



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS SOBRE
EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO
EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ – LIMA 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: BRESHIA SOLANGE, RIVAS VERA.

LIMA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS SOBRE
EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO
EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ – LIMA 2013”**

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres quienes me impulsaron a seguir esta carrera tan maravillosa y motivaron mi realización como profesional.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a todos mis docentes por brindarme sus conocimientos y experiencias a lo largo de mis estudios.

RESÚMEN

La presente investigación planteo como **problema** ¿Cuál es el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé sobre el cuidado del recién nacido, Lima - 2013? Su **objetivo**. Determinar el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé acerca del cuidado del recién nacido, Lima – 2013. La **hipótesis**: El conocimiento acerca del cuidado básico en madres primíparas de recién nacido en el Hospital San Bartolomé – Lima es bajo. **Metodología** fue descriptivo, no experimental y de corte transversal. Obteniendo como **resultado** en términos generales se observa un nivel de conocimiento bajo de 70% sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital San Bartolomé esto se debe a que las madres están desinformadas en temas cruciales para el cuidado de sus hijos como la estimulación temprana, signos de alarma y cuidados físicos asimismo se obtuvo un 20% medio y 10% de nivel alto. Llegando a la siguiente **conclusión** que el 80% de las madres primíparas se obtuvo un nivel de conocimiento bajo sobre la estimulación temprana esto se debe a que no cuentan con la información sobre las distintas áreas como lenguaje, psicomotricidad y desarrollo cognitivo, asimismo se obtuvo un 14% de conocimiento medio y 6% alto.

Palabras clave: Conocimiento, estimulación temprana, signos de alarma.

ABSTRAC

The present investigation poses as problem What is the knowledge of the primiparous mothers attended at the Hospital San Bartolomé on the care of the newborn, Lima - 2013? Its objective. To determine the knowledge of primiparous mothers cared for at the San Bartolomé Hospital about the care of the newborn, Lima - 2013. The hypothesis: Knowledge about basic care in primiparous newborn mothers at Hospital San Bartolomé - Lima is low.

Methodology was descriptive, non-experimental and cross-sectional. Obtaining as a result in general terms a low level of knowledge of 70% of the care of the newborn in the Hospital San Bartolomé is observed this is due to the mothers are uninformed in subjects crucial for the care of their children like the early stimulation, Signs of alarm and physical care also obtained a 20% average and 10% of high level. Coming to the following conclusion, 80% of the primiparous mothers had a low level of knowledge about early stimulation. This is due to the fact that they do not have the information about the different areas such as language, psychomotor and cognitive development. % Average knowledge and 6% high.

Keywords: Knowledge, early stimulation, warning signs.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	27
2.4. Hipótesis	28
2.5. Variables	29
2.5.1. Definición conceptual de la variable	29
2.5.2. Definición operacional de la variable	29
2.5.3. Operacionalización de la variable	30
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	31
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	31

3.3. Población y muestra	31
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	32
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSION	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

A los padres y en especial a la madre le 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 abarca 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.

La supervisión del proceso de adaptación implica detección de alteraciones que se salen del rango normal. Estas deben ser evaluadas para precisar si son expresión de una patología o una variación del proceso normal. Para esto se requiere una cuidadosa observación de la alteración y de las condiciones clínicas globales del recién nacido. Un ejemplo frecuente de esto son las alteraciones de la termorregulación. Estas pueden ser un hecho transitorio o un signo precoz de una infección.

El cuidado de todo recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas que se presenta actualmente en nuestra población es la morbilidad neonatal según la OMS cada año 4 millones de RN. Fallecen durante la etapa neonatal.

La morbilidad neonatal cada vez representa una mayor proporción de la mortalidad infantil, aportando actualmente 54% de los decesos en el 1º año de vida con una tasa de 33 muertes neonatales por cada 1000. (1)

La tasa de mortalidad neonatal fue para la región de América Latina y Caribe en el año 2000 de 15 por cada 1000 nacidos vivos. El 76% de ella se producen antes de los 7 días de vida y el resto suceden entre el 7º y 28º día de vida.

En el mundo más de 11 millones de niños fallecen antes de alcanzar los 5 años de vida de los cuales 8 millones son lactantes. El 78% de las muertes neonatales precoces se asocia con los recién nacidos de bajo peso (RNBP) o prematuros (2,4). (2) UNICEF reporta para el año 2000 una tasa del 11% de RNBP (4,5). La mortalidad neonatal en nuestro país

es de 18,3 por mil nacidos vivos (Encuentro Nacional de Educación y Salud IV (ENDES IV), actualmente es la primera causa de muerte de los niños menores de un año. En el Perú mueren 9,000 niños durante el primer mes de vida sobretodo sumando a la falta de conocimiento que tiene las madres primerizas en relación al cuidado del recién nacido. (3)

El período neonatal es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el período posterior al nacimiento. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia, de presentar patologías y de que estas dejen algún tipo de secuelas, especialmente neurológica. Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz.

La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos. La OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria. En los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos.

La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica. La mortalidad neonatal es responsable de entre el 40 a 70% de las muertes infantiles. En la medida que las tasas de mortalidad infantil descienden, las muertes neonatales son responsables de un porcentaje mayor de las muertes totales del primer año de vida. (4)

El conocimiento que tiene la madre primípara acerca del cuidado que le debe proporcionar a su recién nacido es de vital importancia ya que se podrían evitar muertes neonatales porque sabrían identificar los cambios que tiene su bebe repentino en los que es referente a los signos de

alarma, evitar infecciones por un buen aseo del cordón umbilical, o IRAS por un buen abrigo o mantener una temperatura adecuada en el recién nacido es por esto y por muchos otros motivos en el que la madre debe llenarse de los conocimientos necesarios para el buen cuidado de su recién nacido.

En el hospital San Bartolomé el labor de enfermería está basado en la educación a las madres para un mejoramiento en cuanto al recién nacido quien se encuentra en riesgo ya sea de contraer distintas enfermedades a las que está expuesta la población como a presentar signos de alarma de los cuales la madre no se percata a tiempo por no estar informada sobre estos u otros cuidados que se le brinda.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento de las madres primíparas sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital San Bartolomé - Lima 2013?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento de las madres primíparas sobre el cuidado del recién nacido en el Hospital San Bartolomé - Lima 2013.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé sobre los signos de alarma en el recién nacido - Lima 2013.
- Identificar el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé sobre los cuidados físicos del recién nacido - Lima 2013.

- Identificar el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé sobre estimulación temprana en el recién nacido – Lima 2013.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los Hospitales en la actualidad preocupados por el incremento de la población infantil en nuestro medio y por ende el abandono del recién nacido o la inadecuada crianza establece lineamientos de política para prevenir esta situación, por ello el profesional de enfermería asume el reto de participar actualmente en el proceso de prevención y promoción de la salud materna, porque con su actuar responsable garantizaría un proceso de gestación, parto, post parto y puerperio sin riesgo.

