



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL INCREMENTO PONDERAL DEL RECIEN NACIDO PREMATURO, EN EL HOSPITAL GENERAL "A" PACHUCA, HIDALGO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

SANDALIA LETICIA ISLAS HERNÁNDEZ

ASESOR:
LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

MÉXICO, D. F.

DICIEMBRE 1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1997

38
2e1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL INCREMENTO
PONDERAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO, EN EL
HOSPITAL GENERAL "A" PACHUCA, HIDALGO.

TESIS

Que para obtener el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA

SANDALIA LETICIA ISLAS HERNÁNDEZ.

Con la asesoría de:

Lic.MA. ANGELES GARCÍA ALEXANDER.



México; D.F.

Diciembre 1996.

Reconocimiento.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y a la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la U.A.H., por su valiosa labor realizada en la preparación de profesionistas de la Enfermería.

CONTENIDO.

	pag.
Introducció n	1
1.- <u>FUNDAMENTACIÓ N DEL TEMA DE INVESTIGACIÓ N</u>	3
1.1 Descripció n de la situació problema	3
1.2 Identificació n del problema	3
1.3 Justificació n de la Investigació n	4
1.4 Ubicació n del tema de estudio	5
1.5 Objetivos de la investigació n	5
1.5.1 General	5
1.5.2 Especificos	5
2.-<u>MARCO TEÓ RICO</u>	6
2.1 Participació n de la Enfermera	6
2.1.1 Características de la Enfermera Pediatra.	6
2.1.2 Proceso atención de Enfermería	6
2.1.3 Atención integral	6
-Objetivos de Enfermería en el cuidado del prematuro	6
-Condiciones para la crianza del prematuro	7
-Alimentación del niño prematuro	7
2.1.4 Lactancia materna	7
-Composición de la leche materna	7
-Ventajas de la lactancia materna	7
-Técnica de amamantamiento	8
-Calidad de la leche de las madres de los prematuros	8

-Extracción manual de la leche	8
2.1.5 Cálculo de requerimiento calorico	9
2.1.6 Tipo de leches	9
-Alimentación con fórmula artificial	9
-Principios de la alimentación artificial	9
2.1.7 Técnica de alimentación	10
-Alimentación por gavage gástrico	10
2.1.8 Toma de peso del prematuro	10
2.1.10 Cuidados generales del niño prematuro	11
-Cuidados del prematuro en incubadora	12
-Transporte del prematuro, de la incubadora a la cuna	12
2.1.11 Medidas preventivas en el manejo del niño prematuro	12
-Prevención de los nacimientos prètermino	12
-Prevención de infecciones	13
2.2 Incremento ponderal del recién nacido prematuro.	13
2.2.1 Concepto de prematurez	13
Factores causales	13
-Mortalidad en el prematuro	14
2.2.2 Clasificación de la prematurez	14
-Curva de crecimiento intrauterino, Dra. Lubchenco	14
2.2.3 Características físicas del prematuro	15
-Características clínicas del prematuro	15

2.2.4	Valoración por el método Capurro	15
2.2.5	Necesidades especiales del prematuro	15
	-Necesidades nutricionales	15
2.2.6	Nutrientes esenciales	16
2.2.7	Funcionamiento del aparato digestivo del - prematuro	16
2.2.8	Ventajas de la lactancia materna en el - prematuro	17
	-Inicio de la lactancia materna en el <u>prema</u> turo	17
2.2.9	Incremento ponderal en el prematuro	17
2.2.10	Causas que originan pérdida de peso en - el prematuro	17
2.2.11	Conducta del prematuro	18
2.2.12	Desventajas fisiológicas del prematuro	18
	-Problemas del prematuro	18
3.-	<u>METODOLOGÍA</u>	19
3.1	Hipótesis	19
3.1.1	General	19
3.1.2	de trabajo	19
3.1.3	Nula	19
3.2	Variables e Indicadores	19
3.2.1	Independiente	19
	-Indicadores de la variables	19

3.2.2	Dependiente	20
	-Indicadores de la variable	20
	-Factores extrínsecos	20
	-Factores intrínsecos	20
3.2.3	Definiciones operacionales	20
	3.2.3.1 Participación de la Enfermera	20
	3.2.3.2 Incremento ponderal en el prematuro	22
3.2.4	Modelo de relación causal de las variables	24
3.3	Tipo y diseño de investigación	25
	3.3.1 Tipo	25
	3.3.2 Diseño	25
3.4	Técnicas e instrumentos de Investigación	26
	3.4.1 Fichas de trabajo	26
	3.4.2 Observación	26
	3.4.3 Entrevistas	26
	3.4.4 Cuestionarios	26
4.-	<u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u>	27
	4.1 Universo, Población y Muestra	27
	4.2 Procesamiento de datos	27
	Cuadros y Gráficas	28
	4.3 Comprobación de hipótesis	74
	4.4 Análisis e interpretación de resultados	75
5.-	<u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.</u>	87
6.-	<u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	89

7.- <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	94
8.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	96

INTRODUCCIÒN.

La presente investigaciòn se realizò con el fin de conocer cuàl es la participaciòn de la Enfermera en el incremento ponderal - del recièn nacido prematuro y detectar los factores que influyen de la atenciòn de Enfermería, sobre este grupo.

Es importante el desarrollo de este tema, ya que el prematuro es un ser biopsico-social que requiere de la atenciòn de Enfermería de calidad, para reintegrarlo a su núcleo familiar y así disminuir los días de estancia hospitalaria, ademàs de aportar mas bases a la Enfermera para un mejor desarrollo profesional.

Los capítulos que contiene la presente investigaciòn son 8.

En el primer capítulo se presenta la fundamentaciòn del tema investigado. Este capítulo permite conocer la situaciòn problema, la identificaciòn, ubicaciòn, justificaciòn y los objetivos de - la investigaciòn.

En el segundo capítulo se describe el marco teòrico, en donde se profundiza sobre los conocimientos científicos respecto al tema. En el tercer capítulo se aborda la metodología, en donde se describen la hipótesis, las variables e indicadores, definiciones - operacionales, modelo de relaciòn causal de las variables, tipo y diseño de investigaciòn y tècnicas e instrumentos de investigaciòn utilizadas.

En el cuarto capítulo se presenta la instrumentaciòn estadística en donde se contempla universo, poblaciòn y muestra, método para procesamiento de datos, comprobaciòn de hipótesis y presentaciòn de cuadros, gráficas y análisis de los datos.

En el quinto capítulo se presentan las Conclusiones y sugerencias de la investigación.

En el sexto capítulo se integran anexos y apéndices.

En el séptimo capítulo se refiere al glosario de términos, en donde se define la terminología compleja.

En el octavo capítulo se enlistan las referencias bibliográficas que se consultaron para fundamentar el tema de investigación.

1.- FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 Descripción de la situación problema.

En el Hospital General "A" de Pachuca, en el servicio de crecimiento y desarrollo se a observado que existe una mayor demanda de asistencia de la población infantil, y los prematuros estan largos periodos hospitalizados para poder egresar.

En el año de 1993 se implementò en el Hospital, el programa de - Lactancia materna, siendo uno de los programas prioritarios de - salud, el cual trae consigo múltiples beneficios al recién nacido, dicho programa a tenido una respuesta buena por parte de la población materna.

Respecto al desarrollo profesional de Enfermería en el servicio de crecimiento y desarrollo, se percibe una limitación de conocimientos para un manejo óptimo del prematuro, ya que se han observado fallas en la atención de Enfermería como: inadecuada técnica de baño, retraso en el horario establecido para ministrar la fórmula lactea y no se lleva una gráfica de peso del prematuro. También se a observado que no todas las madres de los prematuros llevan su leche para darselas a sus hijos.

1.2 Identificación del problema.

¿Cuál es la participación de la Enfermera en el incremento ponderal del recién nacido prematuro, en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General "A" Pachuca, Hidalgo?

1.3 Justificación de la Investigación.

La presente investigación se elaboró con el fin de conocer cuál es la participación de la Enfermera en el incremento ponderal - del recién nacido prematuro, en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General "A" de Pachuca, ya que no existen estudios previos al respecto.

En el Hospital en el área de perinatología una de las primeras - causas de morbilidad y mortalidad es la prematurez, lo cual implica mayor responsabilidad del equipo de salud.

Los prematuros requieren de una atención de calidad por lo labil que son al medio extrauterino y se a observado que el período de hospitalización que pasan son largos.

La atención que brinda la Enfermera a los prematuros es importante y puede participar más para disminuir las tasas de morbilidad perinatal y las repercusiones a nivel familiar y social que esto conlleva.

Las necesidades que se cubren con la investigación es que permitieron participar en este campo con bases científicas y conocer la participación de la Enfermera en el incremento ponderal de - los prematuros, que permita proponer soluciones a problemas encontrados.

Los beneficios que se espera que aporte es la participación activa de la Enfermera en el campo de la investigación y ampliar -- los conocimientos sobre el incremento ponderal en el prematuro y la participación de la Enfermera que debiera ser más dinámica e integral y que pueda incidir mas en el incremento ponderal.

1.4 Ubicación del tema de estudio.

El tema que se estudio se encuentra ubicado en las siguientes - disciplinas: Pediatría, Enfermería, Psicología y Administración. Pediatría la cual se encarga de tratar al niño sano y enfermo, - desde el nacimiento hasta la adolescencia.

La Enfermería porque es la base de apoyo de este estudio.

La Psicología porque estudia la conducta humana.

La Administración porque estudia los recursos humanos.

1.5 Objetivos.

1.5.1 General

Conocer los factores que influyen de la atención de Enfermería en el incremento ponderal del recién nacido prematuro.

1.5.2 Específicos.

-Conocer el nivel de conocimientos y problemática de Enfermería que afectan el incremento ponderal en el prematuro.

-Proponer alternativas de solución de la problemática detectada.

2.- MARCO TEÓRICO.

2.1 Participación de la Enfermera.

2.1.1 Características de la Enfermera Pediatra.

"Debe de ser observadora, habil, bien entrenada, tener paciencia e interes por este tipo de trabajo, ya que gran parte de la responsabilidad de la salud de los prematuros y de la supervivencia recae en el Personal de Enfermería."(1)

2.1.2 Proceso atención de Enfermería.

El proceso atención de Enfermería es un instrumento en la práctica de la Enfermera, el cual permite planear y asegurar la calidad en los cuidados brindados al Paciente, de acuerdo a sus necesidades.(2)

2.1.3 Atención integral.

La Enfermera debe de proporcionar cuidado integral al prematuro para atender y cubrir sus necesidades en el aspecto físico, mental, social y espiritual.

-Objetivos de Enfermería en el cuidado del prematuro.

Los objetivos van encaminados a : mejorar su respiración, mantenerlo caliente, conservar su energía, prevenir infecciones, proporcionarle nutrición e hidratación adecuada, cuidarle la piel(3)

-
- (1) DUNCOMBE, Margaret y WELLWE, Barbara. Manual de Enfermería Pediátrica. México. 1981. ed. Continental. p.70.
- (2) D'ATKINSON, Leslie y MURRAY, Mary. Importancia del proceso de atención de Enfermería. México. 1985. ed. Manual moderno. p.5.
- (3) DUMONT Thompson, Eleanor. Manual de Enfermería Pediátrica. México. 1986. ed. Interamericana. p. 81.

-Condiciones para la crianza del prematuro.

- 1.- Aislamiento y asepsia.
- 2.- Calentamiento.
- 3.- Mantenimiento de una ventilación eficaz.
- 4.- Alimentación apropiada. (4)

-Alimentación del niño prematuro.

