación de “Bueno” respecto de la comprensión de pautas de puericultura, obteniendo un promedio general de 6,3. Durante el trimestre agosto – septiembre – octubre de 2015 el 45% de los ingresos a neonatología fueron por patologías que podrían haberse prevenido desde la adecuada comprensión materna de pautas de puericultura.

Conclusiones: Se deduce que la falta de comprensión de pautas de puericultura, por parte de las puérperas primigestas durante su estadía en internación conjunta, resulta en un aumento de ingresos de Recién Nacidos con patologías prevenibles desde la educación materna al servicio de neonatología del hospital descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti.

Recomendaciones: Formar un equipo de puericultura, con enfermeras del servicio de neonatología capacitadas en el tema, que durante el período neonatal reafirmen conocimientos en las pacientes de riesgo.

Palabras Claves: Puericultura, Lactancia Materna, Comprensión Materna; Primigesta; Patologías Prevenibles.

PRÓLOGO

El nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de *cuidado*. Objeto que, no casualmente, es el centro de la profesión enfermera. Nuestro rol, como profesionales del cuidado, es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, haciendo de cada situación una instancia de aprendizaje. Educar a la madre, sobre todo a la inexperta, respecto de los cuidados y la crianza de su niño es primordial ya que, es quien tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias del mismo, logrando a través de los aprendizajes adquiridos disminuir riesgos en la vida del Recién Nacido.

El alojamiento conjunto favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, las madres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar.

Queda claro entonces, la importancia de la educación materna, abarcando el amplio espectro de consejos que se desprenden de la puericultura, por parte de los profesionales de enfermería, lo que repercutirá directamente en el desarrollo físico y emocional del neonato, impidiendo complicaciones prevenibles en la salud del mismo.

Es por esta razón, que el presente trabajo está orientado hacia la importancia del rol del enfermero educador, durante la estadía del Binomio madre – Recién Nacido en internación conjunta, como herramienta clave para disminuir la internación de los mismos, por patologías prevenibles como lo son la ictericia por hipoaporte y las bronquiolitis.

ÍNDICE GENERAL

• Advertencia	II
• Acta de aprobación	III
• Agradecimientos	IV
• Resumen.....	V
• Prólogo.....	VI
• Índice General.....	VII
• Índice de tablas y gráficos.....	VIII
• Introducción	1
• Capítulo I.....	2
- Descripción del problema	3
- Formulación del Problema.....	4
- Objetivos e Hipótesis	5
- Justificación	6
- Marco Teórico.....	8
- Apartado A	8
- Apartado B	52
- Apartado C	64
• Capítulo II.....	79
- Diseño Metodológico	80
- Operacionalización de variables	82
- Procedimientos para la recolección de datos	84
• Capítulo III: Tablas y gráficos.....	85
• Conclusión	115
• Recomendación	117
• Bibliografía	118
• Anexos	119
- Imágenes	120
- Encuesta.....	123
- Resultados de las encuestas	129
- Ingresos a neonatología de RN con patologías prevenibles.....	131
- Codificación de variables	134
- Tabla Matriz	138

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

• Tabla y gráfico N°1	86
• Tabla y gráfico N°2	87
• Tabla y gráfico N°3	88
• Tabla y gráfico N°4	89
• Tabla y gráfico N°5	90
• Tabla y gráfico N°6	91
• Tabla y gráfico N°7	92
• Tabla y gráfico N°8	93
• Tabla y gráfico N°9	94
• Tabla y gráfico N°10	95
• Tabla y gráfico N°11	96
• Tabla y gráfico N°12	97
• Tabla y gráfico N°13	98
• Tabla y gráfico N°14	99
• Tabla y gráfico N°15	100
• Tabla y gráfico N°16	101
• Tabla y gráfico N°17	102
• Tabla y gráfico N°18	103
• Tabla y gráfico N°19	104
• Tabla y gráfico N°20	105
• Tabla y gráfico N°21	106
• Tabla y gráfico N°22	107
• Tabla y gráfico N°23	108
• Tabla y gráfico N°24	109
• Tabla y gráfico N°25	110
• Tabla y gráfico N°26	111
• Tablas bivariadas	112
- Tabla y gráfico N°1	112
- Tabla y gráfico N°2	113
- Tabla y gráfico N°3	114

INTRODUCCIÓN

El propósito de la enfermería es el cuidado logrado a través de la integración de conocimientos y de la comunicación, que permite conocer y valorar las necesidades de salud de un individuo, grupo, familia y comunidad. Esto supone la unificación de funciones y conocimientos mediante un programa planificado, coordinado e integrado que permite objetivos determinados y específicos. Los hechos mencionados son de vital importancia para el enfermero que desempeña funciones educadoras en el ámbito de la neonatología, siendo la puericultura su herramienta principal.

Puericultura significa, “ciencia que se ocupa del sano desarrollo del niño” (1). Es una actividad realizada principalmente por profesionales enfermeros, durante la estadía del binomio Madre – Recién Nacido en internación conjunta, con el objetivo de evitar complicaciones y/o enfermedades del neonato, optimizando los cuidados del niño de manera holística.

En la presente investigación abordaremos la importancia de la adquisición de conocimientos que obtienen las puérperas primigestas sobre los cuidados de su bebé por parte de enfermería, durante su estadía en internación conjunta. Analizando específicamente los factores que influyen para que, a pesar de la educación brindada, ingresen Recién Nacidos con patologías prevenibles como lo son ictericias por hipoaporte y bronquiolitis, al servicio de neonatología del hospital descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti.

El objetivo final es determinar los factores que influyen en que éstas, no recepcionen adecuadamente la información que les proporciona el personal de enfermería del servicio de neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti, durante su estadía en internación conjunta, lo que brindará datos relevantes que permitirán, disminuir hospitalizaciones innecesarias, logrando así, un beneficio para el neonato, su familia, como así también, para el nosocomio.

Nota:

(1) FUNDALAM. ROL DE LA PUERICULTURA, EN WWW.FUNDALAM.ORG.AR/WP-CONTENT/UPLOADS/2012/12/FICHA-ROL-DE-LA-PUERICULTORA.PDF

CAPÍTULO I

DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

Las autoras de esta tesina desempeñan sus actividades profesionales de enfermería en el servicio de neonatología y maternidad en distintos hospitales y actualmente una de ellas se encuentra desempeñando sus funciones del Hospital Descentralizado, Dr. Carlos F. Saporiti, ubicado en el departamento de Rivadavia de la Provincia de Mendoza; en el mismo se observan diferentes tipos de situaciones que vivencian las puérperas primigestas y sus Recién Nacidos (RN) que se hospitalizan en el servicio de neonatología, con patologías que pueden prevenirse desde la comprensión materna de la puericultura recibida, durante la estadía del binomio Madre - RN en internación conjunta.

Se han observado diversas internaciones de RN con patologías evitables como; hiperbilirrubinemia por hipoaporte debido, en algunos casos, a una inadecuada técnica alimenticia; infecciones cutáneas por la colocación de accesorios (aros), cortes de uñas y/o corte de cabello; onfalitis debido a la deficiente higiene del ombligo. En la época invernal aumenta el número de hospitalizaciones por bronquiolitis neonatal, que en la mayoría de los casos, se producen por no tomar las medidas preventivas estipuladas.

Se estima que diversas variables como lo son, en el caso de la madre primigesta, el nivel de escolaridad y comprensión, la edad, el estado anímico, etnia, estado civil, y lugar de nacimiento del RN (Hospital o clínica privada). Y en el caso de la institución, cantidad de personal de enfermería, demanda del servicio, tiempo dedicado por el personal a la puericultura, y la unificación de criterios de educación materna; pueden favorecer o no la internación prevenible del neonato.

La puericultura es realizada principalmente por el personal de enfermería, ya que es este el que se encuentra en permanente contacto con el binomio madre - RN durante su estadía en internación conjunta. Sin embargo y aunque consta el esfuerzo realizado por los enfermeros del servicio de neonatología en educar a las puérperas primigestas durante dicho periodo, siguen existiendo casos de internaciones de RN con patologías prevenibles.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Comprenden las madres primigesta, la información sobre los cuidados de su RN, que le proporciona el personal de Enfermería, del servicio de Neonatología del Hospital Carlos .F. Saporiti, durante su estadía en internación conjunta, en el mes de octubre del año 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores que dificultan la comprensión adecuada en las puérperas primigestas de la información proporcionada sobre los cuidados del recién nacido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar factores que dificultan la comprensión de las puérperas primigestas respecto de las pautas de puericultura brindada.
- Conocer qué tipo de educación brinda el personal de enfermería del servicio de neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti, en internación conjunta.
- Detectar los factores que llevan a hospitalizar al neonato con patologías prevenibles desde la educación materna.
- Caracterizar a las puérperas en estudio.

HIPÓTESIS:

La inadecuada comprensión de pautas de puericultura por parte de las puérperas primigestas aumenta la cantidad de neonatos hospitalizados con patologías prevenibles en el servicio de neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti.

JUSTIFICACIÓN

En esta investigación se pretende determinar los conocimientos que adquieren las puérperas primigestas sobre los cuidados de su bebe, para descubrir si el grado de comprensión materna de la educación inculcada por parte de enfermería (puericultura), contribuye a evitar hospitalizaciones por complicaciones prevenibles en el servicio de neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti; el mismo se enfoca hacia la importancia de la puericultura realizada por el personal de enfermería en las primeras 48Hs de vida del niño, que se corresponde con la estadía del binomio Madre – Recién Nacido en internación conjunta.

“Puericultura significa, ciencia que se ocupa del sano desarrollo del niño. La Puericultura tiene como objetivo optimizar los cuidados del niño en todos sus aspectos, físico, emocional, mental, y espiritual desde su concepción, vida intrauterina, nacimiento y los primeros años de su primera infancia” (1).

“Etimológicamente el termino puericultura procede del lat. *Puer, pueros, pueri*, que significa niño y *cultura*, que significa cultivo o cuidado” (2).

La puericultura resulta ser una excelente herramienta con la cual las primerizas podrán contar a la hora de desempeñar el rol de madre de la mejor manera posible. Nos sirve para conseguir desviar complicaciones y/o enfermedad de la vida de cualquier niño a través de poner en práctica y dar a conocer todas aquellas estrategias y normas que justamente conduzcan a alejar la enfermedad, asegurar el óptimo desarrollo psicológico del niño y conseguir que éste dé al máximo valor, tanto sus capacidades como potencia. Por ello es importante su práctica por parte de las enfermeras de neonatología e internación conjunta, hacia las madres primigestas en las primeras horas de vidas del recién nacido.

Nota:(1).FUNDALAM. ROL DE LA PUERICULTURA, EN WWW.FUNDALAM.ORG.AR/WP-CONTENT/UPLOADS/2012/12/FICHA-ROL-DE-LA-PUERICULTORA.PDF

(2) CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE PUERICULTURA. DIRECCION MATERNO INFANTIL. MINSAP. CONSULTA DE PUERICULTURA. CIUDAD DE LA HABANA-CUBA. 2009. PÁG 3 – 4.

La adecuada comprensión materna sobre los cuidados de su hijo, puede así mismo, evitar internaciones innecesarias redundando en un costo - beneficio positivo tanto para el nosocomio, como para la salud del niño. Brindando a la madre satisfacción, seguridad, y beneficio en el vínculo con el RN. Realizar esta valiosa tarea, lleva a la satisfacción profesional de las enfermeras encargadas de la misma.

MARCO TEORICO

APARTADO A:

“EDUCACIÓN MATERNA DURANTE LA ESTADÍA EN INTERNACIÓN CONJUNTA.”

1. Concepto De Puericultura

“El término Puericultura procede del lat. *Puer, pueros, pueri*, que significa niño y *cultura*, que significa cultivo o cuidado y comprende el conocimiento y la práctica de todas aquellas normas y procedimientos dirigidos a proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo acorde con las capacidades y potencialidades genéticas del niño...”(3)

“...Puericultura significa, ciencia que se ocupa del sano desarrollo del niño. La Puericultura tiene como objetivo optimizar los cuidados del niño en todos sus aspectos, físico, emocional, mental, y espiritual desde su concepción, vida intrauterina, nacimiento y los primeros años de su primera infancia.” (4)

Para las autoras de la presente investigación, la Puericultura se ocupa de planificar estrategias para darle un excelente cuidado a los niños y niñas, muchos la designan informalmente como el arte de la crianza. Se ocupará del cuidado del niño o niña tanto en su aspecto físico, psíquico y social durante los primeros años de su vida. Además, da a conocer y poner en práctica todas aquellas normas tendientes a evitar las enfermedades y a asegurar el perfecto desarrollo fisiológico de un niño.

Específicamente, la Puericultura aborda el tema del desarrollo del niño/a, sus cuidados, las principales enfermedades a las cuales se enfrenta este y también los posibles y mejores tratamientos para las mismas.

A fines didácticos, diferentes bibliografías clasifican a la puericultura en:

“1- Puericultura Prenatal.

2- Puericultura Posnatal.” (5)

Nota:

(3) - (4) CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE PUERICULTURA. DIRECCION MATERNO INFANTIL. MINSAP. CONSULTA DE PUERICULTURA. CIUDAD DE LA HABANA-CUBA. 2009. PÁG 3 – 4.

(5).FUNDALAM. ROL DE LA PUERICULTURA, EN WWW.FUNDALAM.ORG.AR/WP-CONTENT/UPLOADS/2012/12/FICHA-ROL-DE-LA-PUERICULTORA.PDF

1.1 Puericultura prenatal

Para las autoras de la presente investigación, la puericultura prenatal, comprende los aspectos que guardan relación con el embarazo, desde el momento de la fecundación hasta llegar a la culminación de la gestación con el parto. En lo concerniente a la gestación, la puericultura preconcepcional debe abordar temas inherentes a la higiene y cuidados de la embarazada, nutrición de la gestante, importancia de la consulta médica prenatal, cálculo de la fecha probable de parto. Igualmente es importante que la gestante conozca aspectos relacionados con el desarrollo y crecimiento del embrión y del feto, preparación emocional y física para la lactancia materna, el parto y el puerperio.

1.2 Puericultura posnatal

Comprende aspectos que guardan relación con las características del niño (a) desde que nacen hasta la pubertad. Esta tipología de puericultura tiene las siguientes sub clasificaciones:

- “Puericultura del recién nacido (0 a 28 días)
- Puericultura del lactante (1 a 11 meses)
- Puericultura a transicionales (1 año)
- Puericultura a niños preescolares (2 - 4 años)
- Puericultura a niños escolares (5-9 años)
- Puericultura del adolescente (10 – 19 años)” (6)

A efectos de temática de la presente investigación, solo se desarrollará la puericultura del recién nacido, específicamente la realizada por los profesionales de enfermería en las primeras 48 horas de vida del neonato, que es la estadía del mismo en Internación Conjunta (IC).

“La IC ofrece atención especializada al recién nacido sano y su familia, siendo un momento oportuno para continuar promoviendo el apego y la lactancia materna

(6) CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE PUERICULTURA. DIRECCION MATERNO INFANTIL. MINSAP. CONSULTA DE PUERICULTURA. CIUDAD DE LA HABANA-CUBA. 2009. PÁG 6.

exclusiva, desarrollando programas de prevención, promoción y protección de la salud, en forma eficiente y humanizada, brindando satisfacción a la familia y a la sociedad a la que pertenece. Es el lugar donde se asisten los RN que no tienen requerimientos de cuidados especiales, es decir que presentan una adaptación post-natal adecuada, permitiendo, que el RN establezca sus funciones respiratorias y cardiovasculares. Por lo tanto la mayoría de los niños asistidos son de término. También podrán ser atendidos en IC prematuros \geq de 35 semanas, RN de alto o bajo peso para la edad gestacional, y algunos casos especiales como: malformaciones menores, síndrome de Down u otras situaciones que requieran reforzar el apego madre-hijo-familia.” (7)

1.2.1 Puericultura del recién nacido:

Esta parte de la puericultura refiere por un lado, al recién nacido y por el otro a la puérpera. En lo que respecta al recién nacido, la puericultura da las pautas que guardan relación con los cuidados del neonato en cuanto a higiene, lactancia materna como alimento exclusivo de la niña y niño durante los primeros seis meses de vida, vestido, sueño, estimulación, inmunización, entre otros aspectos.

2. Atención de Enfermería del Recién Nacido en sala de IC y puericultura.

Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo.

El cuidado del recién nacido normal tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma adecuada y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. A los padres, y, en especial a la madre les compete el cuidado de su hijo recién nacido. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que

Nota: (7) ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO SANO. DR. HORACIO OMAR GARCÍA, DRA. SILVIA LILIANA SPINELLI, P R O N A P 2 0 1 1 • M Ó D U L O 2 • C A P Í T U L O 2 PÁG 73. En: http://www.sap.org.ar/pronap/pronap2011/modulo2/Cap2_AtenRN.pdf.

funciones biológicas, psicológicas y espirituales. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un hijo en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.

Las intervenciones de enfermería pueden enfocarse a prevenir las posibles complicaciones del periodo neonatal, fomentar la interacción y la vinculación emocional entre padres e hijos y apoyar a los padres en las conductas de asistencia del niño que lo requiera.

Los motivos por los que el RN debe permanecer por lo menos 48 horas en el lugar de nacimiento son:

- “Control de la termorregulación.
- Supervisión de la alimentación (lactancia materna exclusiva).
- Control de glucemia a horario por tiras reactivas en RN casi de término y en aquellos grandes y pequeños para edad gestacional, hasta que la alimentación esté bien establecida.
- Realización de un examen físico, antropométrico y neurológico ordenado y completo.
- Evaluación de los cambios fisiológicos del neonato.
- Responder a las dudas o preguntas de los padres e informarles sobre los signos de alarma, la importancia de las vacunas y del control periódico de la salud del niño/a.
- Observación de la interacción padres/hijo/a.” (8)

2.1 Control de la termorregulación

La termo regulación o regulación de la temperatura es la capacidad del hombre para producir calor y conservar la temperatura normal del cuerpo. El organismo trata de mantener con todos los medios a su disposición, esta temperatura. Cualquier Alteración de este equilibrio pone en actividad los llamados mecanismos de termorregulación.

La primera experiencia de frío para el ser humano es al nacimiento y en ese

Nota:

(8) MANUAL DE ATENCIÓN NEONATAL. PARAGUAY 2011. ASUNCIÓN: OPS, 2011. -- 333 P. AUTORIDADES DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ, DRA. RAQUEL ESCOBAR, DRA. MARGARITA BAZZANO, DRA. ELKE STRÜBING, DRA. NATHALIA MEZA, DR. RUBÉN FIGUEROA. (Pág. 11 – 18).

momento su sistema termorregulador comienza a funcionar por primera vez, lo que probablemente explique la falta de una respuesta adecuada en la producción de calor en las primeras horas de vida.

“Debido a su inmadurez, el neonato tiene una respuesta de termorregulación limitada por lo que su supervivencia depende de un entorno térmico que permita conservar la temperatura corporal, dentro los límites normales. Se considera que el niño está en un ambiente térmico neutro cuando, al permanecer en reposo mantenido tiene una temperatura axilar entre 36,5°C y 37°C y temperatura rectal entre 37°C y 37,5°C. Su frecuencia respiratoria es de 40 a 60 respiraciones por minuto, su frecuencia cardiaca de 140 a 160 latidos por minuto.”(9)

Es en las primeras horas de vida donde hay mayor riesgo de enfriamiento para el recién nacido. La piel del recién nacido es muy delgada, con poca grasa subcutánea y con los vasos sanguíneos muy próximos a la piel, lo que favorece la pérdida de calor. Los receptores en la piel del bebé envían mensajes al cerebro de que el cuerpo tiene frío.

El recién nacido produce calor principalmente por la termogénesis química o termogénesis sin estremecimiento. Los escalofríos, que son la principal forma para generar calor de los niños y de los adultos, son imposibles o no efectivos en los bebés. El recién nacido tiene una forma especial y muy eficiente de regular su temperatura que es realizada por el metabolismo de la llamada “grasa parda”. La grasa parda es un tejido graso especial del recién nacido que tiene una alta capacidad para producir calor a través de reacciones químicas. La grasa parda se encuentra distribuida en diferentes partes del cuerpo del bebé.

Al metabolizarse la grasa parda, el calor producido se transmite a los vasos sanguíneos mayores y de ahí, a los vasos sanguíneos periféricos del resto del cuerpo que, al mismo tiempo se estrechan (vasoconstricción) para evitar la

pérdida de calor. Periodos prolongados de bajas temperaturas (hipotermia), agotan los depósitos de grasa parda. Normalmente, desaparece al tercer mes de vida.

El enfriamiento ligero puede ser beneficioso en la adaptación a la vida extrauterina para el inicio de la respiración y de la función tiroidea (los cambios repentinos de temperatura producen impulsos sensoriales en la piel que son transmitidos al centro respiratorio). La vasoconstricción y la resistencia que se crea en los vasos sanguíneos periféricos que se observa con el enfriamiento leve, contribuye, junto con la respiración del bebé, a que se cierre el conducto arterioso del corazón del bebé que permaneció abierto durante el embarazo.

Un recién nacido sano y de buen peso de nacimiento demora algunas horas, o a lo más unos pocos días en poner a punto su centro termorregulador, pasando a ser entonces un “homeotermo”, esto significa que su temperatura corporal no depende tanto del ambiente como de su propia regulación, produciendo o perdiendo calor para mantener una temperatura normal.

El prematuro demora mucho más, tanto por la inmadurez de su pequeño termostato, como por una serie de otros factores: su superficie corporal en relación a su peso es mayor que en el niño de término y el calor se pierde fundamentalmente por la piel y la cabeza.

El recién nacido, y especialmente el prematuro, tiene mayor facilidad para enfriarse que en etapas posteriores de la vida. Esto se explica ya sea porque tiene mayores pérdidas de calor o una menor capacidad de aumentar su producción de calor en ambientes fríos o una combinación de ambas cosas.

El recién nacido tiene mayores pérdidas de calor por varias razones:

- La superficie de su cuerpo expuesta al ambiente externo (por la cual se pierde calor), es muy grande con relación a su peso (mientras más pequeño sea, mayor será esa relación), el tejido subcutáneo es escaso y casi no hay grasa. Gran parte de la superficie corporal está dada por la cabeza, que en el prematuro también es relativamente más grande (es por ello que no conviene raparlos, ya que el pelo les protege del

enfriamiento). El recién nacido perderá calor al entrar en contacto directo con otras superficies: ropa, colchón, sábanas, etc.

- Pierde calor hacia cualquier objeto más frío que lo rodee: paredes de la incubadora, ventanas. Por lo contrario, ganará calor de objetos calientes a los que esté expuesto: rayos solares, radiadores de calefacción, fototerapia, etc.
- El recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira pero también puede ganar calor.

Así como el recién nacido tiene facilidad para enfriarse en ambientes fríos, también tiene mayor facilidad para absorber calor en ambientes cálidos. El principal mecanismo de defensa en estos casos es la sudoración. Esta función está limitada en el recién nacido a término y más en el prematuro por la inmadurez de sus glándulas sudoríparas.

De tal manera que tienen también dificultad para mantener su temperatura en ambientes cálidos y por ende mayor riesgo de que suba su temperatura corporal en estas situaciones.

El buen manejo del ambiente térmico es un aspecto fundamental en el cuidado del recién nacido, especialmente del prematuro.

EL AMBIENTE TÉRMICO NEUTRAL.

El recién nacido a término sano, requiere tener una temperatura ambiental de alrededor de 27 a 28°C.

En el manejo del ambiente térmico es importante considerar siempre los siguientes factores:

Por parte del bebé:

- la edad gestacional (si es a término o prematuro),
- su peso,
- la edad postnatal (en las primeras horas es más importante cuidar la temperatura del medio ambiente),
- la vestimenta (debe tenerse en cuenta la importancia de la vestimenta adecuada, la cual crea una capa aislante frente a las variaciones de la temperatura ambiental),

- la salud del bebé.

Por parte del medio ambiente:

- La temperatura del ambiente.
- La temperatura de las superficies radiantes cercanas: sol, calefactores, paredes, ventanas etc.
- La presencia de corrientes de aire y la humedad ambiental que pueden alterar el ambiente aun cuando la temperatura ambiental (del aire) sea aparentemente adecuada.

La forma práctica de evaluar si el bebé se encuentra en un ambiente con la temperatura adecuada, es tomando su temperatura axilar y verificando que ésta se encuentra entre 36.5 y 37° C. La temperatura rectal no es un buen indicador. La temperatura axilar es la primera que desciende frente a un ambiente frío debido a la vasoconstricción de la piel.

Por debajo de 36°5C se considera que el bebé está en hipotermia y la elevación por encima de lo normal se denomina hipertermia.

¿Cómo Influye La Temperatura Ambiental En El Recién Nacido?

La temperatura del medio ambiente puede influir produciendo enfriamiento (hipotermia) o sobrecalentamiento (hipertermia).

Enfriamiento: Es muy fácil que el recién nacido se enfríe si no está adecuadamente arropado, si se enfrenta a corrientes de aire frías o superficies frías sobre las que se apoya. Sin embargo, un recién nacido que se enfría debe siempre ser valorado bajo sospecha de infección, ya que su propia fragilidad e inmadurez puede impedir que respondan con fiebre frente a microorganismos que los puedan estar enfermando.

Hipertermia o elevación excesiva de la temperatura: Con respecto al aumento de temperatura esto puede provocarse por factores ambientales como excesivo abrigo, cercanía a fuentes de calor o debido a la elevada temperatura ambiental. En el caso de que se registre una hipertermia debe desabrigarse al recién nacido o retirarlo del ambiente caluroso y vigilar si la temperatura desciende rápida y espontáneamente.

Cuando hay hipertermia el bebé presenta vasodilatación (los vasos sanguíneos se dilatan para perder calor y la piel se enrojece), aumenta el número de respiraciones por minuto, está irritado y puede haber sudoración sobre todo en el cuello.

Al igual que en la hipotermia, la hipertermia puede ser por infección en el recién nacido. En este caso la temperatura no desciende al desabrigo y suele requerir tratamiento médico para su descenso. En estas condiciones y con temperatura axilar mayor o igual a 38°C se considera que tiene fiebre. Otra causa de fiebre en el recién nacido es la deshidratación.

Vestimenta adecuada:

La vestimenta nos protege, no por su grosor, sino porque las capas de aire entre las diferentes piezas, actúan como aislador térmico y disminuyen la pérdida de calor. Por lo tanto, varias capas de ropa delgada defienden más contra el frío que una tela gruesa.

No es raro en estas circunstancias que el niño sufra deshidratación grave y fiebre alta, y en casos extremos presente un “golpe de calor”. Este último es gravísimo, con una alta mortalidad, quedando muchos de los que sobreviven con daño neurológico.

La ropa del recién nacido han de ser holgadas y preferentemente de algodón. Se deben evitar las prendas de lana en contacto directo con la piel, ya que pueden ser irritantes.

Como vemos, en el recién nacido y el lactante pequeño tanto el frío como el calor excesivos son malos, y como todo en la vida, hay que saber encontrar el justo equilibrio.

2.2 Fomentar la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna es el acto de dar leche humana al lactante. La OMS (2007) y la UNICEF (2006), consideran que la lactancia materna debe mantenerse en los infantes hasta los dos años de edad, de manera exclusiva hasta los seis meses y a partir de este momento y hasta los dos años alternarla con otros alimentos.

Fisiología de la Lactancia Materna

La producción de leche materna por parte de los alvéolos mamarios depende de un mecanismo fisiológico muy sofisticado el cual es estimulado por influjos hormonales hipofisarios que actúan sobre las mamas durante la gestación y luego del parto.