Así mismo durante los 1º 28 días de vida del recién nacido, etapa muy delicada en la que se completan muchos de los cambios fisiológicos necesarios para la vida extrauterina, este es incapaz de sobrevivir por sí mismo y es por ello que dependen de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres, los cuales deben estar preparados para asumir esta tarea y asegurar en el futuro un niño con posibilidades de desarrollo de todas sus potencialidades.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La primera limitación corresponde solo a las madres primíparas cuyas edades estén comprendidas entre los 14 y 25 años de edad.
- La segunda limitación corresponde a que los resultados obtenidos solo serán de un lugar determinado donde se llevó a cabo la investigación y no abarcará toda nuestra población.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Esperanza de Monterrosa, Jhon Jairo Zuleta y Ricardo Rojas Higuera desarrollaron una investigación acerca de la utilización de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido en hospitales colombianos, entre julio del 2010 y abril del 2011 en Colombia con el objetivo de evaluar la frecuencia de uso de prácticas comprobadas científicamente como beneficiosas, inefectivas o perjudiciales, en el cuidado del embarazo, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido., el método que se utilizó fue descriptivo, prospectivo de corte transversal.

En cuanto a la población fue conformada por 3365 mujeres con gestaciones mayores de 24 semanas y 3373 neonatos. Entre otros concluyeron:

“Las prácticas relacionadas con cuidados generales durante la gestación alcanzaron un buen resultado, entre el 88,2% y el 98,1%. Debe enfatizarse que la medición de las prácticas en el caso de los tamizajes para bacteriuria y sífilis fue el que se hubiesen solicitado las pruebas y no el que se completaran los demás procesos” tendientes a tratamientos oportunos y adecuados que son las intervenciones que realmente disminuyen los riesgos. Igual consideración debe hacerse para la práctica de prescribir hierro y folatos: no se midió si se le entregaron o si la gestante los tomó, solo si se le prescribieron.(6)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rosa Luz Mere Hernández y Zulema Pareja Bellido,desarrollo una investigación sobre conocimiento de lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control prenatal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé, en el año 2012 en Lima con el objetivo de determinar los conocimientos sobre la lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre natal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé y de identificar conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna que poseen las primigestas el método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal, la población está constituida por 68 primigestas, el instrumento utilizado fue un cuestionario y la técnica la entrevista. Llegando a la siguiente conclusión:

“El mayor porcentaje, es decir el 59%, poseen conocimientos inadecuados sobre lactancia materna; en cuanto a la práctica de la lactancia materna, el 37% poseen conocimientos inadecuados. Siendo que el conocimiento inadecuado radica principalmente en la categoría 7, relacionada al conocimiento que tienen las primigestas con respecto a la lactancia materna y EDA, que de las 68 encuestadas, el 60% responde inadecuadamente, así mismo

con respecto a la relación entre administración de medicamentos y producción de leche el 51% tienen conocimientos inadecuados, en cuanto a la importancia de la lactancia materna el 56% posee conocimientos inadecuados sobre la importancia de la lactancia materna en el bebé” (5)

Joanna Chapilliquen Pérez realizó un estudio sobre Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del Recién nacido en el Instituto Materno Perinatal mayo – nov 2007, entre mayo y noviembre del 2007 en la provincia de Lima con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del Recién nacido en el Instituto Materno Perinatal, el tipo de estudio es descriptivo, la técnica empleada fue la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario.

En cuanto a la población estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años quienes se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco – obstetricia del INMP, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos.

Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que:

La mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparados para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser (7)

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. Generalidades sobre conocimiento

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándolo en conocimiento científico y conocimiento vulgar

El conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica.

El conocimiento vulgar es vago; inexacto limitado por la observación.

Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana, es ametódico, Asistemático. No explica el “como” ni el “porque” de los fenómenos

Según Salazar Bondy, define el conocimiento: como “un acto y como un contenido; dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad al proceso mental y no físico.

Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos d otros. No son puramente subjetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al Lenguaje tanto para sí mismo, como para otro sujeto.

2.2.2. Características generales de un niño de 0-1 mes

El recién nacido es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, este periodo neonatal es una etapa muy delicada en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina.

Se sabe que el recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo y por ello depende de los cuidados y de las atenciones que le proporciona su madre. (8)

2.2.3. Signos de alarma del recién nacido

Las madres deben conocer las características normales de sus hijos recién nacidos, ya que así podrían detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud.

- Temperatura axilar superior a 37.5°C o rectal superior a 38°C temperatura axilar inferior a 36°C o rectal inferior a 36.5°C.
- Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante más de 15 segundos.
- Cambios en el color de la piel si el niño muestra coloración morada alrededor de los labios o si las escleróticas se ven amarillentas.
- Secreciones sanguinolentas, enrojecimiento o mal olor del ombligo.
- Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.
- Más de un episodio de vómitos fuertes vómitos frecuentes.

- Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.
 - Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras.
 - No hay orina en los pañales por más de 18 horas o menos de 6 micciones diarias.
 - Es inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlos funciona.
- (9)

2.2.4. Cuidados físicos del recién nacido

Para hablar de los cuidados de enfermería de un recién nacido normal, primero hay que definirlo. Según la OMS el estado neonatal normal es el que corresponde al recién nacido a término de 37 a 42 semanas de gestación, de peso adecuado, con un Apgar superior a 8 y que ha nacido a través de parto vaginal eutócico, sin asistencia instrumental.

El periodo neonatal es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el día 28 de vida.

2.2.4.1. Higiene

Se debe bañar al niño todos los días, preferiblemente antes de la última toma de la noche, para confortarle y favorecer un mayor descanso nocturno.

El primer baño del recién nacido se realizará pasadas, al menos, de 6 a 8 horas del nacimiento, cuando esté totalmente adaptado y haya regulado la temperatura corporal sin problemas. En caso de que coincida el horario, si no es necesario, se espera al día siguiente.

El vérmix no debe limpiarse, ya que es una capa grasa que le va a proteger frente a infecciones dérmicas, desapareciéndose paulatinamente.

Durante los primeros días de vida, el baño se debe realizar completamente, pero de una manera rápida, para no exponerle a un frío innecesario y para no macerar en exceso el cordón umbilical, ya que el cordón se puede mojar para limpiarlo, pero sin reblandecerlo. A partir de que el cordón se caiga, el baño se puede alargar durante un tiempo estimativo de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Se ha de preparar la bañera con una cantidad de agua suficiente para que el cuerpo del niño quede sumergido. El agua debe estar a una temperatura tibia y probarse siempre antes de introducir al niño. Es muy práctico y seguro preparar antes del baño todo el material necesario: esponja, jabón, toalla, etc., ya que una vez que el niño esté en la bañera no habrá manos suficientes para después preparar lo necesario.

Se aconseja utilizar un jabón suave, neutro y emplear una esponja de uso exclusivo, aunque durante el primer mes se puede usar la mano como esponja. Se sujeta al niño por el cuello y la espalda y se limpia suavemente tanto la cabeza como el resto del cuerpo. Una vez bañado, se debe secar escrupulosamente haciendo hincapié en el cordón, flexuras y pliegues.

Tras el baño, se puede aplicar sobre la piel del niño una loción hidratante o aceite corporal, observando las zonas que, por contacto con secreciones, puedan estar irritadas como el cuello y los genitales.

Una vez limpia e hidratada la piel, se procede a vestir al recién nacido con ropa cómoda, de manera que le permita moverse libremente. Debido a los cambios frecuentes de pañal, se aconseja vestir al niño con una camiseta y braga de forma que se puedan realizar fácilmente los cambios sin molestar al neonato.