La frecuencia de los alimentos estará regido por el hambre la curva ponderal y la tolerancia a los alimentos.

2.1.4 Lactancia materna.

-Composición de la leche materna.

La leche materna contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y agua.

Contiene 2 proteínas importantes, la lactoalbumina y la caseína, la lactoalbumina contiene todos los aminoácidos esenciales para el lactante. Las grasas son de fácil digestión por su composición química. Los hidratos de carbono que se encuentran bajo la forma de lactosa. Minerales, aporta todos los minerales aunque el hierro es en cantidades bajas.

El valor calorífico de la leche materna es de 20 calorías por cada 30 ml. (5)

-Ventajas de la lactancia materna.

Las ventajas de la lactancia materna son disminución de la posibilidad de infección, por las inmunoglobulinas que contiene la

-
- (4) STHEINSCHNEIDER R. Cuadernos de la Enfermera. España. 1980. ed. Toray Masson. p. 91.
 - (5) NORMAN A, Beischer y MC. KAY, Erick. Obstetricia práctica. México. 1981. ed. Interamericana. p.217.

-leche y porque esta llega directamente a la boca del niño.

La leche materna esta naturalmente adaptada para la digestión y necesidades nutricionales del niño y se mantiene el vínculo afectivo de madre e hijo.(6)

-Técnica de amamantamiento.

La madre se debe de lavar las manos, limpiar los pezones con agua hervida, cargar al niño y sentarse, con la espalda apoyada. La leche debe de estar saliendo por el pezón, se le abre la boca al niño y se le coloca el pezón. La nariz del lactante se mantiene separada de la mama, cuando el lactante termina de succionar, se retira con cuidado el pezón, empujando la mandíbula hacia abajo ò colocando un dedo en el ángulo de su boca, posteriormente hacer que el niño eructe.(7)

-Calidad de la leche de las madres de los prematuros.

La leche de las madres de los prematuros tiene un contenido calórico mayor, debido a la mayor cantidad de grasa y 25% de mas - concentración de proteínas, principalmente las dos primeras semanas.(8)

-Extracción manual de la leche.

Para realizar la extracción manual de la leche, la madre primero se debe de lavar las manos, luego asear el pezón, se debe de - - desechar los primeros 5 ml. de leche. Los accesorios colectores -

(6)(7) BEISCHER, A. Norman y Mc. KAY.Erick Obstetricia práctica. México. 1981. ed. Interamericana. p. 217 y 219.

(8) LACERVA, Víctor. Lactancia materna. México. 1983. ed,Manual moderno. p.134

-deben de estar esteriles. Se apoya los dedos por debajo de la -
mama, a fin de sostenerla y se coloca el pulgar por arriba, y se
comprime hacia abajo, en direcci3n al pez3n.(9)

2.1.5 C3lculo de requerimiento calorifico.

El c3lculo de requerimiento calorifico en el prematuro es de 120 a
150 calorias/Kg./dia.(10)

2.1.6 Tipo de Leches.

Las leches que se utilizan para alimentar a los reci3n nacidos -
cuando no es posible la lactancia materna son las leches materni
zadas las cuales contienen menos grasa y le a3aden mas azucar --
para hacerla similar a la leche materna.(11)

-Alimentaci3n con f3rmula artificial.

"Aunque el amamantamiento es superior a la alimentaci3n artifici
al, hay momentos en que no es posible el amamantamiento, en estas
situaciones se puede alimentar a los lactantes por medio de una -
dieta artificial". (12)

-Principios de la alimentaci3n artificial.

Higienica y est3ril, la leche debe de estar est3ril y todos los
utencilios que tengan contacto con ella.

Suficiente: que satisfaga las necesidades alimentarias del ni3o.

Digerible: que sea facilmente digerible.

Constante: siempre se debe de utilizar la misma leche, a menos -
que haya intolerancia.(13)

(9)(12) BEISCHER, A. Norman y Mc. KAY, Erick. op.cit. p.225.p.230.

(10) BROE, Voirrey. Manual de Enfermeria Pedi3trica. Espa3a. 1988.
ed. Salvat. p. 91

2.1.7 Técnica de alimentación.

- Alimentación por gavage gástrico.

Lavarse las manos, preparar el equipo y material: tubo de gavage jeringa de 20 ò 50 ml., una copa con agua estéril, fórmula lactea prescrita, la cual debe de estar a temperatura ambiente, gasas. Para intubación gástrica: a) colocar al niño en decùbito dorsal con la cabeza ligeramente elevada. b) medir la sonda, al usar - la vía bucal, medir la distancia desde la boca hasta el lòbulo - de la oreja y luego a un punto entre la apèndice xifoides y el - ombligo. c) fijar la cabeza con una mano e introducir la sonda con la otra mano. d) corroborar que la sonda este en cavidad - gástrica. e) conectar la jeringa a la sonda, vaciar la leche y - permitir que fluya con lentitud dentro de la sonda, no ejercer - presión pues la mucosa gástrica se traumatiza. f) la fórmula se sigue de una pequeña cantidad de agua para limpiar el tubo. g) si el tubo se va a dejar instalado, se fija con cinta adhesi-
ya, si se va a extraer, doblar el tubo sobre si mismo y extraerlo con rapidez. h) colocar al niño sobre el costado derecho, despu
es de la alimentación para prevenir la aspiración y acelerar el vaciado del estomago. (14)

2.1.8 Toma de peso del prematuro.

"El control de peso en el prematuro, se debe de pesar una vez -- por día, en un horario establecido, se precalienta la balanza, -

-
- (11)(13) BLANCAFORT, Manuel. Puericultura actual. España. 1974. ed. Bruguera. p.158. p.157.
(14) KING, Eunice. WIECK, Lynn y DYER, Marilyn. Manual ilustrado de técnicas de Enfermería. México. 1984. ed. Interamericana. p.548.

- para mantener la temperatura del niño durante el procedimiento. Se sugiere que una vez que el estado del niño es estable, haya un buen control del balance hídrico, se tome el peso solo cada 48 - horas". (15)

2.1.9 Curva ponderal.

Para llevar un control de crecimiento y nutrición del prematuro se debe de registrar el peso en gráficas.

2.1.10 Cuidados generales del niño prematuro.

"Objetivo: aumento de peso apropiado y constante.

Acciones de Enfermería: a) peso diario.

b) revisar dieta cada 2 días, comprobar que la ingestión calorífica sea la adecuada para el peso.

c) corroborar la prescripción médica.

d) comprobar que la ingestión sea igual a lo prescrito.

e) hacer eruptrar al bebe despues de darle la alimentación.

f) Si se ministra la fórmula por sonda orogástrica, comprobar la situación de la sonda, aspirar el contenido gástrico antes de cada comida, para comprobar la absorción, si lo aspirado esta parcialmente digerido y es una cantidad menor a los 2 ml., de jar de aspirar y seguir con la alimentación." (16)

(15) KING, Eunice. WIECK, Lynn y DYER, Marilyn. op. cit. p.592.

(16) BROE, Voirrey. op.cit. p.91.

-Cuidados del prematuro en incubadora.

Al prematuro se le coloca en una incubadora, para mantener el -- medio lo más parecido posible al que estaba, mantener la temperatura corporal y conservar su energía. (17)

-Transporte del prematuro de la incubadora a la cuna.

"Al niño prematuro con pañal y que sea capaz de mantener su temperatura corporal, sin que tenga que añadirse calor ambiental, - se le coloca en una cuna descubierta. Por lo regular se hace cuando el recién nacido alcanza de peso de 1800 a 2000 gramos ". (18)

2.1.11 Medidas preventivas en el manejo del niño prematuro.

-Prevención de los nacimientos prèrterminos.

- 1.- Cuidados prenatales tempranos y regulares.
- 2.- Suspender tabaquismo.
- 3.- En caso de cervix incompetente, intervenciòn quirurgica para reparaciòn.
- 4.- Prolongar el embarazo a traves de reposo en cama y terapeutica mèdica.
- 5.- Nutriciòn adecuada.
- 6.- Disminuciòn del strees. (19)

(17)(18) DUMONT Thompson, Eleanor. op.cit. p.81.

(19) FRIESNER, Arline.-RAFT Beverly. Enfermeria materno infantil. México. 1982. ed. Manual moderno. p. 313.

-Prevención de infecciones.

"Se debe de lavar las manos antes y despues de tener contacto - con el bebe, el equipo debe de estar limpio y cada bebe debe de tener su propio equipo, hay que tratar con cuidado al prematuro y tan pocas veces como sea necesario." (20)

2.2 Incremento ponderal en el prematuro.

2.2.1 Concepto de prematuréz.

Prematuro es todo recién nacido vivo con un peso menor de 2500 - gramos y con un periodo de gestación menor de 37 semanas.(21)

-Factores causales.

Etiología se desconoce con exactitud.

Factores causales: embarazo múltiple, infección de vías urinarias ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, polidramnios, enfermedad hipertensiva del embarazo, cardiopatías maternas, - - desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, anomalías uterinas e infecciones maternas severas.

Factores de riesgo:

- 1.- Factores ambientales: condición socio-económica deficiente, falta de control prenatal especializado, realización de trabajos pesados, embarazos no deseados, madre soltera.
- 2.- Factores maternos: edad materna menor de 20 años y mayor -- de 30 años, talla materna en menores de 1.50 m., paridad -

(20) DUMONT Thompson, Eleanor. op.cit. p. 84.

(21) MONDRAGON Castro, Hector. Obstetricia basica ilustrada. México. 1992. ed. Trillas. p. 503.

(22) NUÑEZ Maciel, Eduardo. y A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S. Ginecología y Obstetricia. México. 1991. ed. Mendez Oteo. p.526.

- en primigestas, desnutrición, intervalo intergenesico menos de 2 años, peso antes del embarazo menor de 45 Kg., habitos de alcoholismo y tabaquismo, partos prematuros anteriores, enfermedades maternas.(22)

-Morbi-mortalidad en el prematuro.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal.(23)

2.2.2 Clasificación de prematuridad.

De acuerdo a las semanas de gestación: leve de 34 a 37 semanas, moderada de 31 a 34 semanas y grave de 28 a 31 semanas.

De acuerdo al peso: 1er. grado entre 1500 y 2500 gramos, 2do.grado entre 1000 y 1499 gramos y 3er. grado menos de 1000 gramos.(24)

-Curva de crecimiento intrauterino, Dra. Lubchenco.

"La Dra. Lubchenco a sintetizado en las llamadas 'curvas de colorado' la evolución de la talla, peso corporal y perímetro cefálico a través de la gestación normal, al relacionar a estas gráficas los datos antropométricos de un niño; se puede conocer si su crecimiento a seguido el patron normal y a alcanzado las magnitudes promedio para su edad intrauterina. Es importante conocer con exactitud la fecha de la ultima menstruación, para correlacionar con los datos antropométricos del niño.(25)

(23) DILTS, P.U., GREENE, Jhon y RODDIC. Gineco-Obstetricia básica. México. 1980. ed. Interamericana. p. 83.

(24) MONDRAGON Castro, Hector. op.cit. p.503.

(25) DIAZ del Castillo. Pediatría Perinatal. México. 1982. ed. Interamericana. p.41.

2.2.3 Características físicas del prematuro.

Piel delgada y rojiza, presencia de lanugo, escasa grasa subcutánea, abdomen protuido, genitales pequeños, extremidades cortas, ausencia de pliegues plantares, uñas cortas. (26)

-Características clínicas del prematuro.

Apatía, llanto débil, movimientos musculares limitados, reflejo de búsqueda, succión y deglución ausentes o débiles, tendencia a la hipotermia, micción escasa. (27)

-Valoración por el método Capurro.