Durante el embarazo, los alvéolos mamarios, proliferan se agrandan y se dilatan bajo la influencia de elevados niveles de hormonas femeninas (estrógenos, progesterona, lactógeno placentario, gonadotropinas coriónicas), provocando un aumento de volumen y peso de las mamas que comienzan a prepararse para la producción de leche. Una vez que ocurre el alumbramiento, disminuyen los niveles de estrógeno y progesterona. En consecuencia, la acción inhibitoria de estas hormonas (estrógeno y progesterona) sobre la prolactina desaparece y la adenohipófisis comienza a producirla y secretarla. Esta hormona estimula a los alvéolos mamarios para que produzcan calostro y luego leche materna. No obstante, la leche no sólo debe ser producida si no liberada a través del pezón, para ello se requiere de la acción de otra hormona cerebral (liberada por la neurohipófisis) llamada oxitocina, la cual favorece la salida o eyección de leche. En tal sentido, para que esta hormona se libere y actúe, la madre debe estar tranquila y reposada de lo contrario la leche no saldrá por mucho que el bebe succione el pezón.

Además de la succión otro estímulo fundamental para la síntesis y eyección de leche materna es el vaciamiento frecuente de las mamas cuando el niño no está siendo amamantado. Para ello la madre puede extraer artificialmente la leche mediante un sacaleches. Debe recordarse que la succión eficaz implica que el bebé no sólo debe succionar el pezón sino también exprimir los senos galactóforos presionándolos rítmicamente con su lengua. Para ello es necesario que la madre no pinze el pezón con su dedo índice y medio si no que lo introduzca junto con la areola dentro de la boca del RN.

En el siguiente gráfico se sintetiza la fisiología de la lactancia materna.

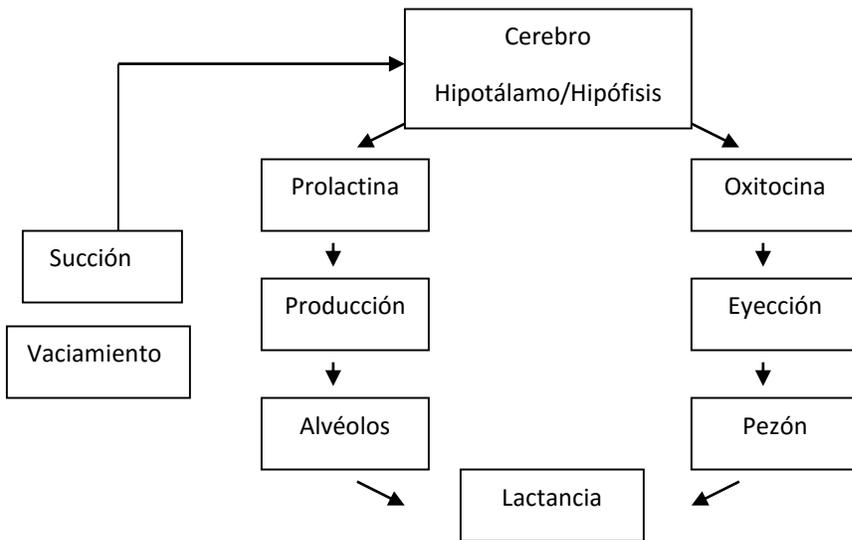


Gráfico Nº 1. Fisiología de la Lactancia.

Componentes de la leche materna

La composición de la leche materna varía en el tiempo. La leche de los primeros días, denominada calostro, es muy rica en proteínas. Contiene más anticuerpos y proteínas antiinfecciosas que la leche madura. Posee más glóbulos blancos y brinda inmunidad contra muchas enfermedades ante las cuales el bebé debe enfrentarse después del parto. Ayuda en la eliminación del meconio disminuyendo la bilirrubina del intestino evitando ictericias severas. Contiene factores de crecimiento que promueven el desarrollo del intestino inmaduro del RN. Es rico en vitamina A que reduce la gravedad de cualquier infección que pueda adquirir el bebé.

Estos componentes son fundamentalmente agua, anticuerpos (globulinas), grasas (lípidos), azúcares, sales minerales (calcio, potasio, magnesio, hierro) y vitaminas (A, D, E, K, C, complejo B).

La leche materna a medida que transcurren los días luego del nacimiento, posee una serie de características físicas, químicas y cumple distintas funciones de acuerdo a los nutrientes que aporta. Esto puede apreciarse de manera más pragmática en el cuadro que se presenta a continuación.

Tiempo	Nombre de la Leche	Características	Funciones	Nutrientes
1er al 6to día	Calostro	Amarillenta	1. Laxante. 2. Favorece la Digestión de grasas.	1.Albúmina. 2. Anticuerpos. 3. Vitaminas. 4.Ácidos grasos. 5.Enzimas.
6toa al 15to día.	Leche de transición	Blanquecina	1. Adaptación del niño a la leche materna definitiva.	Agua y azúcar.
A partir del 16to día.	Leche definitiva o madura de inicio	Acuosa y amarilla	1. Proporciona energía. 2. Calma la sed.	1. Agua. 2. Vitaminas. 3. Minerales. 4. Azúcar y 5. Anticuerpos
Tiempo	Nombre de la Leche	Características	Funciones	Nutrientes
A partir del 16to día.	Leche definitiva o Madura del final de la tetada	Espesa y blanca	1. Aumenta de peso y lo satisface. 2. Favorece la madurez y el desarrollo cerebral.	1 .Mayor concentración de ácidos grasos esenciales.

Gráfico Nº 2: Cambios en la Composición de la Leche Materna

Mantenimiento de la Lactancia Materna.

La producción normal de leche depende de:

- 1- Alimentación adecuada de la madre.
2. Ingesta suficiente de agua por parte de la madre.
3. Número de veces que el niño mame.

4. Ofrecimiento de ambas mamas.
5. Extracción frecuente de leche cuando el niño no este mamando.

Recomendaciones para Amamantar al Niño

El acto de amamantar representa un momento especial que profundiza los lazos afectivos entre la madre y su hijo. En este sentido, es pertinente considerar una serie de recomendaciones con el propósito de favorecer el mantenimiento de la lactancia materna por mayor tiempo. Para efectos del presente trabajo se establecen dos grupos de recomendaciones, dirigidas hacia la madre.

A. En Cuanto a sí misma: (ver Imagen N° 1, en anexo)

- a) Adoptar una postura cómoda.
- b) Higienizar areola y pezón antes de introducirlos en la boca del bebe, para ello puede usar agua previamente hervida y fría.
- c) Estar tranquila y relajada
- d) Acercar él bebe hacia su cuerpo.
- e) No colocar los dedos en forma de tijera para sujetar el pezón ya que obstruye la salida de leche y evita que el niño lo incorpore en su boca.
- f) Introducir el pezón y la areola en la boca del bebe.
- g) Dar de mamar cuando el niño reclame el pecho, salvo indicación específica del especialista.
- h) Respetar el sueño del recién nacido, no despertarlo para alimentarlo.
- i) Alternar el vaciamiento de los senos para que sea completo.
- j) Alimentarlo a libre demanda es decir que el período entre una mamada y otra va a depender de los deseos del niño (regularmente cada 4 horas)
- k) No cambiar rápidamente al niño de seno porque el exceso de lactosa al principio de la tetada puede causarle intolerancia y cólicos.

B. En cuanto al bebé:

- a) La boca debe estar abierta y abarcar la areola.
- b) La barbilla debe tocar el pecho de la madre.
- c) El labio inferior debe estar evertido (hacia fuera).
- d) Dejar un espacio entre el pecho y la nariz del bebé.

- e) Activar primero el reflejo de búsqueda tocando el área cerca de sus labios con el pezón.
- f) Tomar leche de cada pecho por el mismo tiempo, cuya succión no debe superar los 30 minutos.
- g) En la siguiente toma, el niño debe comenzar por el seno que dejó de succionar en la toma anterior. De esta manera lo terminará de vaciar.
- h) Dar golpecitos suaves sobre su espalda al terminar de mamar (así eliminará gases).

Señales de mala Posición (ver Imagen N° 2, en anexo)

Cuando la técnica de amamantamiento es inadecuada es factible que la lactancia se complique o tenga que ser suspendida de manera prematura. La técnica incorrecta obedece a una mala posición o a un mal agarre del seno por parte del bebe.

Las señales de mala posición de la madre y el bebe están dadas por:

1. Acercamiento del cuerpo de la madre al del bebe.
2. Cuerpo del bebe flexionado o muy extendido y cuello lateralizado.
3. Espalda de la madre flexionada.
4. Pezón incorporado en la boca del bebe.
5. Pezón pinzado con los dedos índice y medio de la madre.
6. Mama obstruyendo la nariz del bebe.

Cualquiera de estas situaciones puede complicar la lactancia y generar problemas inflamatorios e infecciosos en el seno materno.

A continuación se muestra una figura que ilustra una técnica inadecuada de la lactancia materna.

Ventajas de la leche materna

La leche materna posee una serie de ventajas que no solo favorecen al bebe sino también a la madre.

La iniciación del amamantamiento dentro de la primera hora de vida tiene como fundamentos la ingestión temprana de calostro y el fomento del apego dado el período sensible en que se encuentran la madre y el RN.

En este sentido, se mencionan las siguientes:

1. Es higiénica ya que pasa directamente del seno de la madre a la boca del niño.
2. No se daña.
3. No se agota ya que entre el bebé más succione, más leche se producirá.
4. La temperatura siempre es la adecuada.
5. El bebé siempre recibirá la dilución completa de acuerdo a su edad y necesidad.
6. Saciar la sed.
7. Se digiere mejor.
8. Favorece el crecimiento, desarrollo e inmunidad del bebe.
9. Favorece el desarrollo neurológico emocional y social del bebe.
10. La lactancia exclusivamente materna suele producir amenorrea, que es un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad. La succión del pezón produce descargas de oxitocina que contrae el útero, favoreciendo su involución lo que disminuye el riesgo de hemorragia posparto.
11. Además se ha descrito que reduce la posibilidad en la madre de padecer cáncer de mama y ovario.
12. Evita en mayor medida que la madre padezca anemia, depresión o hipertensión posparto.
13. Ayuda a la madre a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo.

Existe otra ventaja relacionada con la forma de preservar la leche materna en caso de que la madre no pueda amamantar directamente con el seno. Si la madre debe ausentarse un tiempo, puede extraer su leche con un “sacaleches” y refrigerarla. Según las recomendaciones de la libreta de salud infante juvenil, del ministerio de salud de la provincia de Mendoza de la República Argentina, la leche extraída debe ser almacenada en un recipiente apto para alimentos, limpio, preferentemente de boca ancha para su fácil llenado y tapado. Esta leche puede almacenarse:

- En heladera: 3 días.

- En congelador común: 3 semanas.
- En freezer: 3 meses.

Para descongelar, no se debe utilizar microondas. Solo hay que colocar el recipiente en otro que contenga agua caliente o agitarlo bajo el chorro de agua caliente. Es importante destacar que la leche materna no debe hervirse; y que estos cambios de temperatura no alteran ni la composición ni la función de la leche materna.

Complicaciones de la lactancia materna

Fundamental para el desarrollo del bebé, la lactancia materna puede presentar algunas complicaciones, que suelen originarse durante los primeros días de la lactancia materna.

Generalmente los problemas obedecen a causas multifactoriales que afectan a la madre y/o niño y deben ser pesquisados y analizados para lograr tener un buen resultado.

A fines didácticos, y basados en el manual de lactancia materna del gobierno de Chile (2010), se clasificaran estas complicaciones en cuatro ítems:

- A. Dificultades maternas.
- B. Dificultades de la madre de orden clínico.
- C. Crisis transitoria de la lactancia
- D. Problemas del niño

A. Dificultades Maternas

Psicosociales

Suelen derivar de la falta de apoyo que tiene la mujer cuando proviene de una familia disfuncional y no hay pertenencia a grupos o redes de apoyo, de su localidad o comunidad que de alguna manera suplan a la familia extendida, para que la ayuden a superar sus conflictos.

Los más frecuentes son:

1. Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico y social

Estas mujeres suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia. Si a esto agregamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, podemos

tener un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de esta en forma efectiva ya sea por falta de contención, insatisfacción económica de las necesidades básicas y social por de privación de las redes de apoyo social.

2. Problemas conyugales

Si la pareja no es participativa y comprensivo, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (Labores domésticas, sociales, laborales por exigencias que provocan una sobrecarga y sexuales).

3. Depresión Materna

El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., provocan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia.

Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos. El profesional que la atiende debe realizar un interrogatorio prudente, pero instándola a que se exprese libremente para lograr detectar el problema.

4. Ser madre adolescente

Las mujeres adolescentes que son madres por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, alimentándolos tempranamente con fórmulas, lo que quiebra la relación de la madre con el niño.

El equipo de salud debe reafirmar los valores de la maternidad y apoyar a la adolescente en su rol de madre a pesar de las dificultades con que se enfrenta frecuentemente. Es necesario motivarla para que amamante a su hijo, considerando que la experiencia le aportará muchos beneficios a ella como mujer y a su hijo, que le ayudará a sentir un gran amor por ese pequeño niño que tanto depende de ella, la necesidad de leche materna que tiene el niño, la importancia de esta y las formas de administrarla aun cuando la madre no esté presente. Esta asesoría también debe abarcar aspectos más personales, como la forma de

relacionarse con su familia, la conveniencia de suspender momentáneamente sus estudios o actividades y consejos sobre nutrición para una buena lactancia, sin alterar su propio desarrollo.

5. Madre soltera

La madre soltera requiere de un gran apoyo de las personas o grupo que la rodean. Generalmente el padre de ese hijo no asume su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal” se deben investigar los factores de riesgo y tratar que estas mujeres se incorporen a su familia y a redes de apoyo, en beneficio de la lactancia.

B. Dificultades de la madre de orden clínico.

1. Dolor

Principal síntoma de los problemas de lactancia (no debe doler).

Algunas mujeres pueden experimentar cierta molestia inicial al amamantar, sin embargo, si las mamas están sanas, este proceso no debería doler. Es necesario entonces, verificar la que la técnica de lactancia sea la adecuada para lograr un buen acoplamiento, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por la compresión de la boca del niño. La principal cause de dolor es un mal acoplamiento boca pezón, si a pesar de una buena técnica el dolor persiste, es necesario descartar otras causas de dolor como pueden ser patología materna o del niño.

Frente al dolor al amamantar, o las grietas, siempre se debe observar la mamada, observar el pezón después de la mamada y examinar la succión del niño.

Al observar la mamada se evalúa acoplamiento, distancia de la nariz del niño con la mama y cuanto de la areola se introdujo a la boca del niño. Si la distancia nariz-mama es mayor de 1cm, es probable que no esté bien acoplado y el dolor se corregirá con solo introducir más areola en la boca del niño y asegurarse que ambos labios estén evertidos y la nariz y mentón del niño cercanos a la mama.

El pezón, luego de mamar debe salir sin deformarse, si se observa un pezón aplastado o deformado, debe intentarse un mejor acoplamiento. Si esto no es posible puede deberse a una desproporción boca pezón debido a un pezón grande o invertido. En este caso puede ser necesario extraer la leche y controlar hasta que el niño crezca un poco y se logre el buen acoplamiento.

Si la causa del dolor es una succión disfuncional, al examinar la boca del niño se siente como muerde y no envuelve el dedo del examinador con la lengua.

Esto se corrige con la “alimentación por sonda al dedo”. El niño recibe la leche extraída por una sonda entre el pulpejo del dedo índice y el paladar, cuando ya sale leche se comienza a retirar el dedo de manera que el niño tiene que envolver el dedo con su lengua para seguir alimentándose. Así aprende la succión que es funcional al mamar.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la oxitocina, lo que provoca que el R.N. no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso (Gráfico N° 3) que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento.

El amamantar no debe producir dolor si el acoplamiento y la posición del niño son correctos y los pezones están sanos. (Ver gráfico N° 3 en anexo).

2. Pezones planos o invertidos

Este problema puede ser fácilmente identificado en los controles anteriores al parto.

En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de tensadores de pezón.

Esto, antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de oxitocina en el útero, ya que posterior a esto, el estímulo del pezón puede producir contracciones uterinas y parto prematuro. Una vez nacido en niño, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando. Si el niño no es capaz de acoplarse, se

recomienda la extracción manual de leche hasta que éste sea lo suficientemente grande para abarcar toda la areola con su boca.

En los pezones invertidos, el tensador de pezón o una bomba de extracción pueden ayudar a evertir el pezón para que el niño pueda tomarlo. No se recomienda usar el “tensador de pezones” para hacerlo protruir antes de poner el niño a mamar pues su acción podría ser nocivo para la mama.

Se debe procurar y prohibir el ofrecimiento al niño chupetes, mamaderas o pezoneras, pues la experiencia oral con uno de estos objetos, largos y duros es muy diferente a mamar en un pezón blando y con las dimensiones adecuadas mayoritariamente de acuerdo al tamaño del niño.

Los pezones invertidos son un desafío para la madre y el equipo de salud, pero con una buena educación y supervisión muchas mujeres logran superar el problema y amamantar con éxito, como podemos ver, esto no es una contraindicación para la lactancia sino un reto para el equipo de salud.

3. Grietas en el pezón: (ver Imagen N° 3, en anexo)

Son heridas en los pezones producto de una presión inadecuada producida por la boca del niño.

Generalmente se producen por mal acoplamiento. Aun cuando existan grietas, si el pezón queda bien introducido en la boca del niño, el amamantar no debiera producir dolor. Siempre hay que evaluar una desproporción boca pezón que impide que el niño introduzca la areola en su boca.

En este caso se recomienda extraer la leche y darla al niño por vaso o sonda al dedo.

Habitualmente en 24 horas la situación se ha superado.

Es importante insistir a la madre en que no tendrá problemas más adelante si la técnica de lactancia es realizada correctamente.

Algunas recomendaciones importantes son amamantar con mayor frecuencia, para evitar congestión; Comenzar cada alimentación con el lado menos afectado; estimular reflejo de eyección de leche, previo a la succión; Amamantar en posición que permita control de la cabeza y la mama.

Si el dolor es muy intenso, o la herida de la grieta se abre al mamar, se recomienda dejar de amamantar por 24-48 horas y extraer manualmente la leche cada 3 a 4 horas para dársela al niño.

En resumen, lo clave en el tratamiento de las grietas es el buen acoplamiento, pero sobre la herida se puede aplicar un poco de leche de la madre y dejarla secar. No se ha demostrado que ninguna crema sea mejor que la leche, siempre que se corrija el acoplamiento.

Cuando las grietas persisten a pesar de un buen tratamiento ambiental, se debe sospechar una sobre-infección micótica o una succión disfuncional del niño.

4. Micosis del pezón (ver Imagen N° 4 y 5, en anexo)

Es producido por *Candida Albicans*. Se caracteriza por un pezón de color rosado aterciopelado, en contraste con el tono café de la areola, a veces agrietado o descamativo y con lesiones satélites. Puede presentarse con un dolor intenso, quemante antes y después de la lactancia en pezón y areola. A veces hay también compromiso de los conductos intramamarios y se presenta con un dolor tipo clavada en la mama que persiste por un tiempo después de finalizar la mamada. Generalmente se relaciona con “Muguet” en el niño por lo que es importante examinar a la díada en caso de sospechar esta patología. Es más común en madres que cuyos hijos usan chupetes o mamaderas además de la lactancia. Es conveniente después de amamantar al bebe secar los senos y colocar crema antifúngica que debe retirarse con abundante agua y papel absorbente antes de la siguiente mamada. El bebé también debe tratarse para evitar la reinfección materna.

Es conveniente después de amamantar al bebe secar los senos y colocar crema antifúngica que debe retirarse con abundante agua y papel absorbente antes de la siguiente mamada. El bebe también debe tratarse para evitar la reinfección materna. El tratamiento debe ser efectuado al menos por 10-15 días, aplicando antimicóticos tópicos (nistatina, miconazol) en el pezón y en la boca del niño después de cada mamada, y eliminando el hongo de los lugares contaminados (lavado de ropa, juguetes y hervir chupetes, mamaderas). Si se

sospecha compromiso de los conductos, la madre debe usar terapia sistémica con fluconazol.

5. Congestión mamaria:

No es raro que al 3r o 4to día postparto, las madres experimenten una sensación de calor y peso en sus mamas debido al cambio de calostro a leche más abundante. Lamentablemente, en un porcentaje menor de mujeres esta sensación se exagera evidenciándose como aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario. Esta situación es secundaria a mamadas infrecuentes y/o inefectivas y debe ser prevenida. El tratamiento es el vaciamiento frecuente, idealmente por el niño. Si la areola está comprometida, primero debe vaciarse manualmente o con bomba esa zona para que el niño pueda acoplarse y mamar efectivamente. En algunos casos, la congestión puede llegar a ser tan intensa que comprime los conductos y dificulta el vaciamiento de la leche. Existe evidencia de que tanto aplicar hojas de repollo como compresas frías tendrían un efecto moderado. Lo mismo se puede decir de tratamiento con ultrasonido y calor local. Se ha demostrado que el masaje mamario y los antiinflamatorios serían efectivos contra la congestión pero sin dudas lo más efectivo es la prevención.

6. Retención de leche

Suele evidenciarse como nódulos mamaros sensibles, en ocasiones recurrentes, que no causan mayores molestias.

Son producidos por mal vaciamiento del área que drena uno o más conductos, puede ser debido a una compresión externa, mal posición al amamantar o al dormir, sostén apretado, cápsula colectora de leche no adecuada, o a una obstrucción interna de la mama, variación anatómica con estrechez de un conducto o tapón de leche espesa por exceso de grasa, que puede ser agravada por un mal vaciamiento por parte del niño por un periodo prolongado entre mamadas. Al examen físico sólo se observa un nódulo mamario sensible a la palpación.

Se recomiendan acciones como masajes; colocación de calor local en toda la mama al amamantar; Utilización de diferentes posiciones al amamantar, para favorecer un mejor vaciamiento y evitar la compresión externa de la mama.

En las madres excretoras de tapones de leche espesa, se ve mejoría al limitar la ingesta de grasas poliinsaturadas en su dieta y agrega lecitina.

Si en la zona se presenta mucho dolor y enrojecimiento se debe descartar una mastitis, pues la retención de leche puede ser un factor pre existente para la producción de una mastitis.

7. Mastitis

Inflamación e infección de la glándula mamaria que se vuelve dolorosa, dura, enrojecida y caliente por una ingurgitación mamaria o una obstrucción de los conductos. Estos síntomas locales pueden acompañarse de fiebre, dolor axilar y malestar general que ameritan tratamiento médico y en algunos casos, suspensión temporal de la lactancia.

Es una infección del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario. Los factores que predisponen a esta infección pueden ser grietas en el pezón, retención de leche, cambio abrupto en la frecuencia de las mamadas, mal vaciamiento, disminución de la resistencia materna a la infección, etc. La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con calofríos.

El agente causal más frecuente es el *stafilococo aureus*. Otros pueden ser organismos menos frecuentes son *estreptococos* y *haemofilus*.

El tratamiento consta de: Vaciamiento frecuente de la mama, reposo, líquidos abundantes, analgésicos o AINES (Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas) y antibióticos por 10 días. El antibiótico recomendado es Cloxacilina o Flucloxacilina en dosis habituales. Se debe mantener la lactancia, favoreciendo el vaciamiento del lado comprometido. La mastitis responde rápidamente al tratamiento. Si no ha mejorado en 3 a 5 días, sospechar mala adherencia al tratamiento o a la presencia de uno o más abscesos. En mastitis recurrentes, es necesario verificar adherencia al tratamiento y causas predisponentes de mastitis como la retención de leche.

Para las mastitis recurrentes, se puede realizar tratamiento profiláctico con dosis bajas de antibióticos como Eritromicina.

8. Abscesos:

Acumulación de pus en la areola o pezón produciendo dolor intenso, enrojecimiento y fiebre que requiere atención del especialista de forma inmediata y suspensión de la lactancia materna hasta que el médico lo indique.

Suele ser consecuencia de una mastitis tratada inadecuada o tardíamente. Generalmente es de manejo quirúrgico, aunque ocasionalmente puede vaciarse en forma espontánea a través de un conducto. Si el drenaje es efectuado en la cercanía de la areola se puede inhibir la producción láctea del lado afectado evitando el vaciamiento periódico de la mama comprometida y posteriormente se puede reinducir.

Se debe mantener a la madre y niño en control frecuente hasta que se resuelva el problema, pues durante el período agudo, la producción de leche suele ser insuficiente.

9. Obstrucción de Conductos

Se produce por la estrechez de un conducto mamario, este tipo de obstrucción puede ser de tipo interna o externa, lo que se traduce en retención de leche en un área determinada. Se puede manejar con calor local, masaje previo y durante la mamada.

10. Cirugía mamaria previa

Para aumentar el tamaño de las mamas, los implantes se colocan por detrás de la glándula mamaria, por ello en general no interfieren con la lactancia. En caso de cirugía reductora se corre el riesgo de comprometer algunos conductos lactíferos e interferir con la inervación de la areola y el pezón. En algunas oportunidades las mujeres que han tenido este tipo de cirugía podrán presentar dificultades para mantener una adecuada producción de leche. A estas madres se les recomienda amamantar frecuentemente dependiendo de sus posibilidades y extraerse manualmente o por bomba después de la mamada para incrementar el estímulo de producción láctea.

11. Mamas supernumerarias

Consiste en la presencia de tejido mamario en una zona inhabitual del cuerpo de la mujer (línea mamaria), siendo más frecuente la axilar. Puede ser una glándula completa, con conductos de salida, con lo que puede haber secreción láctea; mayoritariamente sólo hay tejido glandular y se presenta como un aumento de volumen que suele ser doloroso al tercer día post- parto. Debe descartarse que se trate de una adenopatía.

Para el alivio de las molestias se recomienda el uso de analgésicos y frío local.

Si no se vacía, la glándula supernumeraria se torna improductiva en pocos días.

Una forma de evitar las molestias en próximas lactancias es que la mujer opte por la remoción quirúrgica de estas después del destete.

12. “ Leche insuficiente o delgada”

Si bien este es un problema frecuentemente expresado por las madres, la “falta de leche” real es un problema muy poco frecuente. Cualquier instancia, tanto materno o infantil, que determinen una inadecuada extracción de leche puede resultar en una disminución de la producción. El profesional, debe evaluar la duración y periodicidad de las mamadas, el acoplamiento adecuado del lactante, buena técnica de succión, la ausencia de congestión mamaria, el normal apego de la díada madre-hijo etc. de manera de identificar la causa del problema y así tratarlo. Si bien con estas medidas generales, el problema debiera ser resuelto, existen múltiples sustancias que han sido utilizadas como galactogogos en las distintas culturas. Se han utilizado múltiples hierbas y medicamentos cada uno con distintos mecanismos de acción. Uno de los más usados es actualmente la Metoclorpramida que aumentaría la prolactina a través de la inhibición dopaminérgica del factor inhibidor de la prolactina. Esta puede tener efectos adversos y está contraindicada en enfermedades gastrointestinales y madres con depresión. Otros fármacos utilizados son la Domperidona. Ninguno de estos medicamentos aumenta la producción de leche sin un vaciamiento efectivo y frecuente de las mamas.

El apoyar la fisiología de la lactancia, evitando el dolor, mamadas frecuentes, vaciamiento completo, sin interferir con chupetes, suplementos o restricciones a la frecuencia o tiempo de las mamadas, es el mejor galactogogo conocido y no tiene efectos indeseables.