Toda la ropa debe ser de algodón, ya que las fibras sintéticas de otros tejidos pueden irritar la piel del niño. Las sujeciones y broches han de ser con botones o corchetes, evitando lazos y cintas que se puedan enredar en los miembros o en el cuello del niño.

Es importante insistir en la necesidad de cambiar al niño el pañal siempre que lo necesite que, según su ritmo intestinal y urinario, será mayor o menor.

En algunos casos, la celulosa del pañales la causa de la dermatitis en toda la región, por lo que se ha de extremar la higiene y, si fuera necesario, aplicar pomadas tópicas con una concentración de glicerina (bálsamos). En condiciones normales es suficiente la aplicación de una loción o crema suave tras limpiar la zona perianal. En la actualidad, el talco está en desuso, ya que favorece la aparición de infecciones.

Puede aparecer en alguna zona del cuerpo eritema tóxico, característica común de la piel de los recién nacidos, consistente en pequeñas zonas enrojecidas con una pápula central que se presentan en los primeros días de vida, para lo que se debe aplicar en la zona clorhexidina diluida al 1 %, dando toques con una gasa para evitar infecciones de la misma. El eritema

toxico no requiere otro tratamiento y desaparece habitualmente a los pocos días.

Las uñas se cortan con regularidad a partir de la primera semana de vida, con tijeras de punto roma para evitar cual lesión ante un movimiento accidental.

En los primeros días de vida, si es preciso, se pueden colocar al recién nacido unas manoplas de algodón para que no se arañe la cara, debido a la tendencia innata a succionar sus puños o sus dedos, autolesionándose involuntariamente.

2.2.4.2. Descanso y sueño

El niño es el que pauta su horario, tardando un tiempo en realizar la pausa nocturna. Hasta la tercera o cuarta semana no realiza una etapa de sueño superior a las 4 o 5 horas. Generalmente, el recién nacido tiene un sueño muy profundo, aunque se puede despertar, además de por hambre, por otros motivos, como malestar por un pañal húmedo, exantema, dolor abdominal o calor.

Cuantitativamente, las necesidades de descanso y sueño de un neonato son muy elevadas, existiendo una relación proporcional de vigilia – sueño de 20/80. Posteriormente, y en paralelo al desarrollo del niño, esta proporción se va igualando.

La habitación del recién nacido debe estar iluminada, con luz solar, y ventilada, manteniendo una temperatura ambiental de 20°C aproximadamente. El ambiente debe ser alegre y tranquilo, con una

decoración y un mobiliario que faciliten la limpieza y evitando un acumulo de polvo.

2.2.4.3. Cordón umbilical

El cordón del recién nacido se pinza y se corta en el parto, tras el nacimiento, colocando una pinza de plástico a unos dos cm de la pared abdominal.

Tanto el cordón como la pinza siempre han de estar limpios y secos, para lo cual se debe cubrir con una gasa estéril ligeramente humedecida con alcohol de 70°, cambiándola tres veces al día y siempre que sea necesario.

El cordón se irá secando de manera que entre el octavo y el décimo día se desprende, quedando un muñón que será el ombligo definitivo.

Si no extreman las medidas de higiene y cuidados rigurosos del cordón, éste puede infectarse apareciendo secreción sanguinolenta, olor fétido y enrojecimiento de la piel abdominal que se debe tratar a tiempo.

Si la caída se difiere más allá de la tercera semana de vida, es necesario remitir al niño a cirugía para que se retire quirúrgicamente y evite la formación de un granuloma, o se valore la posibilidad de que exista una persistencia de parte del conducto mesentérico.

2.2.4.4. Lactancia materna

La leche materna es la leche idónea y óptima para alimentar a un niño desde que nace hasta el primer año de vida.

2.2.4.4.1. Composición de la leche materna

La leche humana es el alimento ideal, ya que cubre todas las necesidades nutritivas del lactante y evita riesgos innecesarios.

En los primeros dos a cuatro días después del parto, la secreción de la glándula mamaria es el calostro, líquido de color amarillo que contiene cinco veces más proteínas que la leche definitiva, con más sodio, potasio y cloro, pero con menos carbohidratos y grasas.

2.2.2.4.2. Ventajas de la leche materna

- Composición óptima: exactamente ajustada a las necesidades del lactante, con cantidades adecuadas de hidratos de carbono, proteínas, grasas, calcio y fósforo.
- Rica en vitaminas: la leche, según se forma, pasa al lactante, sin estar sometida a cocción, etc., por lo que mantiene todos sus componentes, a excepción de las vitaminas C y D que por su bajo contenido se han de añadir de forma exógena.
- Inmunidad pasiva: los anticuerpos maternos incluidos en la leche, tras degradarse en aminoácidos y absorberse, aportan factores inmunológicos protegiendo al neonato de algunas de las enfermedades a través de un medio pasivo de inmunización.
- Fermentos naturales: la leche lleva una serie de fermentos cuya función es madurar las células

epiteliales de la mucosa intestinal, permitiendo controlar la proliferación bacteriana y viral en el aparato digestivo, con lo que se evitan problemas de intolerancias digestivas, alergias a alimentos o diarreas.

- Mejores condiciones higiénicas: es una leche fresca, sin manipulaciones y es estéril. Además, está a la temperatura adecuada.
- Económicamente la leche materna no cuesta, por lo que es asequible a cualquier estrato social.

En relación a la madre, la lactancia va a aportarle una serie de ventajas como:

- Menor incidencia de carcinoma de mama
- Mayor involución uterina en el puerperio, con la consiguiente disminución de hemorragia puerperal.
- Las relaciones afectivas madre – hijo y las sonrisas, las caricias y las miradas aceleran, según estudios, la desaparición de la depresión puerperal.

2.2.4.4.3. Inicio de la alimentación

El momento ideal para poner al niño al pecho durante la primera hora de vida, ya que el reflejo de succión y el estado de alerta son muy fuertes y facilitan la lactancia.

Promover el contacto piel a piel e iniciar la lactancia en el postparto inmediato es una técnica que ayuda a

conseguir una exitosa lactancia, al tiempo que se establece grandes vínculos madre – hijo.

El inicio precoz de la alimentación permite comprobar el estado de los reflejos de succión y de deglución, además de evitarse hipoglucemias, por la glucosa que aporta el calostro materno.

Si por cualquier causa, distrés respiratorio, aspiración de meconio con vómitos e intolerancia digestiva u otra patología que impida el inicio precoz de la alimentación, a partir de las 3 horas de vida se ha de valorar la instauración de un goteo en perfusión endovenosa.

2.2.4.4.4. Horario y duración de las tomas

Teóricamente, se ha establecido que las tomas deben ser de unos 10 minutos de succión en cada mama cada 3 horas. Esta pauta es muy variable, sobre todo en los primeros días, en los que se aconsejan la lactancia a demanda, es decir, poner al niño al pecho cuando lo solicite, generalmente, por el llanto. Poco a poco el niño se irá adaptando a un horario, en paralelo al progresivo aumento de la secreción láctea, pidiendo alimento cada dos o tres horas, que es el tiempo de vaciado normal del estómago.