El método Capurro sirve para determinar la edad gestacional en los recién nacidos.

Los parámetros que se van a valorar son:

Características del pabellón auricular.

Aspecto de la piel.

Tamaño del nódulo mamario.

Aspecto de los genitales externos.

Presencia de pliegues plantares. (28)

2.2.5 Necesidades especiales del prematuro.

-Necesidades nutricionales.

Una persona no puede vivir mucho tiempo sin recibir alguna forma de nutrición. El alimento es el combustible con que funciona el

-
- (26) BRUNER, Lilian y SUDDART D. Manual de la Enfermera. México. 1986. ed. Interamericana. p.1553.
 (27) MONDRAGON Castro, Hector. op.cit. p.504.
 (28) FRIESNER, Arline. op.cit. p.314

-cuerpo, es necesario para el crecimiento, la conservación de los huesos y tejidos.

2.2.6 Nutrientes esenciales.

"Los nutrientes esenciales son : agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, sales minerales y vitaminas.

Hidratos de carbono son utilizados por el cuerpo como la principal fuente de energía.

Grasas también son una importante fuente de energía para el cuerpo.

Proteínas la función en el cuerpo es liberación de energía, construcción y reparación de tejidos corporales.

Vitaminas necesarias para el crecimiento, conservación y reparación de los tejidos del cuerpo, además de regular los procesos - organicos".(29)

2.2.7 Funcionamiento del aparato digestivo en el prematuro.

Las funciones digestivas, mecánicas y secretoras son inmaduras, - el volumen del estomago es pequeño, del orden de 10 ml., la secreción gástrica es débil y pobre en ácido clorhídrico, la secreción pancreática también es débil por lo cual va haber mala absorción de grasas y vitaminas liposolubles, (vitaminas A,D,E).

Los prematuros presentan un reflujo gastroesofágico y un reflejo nauseoso inmaduro, lo que aumenta el riesgo de aspiración de -

(29) WITTER, Du Gas y BEVERLY B. Tratado de Enfermería práctica. México. 1988. ed. Interamericana. p.239.

(30) STHEINSCHNEIDER R. op.cit. p.88

- de los alimentos, por esto y por la ausencia del reflejo de succión y deglución es indicativo la alimentación al prematuro mediante una sonda orogástrica.(30)

2.2.8 Ventajas de la lactancia materna en el prematuro.
Las ventajas de la lactancia materna en el prematuro: es que puede ser menos frecuente la enterocolitis necrosante y la mala absorción de grasas.(31)

-Inicio de la lactancia materna en el prematuro.
"En prematuros con edades gestacionales menores de 34 semanas, no debe de intentarse de inmediato la alimentación materna, por el esfuerzo que esto le implica al prematuro y el grande consumo de calorías". (32)

2.2.9 Incremento ponderal en el prematuro.
El aumento de peso en los prematuros es de 20 a 30 gramos por día. (33)

2.2.10 Causas que originan perdida de peso en el prematuro.
Pueden ser intolerancia a los alimentos, ingestión calórica insuficiente o la presencia de infecciones.(34)

(31) (32) LACERVA, Victor. op.cit. p.131. p.133.

(33) (34) BROE, Voirrey. op.cit. 92.

2.2.11 Conducta del prematuro.

Los niños prematuros demuestran el stress a través de una actividad motora desorganizada, esto puede ocurrir por un manejo o estimulación prolongada, con un balanceo suave se puede calmar y así se disminuye el consumo de energía.(35)

2.2.12 Desventajas fisiológicas del prematuro.

"La inmadurez fisiológica hace que el organismo del prematuro, - este peor dotado para adaptarse a las condiciones exteriores en el momento del parto, con el resultado de que su capacidad de - adaptación es baja".(36)

-Problemas del prematuro.

"Los problemas que van a tener los prematuros son: inmadurez pulmonar, función respiratoria inadecuada, mal control de la temperatura corporal, inmadurez de los procesos metabólicos, mala nutrición, piel y riñones inmaduros y poca resistencia a las infecciones".(37)

(35) P.CLOHERTY y STARK, Ann. Manual de Cuidados neonatales. México. 1989. ed. Salvat. p.351.

(36) WATSON E. y LOWREY G. Crecimiento y desarrollo del niño. México. 1982. ed. Trillas p.119.

(37) HATHWAY, W. y HAY Jr. W. Diagnostico y tratamiento Pediátricos. México. 1984. ed., Manual moderno. p. 28.

3.- METODOLOGIA.

3.1 Hipòtesis.

3.1.1 General.

H_1 : La participaciòn de la Enfermera influye en el incremento ponderal del recièn nacido prematuro.

3.1.2 de trabajo.

H_2 : A mejor participaciòn de la Enfermera mayor incremento ponderal en el recièn nacido prematuro.

3.1.3 Nula.

H_0 : No influye la participaciòn de la Enfermera en el incremento ponderal del recièn nacido prematuro.

3.2 Variables e indicadores.

3.2.1 Independiente: Participaciòn de la Enfermera.

Indicadores de la variable.

- Nivel academico de la Enfermera.
- Tipo de jornada laboral.
- Interes por los niños.
- Tècnicas de alimentaciòn.
- Indice Enfermera -Paciente.
- Recursos materiales disponibles.

3.2.2 Dependiente: Incremento ponderal en el recién nacido prematuro.

Indicadores de la variable

- aumento o disminución en tasas de morbilidad.
- aumento o disminución en la curva ponderal.

Factores extrínsecos.

- Lactancia materna.
- Preparación de fórmulas lácteas.

Factores intrínsecos.

- grado de prematuridad.
- capacidad gástrica.
- reflejo de succión y deglución.
- actividad del prematuro.

3.2.3 Definiciones operacionales.

3.2.3.1 Participación de la Enfermera.

La Enfermera Pediatra es un elemento importante en las unidades de cuidados intensivos. Duncombe refiere, que la Enfermera que cuida bebés prematuros debe de ser observadora, tener interés por los niños, ya que gran parte de la responsabilidad de la salud de los prematuros y de la supervivencia recae en el personal de Enfermería.

El proceso atención de Enfermería es un instrumento el cual permite a la Enfermera asegurar la calidad en los cuidados brindados al paciente de acuerdo a sus necesidades.

La Enfermera debe de proporcionar cuidado integral al prematuro para atender y cubrir sus necesidades en el aspecto físico, mental, social y espiritual.

Los objetivos de Enfermería en el cuidado del prematuro van encaminados a : mejorar su respiración, mantenerlo caliente, conservar su energía, prevenir infecciones, proporcionarle nutrición e hidratación adecuadas y cuidarle la piel.

Las condiciones para la crianza del prematuro son: aislamiento y asepsia, calentamiento, mantener una ventilación eficaz y una - alimentación apropiada.

También es importante mantener vigilancia estrecha en el prematuro en: la respiración, temperatura, frecuencia cardiaca, reflejos coloración de tegumentos, síntomas neurológicos, presencia de - hemorragias, vigilar ingestas y excretas, tono muscular, reacción a estímulos y distensión abdominal.

El papel de la Enfermera en el programa de lactancia materna es de suma importancia, ya que por la labor realizada, el programa a tenido aceptación por parte de la población.

La lactancia materna es un programa prioritario del sector salud ya que es un alimento completo y adecuado para las necesidades - del recién nacido. Dentro de las ventajas del amamantamiento, está la disminución de la posibilidad de infección, por las inmunoglobulinas que contiene la leche.

Las ventajas que va a tener el prematuro con la lactancia materna son: disminución de enterocolitis necrosante.

La alimentación en el prematuro se inicia con agua bidestilada por 3 tomas, cada 3 horas, después se continúa con solución glucosada al 5% por 3 tomas y posteriormente se inicia con leche materna.

Es importante que la Enfermera atienda la alimentación del prematuro, con bases científicas, lo cual ayudará a que el incremento ponderal sea el adecuado en el prematuro.

El control de peso en el prematuro lo realiza la Enfermera, se debe de pesar al bebe una vez por día, en un horario establecido precalentar la balanza para mantener la temperatura del prematuro durante el procedimiento.

Sola Augusto recomienda que una vez que el niño esta estable se realice la toma de peso cada 48 horas.

Para llevar un control de crecimiento y nutrición del prematuro se usan curvas de crecimiento, en las cuales se hacen registros diario.

3.2.3.2 Incremento ponderal en el recién nacido prematuro.

Prematuro es todo niño vivo, con un peso menor de 2500 gramos y con un periodo de gestación menor de 37 semanas.

Los factores causales de la prematurez, pueden ser por causas maternas, fetales ó placentarias.

Mondragon describe la clasificación de prematurez de acuerdo a las semanas de gestación: prematurez leve de 34 a 37 semanas, - prematurez moderada de 31 a 34 semanas, y prematurez grave de 28 a 31 semanas. De acuerdo al peso: 1er. grado entre 1500 a 2500

- gramos, 2do. grado entre 1000 y 1499 gramos y 3er. grado menor de 1000 gramos.

Las características físicas del prematuro son : piel transparente y rojiza, con presencia de lanugo, escasa grasa subcutánea, - abdomen protuido, genitales pequeños , extremidades cortas, ausencia de pliegues plantares, y las uñas son cortas.

Características clínicas del prematuro: apatía , llanto débil, - movimientos musculares limitados, reflejo de succión, deglución y búsqueda ausentes ò débiles, hay tendencia a la hipotermia.

La prematuridad es la primera causa de morbilidad y mortalidad perinatal.

Existe un método para determinar la edad gestacional en los recién nacidos, es la valoración de Capurro, los parámetros que se van a valorar son: características del pabellón auricular, aspecto de la piel, tamaño del nódulo mamario, aspecto de los genitales externos y presencia de pliegues plantares.

Los prematuros van a tener varios problemas como: inmadurez pulmonar, función respiratoria inadecuada, mal control de la temperatura corporal, inmadurez de los procesos metabólicos, mala nutrición, piel inmadura y poca resistencia a las infecciones.

Función del aparato digestivo del prematuro. las funciones digestivas, mecánicas y secretoras son inmaduras, la secreción gástrica es débil y pobre en ácido clorhídrico, la secreción pancreática también es débil, por lo cual va haber mala absorción de grasas.

Los prematuros presentan reflujos gastroesofágicos y un reflejo - náuseoso inmaduro, lo que aumenta el riesgo de aspiración de los alimentos, por esto y por la ausencia del reflejo de succión y - deglución, es indicativo la alimentación mediante una sonda orogástrica.

El incremento ponderal en el prematuro es de 20 a 30 gramos por día.

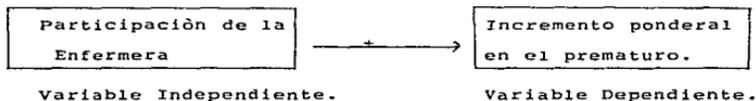
Respecto a la alimentación del prematuro, Jasso nos refiere, que la frecuencia de los alimentos estará regido por el hambre, la - curva ponderal y la tolerancia.

El aumento de peso debe de ser periódico y progresivo.

En los prematuros con un peso mayor de 1250 gramos, los aumentos de fórmula serán de 2 ml. por toma y en los menores de 1000 gramos el aumento será de 1 ml. por toma cada tercer día.

Dentro de las causas que pueden originar pérdida de peso en el - prematuro están: la intolerancia a los alimentos, ingestión calórica insuficiente o la presencia de infecciones.

3.2.4 Modelo de relación causal de las variables.



3.3 Tipo y diseño de Investigación.

3.3.1 Tipo.

El presente diseño de investigación se considera de tipo descriptivo, observacional, diagnóstico, transversal y prospectivo.