C. Crisis transitorias de la lactancia

El cuadro se caracteriza por que el lactante ya no queda satisfecho con la frecuencia de lactancia a la que estaba acostumbrado, la madre siente que las mamas le quedan vacías y el niño pide varias veces en la noche. Se soluciona aumentando el número de mamadas por unos días hasta equilibrar la producción de leche con los requerimientos del niño.

Generalmente duran 4 a 6 días, si la madre responde a los requerimientos del niño. Su producción aumenta y se mantiene a ese nivel volviendo a la frecuencia previa de mamadas. Es de suma importancia anticipar esta situación a la madre de manera de evitar angustias y suplementación innecesaria. Hay que destacarle que esta situación es transitoria y que se puede repetir en 1-2 meses.

D. Problemas del niño

1. Niño “dormilón”

Los lactantes pequeños presentan un patrón de sueño que contempla un gran porcentaje de su vida durmiendo. Algunos lo hacen más profundamente y frecuentemente que otros. Esto, la mayoría de las veces es normal y basta con pequeños estímulos para lograr la vigilia y con esto, una mamada exitosa. El dormir con el niño facilita que la madre pueda estar atenta a pequeñas señales de hambre en el niño como son: movimientos rápidos de los ojos, movimientos de succión, “pedaleo” con los pies, sonidos suaves, flexión de brazos, puños apretados, músculos tensos, llanto (última expresión de hambre). Los recién nacidos bien alimentados maman, duermen entre 1 y 3 horas y despiertan con hambre para volver a mamar. Maman activamente y después de vaciar uno o los dos pechos pueden volver a dormirse. El “niño dormilón” es el que en general la madre tiene que despertar para amamantarlo, succiona unas pocas veces y se duerme al pecho. El que un niño sea dormilón en las primeras semanas de vida puede ser secundario a una hipoalimentación, por lo que se debe indicar a las

madres estar muy atentas a que el niño despierte con hambre cada 3-4 horas, y lo sienta deglutir en la mama. Es frecuente, especialmente en madres primerizas que interpreten este “estado de conservación para gastar menos energía” con el que el niño esté satisfecho. La familia considera que el “niño se porta tan bien, por que duerme toda la noche y no molesta”. Los niños con mayor riesgo de ser somnolientos son los de bajo peso de nacimiento y los hijos de madres que recibieron benzodiazepinas u otros medicamentos como meperidina o morfina durante el trabajo de parto o el postparto. Es importante, previo a la mamada, desvestir al niño, sentarlo, darle masajes suaves, cambiar pañal etc. y durante las primeras semanas de vida, despertarlo si duerme más de 3 horas en el día o 4 en la noche. Hay que estar atenta también durante las primeras semanas a la frecuencia de pañales sucios y mojados así como al incremento de peso, de manera de intervenir precozmente si el niño somnoliento está siendo mal alimentado. Si además de ser dormilón, el niño no incrementa bien de peso, hay que suplementar la mamada idealmente con leche extraída o con fórmula.

2. Disfunción Motora oral

Se produce en algunos niños por inmadurez, problemas neurológicos o dolor facial o mala succión por el uso de chupete entre otros. La evaluación consiste en determinar el tono y la capacidad de succión del lactante. Debe hacerse con el lactante tranquilo y sin hambre (aprox. 1 hora antes de la siguiente mamada). La evaluación del tono se realiza verificando las extremidades pasivas en flexión, tono adecuado de la cabeza y la columna con el niño en decúbito ventral (levemente levantada y erguida) y que al levantarlo de la cintura escapular, que no se deslice por las manos del examinador. Se busca el reflejo de succión tocando los labios e introduciendo el dedo índice a la boca del niño presionando el paladar con el pulpejo del dedo.

La succión normal debe ser rítmica y segura, con la lengua del niño envolviendo el dedo del examinador y sobrepasando la encía inferior. Los labios relajados y no tienden a irse hacia adentro.

El niño con disfunción motora oral generalmente presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a. **Hipertonía:** Se observa un tono motor aumentado en todo el cuerpo, la cabeza tiende a extenderse y si se sostiene al niño de la cintura escapular los brazos están firmes hacia abajo. Al examen de la boca se siente que el niño muerde el dedo y además lo presiona fuertemente contra el paladar duro.

En este caso se recomienda sentarlo de frente a la madre en la posición lo más parecida a la fetal, de manera de relajar la musculatura facial del recién nacido. Además se recomienda, previo a la mamada, masajear sobre la encía inferior del niño.

Si el niño produce grietas o mucho dolor a la madre, ella se puede extraer la leche y alimentar por sonda al dedo o vasito mientras disminuye la hipertonía, lo que ocurre en pocos días con la madurez y los masajes.

- b. **Hipotonía:** El tono del cuerpo está disminuido, no afirma la cabeza y si se toma de la cintura escapular, los brazos tienden a levantarse. Esta condición es más frecuente en niños de bajo peso de nacimiento. Al succionar el niño ejerce una presión muy suave, a veces irregular y se escurre leche entre las comisuras labiales.

En esta condición es útil que la madre sostenga el mentón del niño con éste en posición sentada asegurando la cabeza y la espalda. A veces se hace necesario que la propia madre estimule la bajada de leche al inicio y durante la mamada, como haciendo una extracción manual y al final vacíe manualmente los pechos, ofreciendo esa leche al niño, dado que mamada puede no haber sido muy efectiva.

- c. **Secundaria a chupete:** Algo que podría ocurrir en el niño luego de una exposición a éste, es que succione de manera distinta que el que mama de forma exclusiva. Al examen del tono, este es normal, pero en la succión el niño suele morder el dedo del examinador y tiende a empujarlo hacia fuera con la lengua, sin envolverlo.

Esto puede corregirse con la sonda al dedo, haciendo masajes con el dedo índice con el pulpejo hacia arriba provocando presión sobre el paladar del niño y retirando el dedo paulatinamente. Como el niño recibe leche por la sonda, tiende a

sujetar el dedo envolviéndolo con la lengua, con lo que aprende el patrón que es funcional a mamar en el pecho y deja de aplicar lo que era funcional al chupete.

No se debe usar chupetes en este tiempo y debe alimentarse con sonda al dedo o vaso mientras aprende a acoplarse al pecho.

3. Problemas anatómicos de la boca del niño:

Uno de los problemas anatómicos del niño, que afectan la lactancia es la fisura labial y/o palatina. Es especialmente recomendable que estos niños sean alimentados exclusivamente con leche materna para proteger sus mucosas y evitar infecciones. Aun cuando las madres de estos niños van a requerir de ayuda especial para aprender a amamantarlos, los niños con fisura pueden mamar ya que la extracción de la leche se hace por masaje y no por succión. El niño debe estar sentado frente a su madre de manera que no se atore, y puede ser ayudado por ella comprimiendo detrás de la areola como en una extracción manual. La madre puede completar el vaciamiento manualmente ofreciendo la leche extraída por vaso o chupete especial. Si el niño es sometido a cirugía para corregir la fisura debiera ser puesto a mamar apenas despierta de la anestesia, ya que si llora, tiende a abrir las suturas, a diferencia de si mama, cuyo movimiento es a juntarlas. Además, la leche materna favorece su cicatrización.

4. “Rechazo” de amamantamiento:

Muchas madres relatan que no pudieron amamantar a sus hijos por que el niño le “rechazó el pecho”. Esto puede verse en niños que recibieron chupetes y fórmulas lácteas en la maternidad.

Ese niño aprendió el movimiento de su boca que favorecía la alimentación con chupete (muerde el chupete y empuja la punta con la lengua para regular el flujo), lo que al ser aplicado al mamar, hace que el pezón se salga de la boca, produciendo frustración al niño y a la madre. La madre interpreta esto como un rechazo personal, asumiendo que su “leche no es buena” y le da fórmula. Es importante anticipar esto de manera que la madre no suprima totalmente la lactancia materna y pueda corregir la succión.

Otras causas de rechazo a mamar pueden ser: Enfermedad del niño, obstrucción nasal, dolor o situación extrema de stress materno.

Si la causa es identificada, la probabilidad de restaurar la lactancia es alta, si bien puede demorar varios días. Algunas técnicas incluyen hacer de la lactancia en momento tranquilo, aumentar los cariños, fomentar el contacto piel con piel etc.

Otra situación en que el niño rechaza el pecho es en el reflejo eyecto-lácteo excesivo por que se atora cada vez que mama.

5. Mal progreso ponderal en un niño amamantado

Se considera mal progreso ponderal si el recién nacido baja más del 7 % del peso de nacimiento, no recupera el peso de nacimiento a los 10 días y sube menos de 18 grs/día dentro de las primeras semanas o se cae de carril de crecimiento en los primeros meses. No se considera mal incremento si un niño amamantado exclusivamente, que saltó carriles de crecimiento durante los primeros meses, tienda a retornar al carril inicial entre los 4 y 7 meses. Esta es una de las principales razones de destete precoz. Es muy importante considerar esta condición dentro de los primeros 2 meses de vida del niño y particularmente durante las primeras semanas, donde las principales razones de mal incremento son una mala técnica de amamantamiento con mal acoplamiento y mamadas infrecuentes e inefectivas. Cualquiera de los problemas mencionados anteriormente puede hacer que el niño no incremente bien de peso. Frente a un niño con mal incremento se debe evaluar si el problema es de la madre que no produce o libera una cantidad adecuada de leche: esto quiere decir: historia de enfermedad en la madre: problemas tiroideos, cirugías en mama o tórax, medicamentos, examen clínico de las mamas. También evaluar si el problema es del binomio: ver número de mamadas, número de pañales sucios y mojados, averiguar si recibe agua o suplementos, observar la técnica de amamantamiento, succión y deglución del niño, vaciamiento de la mama y como queda el pezón después de la mamada.

Si se ve un niño que se cansa o duerme al mamar, descartar cardiopatías, si se ve que succiona y deglute abundante leche y tiene una adecuada frecuencia de mamadas, hay que investigar una infección urinaria u otra patología que esté aumentando sus requerimientos de nutrientes.

La mayor parte de las veces el problema se soluciona corrigiendo la técnica y aumentando la frecuencia de las mamadas y asegurándose que el niño tome de la leche del final de la mamada, más rica en grasa. Si el niño no vacía bien las mamas, es necesario vaciar las mamas manualmente o por bomba y administrar esta leche rica en grasa con un vasito, cuchara, sonda al dedo o suplementador. Si, descartadas y tratados los problemas anteriores el niño no incrementa adecuadamente de peso es necesario y administrar fórmula, junto al pecho, lo que aumentará la producción de la madre. Todo niño con mal incremento de peso debe ser controlado frecuentemente hasta superar el problema, especialmente si esto ocurre en las primeras semanas de vida.

6. Niño renuente a mamar por dolor

En ocasiones el niño se ve incómodo al momento de mamar en una posición determinada o manifestar un rechazo al pecho al momento de la mamada. Esta situación puede deberse a alguna lesión de tipo dolorosa de causa congénita como la tortícolis, úlcera sublingual producida por dientes natales, o alguna lesión producida por alguna maniobra del parto como podrían ser los hematomas externo o interno de la articulación temporomandibular provocado por un fórceps o presión manual, fractura o luxación de la clavícula, cefalohematoma.

Se hace necesario hacer un cuidadoso examen físico y detectar cualquier lesión para luego buscar una posición y/o técnica adecuada de amamantamiento que evite las molestias al niño.

7. Niño reticente a mamar por reflejo de eyección inhibido

La experiencia de amamantar, que produce inseguridad, tensión, estrés y el dolor al amamantar pueden provocar trastornos en el reflejo eyectolácteo, lo que impide un buen vaciamiento mamario lo cual provoca, una disminución de la producción láctea.

El niño, que suele comenzar a mamar ávidamente, se frustra al no obtener la cantidad de leche necesaria para satisfacer su hambre; puede manifestarse ansioso e irritado ponerse rígido, retirarse del pecho echando la cabeza hacia atrás, llorar y no quiere intentar un nuevo acercamiento.

La continua exposición a esta experiencia hace que el niño se condicione a rechazar el pecho cada vez que va a comenzar una nueva mamada, lo cual aumenta más la tensión y estrés de la madre. Esta situación se ve agravada cuando se recurre al uso de suplementos vía mamadera, ya que de esta forma el niño extrae la leche con el mínimo esfuerzo, lo cual hace que se cree un círculo vicioso que debe ser manejado.

En estos casos el manejo debe realizarse primero que nada, revisando la técnica de amamantamiento y solucionando si existe la causa del dolor y la ansiedad de la madre.

Si se aprecia una disminución significativa de la leche, puede recurrirse a la reinducción de la lactancia, mediante un suplementador, esto hace que el niño reciba leche al mamar, satisfaciéndose al pecho materno y facilita el reflejo eyectolácteo.

8. Niño reticente a mamar por reflejo de eyección excesivo

Consiste en un rechazo al amamantamiento por parte del niño(a), debido que al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga láctea.

Esta atraganta al niño, o produce una deglución de una gran cantidad de leche que provoca distensión gástrica dolorosa, condiciones que hace desagradable la experiencia de amamantamiento para el niño(a).

La forma de manejar esta situación es:

La madre debe estar atenta a retirar al niño del pecho cuando observa que éste, no es capaz de manejar el volumen de leche que sale de la mama. Es conveniente: poner al niño en posición ventral, sobre la madre en decúbito dorsal o sentado de frente a la madre en posición de caballito. La madre, también puede extraerse un poco de leche antes del inicio de la mamada.

2.3 Realización de un examen físico, neurológico y antropométrico completo

a. Cuidado de transición.

Las primeras horas de vida del recién nacido requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el

vínculo madre-hijo en un período especialmente sensible e importante y el inicio precoz de la lactancia. En el diseño y organización de toda maternidad se debe considerar que se cuenten con las facilidades para que el cuidado de transición se efectúe junto a la madre

Si las condiciones no lo permiten, el recién nacido debe quedar en una sala especial con una temperatura de alrededor de 27-28°C y ser enviado con su madre en cuanto establezca su temperatura y se consigne parámetros vitales normales. Esto ocurre habitualmente entre la primera y segunda hora de vida.

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3 minutos) una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mucus y secreciones en la boca. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende. Esta primera etapa se ha llamado primer período de reactividad. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardíaca a márgenes de 120-140/min. y la respiratoria a cifras de menos de 60/min. (cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este período dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un *segundo período de reactividad*. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos. Aparecen de nuevo secreciones y *mucus* en la boca, ocasionalmente puede vomitar. Se escuchan ruidos intestinales. Hay cierta labilidad en la frecuencia cardíaca en respuesta a estímulos exógenos con taquicardia transitoria. El paso de meconio puede producir taquicardia o bradicardia transitoria. La aspiración nasogástrica, generalmente produce bradicardia.

Estos períodos se alteran significativamente cuando la madre ha recibido anestesia, calmantes o tranquilizantes.

La supervisión de estas primeras horas requiere el control frecuente cada a 1 hora, de la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia y características de la respiración, el color, el tono y la actividad.

-Emisión de orina y expulsión de meconio. Se debe pesquisar y anotar la emisión de la primera micción y la expulsión de meconio y deposiciones. Algunos de estos eventos ocurrirán cuando el niño está en puerperio. El 92% de los recién nacidos, emite la primera orina en las primeras 24 horas de vida, un alto porcentaje lo hace en la sala de partos. Todos deben haberlo hecho a las 48 h de vida. En caso contrario debe sospecharse una anomalía del riñón o vías urinarias. En cuanto a la expulsión de meconio, alrededor del 69 % lo hacen en las primeras 12 h de vida; el 94% en las primeras 24 h y el 99% en el curso de las 48 h de vida.

b. Atención del RN en puerperio

Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo.

- **Alimentación natural.** Las ventajas insustituibles que tiene la leche materna ya han sido expuestas con anterioridad. Este es uno de los momentos para proporcionarle información a la madre respecto a la lactancia natural y sus ventajas, Debe recibir apoyo para su inicio y técnica y ser tranquilizada con respecto a problemas frecuentes que se presentan en el amamantamiento. El apoyo de todo el personal de salud durante su estadía en Puerperio es decisivo para una buena lactancia.
- **Fenómenos fisiológicos que hay que explicar a los padres.** Hay una serie de hechos normales propios de este período que llaman la atención de los padres y que pueden provocar ansiedad y alarma si no son bien explicados.
 - **Aspecto del meconio y deposiciones de transición.** Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, que al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café más claro. Entre el 3^{er} y 4^o día las deposiciones adquieren el típico color amarillo oro de la alimentación al pecho. A partir del 2^o y 3^{er} día es frecuente que el niño obre cada vez que

es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas. Es importante explicar a la madre que esto es normal. La madre primigesta requiere de especial atención en estos aspectos.

- **Color y piel.** En las primeras 24 h y después de las primeras 2 h de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado. Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritemato papulares, a las cuales se les ha mal llamado **eritema tóxico**. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presentan una pequeña pústula en el centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico.
- **Ictericia.** La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Por esta razón debe explicársele cuando es conveniente que acuda para evaluar la ictericia. Al alta, se le debe indicar que en caso de que la ictericia aumente y las extremidades, debe consultar para que se evalúe su ictericia y se considere el tratamiento preventivo con fototerapia. (se verá con mayor detenimiento en el apartado C)
- **Comportamiento y reflejos.** Tanto la posición y tono del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos. Todos estos hechos serían muy anormales en un adulto o niño mayor y es necesario explicárselos y tranquilizarla.

- **Efectos hormonales.** Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan frecuentemente un aumento de tamaño mamario. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5º día en que aparece secreción láctea, que se constata comprimiendo el nódulo mamario. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo menstruación. Son fenómenos normales que desaparecen espontáneamente.
- **Evolución del peso.** En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 7mo día. Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño. Los niños de menos de 3 kg. en general bajan menos, y los de más de 4 kg. pueden bajar más y demorarse más en recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un relleno.
- **Cuidado del ombligo.** El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada muda. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta no requiere tratamiento y desaparece espontáneamente antes de los 4 años.
- **Vacunas y screening metabólico.** Está protocolizado la vacunación BCG, antes del alta del binomio madre - Recién nacido. A todo recién nacido se le

realiza un examen de screening para el hipotiroidismo congénito y la fenilketonuria. Estos exámenes son enviados a la madre posterior al alta. En caso de estar alterados, el laboratorio informará al médico y a la madre.

c. Examen Físico Del Recién Nacido

En este apartado nos referiremos al examen físico general y segmentario que se debe realizar en forma sistemática en todo recién nacido. Este se debe realizar alrededor de las 12 a 24 hrs., período en que el niño normalmente ha estabilizado su adaptación cardiorespiratoria y termorregulación. Idealmente se debe realizar junto a la madre de manera que esta aprenda a conocer a su hijo y pueda preguntar aspectos que le merezcan dudas. Es útil preguntarle a la madre, antes de iniciar el examen, sobre aspectos que a ella le llaman la atención. La madre en la mayoría de los casos ha mirado y tocado a su recién nacido con bastante acuciosidad

El momento en que se examine al recién nacido puede cambiar sensiblemente su estado de conciencia y alerta: es distinto si el niño está llorando justo antes la hora de su próxima mamada o si se acabe de alimentar. En este último caso una manipulación poco cuidadosa terminará produciendo un reflujo de leche. También es importante considerar que un examen con el niño desnudo de más de 10 minutos puede terminar enfriando a éste. La madre estará muy alerta a la forma como se le examina, a la delicadeza para hacerlo y a las explicaciones que se le dan. Hay que aprovechar antes de desvestir al niño, de evaluar aspectos de la inspección: estado de alerta, postura, examen del cráneo y de la cara, aspecto de las manos y los pies. Después se puede ir desvistiendo progresivamente al niño evitando el llanto para poder examinar adecuada mente la frecuencia cardíaca y la presencia de soplos. Hay varias partes del examen que será difícil hacer con el niño llorando: palpación del abdomen, en especial de los riñones. La madre puede participar desvistiendo y vistiendo al niño. Si no puede hacerlo, nunca se debe dejar al niño destapado después del examen y debe ser vestido por personal de enfermería o médico que han estado en el examen. Al terminar el examen debe informarse sobre el resultado de éste a la madre.

En el examen se debe contar con buena iluminación y temperatura. Cuidar que no haya corrientes de aire. Se consideran sistemáticamente los siguientes aspectos:

Postura y Actividad

El recién nacido de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición del reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendido y las contras laterales en flexión. La postura también está influenciada por la posición intrauterina, por ejemplo, luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

Piel

- **Color y Textura:** Usualmente es de un color rosado y suave, con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies (acrocianosis) que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de post término es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia significa que la bilirrubina está al menos sobre 5 mg %. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.
- **Vermix Caseoso:** (Unto sebáceo) Es un material graso blanquecino que puede cubrir el cuerpo, especialmente en el prematuro, en el niño de término usualmente está sobre el dorso, cuero cabelludo y pliegues.
- **Lanugo:** Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.
- **Mancha mongólica:** Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grande, se ubican en dorso, nalgas o muslos, son benignas y no tienen significado patológico. La denominación de "mongólica" que se ha popularizado es poco afortunada.

- **Hemangiomas planos:** son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.
- **Eритеma tóxico:** Erupción máculo papular con base eritematosa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro de color amarillo que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. No tiene significado patológico.
- **Petequias y equimosis:** Pueden observarse petequias en cabeza y cuello asociadas a circular de cordón. Si son generalizadas y se presentan con equimosis, debe sospecharse trombocitopenia u otras alteraciones de la coagulación.

Cabeza

- **Forma y tamaño:** Es grande en relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo debido a su adaptación al canal de parto, excepto en aquellos nacidos por cesárea.
- **Fontanelas:** La fontanela anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente depresible cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menos de 1 cm. Un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.
- **Suturas:** Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Ocasionalmente la sutura longitudinal puede tener algunos mm de separación. La sutura escamosa nunca debe presentar separación. Si la hay, debe descartarse hidrocefalia congénita.
- **Caput succedaneum o bolsa serosanguínea:** corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de sutura y puede ser extenso. Debe diferenciarse de los cefalohematomas.

- **Cefalohematomas.** Estos son de dos tipos: el subperióstico que consiste en acumulación de sangre bajo el periostio. Se caracteriza por estar a tensión y no sobrepasar las suturas. Es un fenómeno que puede ocurrir en un parto normal. No requiere tratamiento ni tiene consecuencias para el recién nacido. El cefalohematoma subaponeurótico es generalmente resultado de un parto difícil con instrumentación. Es de consistencia mas blando y sobrepasa ampliamente los límites de las suturas. Puede contener gran cantidad de sangre, lo que resulta en anemia y potencial hiperbilirrubinemia. En ocasiones se acompaña de fracturas del cráneo.

Cara

- **Ojos:** Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. También cuando el niño está tranquilo succionando abre los ojos. No se debe tratar de abrirle los ojos a un recién nacido que está llorando. El iris es habitualmente de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales, esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.
- **Nariz:** El RN es preferentemente respirador nasal. Es frecuente que se observen pequeños puntos amarillos en el dorso de la nariz que se denominan *milium sebáceo*. Corresponde a glándulas sebáceas. Es un fenómeno normal.
- **Boca:** Los labios son rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas Perlas de Ebstein en la línea media y que son pequeñas pápulas blanquecinas de + 1 mm de diámetro. No tienen significado patológico.
- **Oídos:** Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

Cuello

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumentos de volumen: bocio, quiste tirogloso y hematoma del esternocleido mastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

Tórax:

- Observar su forma y simetría. La frecuencia respiratoria es periódica de alrededor de 30 a 60 por minuto.
- **Clavículas:** se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura especialmente en los niños GEG. Esta se detecta por dolor a la palpación, aumento de volumen o discontinuidad en el hueso y a veces un clic al movilizar la clavícula.
- **Nódulo mamario:** Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.
- **Pulmones:** La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas post parto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido deben hacer sospechar patología.
- **Corazón:** Frecuencias cardíacas bajo 90 y sobre 195 / minuto deben estudiarse. El apex está lateral a la línea medio clavicular en el en el 3º o 4º espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que se acompaña de otra sintomatología o que persiste más de 24 horas debe ser estudiado.

Abdomen

- **Forma:** Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a dificultad respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Deben buscarse masas y

visceromegalia. El hígado con frecuencia se palpa a 2 cm bajo el reborde costal. El bazo no siempre se palpa. La palpación de su polo inferior no tiene significado patológico. Los riñones se palpan cuando el niño está tranquilo y relajado. Hay varias técnicas para su palpación que se aprenden en forma práctica. El polo inferior no debe descenderá bajo el nivel de una línea trazada a nivel del ombligo. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo parálítico en un niño con peritonitis o sepsis.

- **Ombligo y cordón umbilical:** El cordón umbilical debe tener 3 vasos: 2 arterias y una vena, una arteria umbilical única se puede asociar con síndromes malformativos (síndrome de Vater, Trisomía 18, Sirenomielia, Zellweger). El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca de los 4 - 5 días y cae entre el 7º y 10º día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombligo cutáneo.) Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes (Beckwith), trisomías, hipotiroidismo, etc.

Ano y Recto

Examinar la ubicación y permeabilidad del ano, especialmente si no se ha eliminado meconio en 48 horas.

Genitales

- **Masculinos:** en el RN de término el escroto es pendular, con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos con frecuencia no están descendidos.
- **Femeninos:** Hacia el término de la gestación, los labios mayores cubren completamente a los menores y al clítoris. El himen debe verse y puede ser protruyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contiene

sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo la vagina.

Caderas:

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de cadera si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (Signo de Ortolani).

Extremidades:

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie Bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones pueden palpase fracturas.

Examen Neurológico

- Actitud general y tono muscular. Debe evaluarse la simetría de movimientos, postura y tono muscular. Una asimetría puede indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. La respuesta normal del recién nacido al ser manipulado es habitualmente el llanto.
- Reflejos arcaicos:
 - Reflejo de Moro: se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza, tiene varias fases: primero el RN abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.
 - Prehensión palmar y plantar: al aplicar presión en palmas y la planta del pie el RN flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie.
 - Búsqueda: el RN vuelve su cabeza hacia al lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre.
 - Succión: movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete - dedo) dentro de ella.
 - Marcha automática: al sostener al RN desde el tronco e inclinando levemente hacia adelante, da unos pasos en forma automática.

Examen al Alta

Al alta de la madre de la maternidad (alrededor de 48 a 72 hrs.) se debe volver a efectuar un examen completo del recién nacido. Especial cuidado se debe poner en los siguientes aspectos que pueden haber variado:

- Presencia de ictericia. Evaluar intensidad. Cuidar de dar orientación a la madre.
- Otras alteraciones de la piel. Piodermia, erupciones.
- Examen cardíaco, presencia de soplos, cianosis, pulsos. Hay que tener presente que algunas cardiopatías estructurales no dan soplo en el primer día de vida. La más frecuente es la comunicación intraventricular.
- Evaluación del peso y lactancia. Reflujo alimentario, dificultades en la lactancia, deposiciones.
- Cordón umbilical. Signos de infección.
- Abdomen, caderas. Verificar concordancia con primer examen.
- Presencia de fenómenos para fisiológicos.

Es importante destacar que las condiciones de alta del RN son:

- Edad Gestacional (EG) = 36 semanas.
- Regulación de temperatura estando en cuna simple vestido, con temperatura ambiente.
- Lactancia materna bien establecida.
- Ausencia de patología.
- Serología materna actualizada y tipificación.
- Todo RN debe ser dado de alta con la Libreta de Salud del niño y la niña donde se detalle los antecedentes del nacimiento y peso al alta.
- Todo RN debe poseer la determinación de grupo y factor sanguíneo previo al alta.
- Todo RN debe ser inscripto en el Registro Civil previo al alta.
- En cada control posterior se evaluará medidas antropométricas y técnicas de lactancia, y se deberá dejar constancia de lo mismo en la Libreta de Salud del niño y la niña, así como datos llamativos al examen físico.