Durante la primera semana de vida es aconsejable que el niño no haga un descanso nocturno superior a cuatro o cinco horas, evitando así una mayor pérdida de peso que la pérdida fisiológica aceptada del 10 % de su peso al nacimiento en la primera semana de vida.

Hacia el día 15, debe intentarse que el lactante haga tomas de 5 a 10 min en cada mama, siendo este

tiempo suficiente para extraer, aproximadamente, el 80 – 90% del total, con un intervalo de tres horas entre la toma y un descanso nocturno de 6 horas. Según va creciendo el niño la toma se van distanciando cada cuatro horas.

2.2.4.4.5. Higiene y postura durante la lactancia

La higiene materna es de gran importancia debido a la íntima unión que va a tener con su hijo. A través de la succión, el recién nacido ingiere todo lo que haya en el pezón y areola, como restos de sudor, de desodorante, de cremas, etc.; por lo que es aconsejable que la madre no utilice productos fuertes, que contengan alcohol u olor, que produzcan en el niño el rechazo o la aversión al pezón.

Limpiar con una gasa seca el pezón antes o después de la toma para retirar restos de leche, que al secarse pueden provocar grietas, incluso sangrantes en ocasiones, se aplicaran pomadas grasas, y se utilizaran pezoneras de silicona para proteger la piel del pezón, aunque el niño puede digerir más aire sino se adapta perfectamente a la areola. Están indicadas también en pezones planos o invertidos, tan difíciles de succionar por el niño, siendo conveniente estimularlos suavemente antes de colocar las pezoneras.

La postura durante la lactancia tiene un papel fundamental por el tiempo tan largo que dedica la madre a amamantar a su hijo, la postura ideal para la lactancia es que la madre esté sentada con la espalda recta y bien apoyada en el respaldo de una silla. El niño en posición semisentado con la cabeza apoyada en la

flexura del brazo de la madre y su mano sujetando las nalgas del niño. Con la otra mano se cogerá la areola entre dos dedos, en forma de tijera, para ayudar al niño y facilitar la succión y la respiración, apartando la mama de la nariz del niño.

La cara del niño debe estar totalmente enfrentada a la mama, con el pezón y parte de la areola dentro de la boca para evitar tirones innecesarios y la masticación del pezón que producen dolor y favorecen la aparición de grietas.

En relación a los cuidados generales maternos, mientras dura la lactancia, la madre ha de comer lo más variable posible, evitando los alimentos de digestión pesada, las comidas con demasiadas especias, el alcohol y el tabaco y no tomar medicamentos sin que los prescriba expresamente el médico. Ha de beber muchos líquidos: agua, leche, zumos, infusiones, etc., para contribuir a aumentar la producción de leche.

2.2.4.4.6. Como hacerlo eructar

Luego de darle el pecho puedes levantarlo con la cabeza recostada en tu hombro y darle unas palmaditas en la espalda, esto ayuda a que evacue el aire que tragó mientras lo amamantabas, y ayuda, entre otras cosas, a evitar que vomite y tenga gases. Ponte un paño o algo para evitar que te ensucie. Otra manera es colocarlo semi sentado sobre las piernas, sostenerlo por el abdomen, con la cabeza hacia abajo y darle palmaditas en la espalda. Si aun así no eructa, colócalo boca abajo por poco tiempo, y vuelves a

repetir la maniobra, así varias veces hasta que finalmente eructe.

2.2.3.4.5. Conservación de la temperatura

La temperatura central refleja la temperatura promedio del cerebro, el corazón, los pulmones y las vísceras. La normo termia (36,5 °C - 37,5 °C) depende del equilibrio entre la pérdida de calor y la producción y conservación del mismo.

Existe enfriamiento cuando la temperatura oscila entre 35,8 °C y 36 °C; hipotermia cuando desciende de 35,7°C llegando a extremos de menos de 34 °C , y congelamiento con 22 °C .

El control de la temperatura se integra a través del hipotálamo anterior, de modo que el enfriamiento del hipotálamo da como resultado una vasoconstricción (conservación de calor) y la aparición de tiritonas (producción de calor). Un aumento del tono muscular y la velocidad metabólica por una estimulación simpática aumenta la producción de calor cuatro veces la velocidad normal.

Los recién nacidos son propensos a la hipotermia debido al mayor riesgo de pérdida de calor y a la incapacidad de producir calor tiritando:

- La pérdida de calor es más frecuente por el escaso tejido subcutáneo, la gran superficie corporal en relación con el peso, y al gran tamaño de la cabeza en relación con el cuerpo.

- El recién nacido y el lactante menor de tres meses no puede tiritar y dependen del metabolismo de la grasa parda para la termogénesis.

La grasa parda muy vascularizada, es rica en mitocondrias y se localiza en el cuello, tórax y abdomen.

La hipotermia se produce como resultado de la liberación de adrenalina que inicia el metabolismo de la grasa parda para producir calor. (10)

2.2.5. Estimulación Temprana

2.2.5.1. Enriquecimiento Sensorial

Tan pronto nace el niño, es capaz de percibir y responder a todas las experiencias que le acontecen. En el nacimiento percibe la iluminación de la habitación, el descenso de la temperatura ambiente, un abrazo cálido y escucha el sonido familiar del latido cardíaco de su madre y las voces de sus padres.

Cuando lo abrazan relaja su cuerpo y asume una postura de felicidad. Al hablarle, su cara se ilumina y observa de modo fijo, transmite su interés y demuestra que el contacto le agrada.

El recién nacido requiere estimulación sensorial como alimentarlo y taparlo, con el fin de que madure de manera adecuada.

2.2.5.2. ¿Qué es la Estimulación Temprana?

Es un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor. Su práctica en aquellos niños que presentan algún déficit de desarrollo, permite en la mayoría de los casos, llevarlos al nivel correspondiente para su edad cronológica.

Las actividades de estimulación tienen su base en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen los niños; por ello, deben ser aplicados de acuerdo a la edad en meses del niño y a su grado de desarrollo, ya que no se pretende forzarlo a lograr metas que no está preparado para cumplir.

2.2.5.3. ¿Por qué es Importante la Estimulación Temprana?

La infancia se considera como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán su capacidad de aprendizaje. El cerebro se triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y en este período alcanza el 80% del peso de adulto. El sistema nervioso central del niño o niña, que es muy inmaduro al nacer, alcanza casi su plena madurez entre los 5 a 7 años de edad.

Las posibilidades de desarrollo de potencialidades a partir de los 7 años son muy escasas, a los 18 meses son mayores y en el menor de 6 meses son ilimitadas,

por lo tanto, una persona a los 15 o a los 20 años, aprende nuevas cosas, nuevas habilidades, pero las aprende utilizando conexiones que ya fueron establecidas. Y esto es importante, porque aquello que no se ha constituido en los primeros años de vida ya no se va a constituir, va a ser muchísimo más difícil de lograr, por no decir imposible.

El desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño o niña sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor.

2.2.5.4. Masajes y Caricias

Las caricias y los masajes pueden estimular al bebé (ya que activamos unas de las principales vías de entrada de estímulos) y colaborar en su desarrollo afectivo, cognitivo y motriz. Comenzar a practicar los masajes al bebé desde que nace es una ayuda valiosísima para favorecer sus primeras conexiones neuronales. Los masajes deben ser un juego para el adulto y el niño, además de un medio de comunicarse y estimular el desarrollo.