Descriptivo porque el fenómeno se estudio sin establecer comparaciones.

Observacional porque el fenómeno se presencio sin modificar intencionalmente sus variables.

Es diagnóstico porque a partir de la observación y captura de -- datos, se podrá establecer un diagnóstico situacional.

Es transversal, porque se examinaron características de un grupo en un momento dado, durante un tiempo limitado.

Es prospectivo, porque se planeo previamente y se definio con -- precisión las condiciones de estudio.

3.3.2 Diseño.

El modelo de diseño de investigación que se utilizò es el de -- Lasty Balseiro Almario.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación.

3.4.1 Fichas de trabajo.

Es aquella en la que se registra información relevante sobre un tema o problema de investigación.

Se elaboraron fichas de trabajo para recopilar información importante, de bibliografía consultada referente al tema de estudio.

3.4.2 Observación.

Es una técnica de captación de datos en la que el observador acumula datos de un fenómeno.

Se observó el peso de los prematuros en estudio.

3.4.3 Entrevista.

Es una técnica de captación de datos en donde hay un encuentro - previsto entre el investigador y personas a investigar, para - - obtener información mediante la comunicación verbal.

La entrevista se llevo a cabo con el Personal de Enfermería, del servicio de crecimiento y desarrollo para obtener información.

3.4.4 Cuestionario.

Es un instrumento de trabajo que permite la recopilación de información necesaria de grandes grupos.

Se aplico un cuestionario a las Enfermeras del servicio de crecimiento y desarrollo, para la obtencion de datos.

4.- INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

4.1 Universo, población y muestra.

Universo.- el total de los recién nacidos prematuros que ingresaron al servicio de Unidad de cuidados intensivos neonatales, - en el mes de agosto de 1996 fueron 32, esta cantidad representa al 100 % del universo.

Población.- los recién nacidos prematuros hospitalizados en el - servicio de crecimiento y desarrollo fueron 14, en el mes de - agosto de 1996.

Muestra.- se seleccionò por el tipo de muestra sistemático, y se tomaron 10 recién nacidos prematuros como muestra, para el estudio realizado.

4.2 Procesamiento de datos.

Los datos se procesaron mediante el método de palotes y en tarjetas simples, para obtener el recuento y presentarse en cuadros y gráficas.

Cuadros y Gráficas.

Cuadro No. 1

Nivel academico del Personal de Enfermería.

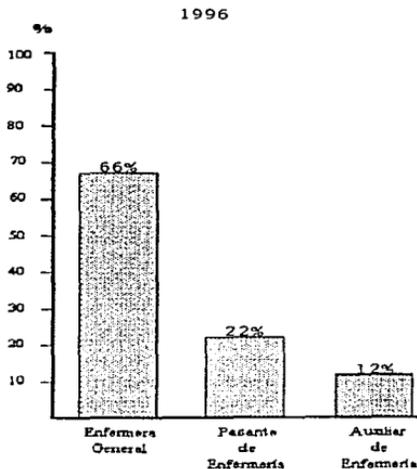
1996

Nivel Academico	Número	%
Enfermera General	6	66
Pasante de Enfermería	2	22
Auxiliar de Enfermería	1	12
Totales	9	100

Fuente: Cuestionario de la Investigación Participación de la Enfermera en el incremento ponderal del Recién nacido prematuro en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General "A" de Pachuca, Hidalgo, aplicados del 27 septiembre al 1 octubre.

Gráfica No. 1

Nivel Académico del Personal de Enfermería.



Observaciones: El nivel académico del Personal de -
Enfermería, el 66% son Enfermeras Genera
les, el 22% Pasantes de Enfermería y el
12% corresponde a Auxiliar de Enfermería.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No 2

Definición de Prematuro de acuerdo a la respuesta
del grupo encuestado.

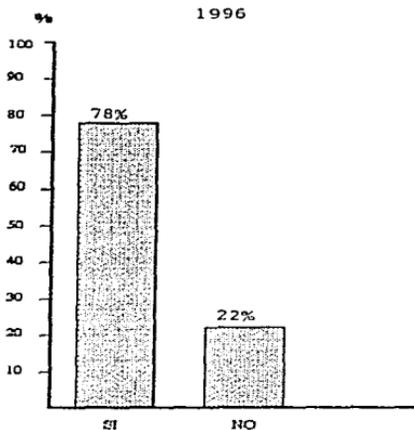
1996

Definición de Prematuro	Número	%
Si	7	78
No	2	22
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gràfica No. 2

Definición de Prematuro de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: El 78% de la Enfermeras conoce la definición de Prematuro, en tanto el 22% lo ignora.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 3

Clasificación de Prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

1996

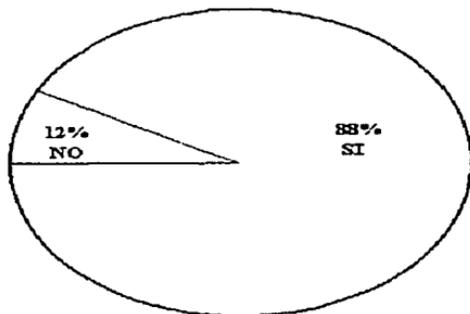
Clasificación de Prematuro	Número	%
Si	8	88
No	1	12
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 3

Clasificación de prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

1996



Observaciones: el 78% del Personal de Enfermería conoce la clasificación de Prematuro, mientras que el 12% no la conoce.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 4

Primera causa de mortalidad perinatal, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

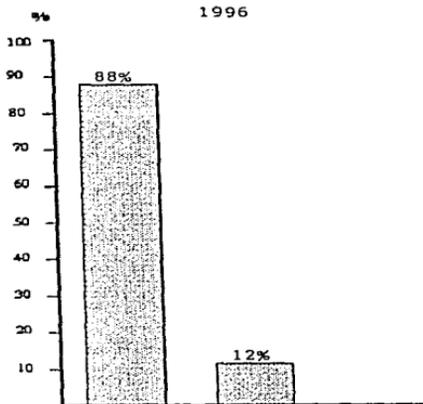
1996

la. causa de mortalidad perinatal.	Número	%
Si	8	88
No	1	12
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 4

Primera causa de mortalidad perinatal, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: El 88% de las Enfermeras conoce cual es la primera causa de mortalidad perinatal mientras que el 12% lo desconoce.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 5

Tipo de atención de Enfermería que se proporciona al recién nacido prematuro.

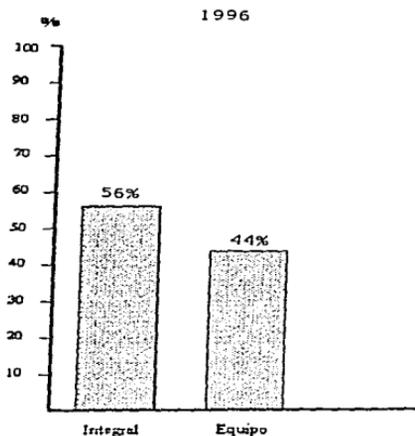
1996

Tipo de atención	Número	%
Integral	5	56
en equipo	4	44
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gràfica No. 5

Tipo de atención de Enfermería que se proporciona al recién nacido prematuro.



Observaciones: El 56% de las Enfermeras proporciona cuidado integral al recién nacido Prematuro, en tanto el 44% proporciona atención en -- equipo.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 6

Condiciones para el manejo del recién nacido Prematuro,
de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

1996

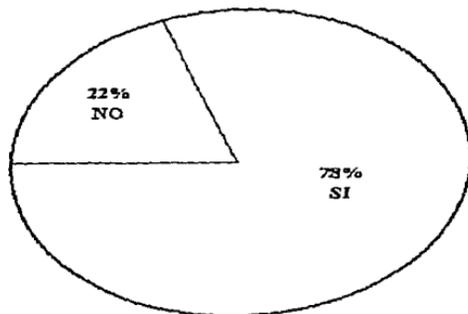
Condiciones para el manejo del Prematuro	Número	%
Si	7	78
No	2	22
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gràfica No. 6.

Condiciones para el manejo del recién nacido prematuro de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

1996



Observaciones: el 78% de las Enfermeras conoce las condiciones para el manejo del recién nacido prematuro, mientras que el 22% lo ignora.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 7

Control de peso del recién nacido Prematuro.

1996

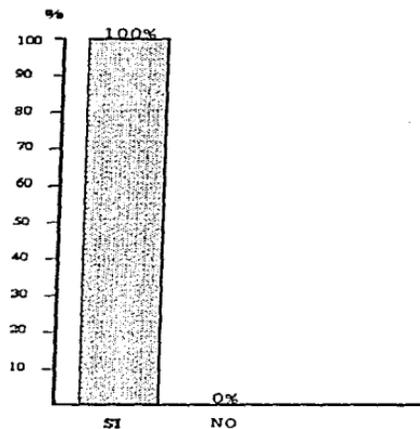
Control de peso del Prematuro.	Número	%
Si	9	100
No	0	0
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No.7

Control de peso del recién nacido prematuro.

1996



Observaciones: El 100% de las Enfermeras sabe cada cuando se debe de tomar el peso al recién nacido prematuro.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 8

Técnica de alimentación indicada en el recién nacido
Prematuro.

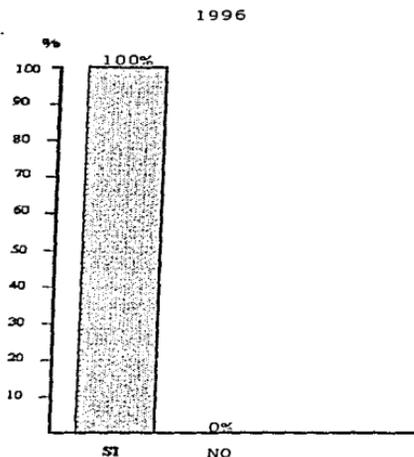
1996

Técnica de alimentación indicada.	Número	%
Si	9	100
No	0	0
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 8

Técnica de alimentación indicada en el recién nacido prematuro.



Observaciones: El 100% de las Enfermeras sigue la técnica de alimentación indicada, para ministrar la leche al recién nacido prematuro.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 9

Todas las madres de los prematuros se extraen y llevan la leche para que se les ministre a sus hijos, de - - acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

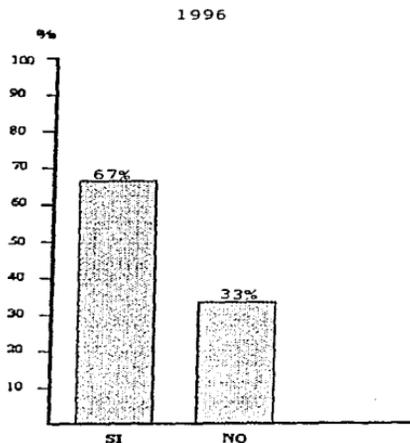
1996

Todas las madres de los prematuros, llevan su leche.	Número	%
Si	6	67
No	3	33
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gràfica No. 9

Todas las madres de los prematuros se extraen y llevan la leche para que se les ministre a sus hijos.