APARTADO B:

“PAUTAS DE PUERICULTURA PARA EL ALTA DEL BINOMIO MADRE- RN”

1. Sobre la lactancia materna

La leche humana es el mejor alimento para él bebe y es irremplazable. Estimula los lazos afectivos entre la madre y el niño, proporciona los requerimientos nutritivos adecuados, protege contra las infecciones en general y estimula la maduración del intestino. Alimentar a pecho a su bebé tiene muchas ventajas. Quizás lo más importante es saber que la leche materna es el alimento perfecto para el sistema digestivo de un ser humano cuando es un bebé. Contiene las vitaminas y los minerales que un recién nacido necesita y todos sus componentes— lactosa, proteínas (suero y caseína) y grasa— son fácilmente digeridos por el sistema aún no desarrollado de un recién nacido. Las fórmulas comerciales intentan imitar a la leche materna y se acercan a ello, pero la composición exacta no puede ser duplicada.

Además, la leche materna contiene los anticuerpos que protegen a los bebés de una gran variedad de enfermedades infecciosas, incluyendo la diarrea.

Para una adecuada técnica de alimentación

- Siéntese o recuéstese cómoda.
- Recueste al niño sobre su brazo, con la cabeza en el ángulo del codo.
- Tome su pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, ofreciendo el pecho. No con los dedos en tijera.
- Con el pezón toque el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca. Tráigalo hacia usted rápidamente, ayudándolo a que el pezón y la aréola queden dentro de su boca.
- Si siente dolor, retírelo e inténtelo otra vez.
- Para retirarlo, introduzca su dedo índice entre las encías, sujetándolo para que no muerda el pezón al retirar el pecho.
- Para mamar el niño primero hace unos movimientos rápidos con la boca, son el masaje para que usted suelte la leche. Luego espera y cuando baja

la leche comienza a tragar en forma pausada y rítmica, usted lo puede escuchar y sentirá que sus mamas se van vaciando. No hay un tiempo fijo para tenerlo al pecho. Cada madre e hijo tienen un tiempo propio, descúbralo.

- Trate de ponerlo siempre en ambos pechos.
- Si se le queda dormido, ayúdele a eliminar los eructos con palmadas en la espalda y déjelo con una prenda más que usted de ropa.
- Sólo los primeros 2 días debe tomar cada 3 horas, luego en casa póngalo al pecho cada vez que el niño le pida o que usted sienta los pechos muy llenos.
- Al principio los niños maman muy seguido, 8 a 12 veces por día, luego toman menos veces.
- El mejor estímulo para la producción de leche es la succión del niño. Si siente que tiene poca leche ponga al niño más seguido al pecho.
- Los primeros 2 a 3 días usted producirá una escasa cantidad de calostro, este es muy concentrado y especialmente adecuado para proteger a su hijo. El niño no requiere de grandes volúmenes en este periodo. Luego, con la leche madura, es conveniente que vacíe un pecho para recién pasar al siguiente pecho.

2. Meconio y deposiciones de transición

Las deposiciones van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, color verdoso- oscuro, casi negro, va cambiando hasta llegar a las típicas deposiciones de color amarillo oro con grumos blanquecinos, semilíquidas, entre el 3° y 4° día. Su bebe puede hacer deposiciones desde cada vez que toma la teta hasta 3 ó 4 días.

3. Cólicos del lactante

Todos los bebés lloran pero el término cólico se utiliza para describir el llanto persistente de un bebé sin saber por qué y que continua a pesar del consuelo de sus padres. Suele ocurrir a últimas horas de la tarde.

“El Dr. Morris Wessel, un pediatra, fue el primero en definir en términos médicos los cólicos utilizando “la regla de tres”. Esto es porque el cólico se inicia en las primeras 3 semanas de vida y el llanto dura 3 horas al día, 3 días a la semana

Durante 3 semanas. Por fortuna, el cólico normalmente termina después de los 3 meses de edad. Pero antes de diagnosticar el cólico, es muy importante que un profesional de la salud vea al recién nacido. Tendrán que conocer la historia médica del bebé y hacer pruebas para asegurarse de que no haya problemas médicos graves. También se harán pruebas para ver si el bebé está teniendo problemas con ciertos tipos de alimentos.” (10)

Son los dolores de panza intermitentes del bebé. Duran hasta los 3 meses de edad y no dependen de la dieta de la madre. Generalmente se dan siempre a la misma hora del día. Lloran inconsolablemente, con frecuencia gritan, estirando y subiendo sus piernas y eliminando gases. Sus estómagos pueden ensancharse o distenderse con los gases.

Desafortunadamente, no existe una explicación definitiva del por qué sucede. Con frecuencia, un cólico significa simplemente que el niño está inusualmente sensible al estímulo o no puede “autoconsolarse” ni regular su sistema nervioso. (También se conoce como un sistema nervioso inmaduro). A medida que vaya madurando, mejorará esta incapacidad de autoconsolarse; marcada por constante llanto. Generalmente, este “llanto por cólico” se detendrá a los tres o cuatro meses, pero puede durar hasta los seis meses de edad. Algunas veces, en los bebés lactantes. Esta incomodidad la ocasiona raras veces solo la sensibilidad a la proteína de la leche de fórmula. El comportamiento por cólicos también puede ser señal de un problema médico, como una hernia o algún tipo de enfermedad.

Se aconseja realizarles masajes con ambas manos alrededor del ombligo en forma circular en el sentido de las agujas del reloj o con ambas piernas sobre la panza (tipo bicicleta). Los bebés pueden llorar por otras causas: frío, calor, pañal

sucio, otros dolores, cólicos, necesidad de afecto y hambre, siempre busque estas causa en este orden, ya que tener algo en la boca siempre los calma, pero quizás la causa del llanto era otra y el bebe termina con sobrepeso por agregados innecesarios de leche. Si un bebe sigue llorando excesivamente a cualquier hora, sin calmar, es posible que padezca otro tipo de problema de salud.

Aunque simplemente puede ser que la madre tenga que esperar, podría ser que valga la pena intentar varias cosas. Primero, por supuesto, debe consultar con su pediatra para asegurarse de que el llanto no se relaciona con ninguna condición médica grave que pueda requerir tratamiento. Luego, se aconseja realizar alguna de las siguientes actividades para calmar al lactante:

- a) **Contacto piel con piel.** Acunar al bebé en los brazos es una de las medidas más efectivas. Las mochilas portabebés pueden ser de gran ayuda para los padres.
- b) **Movimiento.** Mecer al bebé puede calmarle cuando esté llorando. Lo puedes mecer en los brazos, en la cuna o en una sillita tipo columpio (cuando ya controle la cabeza).
- c) **Música.** El canto, las nanas o la música que escuchabas durante tu embarazo pueden servir de calmante para los bebés en pleno llanto. Incluso el ruido de una aspiradora puede funcionar a la hora de entretener al bebé.
- d) **Chupete.** El uso del chupete también puede calmar el sufrimiento de tu bebé. El chupete supone un gran ansiolítico para los bebés y su nerviosismo se apacigua cuando sufren los cólicos.
- e) **Posición vertical.** Para ayudar al movimiento de gases y disminuir la acidez. Es conveniente que lleves a tu bebé en posición vertical. Le ayudará a expulsar los gases que le están molestando.
- f) **Masajes.** El masaje contra los cólicos que se realiza presionando con movimientos circulares, en el sentido de las agujas del reloj, tus manos en su abdomen puede aliviar sus molestias. El masaje en la espalda del bebé también es recomendable, así como colocar una toalla templada-caliente en el abdomen del bebé.

4. Cuidados del ombligo

Se recomienda aseo con una gasa con alcohol dos veces por día. El cordón debe quedar en contacto con el aire, sin ser tapado por el pañal.

Generalmente se cae entre el 7º a 10 días de vida. Se debe postergar el baño hasta dos días después de que este ha caído. Puede tener un leve sangrado (un par de gotas) hasta una semana posterior a la caída. No es normal que haya secreción de pus o si se torna rojo, caliente y con feo olor (onfalitis). Por lo que se debe consultar al médico de cabecera.

5. Color del niño

El primer día de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color azulado. Al segundo o tercer día aparecen manchitas roja sobre-elevadas, a veces con un punto blanco central en cualquier parte del cuerpo y en cantidad variable, a las cuales se les ha llamado eritema atóxico. Son benignas y no requieren tratamiento.

6. Cuidados especiales de la piel y anexos

No se recomienda la colocación de aros, cortar el pelo o cortar las uñas hasta pasado el mes de vida, ya que una infección local de estos sitios podría provocar infeccione grave innecesaria y su consecuente internación para tratamiento. El aseo con jabón neutro y el uso de ropa de algodón disminuye la intensidad del eritema toxico.

En la zona de piel seca y con grietas se puede colocar cualquier crema con vitamina A para favorecer su cicatrización.

7. Ictericia (Ver apartado C).

8. Efectos de la hormona de la mamá

Provocan aumento del tamaño mamario en ambos sexos alrededor del quinto día puede aparecer una secreción láctea llamada "leche de brujas" las niñas pueden presentar una pseudo menstruación (sangrado por genitales externos) alrededor del 5º día de vida. También es normal la salida de flujo vaginal blanquecino espeso. Todos estos fenómenos desaparecen sin tratamiento.

9. Evolución del peso

Es normal que se produzca una pérdida de peso del 10/(generalmente niños de término) al 15/ (generalmente prematuros) del peso de nacimiento. Este peso se recupera alrededor del 10° al 15° día de vida. El peso tarda más en recuperarse cuando son alimentados a pecho exclusivo, pero serán bebés más saludables.

10. Seguimiento del recién nacido.

Después del examen de alta se debe enfatizar en la importancia del seguimiento. Dar una clara orientación a la madre en caso de anomalías o potenciales problemas. Tranquilizarla respecto a la normalidad del proceso de adaptación y conocimiento de ella con su hijo. Destacarle que:

- Se realizará el primer control post alta a los 7 días de vida de su hijo.
- El segundo control será a los 14 días.
- El tercer control se realizará a los 28 días de vida.
- En caso de no recuperar el peso del nacimiento entre los 7 a 10 días de vida, los controles serán estipulados por el pediatra tratante.
- Los controles posteriores serán 1 vez por mes, hasta el año de vida o cuando el profesional de salud lo requiera.
- Solicitarle a los padres que concurran a todas las consultas con la Libreta de Salud del niño y la niña.

Indicarles, la importancia de los controles del niño y hacerle saber lugares de control, con días y horarios de atención. Destacarle donde debe concurrir en caso de urgencias con su niño.

11. Vacunas

- Bebe: BCG (tuberculosis) y anti hepatitis B (que por normativa se coloca en la recepción del RN).
- Mamá: difteria- tétanos, rubeola-sarampión y antigripal (en otoño).

12. Reclamar en hemoterapia estudios “ del talón”

Se realizan en todos los recién nacidos desde el 2° al 7° día de vida. Detectan enfermedades que no dan síntomas en el recién nacido pero pueden dejar secuelas severas. Las patologías que se buscan son:

- TSH(detecta hipotiroidismo)
- PKU(detecta fenilcetonuria)
- TIR(detecta fibrosis quística)
- Gal(detecta galactosemia)
- Biotinidasa(detecta déficit de su actividad)
- 17-OH-P(hiperplasia suprarrenal congénita)

13. Consultar antes si él bebe presentara:

- Succión débil.
- Color amarillo intenso de la piel en las piernas.
- Vómitos reiterados.
- Llanto débil, sin fuerza o llanto excesivo.
- Alteración de la temperatura del cuerpo(menor de 36°C o mayor de 38°C)
- Supuración y mal olor del ombligo.
- Deposiciones con sangre o blancas
- Respiración agitada- quejido

14. Corte de uñas

Se recomienda que no se corten las uñas de los neonatos hasta el mes de vida, y que al hacerlo se puede lacerar la piel del bebé, lo que rompe la primer barrera de defensas (piel) y lo expone a infecciones innecesarias que posiblemente requerirán internación. Debido a que la mayoría de lo RN nacen con sus uñitas largas, lo que se aconseja es el uso de manoplas para evitar que se arañen y/o se produzcan cortes en la piel, mientras agitan manos y pies; también se sugiere el uso de limas de cartón o goma eva, que son más suaves y no lastiman la piel del bebé.

Las heridas producidas por el corte de uñas puede causarles panadizo (por Staphylococcus aureus), lo que en neonatos requiere hospitalización para su tratamiento con antibióticos.

15. Pañales.

Antes de cambiar el pañal al bebé, la madre debe asegurarse de que tiene a mano todo lo que necesita para no tener que dejar al pequeño solo en el cambiador.

Después de cada deposición o si el bebé ha mojado el pañal, deberá acostarlo boca arriba y quitarle el pañal sucio. Se puede utilizar, el lavado de la zona genital con agua y jabón neutro, o algodón embebido en agua y la toallita o bien los paños desechables para limpiar con suavidad la zona genital y anal del bebé. Si se trata de un niño, hay que tener en cuenta que el contacto con el aire podría hacerle orinar. Si se trata de una niña, se deberá limpiar las partes íntimas de delante hacia atrás para evitar posibles infecciones del aparato urinario. Para prevenir o tratar la dermatitis del pañal, se puede aplicar pomada o crema en el área afectada.

La dermatitis del pañal es bastante habitual. Generalmente se trata de una erupción de granitos rojos que suele desaparecer al cabo de pocos días con baños calientes, un poco de pomada o crema y dejando al bebé sin pañales durante cierto tiempo. La mayoría de estas erupciones ocurren porque la piel del bebé es muy sensible y se irrita al entrar en contacto con el pañal húmedo o manchado de heces.

Para prevenir o curar la dermatitis del pañal.

16. Higiene:

Enseñar a los padres el correcto manejo de la piel del RN.

- La piel sana tiene mecanismos de autolimpieza inherentes, por lo que no es necesario el baño diario.
- Mientras el cordón umbilical no haya caído se puede realizar lavado sectorial (zona ano - genital, los pliegues axilares e inguinales, las manos y el cuello) con paño o esponja y sin inmersión del RN, para ésto utilizar agua templada (36 – 37°C), jabón neutro y luego realizar un correcto secado, sin fricción de la piel.
- Las secreciones orales y nasales se limpiarán cuantas veces sea necesario.
- Instruir a los padres sobre el no uso de perfumes, talcos ni otros productos artesanales.
- La región perineo glútea está sometida a condiciones de agresión permanente con la orina y heces, para que éstas no la lesionen, se debe higienizar la región con cada cambio de pañal con algún material oleoso, no se recomienda el uso de productos disponibles en el mercado que contengan perfumes.

17. Vestimenta:

La vestimenta del RN debe ser cómoda, holgada y sin aditivos.

- Las prendas que estén en contacto directo con la piel del RN preferiblemente serán de algodón, evitar las ropas de lana o materiales sintéticos.
- El abrigo ideal es aquel que le permita una termorregulación adecuada, dependiendo de la temperatura ambiental. En caso de temperaturas ambientales bajas colocar guantes, medias y gorra al RN.
- Evitar el exceso de ropa al dormir.
- Las ropas deberán ser lavadas correctamente con jabones neutros, no se aconseja el uso de hipoclorito.

18. Sueño del RN:

- Posición durante el sueño: el RN deberá dormir en la posición boca para arriba o de costado, con esta posición se han registrado menos episodios de muerte súbita del lactante.
- Luego del nacimiento el RN entra en un periodo de vigilia de una hora aproximadamente, tras lo cual presenta un periodo de somnolencia. Cada 2 ó 3 horas se despierta de este sueño con la necesidad de alimentarse. Este ritmo se mantiene durante todo el primer mes de vida.
- El RN deberá reposar sobre un colchón duro sin almohadas, juguetes rellenos, bolsas de plástico ni cuerdas en la cuna.
- Si es necesario tapar al RN durante el sueño, hacerlo con una sábana liviana.
- El RN pasa aproximadamente 16 horas o más durmiendo al día. Por lo general, los recién nacidos duermen durante períodos de 2 a 4 horas. Debido a que su sistema digestivo es tan pequeño que debe alimentarse frecuentemente y es posible que necesite que lo despierten si lleva cuatro horas sin comer (o más a menudo si al pediatra le preocupa la ganancia de peso del pequeño).

18. síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL):

“El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año aparentemente

sano”(11). También se le conoce como «síndrome de muerte súbita infantil», «muerte en cuna» o «muerte blanca». Generalmente se encuentra muerto al bebé después de haberlo puesto a dormir, no mostrando signos de haber sufrido.

Se considera SMSL si, después de una investigación post mórtem, la muerte permanece inexplicada. En esta investigación se incluye una autopsia, examen de la escena y circunstancias de la muerte y exploración del historial médico del bebé y de la familia.

Los médicos y los investigadores desconocen la causa exacta del síndrome de muerte súbita del lactante, pero hay muchas teorías.

Cada vez más, los hallazgos de las investigaciones sugieren que los bebés que mueren debido al SMSL nacen con anomalías o defectos en el cerebro no detectados. Estos defectos suelen encontrarse en la red de células nerviosas que responden a una sustancia química llamada serotonina, la cual permite a una célula nerviosa enviar una señal a otra célula nerviosa. Estas células se encuentran en la parte del cerebro que probablemente controla la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial, la temperatura y el despertar del sueño.

El SMSL tiene más probabilidades de ocurrir entre los 2 y 4 meses de edad y afecta más a los niños que a las niñas. Muchas bibliografías coinciden en que la mayoría de muertes por SMSL se presentan durante el invierno.

Los científicos consideran que los defectos cerebrales por sí solos no podrían ser suficientes para causar la muerte por SMSL. La evidencia sugiere que también deben darse otros hechos para que un bebé muera por el SMSL. Los investigadores usan el "Modelo de triple riesgo" para explicar este concepto. Según este modelo, deben darse los tres factores para que un bebé muera a causa del SMSL. La presencia de solo uno de estos factores podría no ser suficiente para causar la muerte, pero al combinarse los tres, las probabilidades de SMSL son altas.

Nota:

(11) - <http://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/sids/informacion/Pages/reducir-riesgo.aspx>

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001566.htm>

Estos factores son:

- **Bebés vulnerables.** Un bebé tiene un problema desconocido, como una mutación genética o un defecto cerebral, que lo hace más vulnerable al SMSL. Médicos, padres y cuidadores no saben sobre este problema, por lo que no saben que el bebé corre riesgo.
- **Etapa crítica del desarrollo del bebé.** Durante los primeros 6 meses de vida, los bebés pasan por muchas fases de crecimiento rápidas que pueden modificar cuán bien el organismo controla o regula los diferentes sistemas. Además, el organismo de los bebés está aprendiendo a responder al entorno.
- **Factores de estrés en el entorno.** Todos los bebés tienen factores de estrés en su entorno, a veces llamados factores estresantes externos, ya que están fuera del cuerpo. Poner a los bebés a dormir boca abajo, el exceso de calor durante el sueño, la exposición al humo del cigarrillo (Los bebés que mueren por SMSL tienden a tener concentraciones de nicotina y cotinina, un marcador biológico de la exposición al humo de tabaco- en sus pulmones mayores que los bebés que mueren por otras causas) son algunos ejemplos de factores estresantes externos. Los bebés que no tienen los problemas mencionados arriba, en general pueden corregir o superar estos factores estresantes externos, sobrevivir y prosperar. Pero un bebé con un problema desconocido y cuyos sistemas corporales están inmaduros e inestables, podría no ser capaz de superar estos factores de estrés.

Según la teoría del triple riesgo, para que ocurra el SMSL, deben darse las tres cosas.

Al eliminar uno de estos factores, como los factores estresantes externos, la balanza podría inclinarse hacia la supervivencia del bebé. Dado que las dos primeras situaciones no se pueden detectar o precisar, el modo más efectivo de reducir el riesgo de SMSL es eliminar o reducir los factores externos de estrés.

Prevención:

Existen recomendaciones importantes para reducir la probabilidad de SMSL:

- No se debe acostar el niño boca abajo. La postura recomendada es boca arriba, siendo la postura lateral menos recomendada.
- Se debe acostar al niño sobre colchón firme, evitando almohadas, cojines o cubrecamas acolchados.
- Evitar el calor excesivo. La habitación debería estar entre 18 y 20 grados centígrados.
- El bebé debe estar en un ambiente sin humo.
- La lactancia natural disminuye los riesgos de SMSL.
- Es preferible que el bebé use chupete. Se ha especulado que la superficie sobresaliente del chupete mantiene el rostro del bebé despegado del colchón, lo que reduce el riesgo de asfixia.
- Algunos estudios han demostrado que el colecho es una práctica que puede aumentar la incidencia de SMSL.

18. Consejos generales:

- Los miembros de la familia que habiten en la casa **no** deben fumar.
- El hipo es normal y no requiere tratamiento.
- Los estornudos son normales y no indican necesariamente un resfriado.
- Son manifestaciones fisiológicas: la hipertrofia mamaria (incluso a veces con secreción láctea llamada “leche de brujas” que desaparece lentamente), sangrado genital o pseudomenstruación (sangrado escaso rojo debido a la privación de las hormonas maternas luego del nacimiento) o una secreción genital blanquecina.

APARTADO C:

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

Concepto

“Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo, lo que pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo. La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades. La progresión cefalocaudal puede ser útil para la valoración del grado de la misma. La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente (60% de recién nacidos) en el neonato a término, y se caracteriza por ser monosintomática, fugaz (2º a 7º día), leve (bilirrubinemia inferior a 12,9 mg/dL si recibe lactancia artificial o a 15 mg/dL si recibe lactancia materna), y de predominio indirecto. Una ictericia será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dL diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dL o dure más de una semana en el RN a término (excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más) o más de dos semanas en el pretérmino”. (12)

La bilirrubina indirecta (no conjugada) proviene principalmente de la destrucción fisiológica de los glóbulos rojos fetales, que se transporta a través del torrente sanguíneo, al hígado, donde se metaboliza a través de un proceso de conjugación con el ácido glucoronico para convertirse en un nuevo pigmento: Bilirrubina directa (conjugada), y de esta manera poder ser excretada por la bilis al tracto gastrointestinal. En el intestino delgado del recién nacido hay menor

Nota:(12) Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008 Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología capítulo 38 pág. 372.

presencia de bacterias, hay una mayor actividad de las enzimas y la baja ingesta calórica de los primeros días de vida da por resultado que la bilirrubina directa (conjugada) sea hidrolizada nuevamente a bilirrubina indirecta. Esta es reabsorbida en el intestino, pasando a la circulación y aumentando la carga de bilirrubina indirecta a un hígado ya sobrecargado.

CLASIFICACIÓN DE ICTERICIAS

Existen múltiples clasificaciones de Ictericia, entre ellas tenemos según:

- a) fisiopatología
- b) tiempo de aparición
- c) tipo de bilirrubina elevada:
 1. no conjugada (indirecta)
 2. conjugada (directa).

a) FISIOPATOLOGIA

Se puede producir por una sobreproducción de bilirrubina por:

- Ictericia Fisiológica
- Incompatibilidad de grupos (ABO y RH –)
- Poliglobulia

También se puede generar por defectos de captación y transporte dentro del hepatocito:

- Acidosis, Hipotermia
- Hipoglucemia, Fármacos
- Sepsis, Asfixia

Por una alteración de la conjugación como por ejemplo por el hipotiroidismo o por defectos de la excreción como la atresia de vías biliares y la oclusión de vías biliares.

b) TIEMPO DE APARICIÓN

Menos de 24 horas de vida del recién nacido:

- Por Incompatibilidad de grupo A, B y O y por el factor RH (+ o -).
- Por Infección congénita.

Más a las 24 horas de nacido y dentro de los primeros 7 días:

- Por Incompatibilidad de grupo A, B y O y por el factor RH (+ o -).
- Fisiológica por poliglobulia, hematomas, cefalohematoma, máscara equimótica
- Hematoma Suprarrenal
- Hipoaporte de leche

Y por pasando los 7 días:

- Lactancia Materna
- Galactosemia
- Atresia de vías biliares
- Hemoglobina
- Hipotiroidismo
- Sepsis tardía
- Trastornos Metabólico de la bilirrubina.

c) TIPO DE BILIRRUBINA ELEVADA:

1. NO CONJUGADA (indirecta)

ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDAD (RH-) O ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RN.

Esta se produce por la destrucción de glóbulos rojos en el feto y el recién nacido como consecuencia de una incompatibilidad de factor sanguíneo Rh o grupo ABO con el materno. Se caracteriza porque la ictericia aparece cuando el niño nace o bien por lo general antes de las 24 horas de vida.

Para que ésta se presente es necesario que la madre (RH -) negativa haya tenido contacto anterior con sangre (RH+) positiva por transfusiones, abortos, embarazos anteriores, punciones placentarias, etc.

Y el recién nacido sea (RH +) positivo, es decir que el niño tiene circulando anticuerpos maternos anti Rh+, que es lo que se detecta con un análisis de sangre.

Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas: enfermedad grave con muerte fetal, hidropesía, anemia intensa, hepatoesplenomegalia, ictericia con valores muy elevados.

INCOMPATIBILIDAD ABO

Este tipo de ictericia se manifiesta cuando:

La madre tiene grupo sanguíneo O y el recién nacido tiene grupo sanguíneo A, B o AB. Por naturaleza los individuos con grupo sanguíneo O, tienen anticuerpos anti A y anti B.

La ictericia puede aparecer en las primeras 24 a 72 horas de vida, por lo general las manifestaciones clínicas son más leves que en la enfermedad hemolítica del recién nacido, pero también se observan casos de bilirrubina muy elevada con necesidad de exanguinotransfusión y anemia.

ICTERICIA FISIOLÓGICA

Es aquella que aparece luego de las 24 horas de vida, en un neonato sano, sin hepatoesplenomegalia. Se caracteriza por:

- Bilirrubina sérica total que aumenta hasta 5 mg/dl/día
- Concentración bilirrubina total mayor a 12,9 mg
- Persiste hasta 1 semana en recién nacido de término y 2 semanas o más en pretérminos.

Causas de la producción en la Ictericia Fisiológica:

Los primeros 5 días de vida, obedece a *sobreproducción de bilirrubina* por una *masa globular aumentada*, es decir tiene una policitemia fisiológica, *conjugación hepática deficiente* por inmadurez de la propia célula hepática.

Se observa un aumento de bilirrubina indirecta máximo 6-7 mg/ % al tercer día del recién nacido de término y 10-12 mg/ % al quinto día del recién nacido pre-término.

La importancia de reconocer las causas y días en la producción de la ictericia fisiológica se basa en saber que el pico de bilirrubina en un recién nacido de término lo alcanza al tercer día, por lo cual se realiza una extracción de sangre si el alta es precoz (antes de 24 horas), o se cita al tercer día para valorarlo clínicamente.

Factores que incrementan los niveles séricos de bilirrubina:

- Perinatales: clampeo tardío del cordón, hematomas por partos traumáticos.
- Fármacos: oxitocina.

- Diabetes materna.
- Hipo aporte alimenticio.

Distinción entre Ictericia Fisiológica y Patológica.