También debemos evitar abrumarle con juegos, ejercicios y objetos. Es mucho más positivo mantener un ritmo sosegado y sereno. Con el roce de nuestras manos se produce un primer paso para la comunicación paterno-filial. Por tanto su desarrollo físico debe ir parejo con el emocional y afectivo, para ello, debemos realizar los ejercicios hablando continuamente con él.

2.2.5.5. Área Motora

El inicio del desarrollo en la niña o niño se haya dominado por la motricidad y su avance ocurre en sentido céfalo-caudal y próximo-distal. Las actividades en esta área tienen el propósito de contribuir al establecimiento del tono muscular adecuado y reacciones de equilibrio que le permitirá a la niña o niño conseguir el control sobre su cuerpo, ubicarse en el espacio y el tiempo y relacionarse con el medio que lo rodea al moverse libremente (gatear, ponerse de pie, caminar y correr).

En el control motor grueso los logros fundamentales para descartar algún retraso por daño cerebral son: la postura sentada sin apoyo (sedestación), que se logra entre los 6 y 8 meses y la marcha, que se logra a los 12 meses. Para que esto suceda, no sólo deben ocurrir cambios en el tono muscular y desaparecer los reflejos arcaicos (Ej. reflejo de prensión plantar), sino que además deben adquirirse reflejos de madurez (Ej. Reflejo de paracaídas).

2.2.5.6. Área de coordinación

Desde que nace la niña o niño, ve, oye y percibe un sin número de estímulos que le permite estar alerta y listo para ir conociendo el medio que lo rodea; va construyendo su pensamiento a partir de las experiencias con los objetos y el entorno, creando mentalmente relaciones y comparaciones entre ellos, así como estableciendo semejanzas y diferencias de sus características.

El desarrollo de la agudeza de los sentidos y la coordinación entre ellos (viso manual, viso auditiva), permitirán al niño acceder a una gran gama de experiencias ricas para el desarrollo cerebral.

Las actividades para estimular esta área van desde mostrarle objetos para que los mire y los siga con la vista, hasta el copiar formas y dibujar.

2.2.5.7. Área de Lenguaje

La estimulación en el área de lenguaje le permitirá a la niña o niño comunicarse con otras personas de su entorno. Su desarrollo abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde que la niña o niño nace, ya que podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciarlas; por esta razón es importante hablarle constantemente, relacionándolo con cada objeto que manipule o actividad que realice.

Las primeras manifestaciones son el pre-lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas, gritos), hasta la comprensión del lenguaje oral y escrito.

La adquisición del lenguaje (oral, corporal, escrito) es un factor esencial en el aprendizaje; una niña o niño que no cuenta con los medios para comunicarse, no comprende claramente lo que ocurre a su alrededor, por lo que puede llegar a presentar serias dificultades en su desenvolvimiento social.

2.2.5.8. Área social

Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización de la niña o niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas.

Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos.

Es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse frente a otros. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán a la niña o niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Para estimular esta área se realizarán actividades que permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.) (11)

2.2.6. Teorías de la investigación

Ramona Mercer: adopción del rol materno

Es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y

competencia dentro de su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre

Los cuatro apoyos sociales son:

- Apoyo Emocional, sentirse amado, cuidado digno de confianza y entendido.
- Apoyo Informativo, ayuda al individuo ayudarse a sí mismo proporcionándole información que le resulta útil para enfrentarse a los problemas y/o las situaciones.
- Apoyo Físico, es un tipo directo de ayuda.
- Apoyo de Valoración, informa a la persona de cómo está llevando a cabo su rol.

Nola Pender, Enfermera, autora del modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Rol de la madre en el cuidado del recién nacido

Son todos aquellos cuidados que la madre tiene con su recién nacido como el higiene, el cordón umbilical, descanso, sueño,

lactancia materna, conservación de la temperatura, estimulación temprana para garantizar el bienestar del nuevo ser.

2.3.2. El recién nacido

Comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, el recién nacido es incapaz de sobrevivir por sí mismo y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporciona su madre.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

El conocimiento acerca del cuidado básico en madres primíparas de recién nacido en el Hospital San Bartolomé – Lima 2013, es bajo.

2.4.2 Hipótesis específicas

- El conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé acerca de los signos de alarma en el recién nacido Lima 2013, es bajo.
- El conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé acerca de los cuidados físicos del recién nacido Lima 2013, es bajo.
- El conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé acerca de estimulación temprana en el recién nacido Lima 2013, es medio.

2.5.VARIABLE

Conocimiento acerca del cuidado básico del recién nacido en madres primíparas.

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Conjunto de ideas, conceptos que pueden ser claros, precisos, vagos y/o inexactos que tienen las madres primíparas acerca del cuidado en aspectos físicos y estimulación temprana en el recién nacido para satisfacer sus necesidades básicas y orientadas a favorecer su crecimiento y desarrollo.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Son todos los conocimientos que deben tener las madres primerizas acerca del cuidado básico del recién nacido, deben saber acerca de los signos de alarma, cuidados físicos y estimulación temprana.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
<p>Conocimiento acerca del cuidado básico del recién nacido en madres primíparas.</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados vagos y/o inexactos que tienen las madres adolescentes acerca del cuidado en aspectos físicos y estimulación temprana del recién nacido para satisfacer sus necesidades básicas y</p>	<p>Signos de alarma</p> <p>Cuidados físicos</p> <p>Estimulación temprana</p>	<p>Respiración Termorregulación Letargo Convulsiones Dificultad para alimentarse</p> <p>Higiene Descanso y sueño Cordón umbilical Lactancia materna Conservación de la temperatura</p> <p>Área visual Área auditiva Área verbal Área táctil</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es descriptivo, no experimental porque no se manipula la variable estudio y de corte transversal, porque el estudio se realizó en un momento dado en el tiempo.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló en el área de consultorios del Hospital San Bartolomé, ubicado en Av. Alfonso Ugarte 825- Lima, en los meses de agosto a diciembre de 2013.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 36 madres primíparas que acuden a consulta externa en el Hospital San Bartolomé.

La muestra estuvo constituida por el total de la población (36 madres), por tratarse de una población pequeña se consideró el muestreo no probabilístico e intencional.

Criterios de inclusión

- Madres de que se atiendan en el Hospital San Bartolomé.
- Madres que tengan hijos dentro de los 28 días de vida.
- Madres quienes sus edades se encuentren comprendidas entre los 14 y 25 años.
- Madres que sean primíparas.

Criterios de exclusión

- Madres que no se atiendan en el Hospital San Bartolomé.
- Madres que tengan hijos mayores de 1 mes.
- Madres mayores de 26 años.
- Madres que no sean primíparas.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. El instrumento consta de la presentación y los enunciados propiamente dichos. Dicho instrumento contiene 16 preguntas de opción múltiple.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, participando cinco profesionales, entre ellos enfermeros asistenciales del Hospital San Bartolomé y enfermeros docentes del área de investigación de la Universidad Alas Peruanas.

Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba binomial siendo determinante obtener un puntaje que no descienda de los valores establecidos; con las sugerencias de los expertos se mejoró el instrumento.