Observaciones: El 67% de las Enfermeras opinan que todas las madres de los prematuros si llevan su leche, para ministrarla a sus hijos, en tanto el 33% de las Enfermeras niegan que todas las madres de los prematuros llevan su leche.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 10

Motivos por lo que las madres de los prematuros no llevan su leche, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

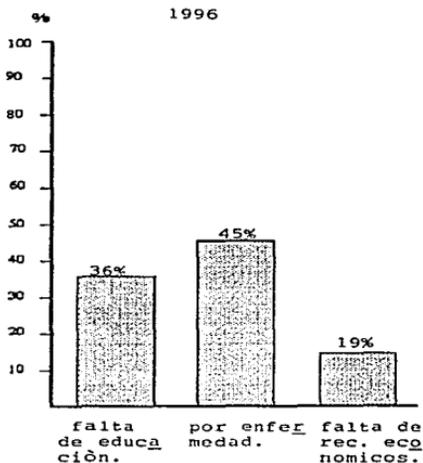
1996

Motivos por lo que las madres de los prematuros no llevan su leche	Número	%
Falta de educación	4	36
Por enfermedad	5	45
Falta de recursos económicos.	2	19
Totales	11	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 10

Motivos por lo que las madres de los prematuros no llevan su leche, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: Con respecto a los motivos que mencionan las Enfermeras porque no todas las madres de los prematuros llevan su leche para ministrárselas a sus hijos, el 36% de las causas lo atribuyen a la falta de educación, el 45% a enfermedad, y el 19% a falta de recursos económicos.

Fuente: misma del cuadro No.1

Cuadro No. 11

Ventajas de darle leche materna al recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

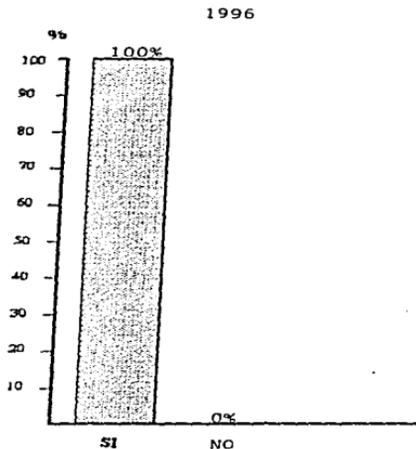
1996

Ventajas de darle leche materna al Prematuro.	Número	%
SI	9	100
NO	0	0
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gràfica No. 11

Ventajas de darle leche materna a los recién nacidos prematuros, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: El 100% de las Enfermeras sabe cuales son las ventajas de darle leche materna al recién nacido prematuro.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 12

Incremento de peso por día, en el recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

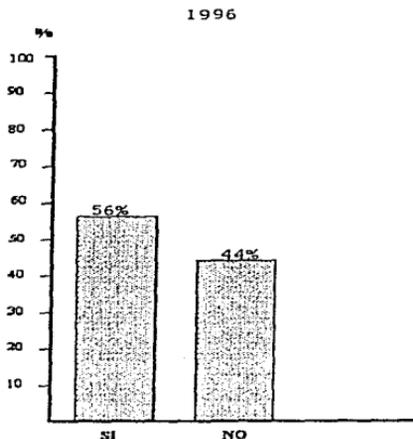
1996

Incremento de peso por día, en el Prematuro.	Número	%
Si	5	56
No	4	44
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 12

Incremento de peso por día en el recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: El 56% de las Enfermeras conoce cuanto debe de incrementar de peso el recién nacido prematuro por día, en tanto el 44% de las Enfermas, lo ignora.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 13

Causas para que la curva ponderal se rompa en el recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

1996

Causas para que la curva ponderal se rompa en el prematuro.	Número	%
Si	6	67
No	3	33
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No 1

Gràfica No. 13

Causas para que la curva ponderal se rompa, en el recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo - encuestado.

1996



Observaciones: el 67% de las Enfermeras conoce las causas que influyen para que la curva ponderal en el prematuro, se rompa; mientras que el 33% de las Enfermeras lo desconoce.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 14

Disposición de equipo y material necesario para proporcionar atención al prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.

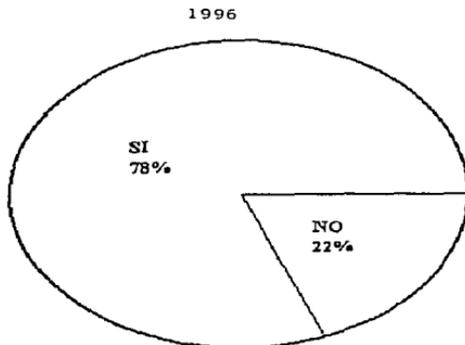
1996

Disposición de e. y material neces- ario.	Número	%
Sí	7	78
No	2	22
Totales	9	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 14

Disposición de equipo y material necesario para proporcionar atención al recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado.



Observaciones: el 78% de las Enfermeras opina que sí dispone de equipo y material necesario para atender al recién nacido prematuro, en tanto el 22% opina que a veces las incubadoras funcionan mal.

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 15

Clasificación por sexo de los recién nacidos prematuros estudiados.

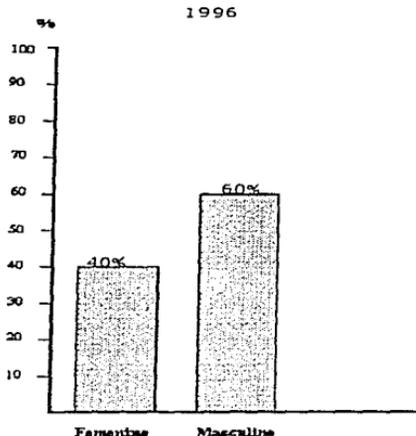
1996

Sexo	Número	%
Femenino	4	40
Masculino	6	60
Totales	10	100

Fuente: Recién nacidos prematuros estudiados para la -
investigación Participación de la Enfermera en el incremento ponderal del recién nacido prematuro, en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital General "A" de Pachuca, Hidalgo realizado del 28 de agosto al 30 de Septiembre de 1996.

Gráfica No. 15

Clasificación por sexo, de los Recién nacidos prematuros estudiados.



Observaciones: de los recién nacidos prematuros estudiados, el 60% es de sexo masculino, en tanto el 40% corresponde al sexo femenino.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Cuadro No. 16

Clasificación de los recién nacidos prematuros estudiados, de acuerdo al grado de prematuridad.

1996

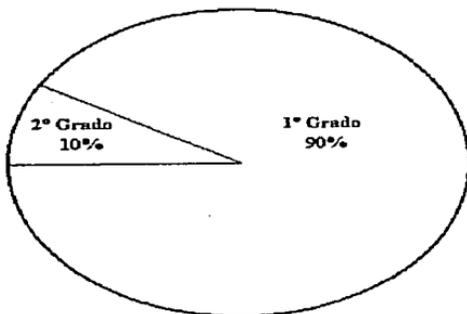
Grado de prematuridad	Número	%
1er. grado	9	90
2do. grado	1	10
3er. grado	0	0
Totales	10	100

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 16

Clasificación de los recién nacidos prematuros estudiados, de acuerdo al grado de prematuridad.

1996

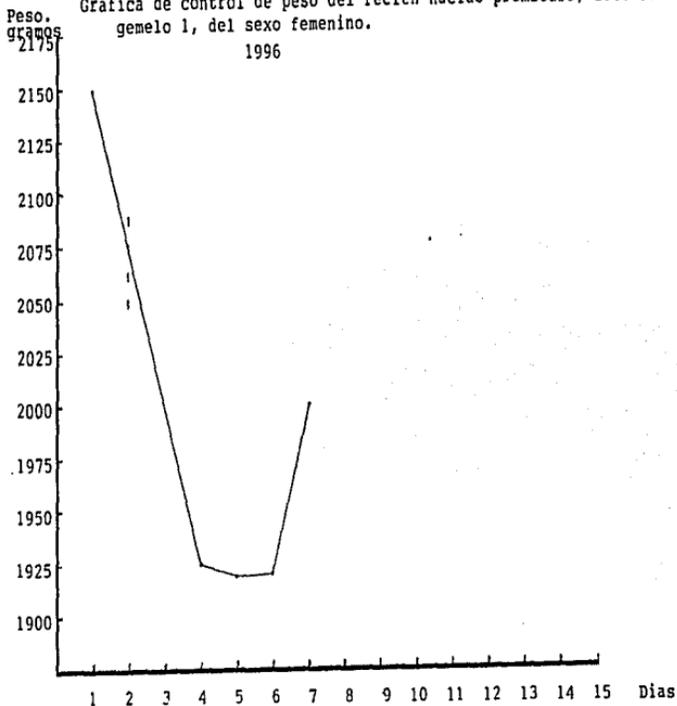


Observaciones: El 90% de los recién nacidos prematuros estudiados tuvieron prematuridad de 1er. grado, -- mientras que el 10% corresponde a 2do. grado.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica de control de peso del recién nacido prematuro, Soto Paredes
gemelo 1, del sexo femenino.

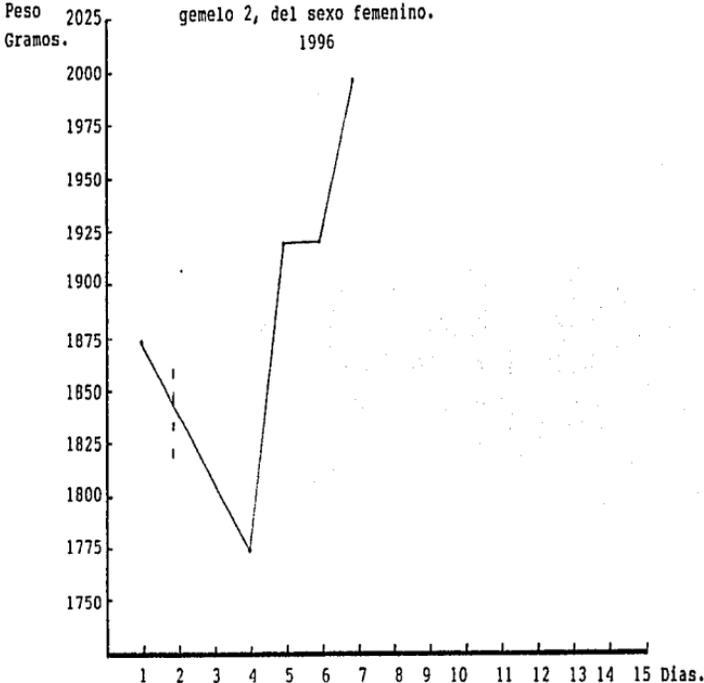
1996



clave: - - ingresa al servicio de Crecimiento y desarrollo

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 18
Gráfica de control de peso del recién nacido prematuro, Soto Paredes
gemelo 2, del sexo femenino.

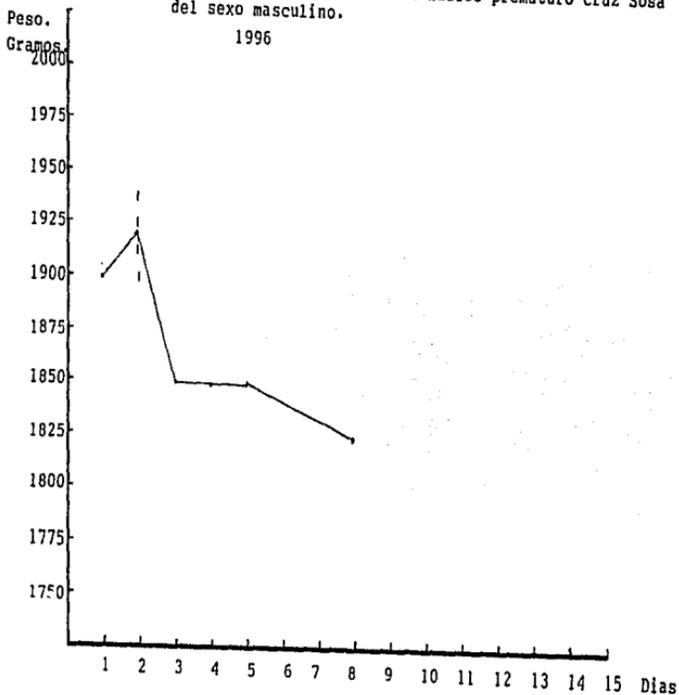


Clave: - - ingresa al servicio de Crecimiento y desarrollo.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 19
Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro Cruz Sosa
del sexo masculino.