Ictericia Fisiológica	Ictericia Patológica
Aparece después de las 24Hs de vida	Aparece antes de las 24 Hs
No se prolonga más de 7-10 días	Se prolonga más de 10-14 días
Bilirrubina total en recién nacido de término es menor a 12,9 mg	Bilirrubina total en recién nacido de término mayor a 12,9mg
Bilirrubina total en recién nacido pre término es menor a 15mg	Bilirrubina total en recién nacido pre termino es menor a 15mg
Bilirrubina directa menor 1,5-2 mg/dl	Bilirrubina directa mayor 1,5-2 mg/dl
Bilirrubina aumenta menos de 5mg/dl/día	Bilirrubina aumenta más de 5mg/dl/día

ICTERICIA POR HIPOAPORTE

Aparece en la primera semana de vida, se produce en niños que reciben escaso aporte de leche y generalmente la madre es primeriza. Al examen físico el recién nacido puede presentar un descenso de peso exagerado para los primeros

días de vida (mayor al 10%), la madre refiere “no moja” más de 3 pañales diarios y presentan deposiciones nulas o escasas.

El mecanismo probable es un aumento en el circuito enterohepático por disminución de la motilidad intestinal, a lo que se agrega cierto grado de deshidratación.

Se llega al diagnóstico de este tipo de ictericia por exclusión.

Si los valores son elevados según los parámetros: horas de vida del paciente, edad gestacional y peso, será necesario hacer tratamiento con luminoterapia, además de aumentar el aporte de líquidos.

ICTERICIA POR LECHE HUMANA

El recién nacido es de término, sano y se deben descartar otras etiologías de ictericia para recién considerar a esta como causa, ejemplo: hipotiroidismo.

Se inicia en la primera semana de vida y va en aumento hasta alcanzar valores máximos entre el quinto y décimo cuarto día.

La bilirrubina indirecta es la que se eleva, los valores oscilan entre 10-30 mg% y se normalizan entre la 3^o semana y 4^o mes de vida.

No presenta visceromegalias, no se comunicó Kernicterus y el diagnóstico se realiza por exclusión.

Las Teorías acerca de la etiología son diversas y actualmente se encuentran en revisión, entre ellas:

- Existirían un metabolito de la progesterona, que inhibiría la conjugación de la bilirrubina en hígado.
- Altas cantidades de ácidos grasos insaturados de la leche inhibirían la conjugación hepática de la bilirrubina por aumento de la lipasa en la leche.
- Clara relación entre una mayor frecuencia de alimentación y la disminución de los niveles de bilirrubina.

Tratamiento

Cuando los valores son mayores a 20 mg se indica luminoterapia sin suspender la lactancia.

Se aconseja a la madre alimentar al niño con el máximo de frecuencia posible.

2. TIPO DE BILIRRUBINA ELEVADA: CONJUGADA (directa)

COLESTASIS NEONATAL

Es el aumento de la bilirrubina directa en más de un 20% del valor normal.

La etiopatogenia es por infecciones virales (rubéola, herpes, Coxsackie, hepatitis B), bacterianas parasitarias, y atresia de vías biliares extra e intra hepáticas, quiste coledociano. También pueden ser metabólicas como la galactosemia, enfermedad fibroquística, hipotiroidismo.

El diagnóstico diferencial es una relativa urgencia debido a la posibilidad de terapias médicas y/o quirúrgicas para mejorar el pronóstico de sobrevivida.

Las dos causas más frecuentes de colestasis en el período neonatal son: hepatitis neonatal y atresia de vías biliares extrahepáticas. La primera puede obedecer a diversas causas, pero en las de causa familiar el pronóstico es mucho peor. Se presenta como un cuadro de ictericia, los lactantes tienen mal aspecto, apenas comen y vomitan, presentan falta de progresión de peso con distensión abdominal y hepatomegalia. El manejo clínico es sintomático.

El pronóstico es variable, depende de la causa: en la hepatitis víricas y bacterianas hay recuperación sin evidencia de hepatopatía crónica o cirrosis.

TOXICIDAD DE LA BILIRRUBINA

La bilirrubina indirecta es liposoluble por lo cual atraviesa las membranas celulares y produce muerte celular mediante:

- Inhibición de la oxidación en las mitocondrias.
- Alteración de la glucólisis y síntesis proteica

“La preocupación relacionada con la hiperbilirrubinemia no conjugada deriva del riesgo potencial de un tipo de daño cerebral conocido como “kernicterus” o “encefalopatía por hiperbilirrubinemia”, producido cuando el incremento en los niveles de bilirrubina no conjugada excede la capacidad de unión de la albúmina sérica y la bilirrubina cruza la barrera hematoencefálica, alcanzando a las neuronas de los ganglios basales y cerebelo.”(13)

NOTA: (13) Medicina de Lactancia Materna Protocolo de la ABM#22: Guía para el Manejo de Ictericia en el Lactante Alimentado al Seno Materno, de 35 o Más Semanas de Gestación. Volumen 5, Número 2, 2010.

Produciendo una lesión irreversible por lo que se habla de la NEURO-TOXICIDAD de la bilirrubina indirecta. La permeabilidad de la barrera hematoencefálica estaría aumentada en toda la etapa neonatal pero es más marcada en los primeros 7 días de vida. Hay múltiples factores que aumentan la permeabilidad de la barrera hematoencefálica entre ellos: acidosis, sepsis, hipoxia, hipoalbuminemia, hipoglucemia, prematurez, bajo peso al nacer.

El término encefalopatía bilirrubínica se aplica a las manifestaciones clínicas de los efectos de la bilirrubina sobre el SNC y Kernicterus o Ictericia Nuclear al hallazgo por anatomía patológica.

Los niños con más riesgo de padecer Kernicterus son los prematuros de bajo peso, los niños con incompatibilidades sanguíneas no diagnosticada o tratada en forma oportuna y los recién nacidos de término que presentaron ictericia y fueron subvalorados por ser de término.

Los recién nacidos de bajo peso y prematuros pueden impregnarse con valores más bajos de bilirrubina y manifestar discapacidades neurológicas leves y retrasos del desarrollo poco aparentes.

DIAGNÓSTICO

1. Tiempo de aparición de la ictericia < 24 horas > 24 horas

2. Solicitar

Madre: grupo, factor y coombs indirecta cuando sea RHRN: grupo, factor y coombs directa.

3. Antecedentes perinatales y familiares

4. Examen físico

5. Laboratorio

ANTECEDENTES

- Ingestión de drogas durante el embarazo
- Inducción de trabajo de parto con oxitocina.
- Diabetes materna
- Parto pelviano (por hematomas)
- Hermanos anteriores que requirieron luminoterapia o presentaron ictericia

- Antecedente de enfermedades metabólicas en otros hermanos(galactosemia)
- Apgar bajo
- Edad gestacional (prematurez)
- Alto peso o Bajo peso al nacer
- Descenso de peso exagerado en relación al peso de nacimiento (>10%)
- Caída tardía del cordón umbilical

EXAMEN FISICO

Se debe observar al recién nacido desnudo y expuesto en lo posible a luz natural; como la ictericia tiene progresión cefalocaudal, se realiza presión digital en la piel se comprueba el color de la piel y el tejido subcutáneo.

Se debe realizar un examen físico completo de cabeza a pies descartando la presencia de cefalohematomas, máscara equimóticas, hematomas en zonas de presentación (cara, glúteos, miembros inferiores), tumoraciones abdominales: hematomas suprarrenales, hepatomegalia y esplenomegalia.

TRATAMIENTO

LUMINOTERAPIA (LMT)

Es la terapéutica de elección para el tratamiento. Se basa en la propiedad que tiene la luz de actuar sobre la bilirrubina que se encuentra en la piel del recién nacido. Convierte la bilirrubina en producto que se pueda excretar, sin la necesidad de utilizar un metabolismo adicional, la hace soluble en agua.

Para esto se utilizan lámparas con tubos fluorescentes de luz azul o blanca, 8 a 10 tubos en paralelo. El niño estará expuesto desnudo con protección de sus ojos y genitales (con anteojos especiales), a una distancia de la luz de 50 cm. Debe rotarse al niño colocándolo en decúbitos dorsal y ventral alternando las posiciones, para lograr el efecto de la luz en toda la superficie corporal.

Las reacciones que puede presentar un niño expuesto a LMT son:

- Hipertermia
- Rush cutáneo
- Aumento en el número de deposiciones
- Deshidratación

- Distensión abdominal
- Apneas obstructivas por desplazamiento de los anteojos

La indicación de la luminoterapia depende de:

- Horas o días de vida al momento de la consulta
- Peso de nacimiento del niño
- Valores de bilirrubina

Para ello nos valemos de cuadros de valores ya establecidos para Luminoterapia.

EXANGUINOTRANSFUSIÓN

Es la remoción mecánica de sangre del RN por sangre homóloga. Sus principales efectos son:

- Disminución rápida de la BI a niveles de 25-30% de los valores previos por intercambio de plasma icterico por no icterico.
- Remoción de los glóbulos rojos sensibilizados
- Disminución de los anticuerpos circulantes por lavado directo

Este procedimiento se realiza con el niño en una unidad de cuidados intensivos o intermedios, se requiere canalizar cordón umbilical arteria y vena y monitorizar parámetros vitales. Por estos vasos se realiza el recambio de sangre.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RN QUE SE HOSPITALIZA POR ICTERICIA.

1. Evaluar al niño por coloración amarilla de la piel y mucosas, respuesta al estímulo, reflejos presentes.
2. Tener preparada una cuna con fototerapia.
3. Tomar medidas antropométricas.
4. Colocar al niño completamente desnudo bajo la fototerapia.
5. Colocar antifaz en ojos para protección de la retina.
6. Cambio de antifaz diario.

7. Hacer cambios de posición cada 2 horas para garantizar la exposición de la luz.
8. Vigilar signos de deshidratación: piel seca, saliva filante, fontanelas comprimidas, llanto sin lágrima, signos de pliegue.
9. Observación y controles seriados de bilirrubinas.
10. Evaluar al niño por posibles complicaciones a la exposición de la fototerapia: rash generalizado en piel, deposiciones líquidas verdosas.
11. Evaluar características de la orina: cantidad y color.
12. Orientar a los padres sobre las normas de ingreso a la unidad: lavado de manos, uso del delantal, horas de visitas, etc.
13. Responder a las interrogantes de los padres sobre los problemas y tratamiento que recibe el niño (causa de la ictericia, interrupción de la fototerapia, etc.).
14. Reforzar las interpretaciones médicas con lenguaje adecuado a los padres del niño y dar retroalimentación para comprobar los conocimientos.
15. Explicar a los padres las complicaciones que sufre el niño como los logros alcanzados por él (disminución de bilirrubinas en sangre, suspensión de fototerapia).
16. Estimular el apego con los padres por medio de la estimulación precoz.
17. Explicar a la madre que no es conveniente sacar al niño de la fototerapia.
18. Apoyar a los padres psicológicamente para que acepten el problema del niño.
19. Capacitar a los padres en los cuidados generales del recién nacido.

BRONQUIOLITIS NEONATAL

“Enfermedad infecciosa aguda de la vía aérea inferior que afecta a niños < 2 años, caracterizada por inflamación y necrosis del epitelio bronquial que compromete al pulmón en forma difusa y bilateral, causando incapacidad ventilatoria obstructiva.”(14)

Esta enfermedad se da en el aparato respiratorio del neonato, puede ser provocada por diferentes virus, pero por lo general lo causa con mayor frecuencia el virus sincicial respiratorio (VSR), este virus provoca la infección y acumulación de moco en las vías respiratorias más pequeñas (Bronquiolos), que desembocan en los pulmones, al llenarse estas pequeñas vías de mucosidad se van obstruyendo, dificultando la respiración del neo-nato.

Debemos tener en cuenta que el virus sincicial respiratorio aunque es el causante más común, no es el único, también, pueden causar esta afección los virus como: Adenovirus, influenza y la parainfluenza.

Su comienzo es con síntomas de infección respiratoria alta, muy importante en los recién nacidos ya que estos son respiradores puramente nasales hasta los 3 o 4 meses de vida, esto significa que hasta esa edad no tienen la capacidad de respirar por la boca, lo que hace muy importante que tengan la nariz sin ningún tipo de obstrucción, también pueden tener tos y fiebre, estos síntomas duran de 3 a 5 días, luego la infección se aloja en las vías aéreas bajas, provocando taquipnea, o bradipnea, de peor pronóstico que la anterior, tiraje subcostal o intercostal, respiración ruidosa, sibilancias y ocasionalmente apneas que son más frecuentes cuanto menor sea el niño. Todo esto les provoca dificultad para respirar, para alimentarse y para conciliar el sueño, y como antes de los 28 días su homeostasis es tan vulnerable, esto puede provocarles deshidratación.

Entre los factores de riesgo, podemos nombrar, con respecto al niño, falta de lactancia materna, prematurez o bajo peso al nacer y desnutrición; y como

NOTA (14) GAP 2013: Manejo de la Bronquiolitis Actualización 2015. Disponible en http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/Manejo_de_la_Bronquiolitis.pdf

factores de riesgo del ambiente se encuentra el hacinamiento, la época invernal, asistencia a guardería, madre analfabeta, contaminación ambiental y ttabaquismo.

Si el cuadro requiere hospitalización, el niño será ingresado al servicio de neonatología, donde será higienizado por enfermeras previo al ingreso de este en la sala. Se lo conectará mediante electrodos a un sensor de frecuencia cardíaca y respiratoria y tendrá en su manito, oreja, pie o dedito conectado un saturómetro para medir su saturación de oxígeno en sangre, fundamental para saber si hay que administrarle oxígeno y en qué cantidad.

Se le aplicara una bigotera o halo cefálico con suministro de oxígeno y si es necesario se le administraran broncodilatadores.

Se le hará un IFI (extracción de fluidos del tracto respiratorio mediante una aspiración por sonda) para llevar al laboratorio y así poder saber qué tipo de virus o bacteria es la que provoco la bronquiolitis.

Si este análisis demuestra la presencia de un virus se sigue con la terapia antes mencionada y se le agregan antitérmicos si el niño tiene fiebre, si se demuestra la presencia de bacterias se le suministraran además los antibióticos específicos para combatirla.

Es muy importante la asistencia de Kinesiólogos para que mediante maniobras de movilización y la aspiración de secreciones del aparato respiratorio superior se garantice que el niño tenga la nariz sin obstrucciones para que pueda respirar.

También es importante la continuidad de la lactancia materna, ya que esta es sumamente protectora para los niños. Si bien es muy importante que se continúe en este periodo no es fácil ya que hay muchos neonatos que no pueden alimentarse directamente del pecho de su madre debido a que tienen dificultades para la succión durante la bronquiolitis, suelen bajar de peso o no aumentan en el periodo de esta enfermedad entonces se trata de que no haga el esfuerzo de mamar para que no gaste energías y se opta por suministrarle la leche mediante sonda.

Educación a las familias en la prevención:

Es fundamental, al acercarse el comienzo de la época de epidemia de la bronquiolitis, hacer llegar mensajes de prevención a las familias que tienen bebés lactantes. Entre éstas, se destacan:

Evitar el contacto con personas enfermas, ya que los virus se transmiten por contacto directo con las secreciones respiratorias. Al estornudar (el resfrío es la forma en que se manifiesta el virus en los adultos) las microgotas esparcen los virus y, si están en contacto con el bebé, lo contagian.

Lavarse las manos: el virus vive más de una hora en las manos y su correcto lavado elimina esta fuente de contagio.

Ventilar los ambientes, el aire viciado propicia las infecciones.

Evitar fumar en el ambiente donde está el bebé, esto no sólo daña al niño sino a todos los miembros de la familia.

Amamantar: la leche de la madre le transmite al bebé anticuerpos contra la enfermedad.

Manejo del ingreso de pacientes al servicio de neonatología.

El manejo de la internación de pacientes con bronquiolitis, implica un desafío para enfermería ya que, primordialmente, debe evitar la infección cruzada. La agrupación de pacientes por sistema de cohortes, el aislamiento de contacto y la enfermería exclusiva para los que presentan enfermedad, son medidas básicas para la prevención de epidemias dentro de la UCIN.

Es fundamental aislar a los pacientes (cohorte), enfatizar el lavado de manos y no compartir ningún elemento de cuidado con pacientes no infectados. Mantener éstas medidas hasta que se dé de alta el último paciente con esta patología. Realizar desinfección terminal en el área donde se agruparon estos pacientes, antes de recibir nuevas internaciones.

La importancia de ésta investigación se relaciona con el resumen ejecutivo de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) que en el documento “El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada” (15) del año 2014, se destaca que, es importante reflejar que las muertes neonatales representan el 44% del total de muertes de menores de 5 años a nivel mundial. Siendo el primer mes de vida, el tiempo de mayor vulnerabilidad para la supervivencia del recién nacido.

En el citado documento, se expresa que desde 1990 se han salvado las vidas de 24 millones de recién nacidos. Sin embargo, pese a que existen estrategias eficaces y probadas para prevenir las muertes neonatales, aún en 2013 murieron 2,8 millones de bebés durante el periodo neonatal, en la mayoría de los casos por causas prevenibles. Es necesario priorizar la salud neonatal si queremos mantener los rápidos progresos alcanzados en todo el mundo en materia de supervivencia infantil. Educar a las mujeres es fundamental para lograr la reducción de la mortalidad neonatal. Las tasas de mortalidad neonatal entre las madres que no han recibido una educación son de casi el doble que entre las madres que han tenido una educación secundaria o superior. El nivel económico de la familia y su ubicación geográfica son asimismo potentes determinantes de desigualdades en la mortalidad neonatal.

La anticipación ante signos de alarma y la canalización oportuna de inquietudes facilita el diagnóstico y la resolución de problemas en tiempo y forma. Esto favorece la confianza de los padres en el equipo de salud y promueve una adecuada comunicación entre los padres y Enfermería.

Los enfermeros que realizan internación conjunta están presentes en un momento de alto tenor emocional para la familia, como es el nacimiento de un hijo. Esto constituye un privilegio y conlleva la responsabilidad profesional inherente al cuidado de esa familia en situación vulnerable poniendo en juego todo el conocimiento y las habilidades para promover un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud.

(15) Resumen ejecutivo, El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/APR_Exec_Summary_Final_SP_2014.pdf.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación:

Descriptivo: Porque se realiza una descripción de los factores influyentes en el aumento del ingreso de Recién Nacidos al Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Carlos F. Saporiti, con patologías prevenibles desde la puericultura durante la estadía del binomio madre – Recién Nacido, evaluando el nivel de comprensión de la primigesta en internación conjunta.

Cuantitativa: Porque se medirán los indicadores de las variables a tratar, basándonos en datos estadísticos que reflejan la problemática citada.

Corte transversal: Porque se determina el tiempo en el que se recabarán los datos con los que se realizara la investigación.

Prospectivo: Porque se determinará la comprensión materna a través de encuestas.

Área de estudio: El área donde realizaremos la investigación es en Internación Conjunta del Hospital Descentralizado Carlos F. Saporiti, que depende del Servicio de Neonatología del mismo.

Universo: la investigación tiene como universo a las 88 madres primigestas que permanecen en Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti del 1 septiembre al 31 de Octubre de 2015.

Muestra: Se toma como muestra a 30 madres primigestas que permanecen en Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti, durante el mes de octubre de 2015.

Unidad de análisis: La Unidad de análisis es la madre primigesta del Recién Nacido, que permanece en Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti en el mes de octubre del año 2015.

Técnicas: Encuesta cerrada y abierta. Censos Diarios (Ingresos y Egresos).

Fuentes Primarias: Encuesta cerrada a las madres primigestas de los Recién Nacidos, que permanece en Internación Conjunta Hospital Carlos F. Saporiti y búsqueda bibliográfica.

Fuentes Secundarias: Nos basamos en datos estadísticos del servicio de neonatología Hospital Carlos F. Saporiti.

Instrumentos: Encuestas a las madres primigestas de los Recién Nacidos, que permanecen en Internación Conjunta, para valorar los conocimientos que han adquiridos sobre los cuidados de sus hijos durante su estadía.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables		Dimensiones	Indicadores
Educación Materna	Fomento de lactancia Materna	Lactancia	Correcta
			Incorrecta
		Posición y Manejo del RN	Correcta
			Incorrecta
		Formación de Pezones y Areolas	Si
			No
			Umbilicados
			Planos
		Rutina de Alimentación	Cada 1 hora o menos.
			Cada 3 horas o menos.
			Más de 4 horas.
		Complicaciones	Psicosociales
	Maternas de orden clínico		
	Problemas del niño.		
	Termorregulación del RN	Vestimenta	Sobre abrigado
			Desabrigado
		Temperatura Ambiental	Ambiente térmico neutral
			Control de temperatura axilar
	Fenómenos fisiológicos en el RN	Valoración de la Piel	Coloración
			Turgencia
			Aspecto(Hidratación).
		Profilaxis umbilical	Técnica
			Pautas de alarma (onfalitis).
		Efectos Hormonales	Aumento de tamaño mamario.
			Pseudomenstruación.
		Peso del RN	Descenso Fisiológico
	Recuperación del peso.		
Pautas al alta del RN	Prevención del SMSL	Conocimiento de técnicas de prevención.	
	Cólicos	Técnica de Masajes abdominales.	
	Conocimiento de pautas de alarma	Succión.	

			Temperatura Corporal.
			Dinámica Respiratoria.
			Coloración de la piel.
			Características de las deposiciones.
	Signos que limitan la comprensión materna.	Madre Trabajadora	Si.
			No.
			A Veces.
		Edad de la Madre	Menor de 18.
			Entre 18 y 25.
			Entre 25 y 35.
			Mayor de 35.
		Estudios Cursados de la Madre.	Primario.
			Secundario.
			Terciario.
			Universitario.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se comienza con el análisis de datos estadísticos, como también con la utilización de las encuestas dirigidas a las madres primigestas de los recién nacidos aún hospitalizados en el servicio de Internación Conjunta del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti, con preguntas claras, precisas, con lenguaje acorde a la misma. Una vez recolectados los datos se procede a codificar la información en una tabla de datos general, la información se tabula en una tabla de doble entrada con frecuencias relativas y absolutas, para así cruzar los datos de las variables en estudio.

El análisis es uni y bivariado, de manera de comparar la realidad con el marco teórico planteado, dando respuesta al problema.

CAPÍTULO III

TABLAS Y GRÁFICOS.

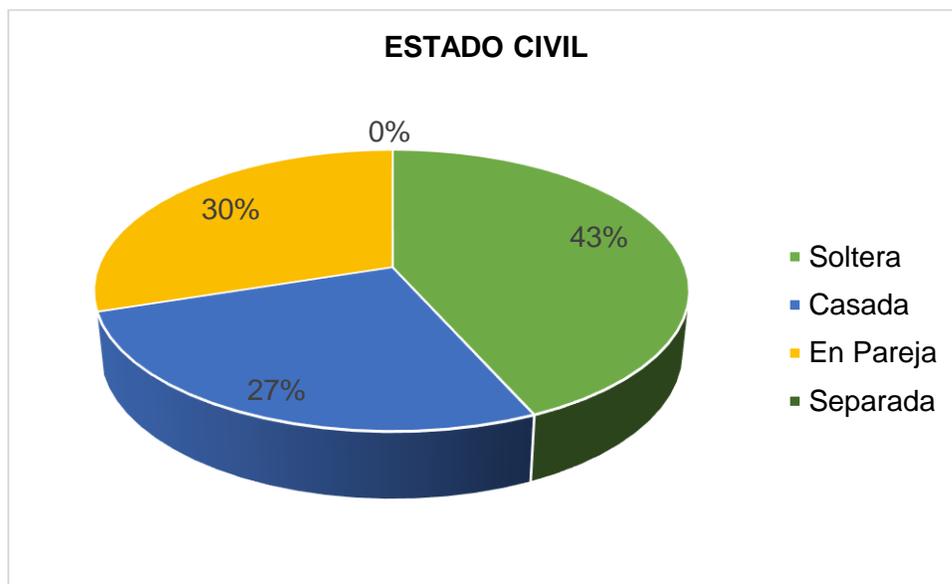
Tabla N°1

Treinta madres en estudio, según estado civil. Servicio Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

ESTADO CIVIL	f.a.	f.r.
Soltera	13	43%
Casada	8	27%
En Pareja	9	30%
Separada	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°1



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 43% de las encuestadas es soltera, el 30% permanece en pareja, el 27% es casada, y el 0% es separada.

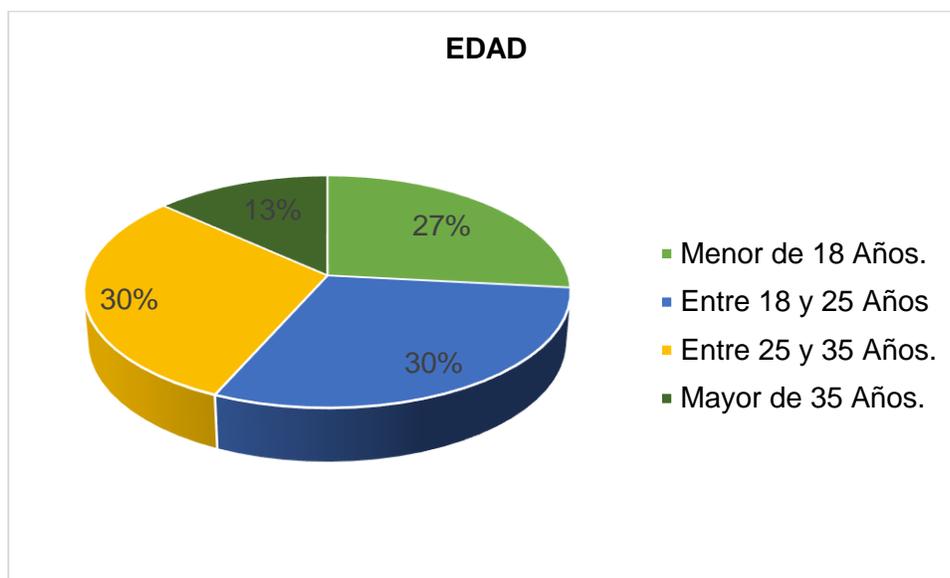
Tabla N°2:

Treinta madres en estudio, según las edades. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

EDAD	f.a	f.r
Menor de 18 Años.	8	27%
Entre 18 y 25 Años	9	30%
Entre 25 y 35 Años.	9	30%
Mayor de 35 Años.	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°2



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 30% de las encuestadas tiene entre 25-35años, y otro 30% tiene entre 18-25 años. Un 27% es menor de 18 años y un 13% mayor de 35 años.

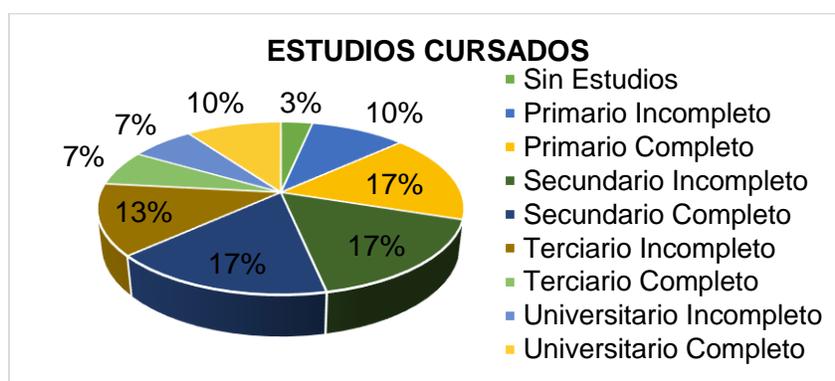
Tabla N°3

Treinta madres en estudio según el nivel de escolaridad. Servicio Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Estudios Cursados	f.a	f.r
Sin Estudios	1	3%
Primario Incompleto	3	10%
Primario Completo	5	17%
Secundario Incompleto	5	17%
Secundario Completo	5	17%
Terciario Incompleto	4	13%
Terciario Completo	2	7%
Universitario Incompleto	2	7%
Universitario Completo	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°3



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que existe una igualdad de porcentajes (17%) entre las madres que tienen Primario completo, Secundario incompleto y Secundario Completo. Un 13% de primigestas tiene Terciario Incompleto. Un 10% que abarca Primario completo, coincidiendo el Porcentajes con quienes poseen Universitario completo. También existe equivalencia (7%) entre quienes tiene Terciario Completo y Universitario Incompleto. Y finalmente un 3% de las madres no posee estudios.