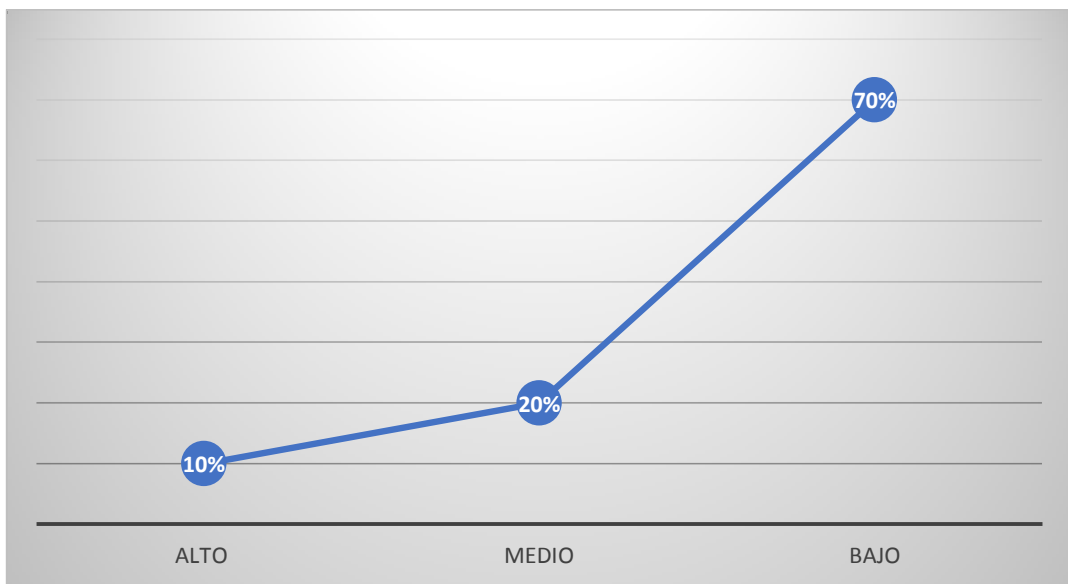
Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó, a través de una prueba piloto a 28 madres primíparas encontrándose en los consultorios del Hospital San Bartolomé, luego con los resultados se realizó la prueba de alfa de Cronbach obteniéndose como resultado 0.80.

3.6 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez concluida la recolección de datos se procedió al procesamiento en forma manual, mediante la elaboración del libro de códigos al cual se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a las incorrectas para la elaboración de cuadros para la respectiva interpretación.

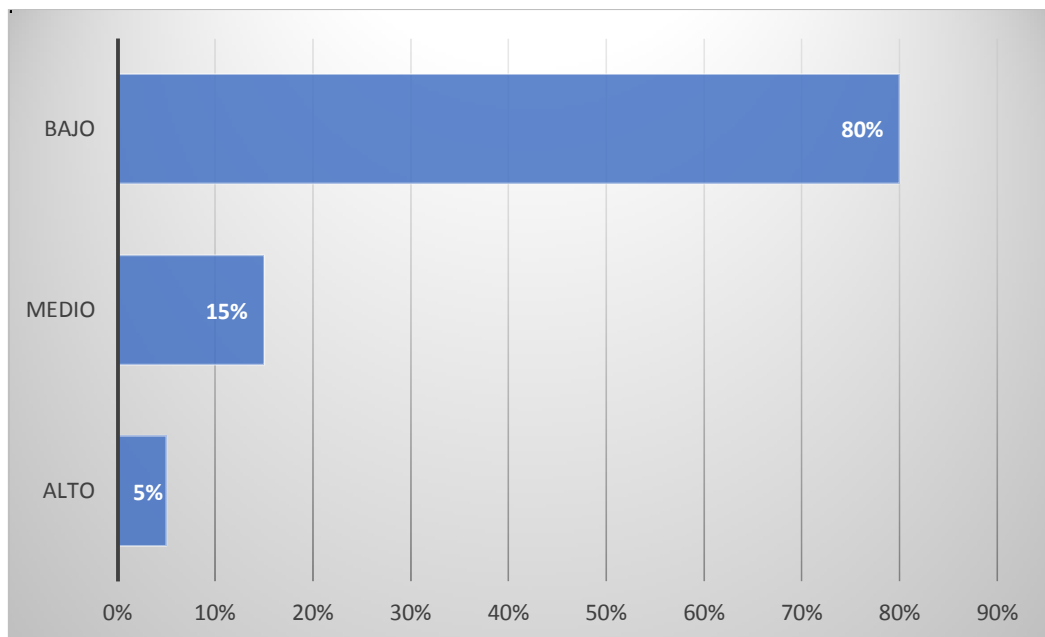
CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ ACERCA DEL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO LIMA – 2013



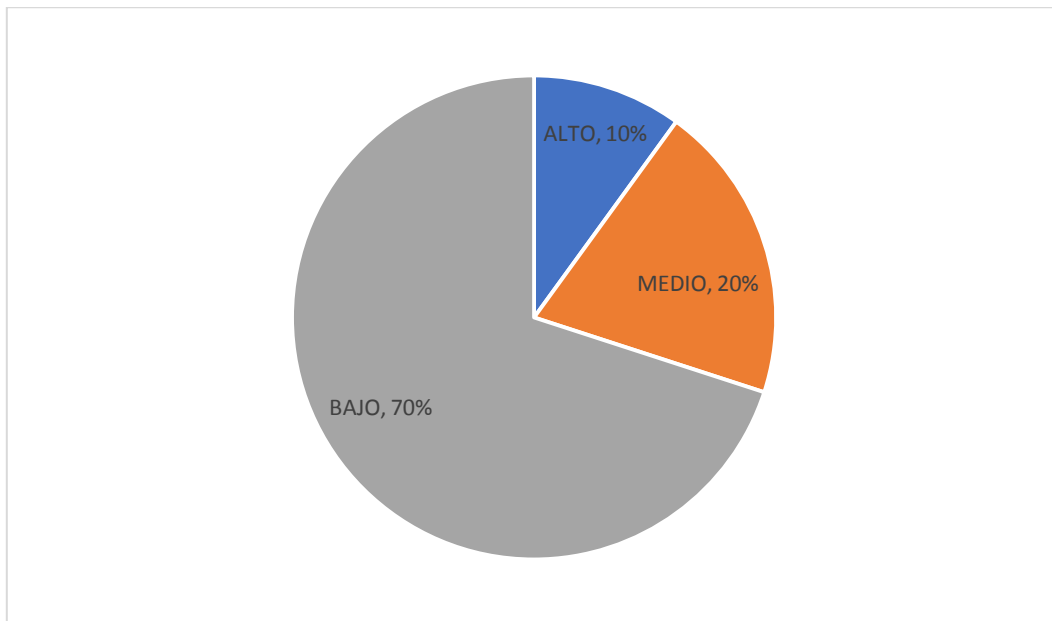
Análisis: en términos generales se observa un nivel de conocimiento bajo de 70% sobre el cuidado del recién nacido en el hospital San Bartolomé esto se debe a que las madres están desinformadas en temas cruciales para el cuidado de sus hijos como la estimulación temprana, signos de alarma y cuidado físicos asimismo se obtuvo un 20% medio y 10% de nivel alto.