62

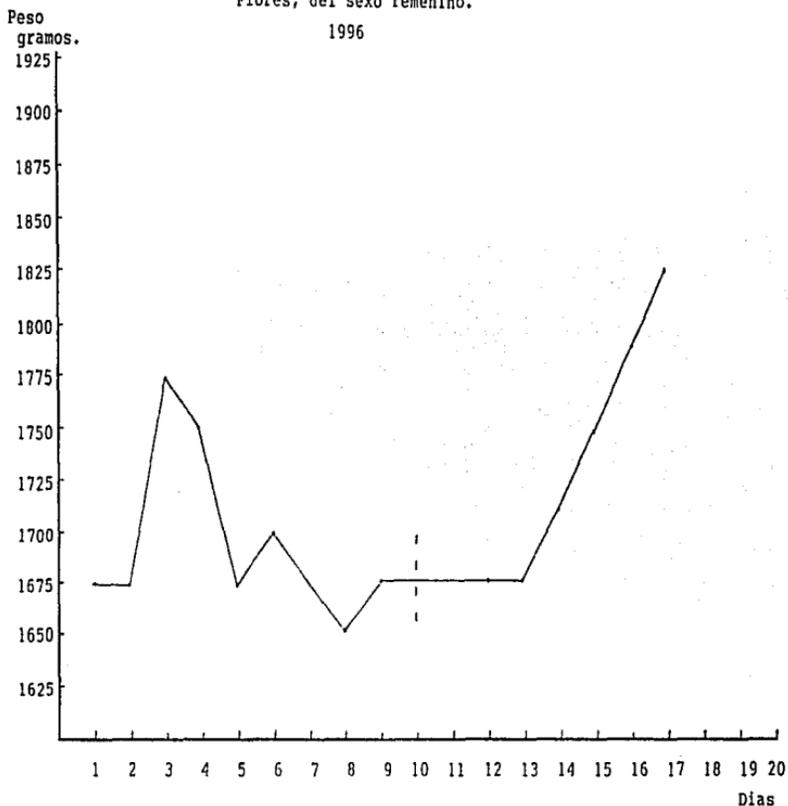


Clave: - - ingresa al servicio de Crecimiento y desarrollo.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 20
Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro Sanchez
Flores, del sexo femenino.

1996

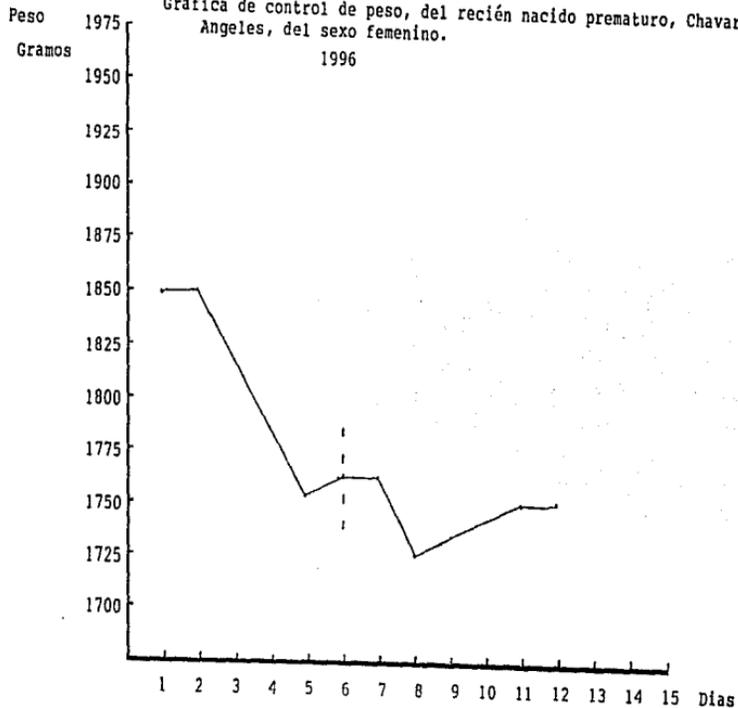


Clave: - - ingresa al servicio de crecimiento y desarrollo.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 21
Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro, Chavarria
Angeles, del sexo femenino.

1996

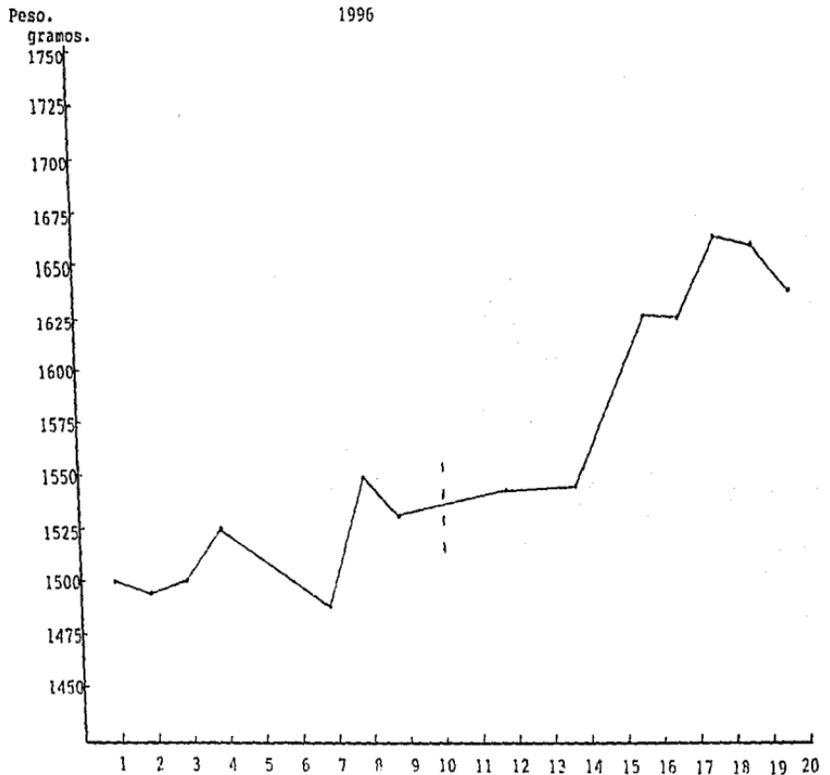


Clave: - - ingresa al servicio de Crecimiento y desarrollo.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 22
Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro Hernández
Hernández, de sexo masculino.

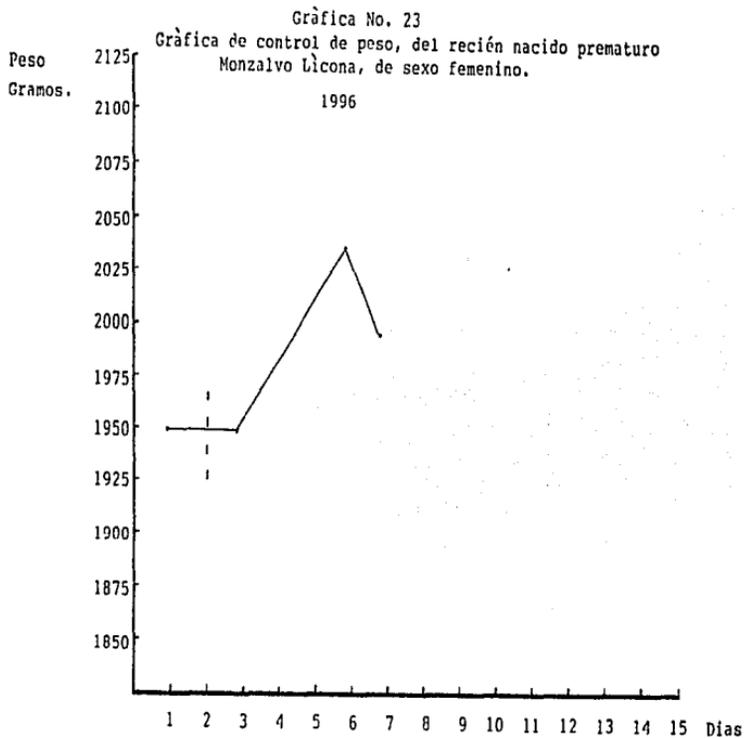
1996



Clave: - - Ingresa al servicio de crecimiento y desarrollo.

Dias

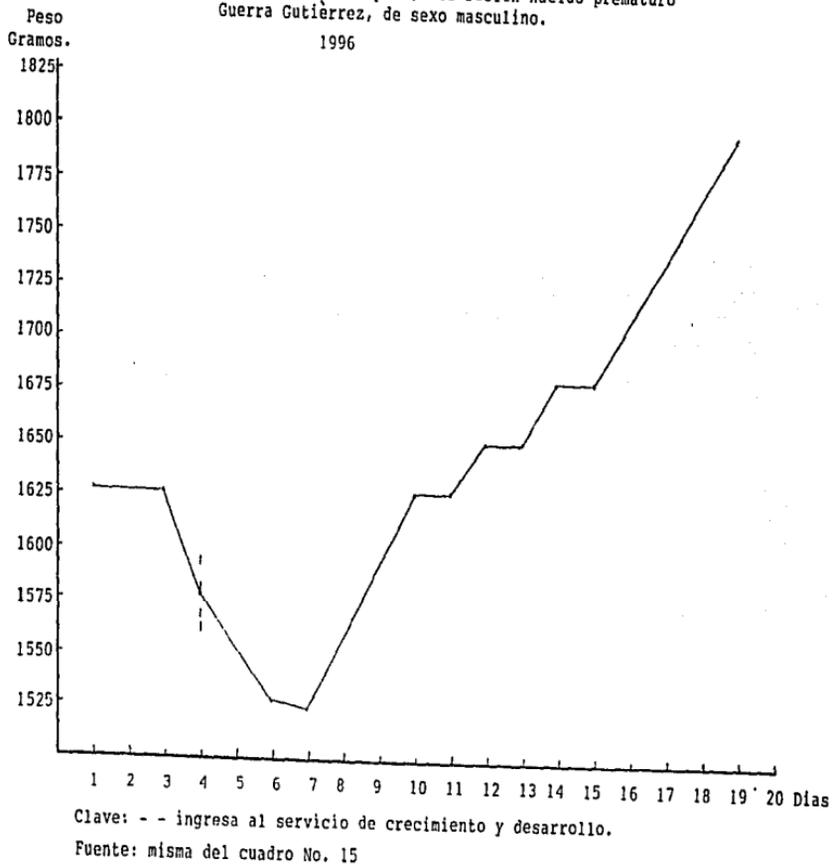
Fuente: misma del cuadro No. 15



Clave: - - ingresa al servicio de crecimiento y desarrollo.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 24
Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro
Guerra Gutiérrez, de sexo masculino.
1996