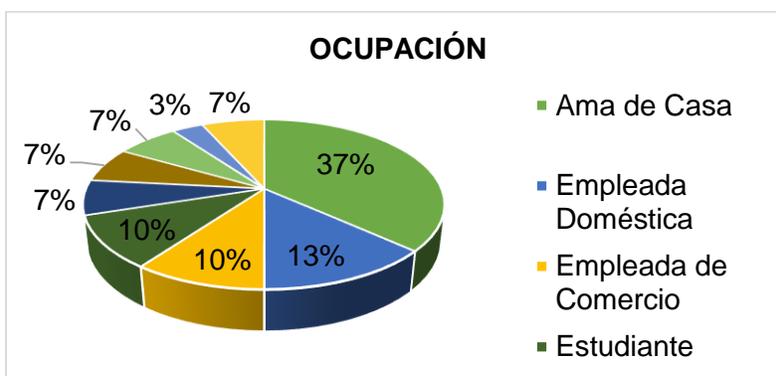
Tabla N°4:

Treinta madres en estudio según la ocupación. Servicio Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

OCUPACIÓN	f.a	f.r
Ama de Casa	11	37%
Empleada Doméstica	4	13%
Empleada de Comercio	3	10%
Estudiante	3	10%
Administrativa	2	7%
Enfermera	2	7%
Docente	2	7%
Asistente Social	1	3%
Desocupada	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°4



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra un 37% de las encuestadas es Ama de casa, y un 13% es Empleada Doméstica. Las madres Empleadas de comercio y Estudiantes coinciden en un 10%. Las madres administrativas, enfermeras, docentes y desocupadas comparten un 7%, y el 3% es asistente social.

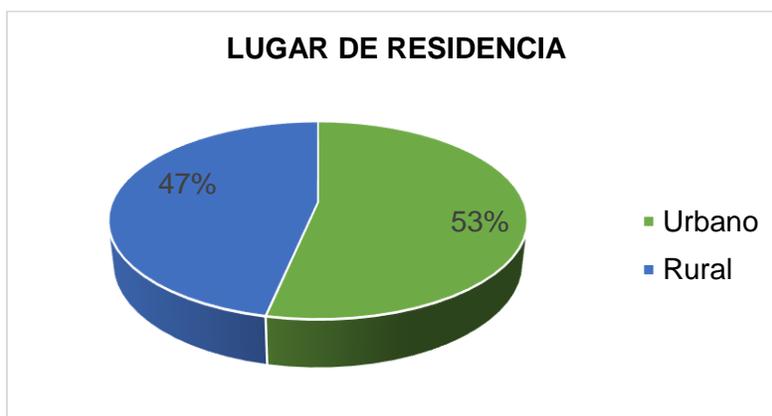
Tabla N°5

Treinta madres en estudio según el lugar de residencia. Servicio Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

LUGAR DE RESIDENCIA	f.a	f.r
Urbano	16	53%
Rural	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°5



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 53% de las primigestas encuestadas vive en zona urbana, mientras que un 47% vive en zona rural.

Tabla N°6

Treinta madres en estudio según la información que recibieron, sobre los cuidados de su RN. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Recibió información e instrucciones sobre los cuidados de su RN	f.a.	f.r.
SI	29	97%
NO	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 6



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 97% de las encuestadas si recibió información e instrucciones sobre los cuidados de su RN, mientras que un 3% no recibió información.

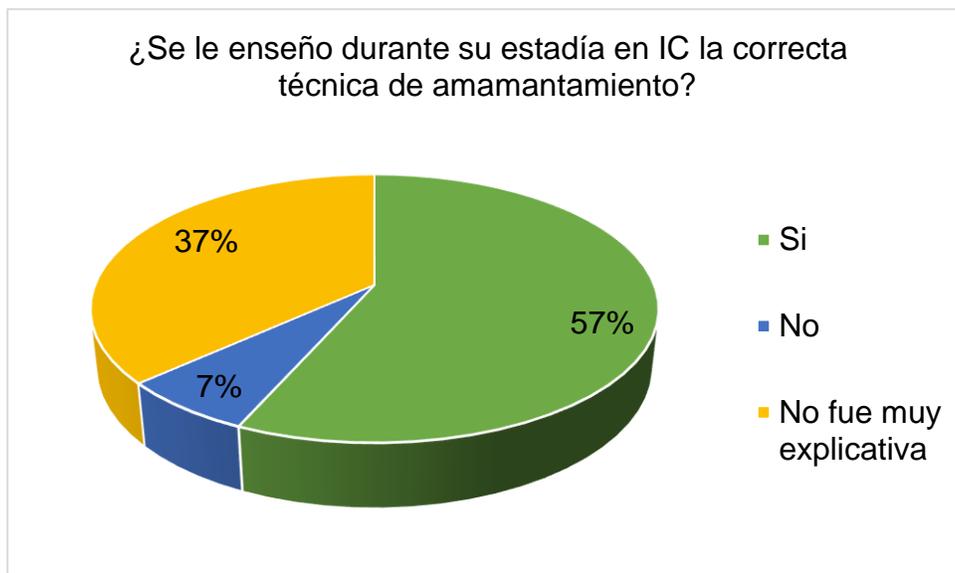
Tabla N°7

Treinta madres en estudio según la correcta técnica de amamantamiento.
 Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

¿Se le enseñó durante su estadía en IC la correcta técnica de amamantamiento?	f.a.	f.r.
Si	17	57%
No	2	7%
No fue muy explicativa	11	37%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 7



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 57% de las encuestadas si recibió enseñanza sobre la adecuada técnica de amamantamiento, mientras que un 37% expresó no haber comprendido la información. Existe un 7% que refirió no haber recibido enseñanza sobre la técnica.

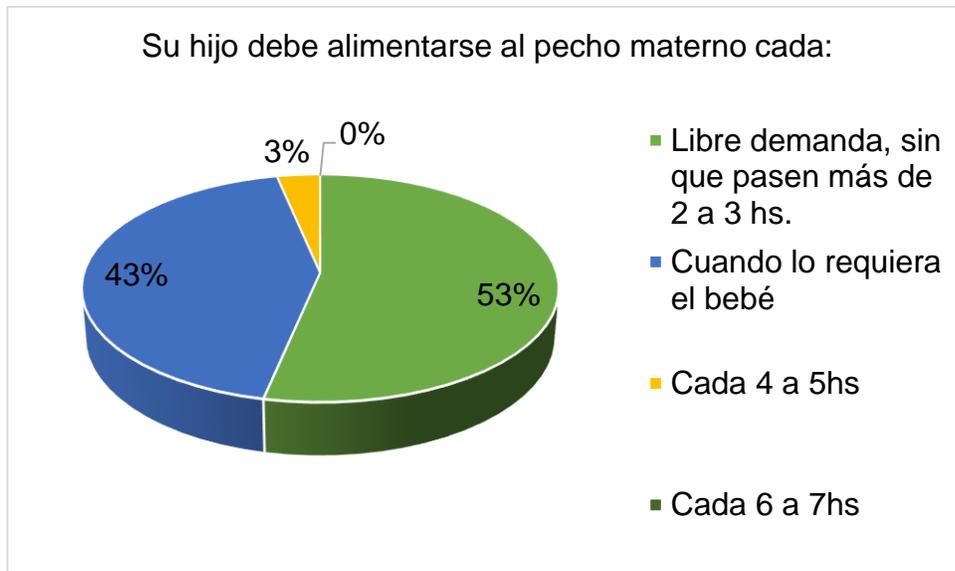
Tabla N°8

Treinta madres en estudio, según el tiempo transcurrido entre cada puesta al pecho materno. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Su hijo debe alimentarse al pecho materno cada:	f.a.	f.r.
Libre demanda, sin que pasen más de 2 a 3 hs.	16	53%
Cuando lo requiera el bebé	13	43%
Cada 4 a 5hs	1	3%
Cada 6 a 7hs	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 8



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 53% de primigestas alimenta a su hijo correctamente, siguiendo la metodología a Libre demanda, sin que pasen más de 2 a 3 hs. Un 43% alimenta al neonato cuando él lo requiera. Un 3% cada 4 a 5hs y un 0% cada 6 a 7hs.

Tabla N°9

Treinta madres en estudio, según las dificultades al amamantar a su hijo. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Tuvo Dificultades para amamantar a su hijo durante su estadía en Internación Conjunta	f.a.	f.r.
SI	20	67%
No	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 9



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 67% refirió no tener dificultades al amamantar a su hijo durante su estadía en Internación Conjunta, y un 33% si tuvo dificultades.

Tabla N°10

Treinta madres en estudio, según si lograron resolver sus dificultades de amamantamiento. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Si las tuvo, ¿pudo resolverlas estando hospitalizada?	f.a.	f.r.
Si, la enfermera me explico nuevamente.	14	47%
No, me explicaron y me fui con dudas	16	53%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 10



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que 53% se retiró con dudas y un 47% si resolvió sus dificultades.

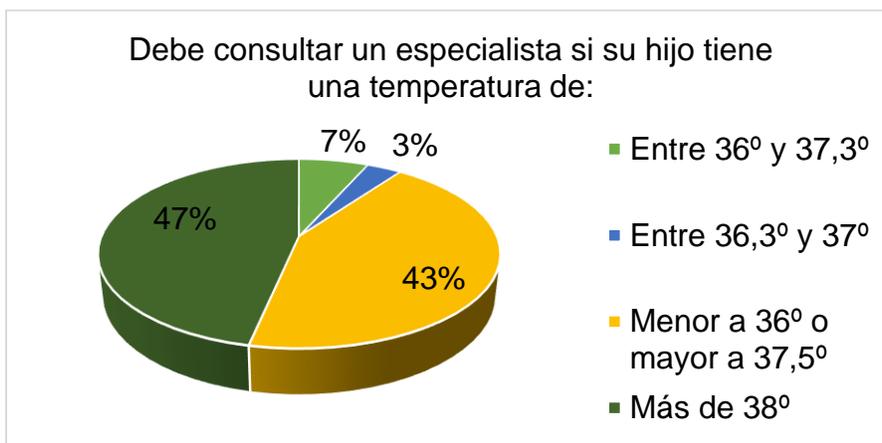
Tabla N° 11

Treinta madres en estudio, según la consulta a un especialista por la temperatura corporal de su RN. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Debe consultar un especialista si su hijo tiene una temperatura:	f.a.	f.r.
Entre 36° y 37,3°	2	7%
Entre 36,3° y 37°	1	3%
Menor a 36° o mayor a 37,5°	13	43%
Más de 38°	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 11



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 43% consultará con un especialista si su hijo posee una temperatura Menor a 36° o mayor a 37,5°C. Un 47% si su hijo presenta una Temperatura mayor a 38°C. Un 7 % consultará si su hijo posee entre 36° y 37°C y solo un 3% consultará si su hijo presenta entre 36, ° y 37,5°C.

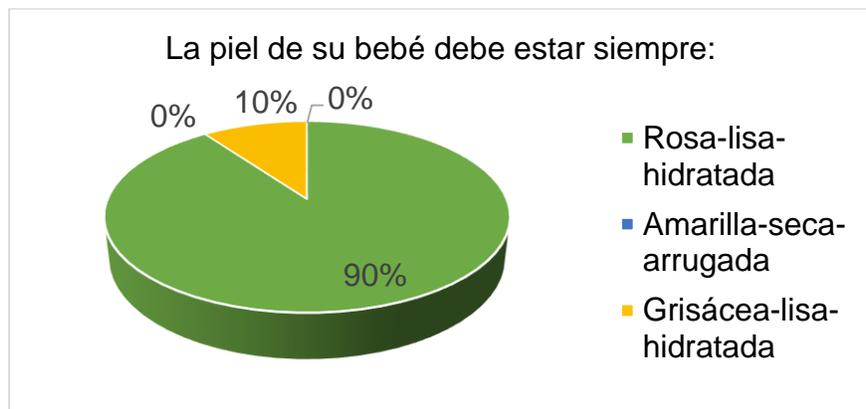
Tabla N° 12

Treinta madres en estudio, según las características de la piel del bebé.
Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

La piel de su bebé debe estar siempre:	f.a.	f.r.
Rosa-lisa-hidratada	27	90%
Amarilla-seca-arrugada	0	0%
Grisácea-lisa-hidratada	3	10%
Rosada-seca-arrugada	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 12



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 90% de las primigestas encuestadas refiere que su hijo debe tener la piel Rosa-lisa-hidratada y un 10% contestó que la piel debe estar Grisácea-lisa-hidratada. Mientras que ninguna (0%) respondió que la piel debe estar Amarilla-seca-arrugada o Rosada-seca-arrugada.

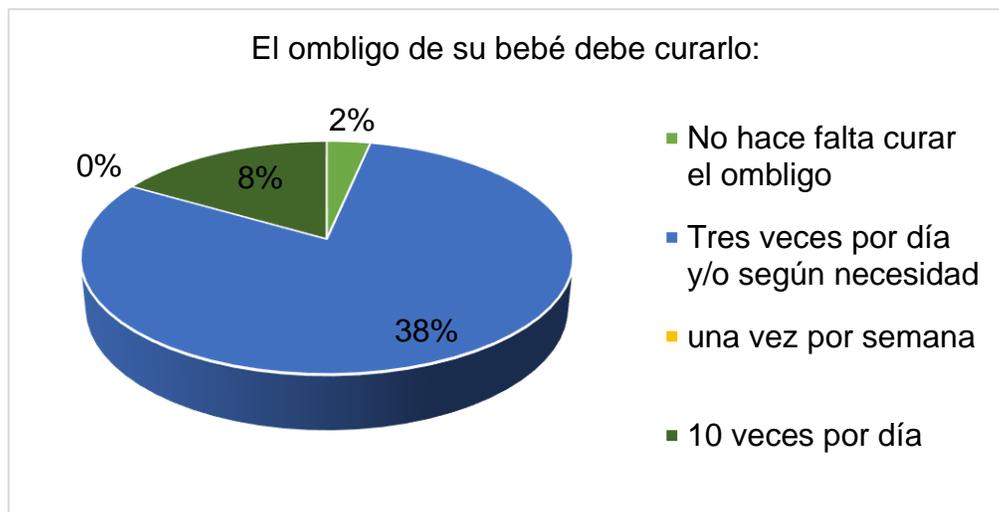
Tabla N° 13

Treinta madres en estudio, según la profilaxis umbilical. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

El ombligo de su bebé debe curarlo:	f.a.	f.r.
No hace falta curar el ombligo	1	2%
Tres veces por día y/o según necesidad	24	38%
una vez por semana	0	0%
10 veces por día	5	8%
Total	30	47%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 13



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 38% de las madres curará el muñón umbilical de su RN correctamente (Tres veces por día y/o según necesidad). Mientras que un 8% lo curaría 10 veces por día, y un 2% no lo curaría. Ninguna respondió que deberá curarlo una vez por semana.

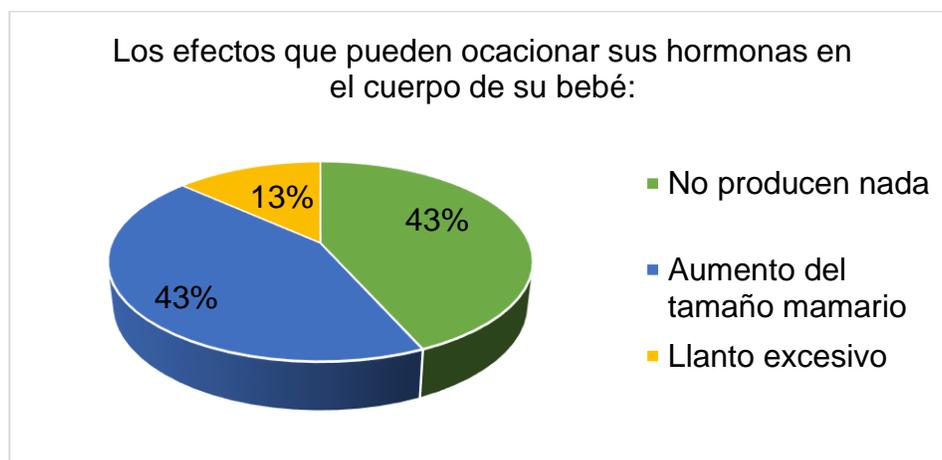
Tabla N° 14

Treinta madres en estudio, según los efectos que producen sus hormonas en el cuerpo de su RN. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Los efectos que pueden ocasionar sus hormonas en el cuerpo de su bebé:	f.a.	f.r.
No producen nada	13	43%
Aumento del tamaño mamario	13	43%
Llanto excesivo	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 14



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que un 43% de las encuestadas respondió que sus hormonas pueden producir aumento del tamaño mamario en el RN y otro 43% respondió que no producen nada. Un 13% creen que le produce un llanto excesivo.

Tabla N° 15

Treinta madres en estudio, según el descenso fisiológico de peso en los primeros días de vida del RN. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

¿Su hijo puede tener un descenso fisiológico de peso en los primeros días de vida?	f.a.	f.r.
Si, hasta un 10%de peso es normal	17	57%
Más de un 10% de peso, no influye en el bebé	2	7%
No tiene que bajar de peso.	11	37%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 15



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra un 57% de las encuestadas sabe que su hijo puede descender un hasta un 10% de peso. Un 37% refirió no debe bajar de peso .Y finalmente un 7% cree que es normal que su RN descienda más del 10%.

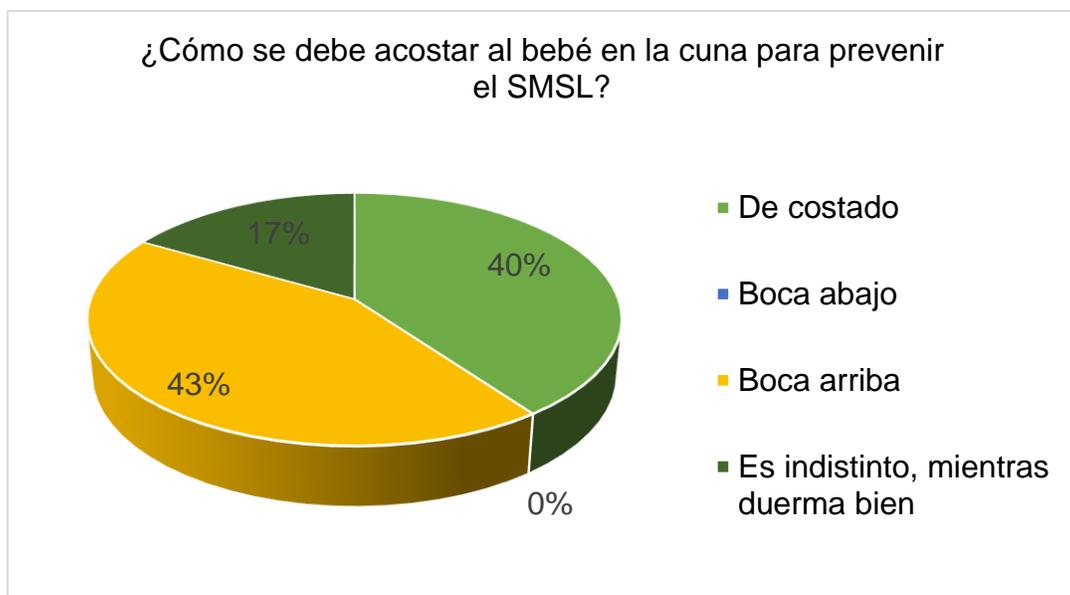
Tabla N° 16

Treinta madres en estudio, según la forma correcta de acostar al bebé en la cuna para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

¿Cómo se debe acostar al bebé en la cuna para prevenir el SMSL?	f.a.	f.r.
De costado	12	40%
Boca abajo	0	0%
Boca arriba	13	43%
Es indistinto, mientras duerma bien	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 16



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra un 43% sabe que debe acostar a su hijo boca arriba para prevenir el SMSL. Mientras que un 40% refirió que acostaría a su bebé de costado y un 17% que es indistinto mientras el niño duerma bien. Finalmente un 0% posicionaría a su hijo boca abajo.

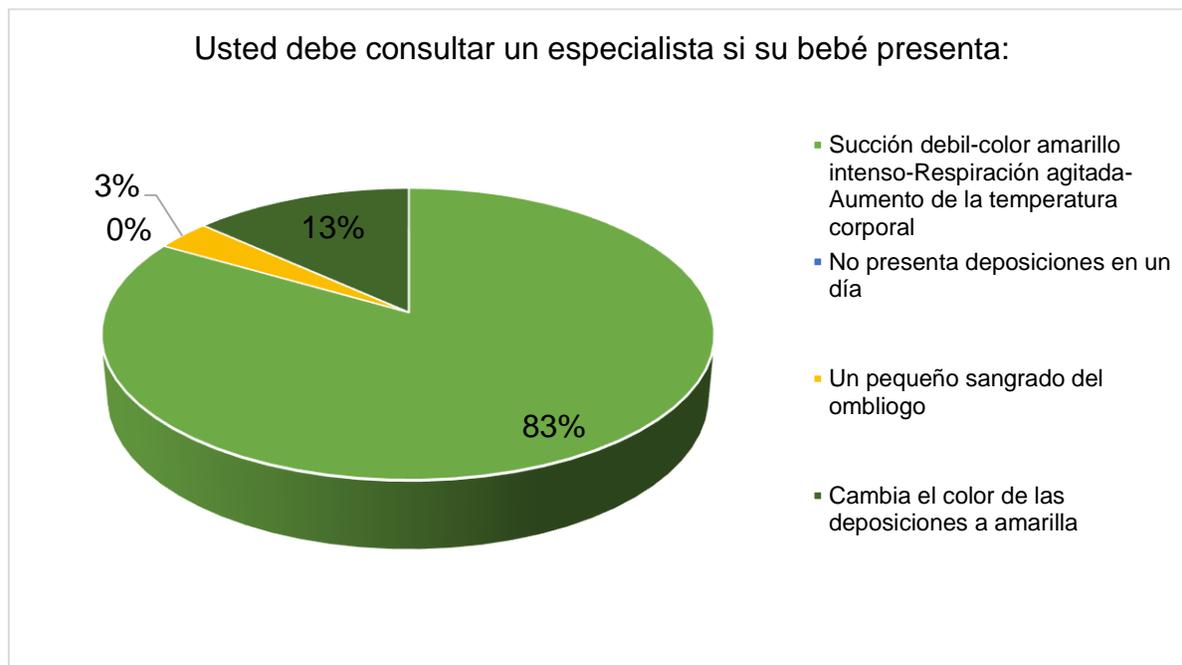
Tabla N° 17

Treinta madres en estudio, según las situaciones que consideran necesario consultar a un especialista. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Usted debe consultar un especialista si su bebé presenta:	f.a.	f.r.
Succión débil-color amarillo intenso-Respiración agitada- Aumento de la temperatura corporal	25	83%
No presenta deposiciones en un día	0	0%
Un pequeño sangrado del ombligo	1	3%
Cambia el color de las deposiciones a amarilla	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 17



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra 83% de las encuestadas consultará si su hijo presenta Succión débil-color amarillo intenso-Respiración agitada- Aumento de la temperatura corporal. El 13% si cambia el color de las deposiciones a amarilla. El 3% si presenta un pequeño sangrado del ombligo y el 0% si no presenta deposiciones en un día.

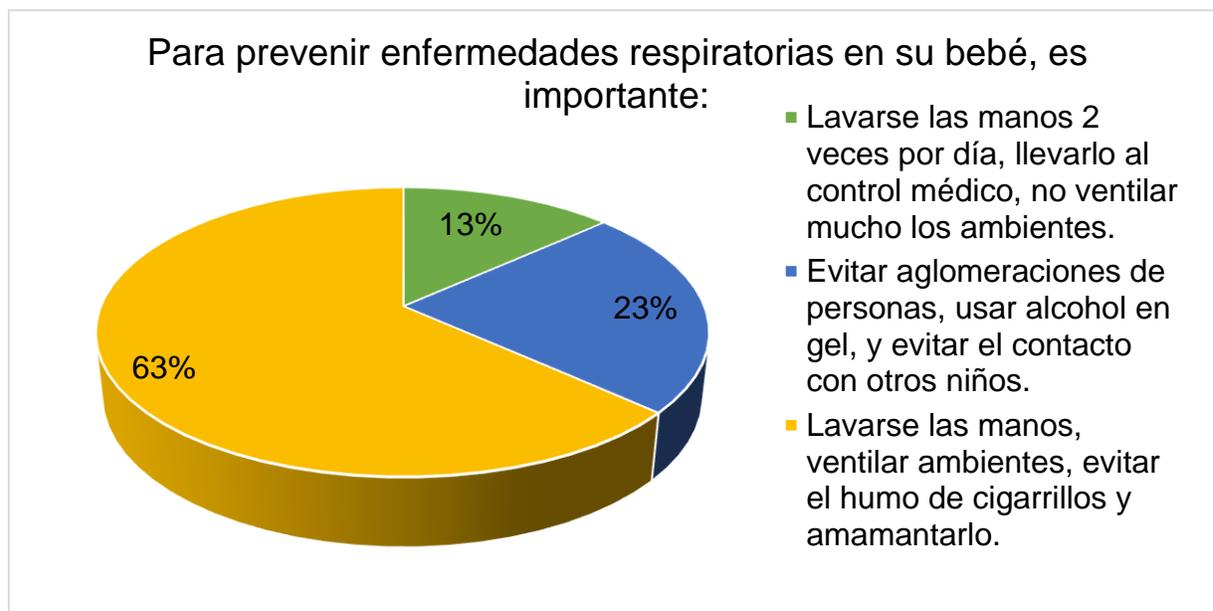
Tabla N° 18

Treinta madres en estudio, según la prevención de enfermedades respiratorias en su niño. Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Para prevenir enfermedades respiratorias en su bebé, es importante:	f.a.	f.r.
Lavarse las manos 2 veces por día, llevarlo al control médico, no ventilar mucho los ambientes.	4	13%
Evitar aglomeraciones de personas, usar alcohol en gel, y evitar el contacto con otros niños.	7	23%
Lavarse las manos, ventilar ambientes, evitar el humo de cigarrillos y amamantarlo.	19	63%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 18



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra 63% de las encuestadas sabe que para prevenir enfermedades respiratorias en su RN debe Lavarse las manos, ventilar ambientes, evitar el humo de cigarrillos y amamantarlo. El 23% cree que debe evitar aglomeraciones de personas, usar alcohol en gel, y evitar el contacto con otros niños. Y un 13% supone que debe lavarse las manos dos veces por día, llevarlo al control médico, no ventilar mucho los ambientes.