GRAFICO 2: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO LIMA -2013



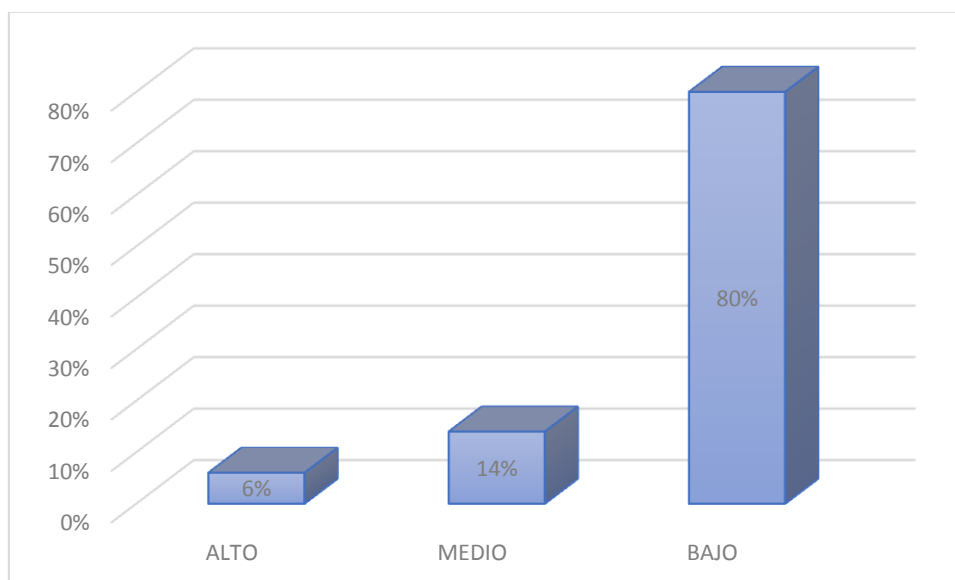
Análisis: Existe un 80% de nivel de conocimiento bajo de las madres primíparas respecto a la dimensión signos de alarmas, estos resultados se debe a que las madres no tienen información en la identificación sobre problemas de respiración llanto prologados de los recién nacidos cuantificación adecuada de termómetros, asimismo se obtuvo un nivel de conocimiento medio con 15% y alto 5%.

GRAFICO 3: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ SOBRE LOS CUIDADOS FÍSICOS DEL RECIÉN NACIDO LIMA -2013



Análisis: La tendencia continua, con nivel de conocimiento bajo de 70% de las madres sobre la dimensión cuidados físicos esto se debe a que las madres de familia desconocen sobre el cuidado adecuado del cordón umbilical, el baño la lactancia exclusiva, asimismo se obtuvo un conocimiento medio de 20% y 10% alto.

GRAFICO 4: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RN. LIMA- 2013.



Análisis: Existe un 80% de nivel de conocimiento bajo de las madres primíparas sobre la estimulación temprana esto se debe a que no cuentan con la información sobre las distintas áreas como lenguaje, psicomotricidad y desarrollo cognitivo, asimismo se obtuvo un 14% de conocimiento medio y 6% alto.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En el **Grafico N° 1** se observa un nivel de conocimiento bajo de 70% sobre el cuidado del recién nacido en el hospital San Bartolomé esto se debe a que las madres están desinformadas en temas cruciales para el cuidado de sus hijos como la estimulación temprana, signos de alarma y cuidado físicos asimismo se obtuvo un 20% medio y 10% de nivel alto Asimismo **Joanna Chapilli** **quén Pérez** realizó un estudio sobre Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del Recién nacido en el Instituto Materno Perinatal mayo – nov 2007, entre mayo y noviembre del 2007 en la provincia de Lima con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del Recién nacido en el Instituto Materno Perinatal, el tipo de estudio es descriptivo, la técnica empleada fue la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario. En cuanto a la población estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años quienes se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco – obstetricia del INMP, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos. Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que: La mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparados para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma

natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser (7)

En el **Grafico N° 2** muestra que Existe un 80% de nivel de conocimiento bajo de las madres primíparas respecto a la dimensión signos de alarmas, estos resultados se debe a que las madres no tienen información en la identificación sobre problemas de respiración llanto prologados de los recién nacidos cuantificación adecuada de termómetros, asimismo se obtuvo un nivel de conocimiento medio con 15% y alto 5%. **Rosa Luz Mere Hernández y Zulema Pareja Bellido**, desarrollo una investigación sobre conocimiento de lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control prenatal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé, en el año 2012 en Lima con el objetivo de determinar los conocimientos sobre la lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre natal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé y de identificar conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna que poseen las primigestas el método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal, la población está constituida por 68 primigestas, el instrumento utilizado fue un cuestionario y la técnica la entrevista. Llegando a la siguiente conclusión “el mayor porcentaje, es decir el 59%, poseen conocimientos inadecuados sobre lactancia materna; en cuanto a la práctica de la lactancia materna, el 37% poseen conocimientos inadecuados. Siendo que el conocimiento inadecuado radica principalmente en la categoría 7, relacionada al conocimiento que tienen las primigestas con respecto a la lactancia materna y EDA, que de las 68 encuestadas, el 60% responde inadecuadamente, así mismo con respecto a la relación entre administración de medicamentos y producción de leche el 51% tienen conocimientos inadecuados, en cuanto a la importancia de la lactancia materna el 56% posee conocimientos inadecuados sobre la importancia de la lactancia materna en el bebe” (5)

CONCLUSIONES

- Existe un nivel de conocimiento bajo de 70% sobre el cuidado del recién nacido en el hospital San Bartolomé esto se debe a que las madres están desinformadas en temas cruciales para el cuidado de sus hijos como la estimulación temprana, signos de alarma y cuidado físicos asimismo se obtuvo un 20% medio y 10% de nivel alto.
- El 80% de madres primíparas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo respecto a la dimensión signos de alarmas, estos resultados se debe a que las madres no tienen información en la identificación sobre problemas de respiración llanto prologados de los recién nacidos cuantificación adecuada de termómetros, asimismo se obtuvo un nivel de conocimiento medio con 15% y alto 5%.
- Existe un nivel de conocimiento bajo de 70% de las madres sobre la dimensión cuidados físicos esto se debe a que las madres de familia desconocen sobre el cuidado adecuado del cordón umbilical, el baño la lactancia exclusiva, asimismo se obtuvo un conocimiento medio de 20% y 10% alto.
- Finalmente el 80% de las madres primíparas se obtuvo un nivel de conocimiento bajo sobre la estimulación temprana esto se debe a que no cuentan con la información sobre las distintas áreas como lenguaje, psicomotricidad y desarrollo cognitivo, asimismo se obtuvo un 14% de conocimiento medio y 6% alto.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar talleres con las madres de familia sobre lo cuidados de los recién nacidos teniendo en cuenta que se debe culminar el curso con una ficha de observación que será compartido con las participantes.
- Es necesario elaborar infografías dirigidas a las madres primíparas sobre los signos de alarmas de un recién nacidos asimismo realizar.
- Elaborar charlas informativas entre las madres a fin de fortalecer conocimientos sobre los cuidados físicos que se debe realizar a un recién nacidos.
- Elaborar un manual instructivo dirigido a las madres sobre el desarrollo de la estimulación temprana en las distintas áreas a fin de que no solo haya conocimiento sino prácticas de una adecuada estimulación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS reducción la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 2 de junio de 2003).
Disponible en:
<http://apps.who.int/rhl/newborn/hpsguide/es/index.html>
- (2) Biblioteca de la OPS. Disponible en:
http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub63.pdf
- (3) <http://www.unicef.org/spanish/search/search.php?q=recien+nacido>
- (4) March of Dimes - Muerte neonatal> Consultado el 2 de septiembre 2003
- (5) MereHernández, Rosa Luz conocimiento de lactancia materna que poseen las primigestas en Lima 1997
- (6) Esperanza De Monterrosa, Jhon Jairo Zuleta Y Ricardo Rojas Higuera de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido en hospitales colombianos,2005
- (7) Joanna Chapilliquen Pérez Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del Recién nacido en el Instituto Materno Perinatal 2007
- (8) <http://estudiantes.medicinatv.com/apuntes/muestra.asp?id=99>
- (9) <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05.pdf>
- (10) Crespo Carmen cuidados de enfermería en neonatología 3ªed. Sintesis 2006
- (11) Alcaraz guadalupe cuidados del recién nacido 1º ed. ISBN
- (12) http://bebes.suite101.net/article.cfm/el_metodo_madre_canguro_para_el_cuidado_de_bebes
- (13) <http://redcanguro.wordpress.com/cuidados-madre-canguro/>
- (14) http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm
- (15) <http://embarazo10.com/2007/11/19/cuidados-del-bebe-recien-nacido/>
- (16) <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria7404-Regulacion.htm>