Peso

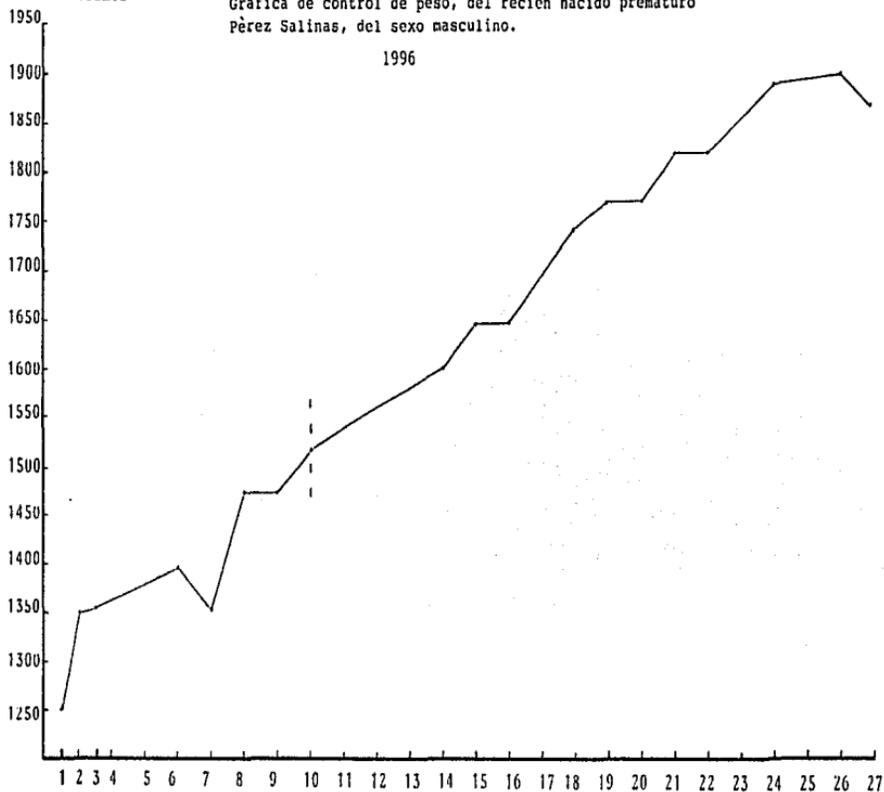
Gramos

Gráfica No. 25

68

Gráfica de control de peso, del recién nacido prematuro
Pérez Salinas, del sexo masculino.

1996



Fuente: misma del cuadro No. 15

Clave: misma de la gráfica No.24

Días.

Peso

Gramos.

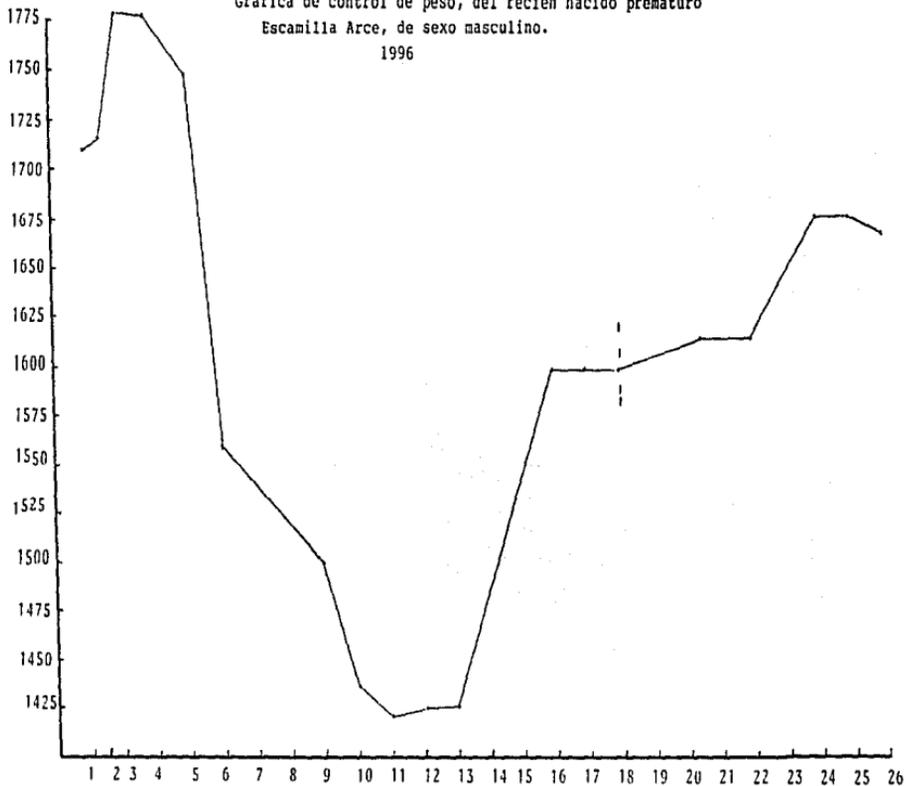
Gràfica No. 26

Gràfica de control de peso, del recién nacido prematuro

Escamilla Arce, de sexo masculino.

1996

69



Cuadro No. 27

Días de hospitalización de los recién nacidos
prematuros estudiados.

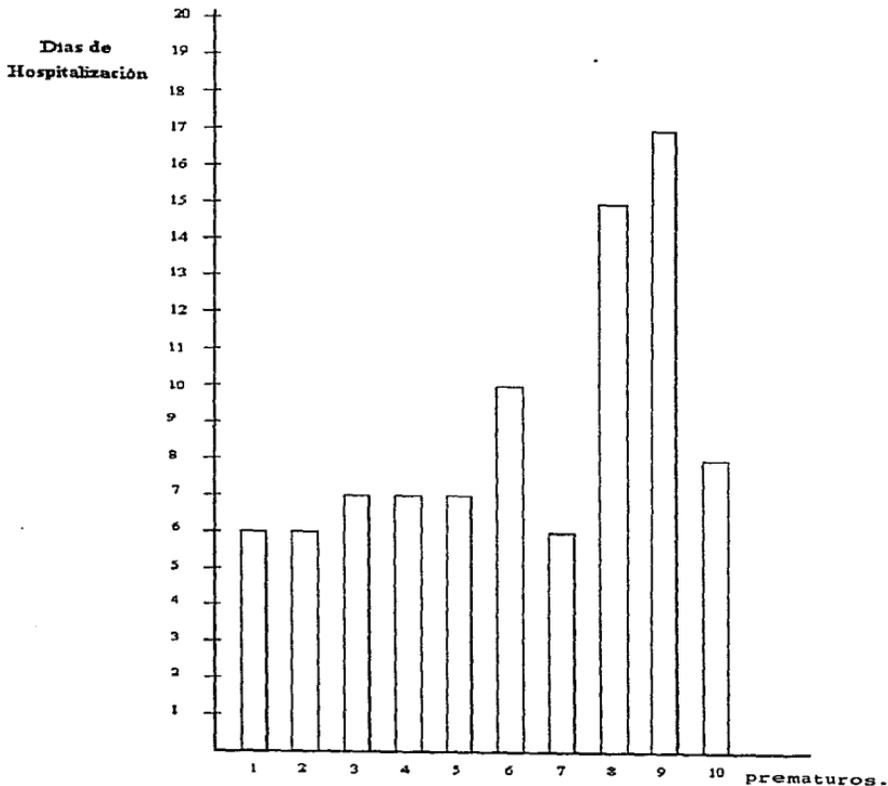
1996

Nombre	Días de hospít.
No.1 Soto Paredes g.1	6
No.2 Soto Paredes g.2	6
No.3 Cruz Sosa	7
No.4 Sanchez Flores	7
No.5 Chavarria Angeles	7
No.6 Hernández Hdez.	10
No.7 Monzalvo Liconá	6
No.8 Guerra Gutierrez	15
No.9 Pérez Salinas	17
No.10 Escamilla Arce	8
en promedio	9 días.

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 27
Días de hospitalización de los recién nacidos
prematuros estudiados.

1996



Cuadro No. 28

Incremento ponderal por día, de los recién nacidos pre-
maturos estudiados.

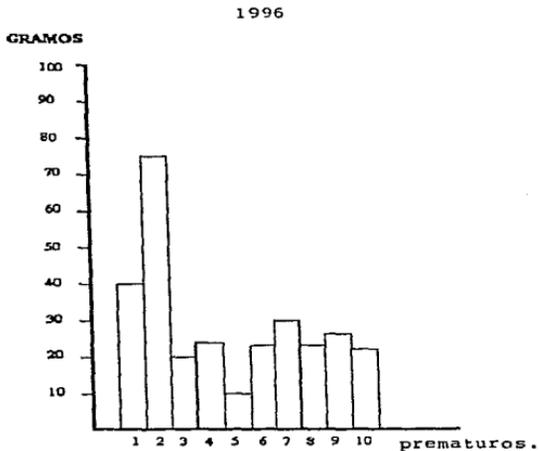
1996

Nombre	gramos por día.
No.1 Soto Paredes g.1	40
No.2 Soto Paredes g.2	75
No.3 Cruz Sosa	20
No.4 Sanchez Flores	24
No.5 Chavarria Angeles	10
No.6 Hernández Hdez.	23
No.7 Monzalvo Licona	30
No.8 Guerra Gutierrez	23
No.9 Pérez Salinas	26
No.10 Escamilla Arce	22
promedio	29

Fuente: misma del cuadro No. 15

Gráfica No. 28

Incremento ponderal por día, de los recién nacidos prematuros estudiados.



Observaciones: el incremento ponderal de los recién -
prematuros, en promedio fue de 29 gramos
por día.

Fuente: misma del cuadro No. 15

4.3 Comprobación de Hipòtesis.

De acuerdo al nivel de conocimientos de las Enfermeras encuestadas, del servicio de crecimiento y desarrollo, y del incremento ponderal registrado en los recién nacidos prematuros, se comprueba la hipòtesis general y de trabajo, que dice:

H_1 La participaciòn de la Enfermera influye en el incremento ponderal del recién nacido prematuro.

H_2 A mejor participaciòn de la Enfermera, mayor incremento ponderal en el recién nacido prematuro.

y se rechaza la hipòtesis nula, que dice:

H_0 No influye la participaciòn de la Enfermera en el incremento ponderal del recién nacido prematuro.

4.4 Analisis e interpretación de resultados.

En el cuadro No. 1 donde se muestra el nivel academico de las -
Enfermeras encuestadas, se observa que el 66% son Enfermeras -
Generales, el 22% Pasantes de Enfermería y el 12% son auxiliar
de Enfermería. Por lo que se concluye que el 88% de las Enfermera
ras tiene una preparación academica, para proporcionar una - -
atención de calidad al recién nacido prematuro.

En el cuadro No. 2 donde se presenta la definición de prematuro,
de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado. El 78% de las
Enfermeras conoce la definición de prematuro y el 22% lo desco-
noce. Es importante mencionar que dependiendo de este concepto
la Enfermera puede clasificar a los recién nacidos prematuros.
Así el 78% de las Enfermeras son capaces de clasificar a los -
recién nacidos prematuros.

Cuadro No. 3 relativo a la clasificación de prematuro por las -
semanas de gestación, de acuerdo a la respuesta del grupo encueg
tado. El 88% de las Enfermeras tiene el conocimiento y el 12% -
lo desconoce. Esto quiere decir que el 88% de las Enfermeras - -
saben identificar el grado de prematurez que existen y el 12% -
solo identifica prematurez leve y moderada, excluyendo la prema-
tures grave.

En el cuadro No. 4 donde se muestra la primera causa de mortalidad perinatal, según la respuesta del grupo encuestado.

El 88% de las Enfermeras contestó con acierto, lo que traduce - que conocen el riesgo de mortalidad que tienen los recién nacidos prematuros; así el 12% del Personal no tiene la información, por lo que se considera que esto puede afectar en la atención de Enfermería al prematuro.