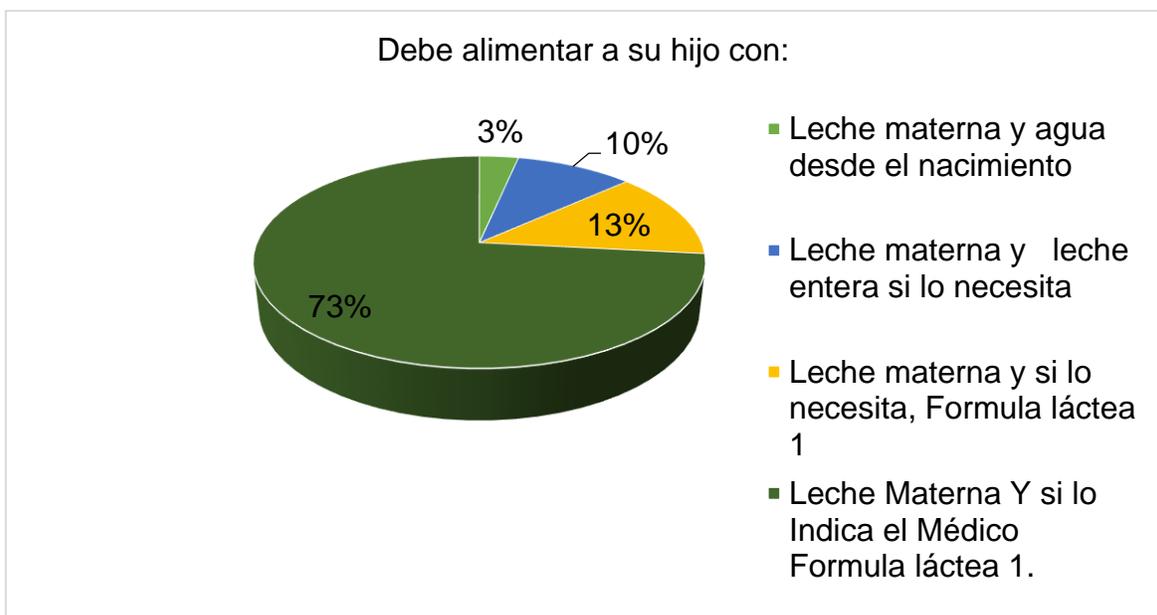
Tabla N° 19

Treinta madres en estudio, según la correcta forma de alimentar a su bebé. Servicio de Maternidad e Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

Debe alimentar a su hijo con:	f.a.	f.r.
Leche materna y agua desde el nacimiento	1	3%
Leche materna y leche entera si lo necesita	3	10%
Leche materna y si lo necesita, Formula láctea 1	4	13%
Leche Materna Y si lo Indica el Médico Formula láctea 1.	22	73%
Total	30	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 19



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra el 73% de las encuestadas alimentará a su niño con Leche Materna y si lo indica el Médico Formula láctea 1. El 13% con Leche materna y si lo necesita, Formula láctea 1; el 10% leche materna y leche entera si lo requiere; y el 3% leche materna y agua desde el nacimiento.

Tablas de datos estadísticos del Servicio de Neonatología del Hospital
Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti.

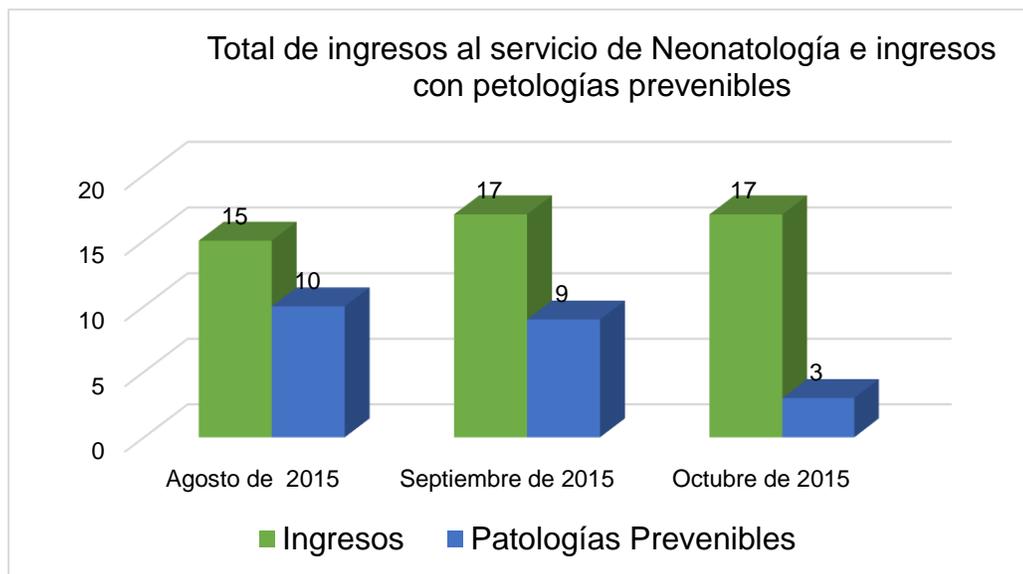
Tabla N° 20

Número de ingresos al Servicio de Neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti en el trimestre Agosto – Septiembre – Octubre de 2015, de RN con Patología prevenible.

Mes \Ingreso	Ingresos	Patologías Prevenibles
Agosto de 2015	15	10
Septiembre de 2015	17	9
Octubre de 2015	17	3

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 20



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que en el mes de agosto de 2015 ingresaron al servicio de neonatología 15 RN de los cuales 10 tenían diagnósticos de patologías prevenibles. En el mes de septiembre hubo 17 ingresos, de los cuales 9 poseían patologías prevenible. Finalmente en el mes Octubre de 2015 ingresaron 17 neonatos y solo 3 padecían patologías prevenibles.

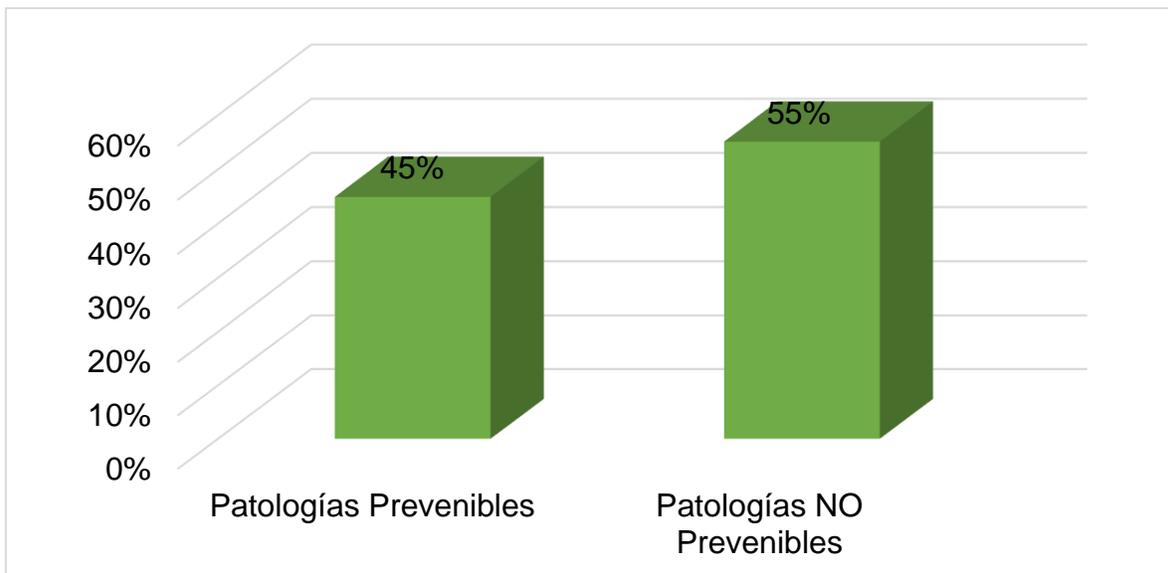
Tabla N° 21

Porcentaje de ingresos con patologías prevenibles y no prevenibles al Servicio de Neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti en el trimestre Agosto – Septiembre – Octubre de 2015.

Ingresos al servicio de neonatología Trimestre Ago-Sep-Oct 2015	f.a	f.r
Patologías Prevenibles	22	45%
Patologías NO Prevenibles	27	55%
Total	49	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 21



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que en el trimestre Agosto – Septiembre – Octubre de 2015, el 45% de los ingresos fueron por patologías prevenibles desde la educación materna.

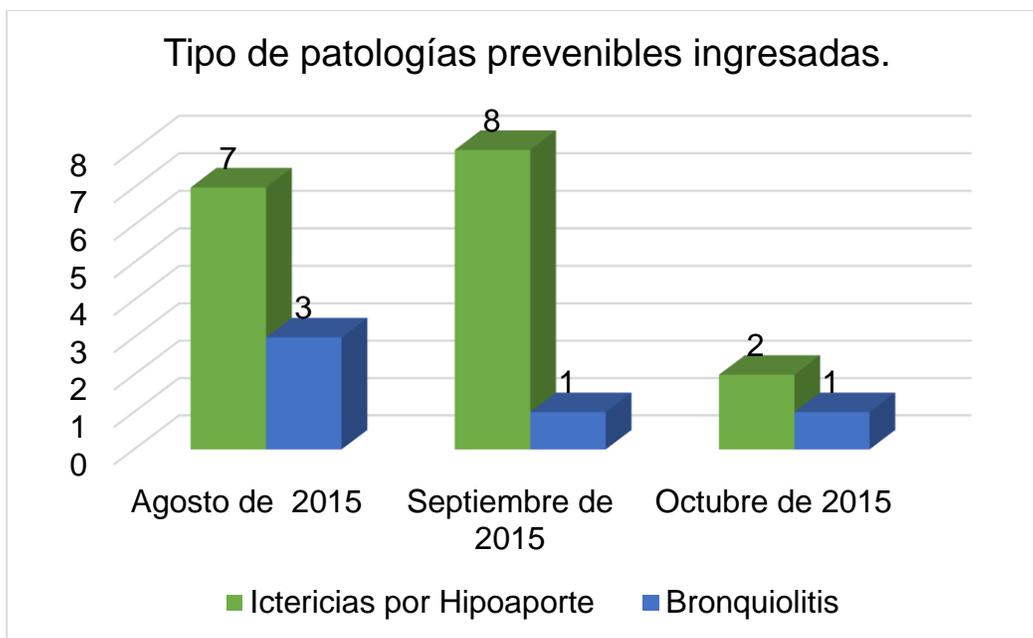
Tabla N° 22

Número de ingresos por patologías prevenibles ingresadas al Servicio de Neonatología del Hospital Saporiti en el trimestre Agosto – Septiembre – Octubre de 2015.

Mes \ Tipo de Patología prevenible	Ictericias por Hipoaporte	Bronquiolitis
Agosto de 2015	7	3
Septiembre de 2015	8	1
Octubre de 2015	2	1

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 22



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que en el mes de agosto de 2015 ingresaron al servicio de neonatología 7 casos de ictericias por hipoaporte y 3 casos de bronquiolitis. En el mes de septiembre fueron 8 RN ingresados con ictericias por hipoaporte y 1 casos de bronquiolitis. Finalmente en el mes Octubre de 2015 ingresaron 2 neonatos con ictericia por hipoaporte y solo 1 RN con bronquiolitis.

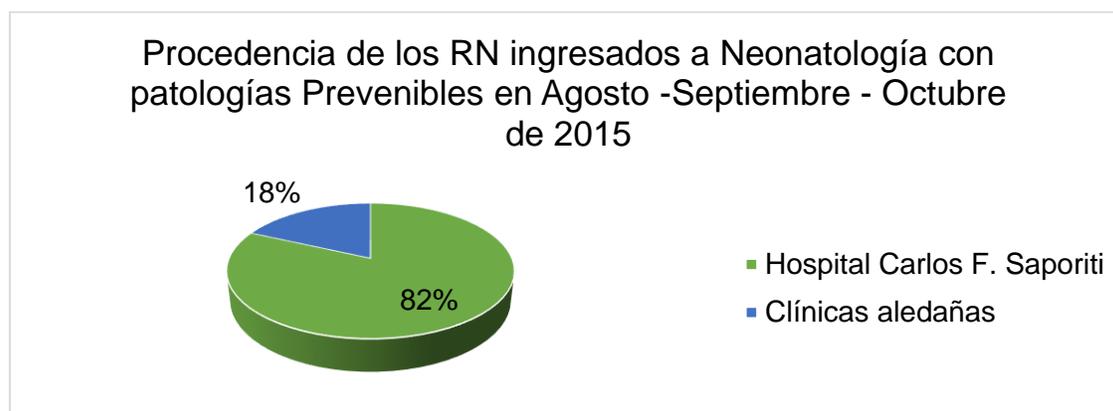
Tabla N° 23

Procedencia de los RN ingresados al Servicio de Neonatología del Hospital Saporiti en el trimestre Agosto – Septiembre – Octubre de 2015.

Procedencia de los RN ingresados a Neonatología con patologías Prevenibles en Agosto -Septiembre - Octubre de 2015	f.a	f.r
Hospital Carlos F. Saporiti	18	82%
Clínicas aledañas	4	18%
Total	22	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 23



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 82% de los RN ingresados a Neonatología con patologías prevenibles, habían nacido en el Servicio de maternidad del Hospital Carlos F. Saporiti, mientras que el 18% provenía de clínicas del departamento.

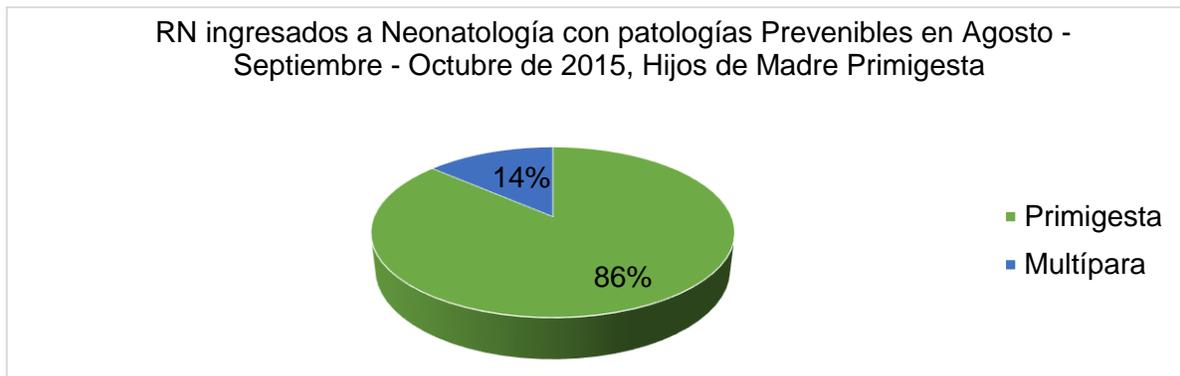
Tabla N° 24

Número de RN de madre primigesta. Ingresados a Neonatología con patologías Prevenibles en el trimestre de Agosto -Septiembre - Octubre de 2015.

RN ingresados a Neonatología con patologías Prevenibles en Agosto -Septiembre - Octubre de 2015, Hijos de Madre Primigesta	f.a	f.r
Primigesta	19	86%
Múltipara	3	14%
Total	22	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 24



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 86% de los RN ingresados al servicio de neonatología con patologías prevenibles eran hijos de madres primigestas, mientras que el 14% era hijo de madre múltipara.

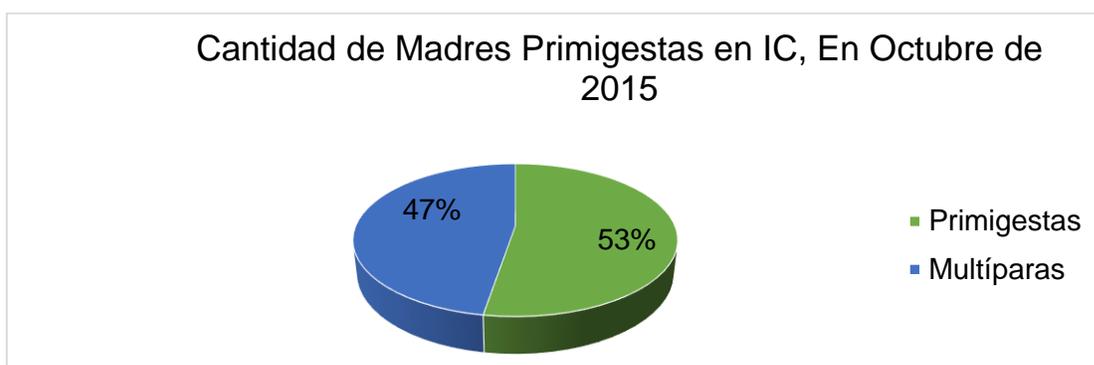
Tabla N° 25

Numero de Madres Primigestas en Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti, en el mes de Octubre de 2015.

Cantidad de Madres Primigestas en IC, En Octubre de 2015	f.a	f.r
Primigestas	30	53%
Múltiparas	27	47%
Total	57	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 25



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 53% de las madres de Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti en el mes de octubre de 2015 era primigesta, mientras que el 47% era múltipara.

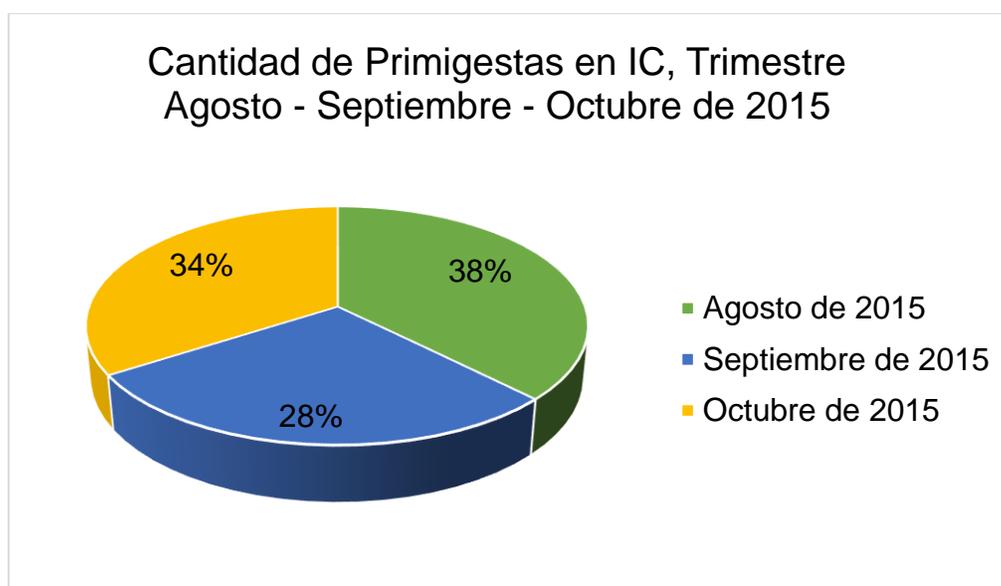
Tabla N° 26

Numero de Madres Primigestas en Internación Conjunta del Hospital Carlos F. Saporiti, en el Trimestre Agosto – Septiembre - Octubre de 2015.

Mes\Cantidad de Primigestas	f.a	f.r
Agosto de 2015	33	38%
Septiembre de 2015	25	28%
Octubre de 2015	30	34%
Total	88	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Servicio de Neonatología del Hospital Descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti por las autoras.

Gráfico N° 26



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 38% de las primigestas corresponden al mes de Agosto de 2015. El 34% coincide con el mes de Octubre del mismo año y el 28% de las primigestas pertenece al mes de Septiembre de 2015.

TABLAS BIVARIADAS

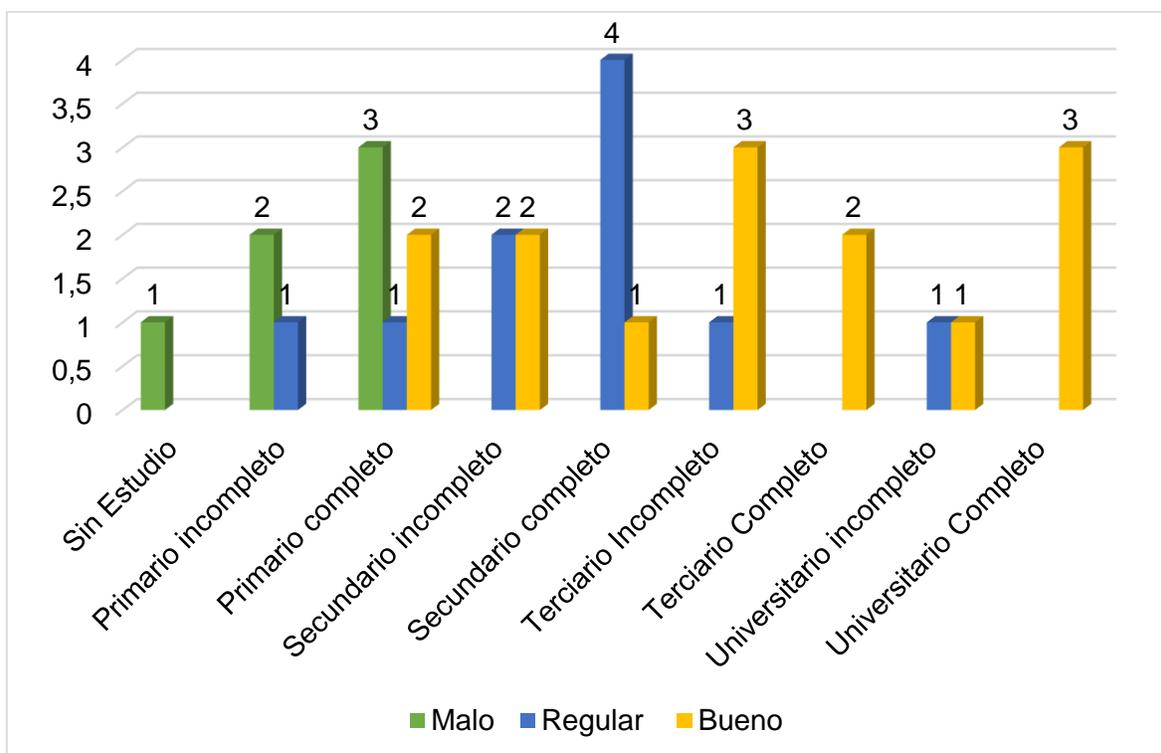
Tabla N° 1

Treinta madres en estudio, según la relación entre la formación de la madre y la comprensión de la adecuada alimentación de su RN (Lactancia Materna). Servicio de Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

	Sin Estudio	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario Incompleto	Terciario Completo	Universitario incompleto	Universitario Completo
Malo	1	2	3						
Regular		1	1	2	4	1		1	
Bueno			2	2	1	3	2	1	3

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 23



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que las primigestas con menor nivel de escolaridad (Menos de primario completo), son quienes menos comprendieron cómo alimentar a sus hijos. Mientras que las madres que poseen mayor escolaridad demostraron comprender mejor la adecuada manera de alimentar a su RN.

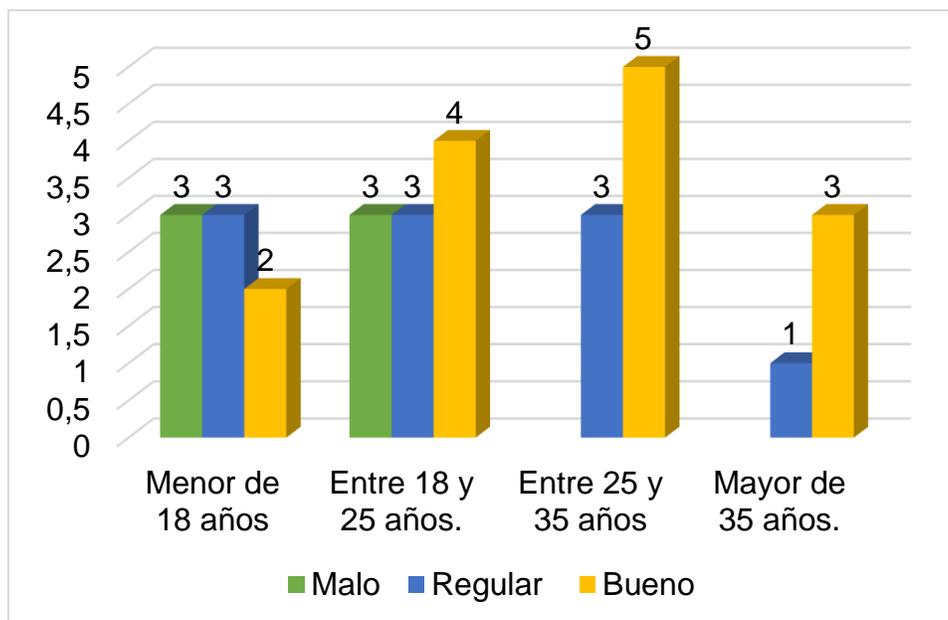
Tabla Nº 2

Treinta madres en estudio, según la relación entre la edad de la madre y la comprensión de la adecuada alimentación de su RN (Lactancia Materna). Servicio de Maternidad e Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

	Menor de 18 años	Entre 18 y 25 años.	Entre 25 y 35 años	Mayor de 35 años.
Malo	3	3		
Regular	3	3	3	1
Bueno	2	4	5	3
Total	8	10	8	4

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico Nº 2



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que las primigestas que menos comprendieron la adecuada alimentación de su RN, fueron las que se encuentran en los rangos etarios de menor de 18 años y entre 18 y 25 años. Mientras que las que demostraron mejor comprensión fueron las madres mayores de 25 años (Entre 25 y 35 años - Mayor de 35 años).

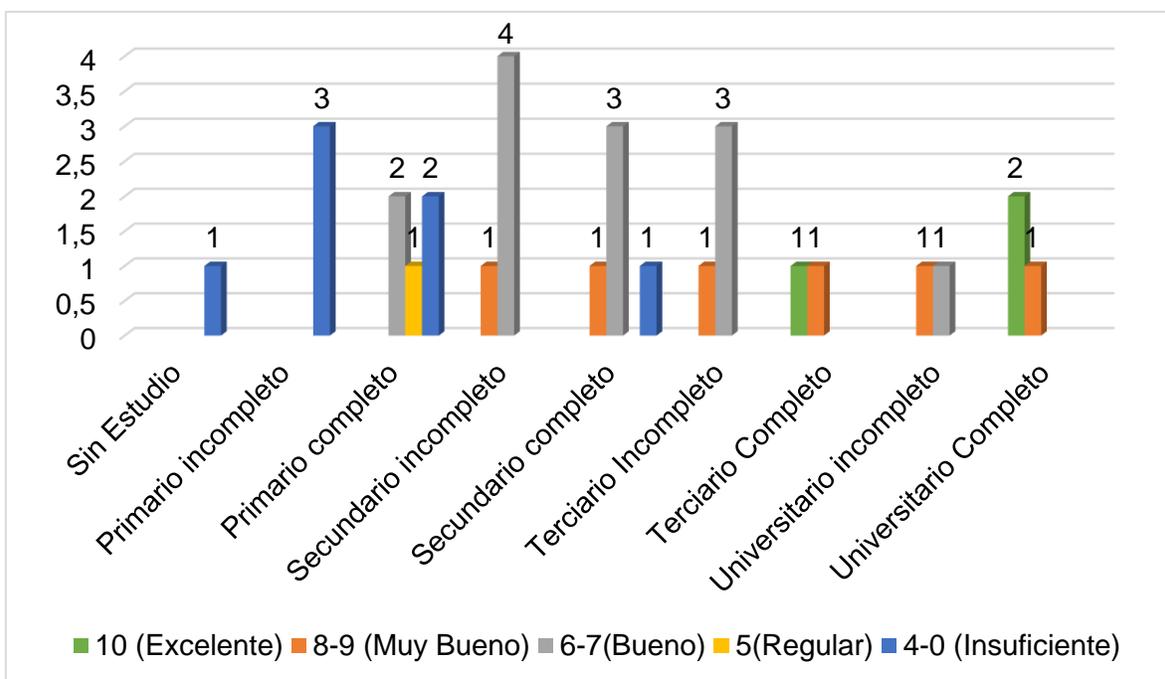
Tabla N° 3

Treinta madres en estudio, según la relación entre el nivel de escolaridad materna y la comprensión de pautas de puericultura. Servicio de Maternidad e Internación Conjunta, Hospital. C. Saporiti, Mendoza 2015.