(17) http://www.adra.org.pe/salud/Archivos/Publicaciones/ed_guiaestimacion.pdf

(18) <http://www.webdelbebe.com/recien-nacido/sintomas-de-alarma-del-recien-nacido.html>

ANEXOS

	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé sobre estimulación temprana en el recién nacido. Lima- 2013. 	<p>es bajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> El conocimiento de las madres primíparas atendidas en el Hospital San Bartolomé acerca de estimulación temprana en el recién nacido Lima 2013, es medio. 		<p>Estimulación temprana</p>	<p>Área visual Área auditiva Área verbal Área táctil</p>
--	--	--	--	------------------------------	---

ANEXO 2 :INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sra. Madre de familia el presente cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca del conocimiento que tiene usted sobre el cuidado básico de su recién nacido. Este cuestionario es de carácter anónimo; usted contará con 16 preguntas de opción múltiple.

Estado civil: _____

Edad: _____

SIGNOS DE ALARMA

1. ¿Sabe utilizar el termómetro rectal o axilar?
 - a) Sí
 - b) No
2. La temperatura normal en el recién nacido se encuentra entre:
 - a) 37°C - 38.3°C
 - b) 36°C - 37.5°C
 - c) 35.5°C – 36.2°C
 - d) 36°C – 38°C
3. ¿Cómo identifica una dificultad en la respiración?
 - a) Sus costillas sobresalen
 - b) Respira su nariz aletea
 - c) Hundimiento de las costillas
4. Si el recién nacido duerme más horas de las adecuadas Ud. que hace
 - a) Aprovecha para descansar
 - b) Intenta levantarlo
 - c) Aprovecha el tiempo para realizar sus quehaceres
 - d) Lo lleva rápidamente al centro de salud más cercano
5. Puede estar indicando _____ cuando el recién nacido llora por más de ½ hora.
 - a) Hambre
 - b) Sueño
 - c) Cólico
 - d) Frio – calor

6. Son signos de alarma:
- a) Cuando no quiere lactar
 - b) Cuando llora insistentemente por más de 30 min
 - c) Cuando no calma con lactancia

CUIDADOS FÍSICOS

7. Que cuidados debe tener antes del baño del recién nacido
- a) Preparar todo lo que requiere para el baño
 - b) Que en el ambiente proporcionado no haya corrientes de aire
 - c) Bañarlo en el patio aprovechando el sol
 - d) Mantener la puerta abierta del baño
8. El baño del recién nacido debe tener una duración de:
- a) 10 min
 - b) 30 min
 - c) 1 hora
 - d) 45 min
9. Los cuidados con el cordón umbilical deben ser:
- a) Mantener limpio y seco
 - b) Colocarlo por dentro del pañal
 - c) Mantenerlo cubierto en el día
10. Cuanto tiempo debe dar de lactar al recién nacido
- a) 1 vez al día
 - b) 2 veces al día
 - c) Cada vez que pida de lactar
 - d) Cada 8 horas
11. La alimentación del recién nacido debe ser de:
- a) Agua de anís
 - b) Leche maternizada
 - c) Lactancia materna exclusiva
 - d) Leche comercial

12. Un beneficio de la lactancia materna exclusiva para el recién nacido es:
- a) Sirve como un método anticonceptivo
 - b) Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo
 - c) Es económica
 - d) No se prepara

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

13. Que estímulo debe darle a su bebe en el primer mes de vida en el área motora
- a) Hacer que le agarre el dedo y ver si lo aprieta o lo suelta
 - b) Echado en la cama hacerle juegos hasta que logre levantar la cabeza en busca de su juguete
 - c) Jugar con él para ver cuál es su reacción
14. Que estímulo debe darle a su bebe en el primer mes de vida en el área visual
- a) Ponerle su sonajero para que juegue con él
 - b) Con un aro u otro objeto hacer que lo siga con la mirada hasta que lo pierda
 - c) Hacerle juegos tapándose la cara para ver si nota la ausencia
 - d) Hacerle juegos y ver si logro hacerle reír
15. Que estímulo debe darle a su bebe en el primer mes de vida en el área auditiva
- a) Aplaudir delante de él y ver cómo reacciona
 - b) Hacer sonar su sonajera por detrás de él para que busque de donde proviene el sonido
 - c) Hacerle juegos con la sonaja para que la agarre
 - d) Hacer que le agarre el dedo y ver si lo aprieta o lo suelta
16. Que estímulo debe darle a su bebe en el primer mes de vida en el área coordinación
- a) Poner la sonaja a un lado de él y observar su reacción

- b) Lograr que haga movimientos de cabeza de un lado a otro
- c) Mover la argolla de un lado a otro y observar si logra agarrarle

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO:

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)
CRITERIOS								
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.6	0.65	0.55	0.5	0.75	3.05	0.61
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.8	0.7	0.5	0.55	0.7	3.25	0.65
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.75	0.6	0.55	0.45	0.6	2.95	0.59
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.7	0.75	0.6	0.6	0.65	3.3	0.66
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.7	0.7	0.55	0.55	0.6	3.1	0.62
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.7	0.75	0.65	0.6	0.6	3.3	0.66
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.6	0.75	0.5	0.65	0.75	3.25	0.65
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.7	0.75	0.6	0.6	0.6	3.25	0.65
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.7	0.65	0.6	0.55	0.65	3.15	0.63
TOTAL		0.69	0.70	0.57	0.56	0.66		5.72
							P=	0.64

Es válido si P es ≥ 0.60

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

$$\alpha = [K/K-1][1 - Ev/Vt]$$

$$\alpha = [16/16-1][1-(6.70/3.83)]$$

$$\alpha = (1.07)[1 - 1.75] \quad 1.49$$

$$\alpha = (1.07)(0.75)$$

$$\alpha = 0.80$$