	Sin Estudio	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario Incompleto	Terciario Completo	Universitario incompleto	Universitario Completo
10 (Excelente)							1		2
8-9 (Muy Bueno)				1	1	1	1	1	1
6-7(Buena)			2	4	3	3		1	
5(Regular)			1						
4-0 (Insuficiente)	1	3	2		1				

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N° 3



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que la mayoría de las primigestas obtuvieron una calificación de “Buena” respecto de la comprensión de pautas de puericultura, coincidiendo con el promedio del total de las encuestadas (6,3). Se deduce también que solo quienes poseen mayor nivel de escolaridad obtuvieron calificaciones de excelente y muy bueno. Mientras que se observa que notas como regular e insuficiente corresponden a primigestas con menor nivel de escolaridad.

CONCLUSIÓN

A través de la investigación realizada, se deduce que la falta de comprensión de pautas de puericultura, por parte de las puérperas primigestas durante su estadía en internación conjunta, resulta en un aumento de ingresos de Recién Nacidos con patologías prevenibles desde la educación materna al servicio de neonatología del hospital descentralizado Dr. Carlos F. Saporiti.

Se logró identificar que variables como lo son el nivel de escolaridad y la edad materna, influyen significativamente en la capacidad de comprensión de la educación de enfermería realizada, ya que fueron, respecto de la adecuada técnica de alimentación de su RN, las primigestas con menor escolaridad y las madres más jóvenes quienes menos comprendieron. Se reconoció también, que son estas mismas variables las que influyen en la adecuada comprensión de las pautas de puericultura en general, percibiendo que dichas madres presentarán dudas a la hora de cuidar a su hijo.

Los datos más evidentes extraídos del trimestre agosto – septiembre – octubre de 2015 de la base de datos del servicio de Neonatología del Hospital Carlos F. Saporiti, están relacionados con el 45% de los ingresos a neonatología por patologías que podrían haberse prevenido desde la adecuada comprensión materna de las pautas de puericultura. De dicho total, el 82% de los RN nacieron en el nosocomio.

Las encuestas realizadas a las madres revelan que, de acuerdo al promedio obtenido respecto a la comprensión de pautas de puericultura brindada por el personal de enfermería (6,3), la mayoría tiene una buena comprensión, pero sin embargo se retiran del servicio de internación conjunta con dudas sobre los cuidados de sus hijos.

Durante la estadía del binomio Madre - Recién Nacido en IC, la progenitora se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán la atención posterior de su hijo, por lo que es fundamental una adecuada comprensión por parte de la misma, además hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién

nacido por lo que sería importante generar estrategias para mejorar la comprensión materna respecto de los cuidados adecuados de su hijo.

RECOMENDACIÓN

La recomendación de las autoras es formar un equipo de puericultura, con enfermeras del servicio de neonatología capacitadas en el tema, quienes trabajen de manera más estricta, en turnos rotativos, durante la primer semana de vida y según necesidad hasta los 28 días del RN, reafirmando conocimientos, detectando casos y realizando el seguimiento post alta de pacientes de riesgo, como por ejemplo, madres adolescentes, solteras, con baja condición económica, mayores de 35 años, o mujeres con bajo nivel socio – cultural. A su vez, este equipo trabajará interdisciplinariamente con el resto del personal del servicio (médicos, enfermeros, fonoaudióloga, asistente social, etc).

Luego del periodo neonatal, en caso de que los pacientes continúen presentando dificultades, informarán a los servicios de pediatría y asistencia social.

Para lograr los objetivos propuestos, se apoyarán en el Programa SUMAR, que en conjunto con Plan Nacer; por medio de los recursos obtenidos, por los Seguros Provinciales de Salud que financian las prestaciones de salud incluidas en el Nomenclador del Plan Nacer; les brindan la realización de cursos a distancia. Los cuales son ofrecidos de forma gratuita, abierta y autoadministrable. Como por ejemplo Curso del programa SUMAR de Lactancia nivel inicial. (16)

También se pedirá la ayuda de la cooperadora del Hospital Carlos. F. Saporiti, para la formulación de folletos con información básica de los cuidados del RN para que la mamá se lleve a casa.

De esta manera consideramos que los índices de internación de RN con patologías prevenibles podrían disminuir en relación de los ingresos actuales, redundando en beneficios para el RN y su familia como también, para los costos de atención del Hospital Carlos F. Saporiti.

Nota: (16) <http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/informacion-equipos-de-salud/capacitacion>
<http://www.capacitacionsumar.msal.gov.ar/>

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Atención Neonatal. Paraguay 2011. asunción: OPS, 2011. -- 333 p. Autoridades Dra. Esperanza Martínez, Dra. Raquel Escobar, Dra. Margarita Bazzano, Dra. Elke Strübing, Dra. Nathalia meza, Dr. Rubén Figueroa.
- Manual De Procedimientos Para La Atención Del Recién Nacido En El Período Inmediato Y Puerperio En Servicios De Obstetricia Y Ginecología. Año 2013. Primera Edición: Enero 2014. Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer. Ministerio de Salud Chile. Autores: Graciela Medina, Bacarrezza Javier, Cifuentes Recondo, Jessica Alfaro Leal.
- Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud, gobierno de Chile. Marzo de 2010. 2º edición. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Asesoría Jurídica. Col.: Soledad Díaz Fernández, Carlos Becerra Flores, René Castro Santoro.

ANEXOS



Imagen Nº 1. Posición Correcta del Bebe al Amamantarlo.



Imagen Nº 2. Posición Incorrecta del Bebe al Amamantarlo.



Imagen Nº 3: Grieta del pezón.



Imagen Nº 4: Micosis del pezón.



Imagen Nº 5: Candidiasis Oral de RN.

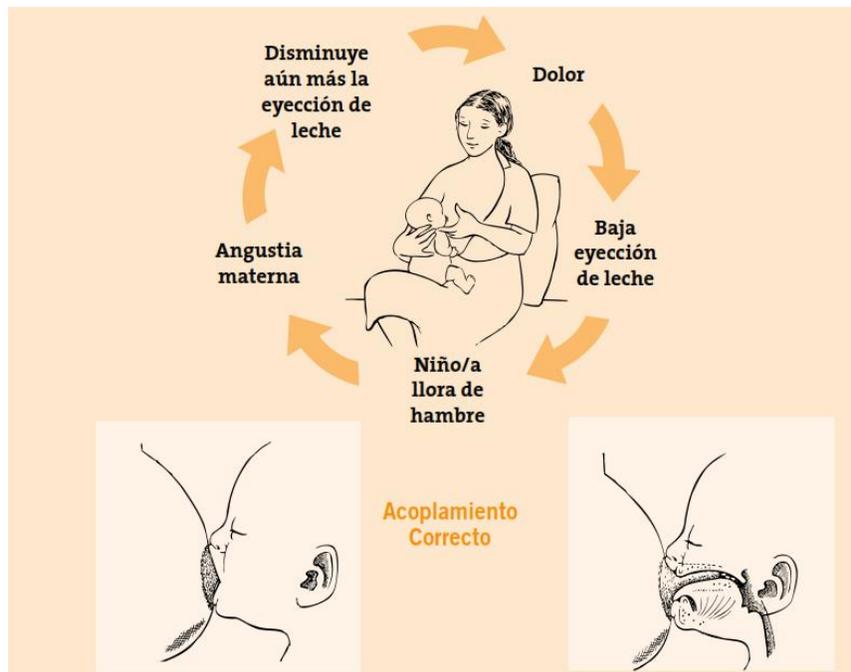


Gráfico Nº 3 Circulo vicioso del dolor al amamantar. De Manual de la lactancia materna. Gobierno de Chile (2010). Pág 151.

ENCUESTA

La muestra serán madres primerizas entre menores de 18 años y mayores de 35 años, hospitalizadas en Internación Conjunta del hospital Carlos F. Saporiti, durante el mes de octubre del año 2015.

Introducción:

La siguiente encuesta se llevará a cabo para conocer el nivel de información que poseen las puérperas al alta del recién nacido, de Internación Conjunta.

Consta de catorce preguntas cerradas, en las cuales se deberá marcar con una cruz la respuesta correcta y de este modo se descubrirá el grado de comprensión adquirida a través de la educación realizada por parte de enfermería a la madre durante su estadía en internación conjunta.

La misma está confeccionada por enfermeras profesionales que cursan la licenciatura en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad nacional de cuyo: Sra. Montoro Del Balso Mariana Leonor; Srta. Morón Silvina Antonela, Sra. Silva Yésica Yamila.

Se agradece su participación, ya que es esencial para obtener información concreta en solo 15 minutos aproximadamente. Cabe destacar que la presente encuesta será procesada anónima y confidencialmente.

Gracias.

Datos Personales:

- Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Soltera.
<input type="checkbox"/>	Casada.
<input type="checkbox"/>	En pareja.
<input type="checkbox"/>	Divorciada y /o separada.

- Su edad promedio va entre: *Marque la opción correcta.*

<input type="checkbox"/>	Menor de 18 años.
<input type="checkbox"/>	Entre 18 y 25 años.
<input type="checkbox"/>	Entre 25 y 35 años.
<input type="checkbox"/>	Mayor de 35 años.

- Estudios Cursados: *Marque la opción correcta.*

<input type="checkbox"/>	Sin estudios.
<input type="checkbox"/>	Primario incompleto.
<input type="checkbox"/>	Primario completo
<input type="checkbox"/>	Secundario incompleto.
<input type="checkbox"/>	Secundario completo.
<input type="checkbox"/>	Terciario Incompleto.
<input type="checkbox"/>	Terciario Completo.
<input type="checkbox"/>	Universitario incompleto.
<input type="checkbox"/>	Universitario Completo.

- Ocupación: *(Complete la línea de puntos)*.....
- Lugar de residencia:

<input type="checkbox"/>	Urbano.
<input type="checkbox"/>	Rural.

- Lea el siguiente cuestionario y responda de acuerdo a los que se le pida en la consigna con una X, cabe aclarar que solo una opción es correcta:

1.	Cuando Ud. estuvo hospitalizada en internación conjunta del Hospital Carlos F. Saporitti, ¿recibió información e instrucciones sobre los cuidados de su Recién Nacido?
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	SI.
	NO.

2. ¿Se le enseñó durante su estadía en internación conjunta la correcta técnica de amamantamiento?

	Si.
	No.
	No fue muy explicativa.

3. Su hijo debe alimentarse al pecho materno cada: *Marque la opción correcta*

	A libre demanda, sin que pasen más de 3hs entre una toma y otra.
	Cuando lo requiera él bebe, aunque pasen varias horas.
	4 a 5 horas.
	6 a 7 horas.

4. ¿Tuvo dificultades al amamantar a su hijo durante su estadía en internación conjunta?

	SI
	NO

5. Si las tuvo, ¿pudo resolverla estando todavía Hospitalizada?

	SI, la enfermera me explico nuevamente
	No, me explicaron y me fui con dudas

6. Debe consultar con un especialista si su hijo tiene una temperatura: *Marque la opción correcta*

	Entre 36°C y 37,3°C
	Entre 36,3°C y 37°C
	Menor a 36° o Mayor a 37,5°
	Mayor a 38°C

7. La piel de su bebe debe estar siempre: *Marque la opción correcta*

	Rosada – Lisa – Hidratada
	Amarilla – Seca – Arrugada
	Grisácea – Lisa – Hidratada
	Rosada – Seca – Arrugada

8. El ombligo de su bebe debe curarlo: *Marque la opción correcta*

	No hace falta curar el ombligo.
	Tres veces por día y/o según necesidad.
	Una vez por semana.
	10 veces por día.

9.	Los efectos que pueden ocasionar sus hormonas en el cuerpo de su bebe:
----	------------------------------------------------------------------------

	No producen nada.
	Aumento de tamaño mamario.
	Llanto excesivo.

10.	¿Su hijo puede tener un descenso fisiológico de peso en los primeros días de vida?
-----	------------------------------------------------------------------------------------

	Si, hasta un 10 por ciento del peso, es normal
	Si, Más de un 10 por ciento, no influye en el bebe
	No tiene que bajar de peso

11.	¿Cómo se debe acostar al bebé en la cuna para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante?
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------

	De costado.
	Boca abajo.
	Boca arriba.
	Es indistinto, mientras duerma bien

12.	Usted debe consultar un especialista si su bebe presenta: <i>Marque las opciones correctas.</i>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------

	Succión débil. - Color amarillo intenso en las piernas. – Respiración agitada - Alteración de la temperatura del cuerpo.
	No presenta deposiciones en un día.
	Un pequeño sangrado del ombligo.
	Cambia el color de las deposiciones a amarillas.

13.	Para prevenir enfermedades respiratorias en su bebé es importante: <i>Marque la opción correcta.</i>
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Lavarse las manos dos veces por día, llevarlo al control médico, no ventilar mucho los ambientes.
	Evitar aglomeraciones de personas, usar mucho alcohol en gel, evitar el contacto con otros niños, no bañar al bebé.
	Evitar el contacto con personas enfermas y lavarse las manos, ventilar los ambientes, evitar el humo de cigarrillo y amamantarlo.

14.	Debe alimentar a su hijo con: <i>Marque la opción correcta.</i>
-----	-----------------------------------------------------------------

	Leche materna y agua desde el nacimiento.
	Leche materna y leche entera si la necesita.
	Leche materna y si lo necesita fórmula láctea 1.
	Leche Materna Y si lo Indica el Médico Formula láctea 1.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Nº de pregunta	Pregunta	Respuesta Correcta	Respuesta de la encuesta
Caracterización de las Madres	Estado Civil		A- 13
			B- 8
			C- 9
			D- 0
	Edad Promedio		A- 8
			B- 9
			C- 9
			D- 4
	Estudios Cursados		A- 1
			B- 3
			C- 5
			D- 5
			E- 5
			F- 4
			G- 2
			H- 2
			I- 3
	Ocupación		A- 11
			B- 4
			C- 3
			D- 3
			E- 2
			F- 2
			G- 2
H- 1			
I- 2			
Lugar de Residencia	A- 17		
	B- 13		
1	Cuando Ud. estuvo hospitalizada en internación conjunta del Hospital Carlos F. Saporitti, ¿recibió información e instrucciones sobre los cuidados de su Recién Nacido?	A- SI	A- 29
			B- 1
2	¿Se le enseñó durante su estadía en internación conjunta la correcta técnica de amamantamiento?	A- SI	A- 17
			B- 2
			C- 11

3	Su hijo debe alimentarse al pecho materno cada: <i>Marque la opción correcta</i>	A	A- 16
			B- 13
			C- 1
			D- 0
4	¿Tuvo dificultades al amamantar a su hijo durante su estadía en internación conjunta?	A- SI	A- 20
			B- 10
5	Si las tuvo, ¿pudo resolverla estando todavía Hospitalizada?	A- SI	A- 16
			B- 14
6	Debe consultar con un especialista si su hijo tiene una temperatura	C	A- 2
			B- 1
			C- 13
			D- 14
7	La piel de su bebe debe estar siempre	A	A- 27
			B- 0
			C- 3
			D- 0
8	El ombligo de su bebe debe curarlo	B	A- 1
			B- 24
			C- 0
			D- 5
9	Los efectos que pueden ocasionar sus hormonas en el cuerpo de su bebe	B	A- 13
			B- 13
			C- 4
10	¿Su hijo puede tener un descenso fisiológico de peso en los primeros días de vida?	A	A- 17
			B- 2
			C-11
11	¿Cómo se debe acostar al bebé en la cuna para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante?	C	A- 12
			B- 0
			C- 13
			D- 5
12	Usted debe consultar un especialista si su bebe presenta	A	A- 25
			B- 0
			C- 1
			D- 4
13	Para prevenir enfermedades respiratorias en su bebé es importante	C	A- 4
			B- 7
			C- 19
14	Debe alimentar a su hijo con	D	A- 1
			B- 3
			C-4
			D- 22

INGRESOS A NEONATOLOGÍA DE RN CON PATOLOGÍAS PREVENIBLES

MES DE AGOSTO DE 2015						
Nº PACIENTE	FECHA DE INGRESO	SEXO	PROCEDENCIA	HIJO DE MADRE		DIAGNOSTICO
				PRIMIGESTA	MULTÍPARA	
1	3-08-2015	F	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
2	4-08-2015	M	Hospital C.F.S		X	Ictericia – ITU-ATB
3	6-08-2015	F	Clinicas		X	Ictericia – ITU-ATB
4	6-08-2015	M	Hospital C.F.S	X		Bronquiolitis
5	8-08-2015	F	Hospital C.F.S	X		Bronquiolitis
6	9-08-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por incompatibilidad ABO
7	11-08-2015	F	Hospital C.F.S		X	Ictericia por hipoaporte
8	11-08-2015	F	Clínica aledaña	X		Ictericia por hipoaporte
9	15-08-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
10	17-08-2015	F	Hospital C.F.S	X		Bronquiolitis - Neumonía
11	19- 08-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
12	20-08-2015	F	Hosp. Misericordia		X	RNPT- Síndrome Down- Atresia de esófago- recuperación nutricional por gastroestoma.
13	25-08-2015	F	Hospital C.F.S		X	RNT- Malformación Congénita de ovario.
14	28-08-2015	M	Clínica aledaña		X	RNT-PEG- Ictericia hipoapote
15	29-08-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte

MES DE SEPTIEMBRE DE 2015						
Nº PACIENTE	FECHA DE INGRESO	SEXO	PROCEDENCIA	HIJO DE MADRE		DIAGNOSTICO
				PRIMIGESTA	MULTÍPARA	
16	2-09-2015	F	Clínica aledaña	X		Ictericia por hipoaporte
17	3-09-2015	F	Hospital	X		RNPT-PEG
18	4-09-2015	F	Hospital C.F.S		X	Ictericia por hipoaporte
19	4-09-2015	F	Hospital C.F.S		X	Ictericia por incompatibilidad ABO
20	6-09- 2015	F	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
21	9-09-2015	F	Hospital C.F.S		X	FLAP
22	11-09-2015	F	Hospital C.F.S	X		RNPT - PEG – Recuperación Nutricional
23	13-09- 2015	F	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
24	15-09-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoapaporte
25	17-09-2015	F	Hosp. Perrupoato		X	RNPT – PEG – Recuperación Nutricional
26	18-09-2015	F	Hospital C.F.S		X	Ictericia por incompatibilidad
27	24-09-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
28	25-09-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
29	25-09-2015	M	Hospital C.F.S		X	RNPT Gemelar I – PEG - SDR
30	25-09-2015	F	Hospital C.F.S	X		RNPT Gemelar II - PEG
31	28-09-2015	M	Hospital C.F.S		X	Bronquiolitis
32	30-09-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte

MES DE OCTUBRE DE 2015						
Nº PACIENTE	FECHA DE INGRESO	SEXO	PROCEDENCIA	HIJO DE MADRE		DIAGNOSTICO
				PRIMIGESTA	MULTIPARA	
33	3-10-2015	M	Hospital C.F.S	X		RNPT - FLAP
34	4-10-2015	F	Hosp. Notti		X	RNPT – Infección – Recuperación Nutricional
35	5-10-2015	M	Hospital C.F.S		X	RNPT- SDR
36	5-10-2015	M	Hospital C.F.S	X		Bronquiolitis
37	6-10-2015	F	Hospital C.F.S		X	RNPT- Deprimido Grave
38	8-10-2015	F	Hospital C.F.S	X		RNPT- Deprimido Grave
39	8-10-2015	F	Hospital C.F.S	X		RNPT- Recuperación Nutricional
40	14-10-2015	F	Hospital C.F.S		X	RNT - PEG – CIR III
41	15-10-2015	F	Hospital C.F.S		X	RNT – Obstrucción Nasal - SDR
42	15-10-2015	M	Hosp. Notti		X	RNPT- Recuperación Nutricional- FLAP
43	16-10-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
44	23-10-2015	M	Hospital C.F.S	X		Ictericia por Incompatibilidad ABO
45	24-10-2015	M	Hospital C.F.S	X		RNT - Hipoglucemia
46	27-10-2015	M	Clínica Aledaña		X	Ictericia por Incompatibilidad ABO
47	27-10-2015	F	Hospital C.F.S		X	Ictericia por Incompatibilidad ABO
48	28-10-2015	F	Hospital C.F.S	X		Ictericia por hipoaporte
49	29-10-2015	F	Hospital C.F.S	X		RNPT - SDR

CODIFICACIÓN DE VARIABLES

- Estado Civil:
 - A. Soltera
 - B. Casada
 - C. En pareja
 - D. Divorciada y /o separada
- Su edad promedio va entre: Marque la opción correcta.
 - A. Menor de 18 años.
 - B. Entre 18 y 25 años.
 - C. Entre 25 y 35 años.
 - D. Mayor de 35 años.
- Estudios Cursados: Marque la opción correcta.
 - A. Sin estudios.
 - B. Primario incompleto.
 - C. Primario completo
 - D. Secundario incompleto.
 - E. Secundario completo.
 - F. Terciario Incompleto.
 - G. Terciario Completo.
 - H. Universitario incompleto.
 - I. Universitario Completo
- Ocupación
 - A. Ama de Casa
 - B. Empleada Doméstica
 - C. Empleada de Comercio
 - D. Estudiante
 - E. Administrativa
 - F. Enfermera
 - G. Docente
 - H. Asistente Social
 - I. Desocupada

- Lugar de residencia:
 - A. Urbano
 - B. Rural
- 1. Cuando Ud. estuvo hospitalizada en internación conjunta del Hospital Carlos F. Saporitti, ¿recibió información e instrucciones sobre los cuidados de su Recién Nacido?
 - A. SI
 - B. NO
- 2. ¿Se le enseñó durante su estadía en internación conjunta la correcta técnica de amamantamiento?
 - A. Si
 - B. No
 - C. No fue muy explicativa
- 3. Su hijo debe alimentarse al pecho materno cada: Marque la opción correcta
 - A. A libre demanda, sin que pasen más de 3hs entre una toma y otra.
 - B. Cuando lo requiera él bebe, aunque pasen varias horas.
 - C. 4 a 5 horas.
 - D. 6 a 7 horas.
- 4. ¿Tuvo dificultades al amamantar a su hijo durante su estadía en internación conjunta?
 - A. SI
 - B. NO
- 5. Si las tuvo, ¿pudo resolverla estando todavía Hospitalizada?
 - A. SI, la enfermera me explico nuevamente.
 - B. No, me explicaron y me fui con dudas.
- 6. Debe consultar con un especialista si su hijo tiene una temperatura: Marque la opción correcta
 - A. Entre 36°C y 37,3°C
 - B. Entre 36,3°C y 37°C
 - C. Menor a 36° o Mayor a 37,5°
 - D. Mayor a 38°C

7. La piel de su bebe debe estar siempre: Marque la opción correcta
- A. Rosada – Lisa – Hidratada.
 - B. Amarilla – Seca – Arrugada.
 - C. Grisácea – Lisa – Hidratada.
 - D. Rosada – Seca – Arrugada.
8. El ombligo de su bebe debe curarlo: Marque la opción correcta
- A. No hace falta curar el ombligo.
 - B. Tres veces por día y/o según necesidad.
 - C. Una vez por semana.
 - D. 10 veces por día.
9. Los efectos que pueden ocasionar sus hormonas en el cuerpo de su bebe:
- A. No producen nada.
 - B. Aumento de tamaño mamario.
 - C. Llanto excesivo.
10. ¿Su hijo puede tener un descenso fisiológico de peso en los primeros días de vida?
- A. Si, hasta un 10 por ciento del peso, es normal.
 - B. Si, Más de un 10 por ciento, no influye en él bebe.
 - C. No tiene que bajar de peso.
11. ¿Cómo se debe acostar al bebé en la cuna para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante?
- A. De costado.
 - B. Boca abajo.
 - C. Boca arriba.
 - D. Es indistinto, mientras duerma bien.
12. Usted debe consultar un especialista si su bebe presenta: Marque las opciones correctas.
- A. Succión débil. - Color amarillo intenso en las piernas. –Respiración agitada
- Alteración de la temperatura del cuerpo.
 - B. No presenta deposiciones en un día.
 - C. Un pequeño sangrado del ombligo.

D. Cambia el color de las deposiciones a amarillas.

13. Para prevenir enfermedades respiratorias en su bebé es importante: Marque la opción correcta.

A. Lavarse las manos dos veces por día, llevarlo al control médico, no ventilar mucho los ambientes.

B. Evitar aglomeraciones de personas, usar mucho alcohol en gel, evitar el contacto con otros niños, no bañar al bebé.

C. Evitar el contacto con personas enfermas y lavarse las manos, ventilar los ambientes, evitar el humo de cigarrillo y amamantarlo.

14. Debe alimentar a su hijo con: Marque la opción correcta.

A. Leche materna y agua desde el nacimiento.

B. Leche materna y leche entera si la necesita.

C. Leche materna y si lo necesita fórmula láctea 1.

D. Leche Materna Y si lo Indica el Médico Formula láctea 1.

- C.A.A.R.N: Calificación de Adecuada Alimentación del RN.

Esta calificación se obtiene de la suma de las respuestas correctas de la preguntas N° 3 y N° 14 de la encuesta. Asignándole a las respuestas correctas una calificación de dos, a solo una respuesta correcta una calificación de uno y a ninguna acertada una calificación de cero. Para de esta manera evaluar la comprensión materna, sobre adecuada alimentación de su RN.

- C.P.G: Calificación de Puericultura General (Promedio).

Esta calificación se obtiene de la suma de las respuestas correctas de la preguntas N°: 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de la encuesta. Asignándole a las respuestas correctas una calificación de uno, por lo que la sumatoria de las mismas resultará en diez. A partir de esta se considera:

- 10 Excelente Comprensión.

- 9-8 Muy buena

Comprensión.

- 7-6 Buena Comprensión.

- 5 Regular Comprensión.

- 4-0 Insuficiente Comprensión.

TABLA MATRIZ																																																																												
DATOS ESTADÍSTICOS																																																																												
	Estado Civil				Edad				Estudios Cursados												Ocupación												Resid.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	C.A.A.R.	C.P.G.																										
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	B	A	B	A	B	C	A	B	C	D	A	B	A	B	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	A	B	C	D		
1	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	2																								
2	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	4																								
3	1			1				1										1								1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	6																								
4	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	8																								
5	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	8																								
6	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	7																								
7	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	7																								
8	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	9																								
9	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	7																								
10	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	2																								
11	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	10																								
12	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	10																								
13	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	9																								
14	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	7																								
15	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	5																								
16	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	9																								
17	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	6																								
18	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	10																								
19	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	9																								
20	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	6																								
21	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	3																								
22	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	6																								
23	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	3																								
24	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	6																								
25	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	6																								
26	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	7																								
27	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	6																								
28	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			2	7																								
29	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			0	0																								
30	1			1				1									1									1	1	1				1	1			1			1	1			1	1			1	1			1	4																								
T	13	8	9	8	9	9	4	1	3	5	5	5	4	2	3	11	4	3	3	2	2	2	1	2	16	14	29	1	17	2	11	16	13	1	20	10	16	14	2	1	13	14	27	3	1	24	5	13	13	4	17	2	11	12	13	5	25	1	4	4	7	19	1	3	4	22	1,266667	6,3								