En el cuadro No. 5 referente al tipo de atención de Enfermería - que se proporciona a los recién nacidos prematuros. El 56% de - las Enfermeras proporciona cuidado integral al recién nacido prematuro en tanto el 44% proporciona atención en equipo, al prematuro. Esto significa que el 56% de las Enfermeras atiende las - necesidades del prematuro en forma integral ó sea en el aspecto físico, mental y social, y el 44% proporciona atención en equipo es decir, entre 2 Enfermeras proporcionan cuidados al recién nacido prematuro.

En el cuadro No. 6 en donde se presenta la respuesta del grupo - encuestado sobre las condiciones para el manejo del recién nacido prematuro. El 78% de las Enfermeras sabe cuales son las condiciones para el manejo del prematuro, mientras que el 22% del - Personal, lo ignora. Es importante mencionar que en el servicio de crecimiento y desarrollo, por norma establecida si se tienen y se llevan a cabo las condiciones para la atención de los recién nacidos prematuros.

En el cuadro No. 7 referente al control de peso del recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta del grupo encuestado. El 100% de las Enfermeras tiene el conocimiento. En conclusión todas las Enfermeras saben que, al recién nacido prematuro cuando esta hospitalizado en el servicio de crecimiento y desarrollo, se le debe de pesar cada 48 horas, lo cual es importante para llevar un control de peso del prematuro.

En el cuadro No. 8 se presenta la respuesta del grupo encuestado, respecto a si sigue la técnica de alimentación indicada para administrar la fórmula lactea al recién nacido prematuro. El 100% de las Enfermeras constataron afirmativamente, lo cual se considera importante para ayudar al prematuro a incrementar de peso.

En el cuadro No. 9 referente a la respuesta de las Enfermeras encuestadas, sobre si todas las madres de los recién nacidos prematuros se extraen y llevan su leche para que se les ministre a sus hijos. El 67% de las Enfermeras afirman que todas las madres de los prematuros participan en este aspecto, en tanto el 33% de las Enfermeras niega que exista una participación de todas las madres en este aspecto.

En base a esto se deduce que hace falta educar mas a las madres de los recién nacidos prematuros para que participen en la crianza de sus hijos.

En el cuadro No. 10 donde se muestra la respuesta del grupo - encuestado sobre cuales piensa que son los motivos por lo que las madres de los recién nacidos prematuros no llevan su leche para sus hijos. El 36% de las causas lo atribuyen a falta de - educaci3n, el 45% a enfermedad y el 19% a la falta de recursos economicos. Por lo que se concluye que el porcentaje de participci3n de las madres de los prematuros, en la crianza de sus hijos se puede elevar.

En el cuadro No. 11 relativo a las ventajas de darle leche materna a los recién nacidos prematuros, de acuerdo a la respuesta respuesta de las Enfermeras entrevistadas. El 100% de las Enfermeras conoce los beneficios que tiene el prematuro con la leche materna. Por lo que se concluye que el 100% de las Enfermeras tiene conocimientos para informar y educar a la poblaci3n materna, a que participe con la lactancia de sus hijos.

En el cuadro No. 12 en donde se presenta cual es el incremento de peso por dia en el recién nacido prematuro, segun la respuega de las Enfermeras entrevistadas. El 56% de las Enfermeras conoce la cantidad de incremento de peso por dia en el recién - nacido prematuro, en tanto el 44% de las Enfermeras lo desconoce. Esto nos da una idea de que el 56% de las Enfermeras conoce un parametro para valorar el aumento de peso en el recién nacido - prematuro y el 44% de las Enfermeras se considera que por falta de conocimiento de este dato, no puede valorar el aumento de - peso en el prematuro.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

En el cuadro No. 13 en relación a las causas que influyen para que la curva ponderal se rompa, en el recién nacido prematuro, - de acuerdo a la respuesta de las Enfermeras encuestadas.

El 67% de las Enfermeras conoce las causas mientras que el 33% de las Enfermeras, lo desconoce. Se considera que es importante conocer estas causas para así prevenir que el recién nacido prematuro pierda peso. Por lo que se concluye que el 67% de las Enfermeras puede actuar en forma adecuada en el incremento de peso del recién nacido prematuro.

En el cuadro No. 14 relativo a la disposición de equipo y material necesario para proporcionar atención de Enfermería al recién nacido prematuro, de acuerdo a la respuesta de las Enfermeras encuestadas.

El 78% de las Enfermeras opinan que si disponen del equipo y material necesario para atender al recién nacido prematuro, - - mientras que el 22% menciona que en algunas ocasiones las incubadoras presentan mal funcionamiento. Por lo anterior se deduce que el servicio de crecimiento y desarrollo se encuentra equipado y con material para atender a los recién nacidos prematuros, pero es necesario que a las incubadoras se les de mantenimiento preventivo.

En el cuadro No. 15 referente a la clasificación por sexo, de los recién nacidos prematuros estudiados.

El 40% de los recién nacidos prematuros fueron del sexo femenino, mientras que el 60% son del sexo masculino. Lo que nos muestra que predominó los recién nacidos prematuros del sexo masculino.

En el cuadro No. 16 donde se muestra la clasificación de los recién nacidos prematuros estudiados, de acuerdo al grado de prematuridad, según el peso al nacimiento.

El 90% de los prematuros tuvo prematuridad de 1er. grado, el 10% tuvo prematuridad de 2do. grado y 0% prematuridad de 3er. grado.

Lo que muestra que predominó los recién nacidos prematuros de 3er. grado.

En la gráfica No. 17 donde se muestra la curva de peso, del recién nacido prematuro Soto Paredes, gemelo No. 1, del sexo femenino, integrante del grupo estudiado. Recién nacido el cual tuvo prematuridad de 1er grado, de acuerdo a su peso que fue de 2150 gramos. En la gráfica se observa que los primeros 3 días tuvo pérdida de peso importante de 225 gramos, (en promedio 75 gramos por día); al 6to. día empieza a incrementar de peso 80 gramos en un día. También se observa que la toma del peso se realiza hasta 3 días después del nacimiento.

Conclusión: en esta gráfica la pérdida de peso registrada es excesiva y el incremento de peso es elevado, por lo que se concluye que hubo una mala técnica en la toma de peso. Estas cifras sobrepasan lo descrito en la bibliografía consultada.

En la gràfica No. 18 se presenta la curva de peso del recién nacido prematuro Soto Paredes, gemelo No.2 del sexo femenino, el cual es integrante del grupo estudiado. El recién nacido tuvo - prematuridad de 1er. grado de acuerdo a su peso, que fue de 1875 gramos. Se observa en la gràfica de peso que en los primeros 3 días perdió 100 gramos de peso, posteriormente empezó a aumentar de peso del 4to. al 5to. día, 145 gramos.

El incremento de peso en promedio es de 75 gramos por día. Por lo que se concluye que hubo una mala tècnica en la toma de peso, ya que el aumento de peso registrado del 4to. al 5to. día está muy elevado. Broc Voirrey menciona que cuando la diferencia de peso de un día a otro es de 80 gramos, se debe de corroborar el peso por otra Enfermera y se avise al Médico.

En la gràfica No. 19 referente a la curva de peso del recién nacido prematuro Cruz Sosa, del sexo masculino, parte del grupo - estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, el peso al nacimiento fue de 1900 gramos.

En la gràfica de peso se observa que en el 1er. día aumentó de peso 20 gramos, del 2do. al 3er día bajo de peso 75 gramos, del 3er. al 5to. día registra el mismo peso y del 6to. al 8vo. día pierde 25 gramos. Se concluye que hubo una mala tècnica en la toma del peso, ya que del 1ro. al 2do. día se registró un incremento de peso y todos los recién nacidos los primeros 3 días - tienden a bajar de peso, y la pérdida de peso que se registró del 2do. al 3er. día es elevada.

En la gráfica No. 20 referente a la curva de peso del recién nacido Sanchez Flores, del sexo femenino, integrante del grupo - estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, con un peso al nacimiento de 1675 gramos.

En la gráfica se observa que el 1er. día se mantiene en el mismo peso, del 2do. al 3er. día incrementó de peso 100 gramos, del - 9 al 12vo. día se mantiene con el mismo peso y a partir del 13 día incrementa de peso en forma gradual y progresiva.

El incremento de peso en promedio es de 24 gramos por día.

Conclusión: en esta gráfica se observa que el incremento de peso del 2do. al 3er. día fue de 100 gramos, lo cual se debe a una - mala técnica en la toma del peso, posteriormente hubo pérdida - de peso, luego hubo un periodo de estabilidad en el peso y después se inicia el incremento de peso en forma gradual

Gráfica No. 21 relativo a la curva de peso del recién nacido - prematuro Chavarria Angeles, del sexo femenino, integrante del grupo estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, - con un peso al nacimiento de 1850 gramos.

En la gráfica se observa que del 2do. al 5to. día hubo pérdida de peso de 120 gramos, y a partir del 8vo. día incrementa de peso. El incremento de peso en promedio es de 10 gramos por día. También se observa que del 2do. hasta el 5 día se volvió a tomar el peso y del 8vo. al 11 día. Por lo anterior se concluye - que la toma de peso no se realizó cada 48 horas y el incremento de peso fue poco.

En la gráfica No. 22 se presenta la curva de peso del recién nacido Hernández Hernández del sexo masculino, integrante del grupo estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, con un peso al nacimiento de 1500 gramos.

En la gráfica se muestra que el 1er. día perdió 10 gramos de peso, del 2do. al 4to. día tiene un incremento de peso de 30 gramos, del 4to. al 7 día perdió peso, del 9 al 12vo. día hay un período de estabilidad en el peso y del 14 al 19 día incrementa de peso. El incremento de peso en promedio es de 23 gramos. Se observa que del 4to. al 7 día y del 9 al 12 día se realizó la toma de peso cada 4 días.

Por lo que se concluye no hubo un control del peso en forma regular, la pérdida y el incremento de peso está dentro de los límites normales.

En la gráfica No. 23 donde se presenta la curva de peso del recién nacido prematuro Monzalvo Licona, del sexo masculino, integrante del grupo estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, el peso al nacimiento fue de 1950 gramos.

En la gráfica se observa que del 1ro. al 3er. día mantiene el mismo peso, del 3er. al 6to. día incrementa de peso 85 gramos y el 7mo. perdió peso.

El incremento de peso promedio es de 30 gramos por día.

En conclusión: no hubo un control de peso cada 48 horas y el incremento de peso está dentro de los límites normales.

En la gràfica No. 24 relativo a la curva de peso, del recién -- nacido Guerra Gutièrrez, del sexo masculino, el cual es parte -- del grupo estudiado. Recién nacido con prematurèz de 1er. grado, con un peso al nacimiento de 1625 gramos.

En la gràfica se observa que del 1er. al 3er. dìa se mantuvo en el mismo peso, del 3ro. al 7mo. dìa perdiò de peso 100 gramos y del 7mo. al 19 dìa incrementò de peso.

El incremento de peso en promedio es de 23 gramos por dìa.

Por lo anterior se concluye que hubo una irregular toma del peso ya que se registro cada 3 o 4 días, el incremento de peso -- esta dentro de las cifras normales y aquí no hubo un periodo de estabilidad en el peso.

En la gràfica No. 25 referentea la curva de peso, del recién -- nacido Pèrez Salinas, del sexo masculino, parte del grupo estudiado. Recién nacido con prematurèz de 2do. grado, con un peso al nacimiento de 1250 gramos.

En esta gràfica se observa que el 1er. dìa aumentò de peso 50 -- gramos, y continua el incremento hasta el 6to. dìa, del 6to. al 7mo. dìa pierde 25 gramos de peso y del 7mo. al 27 dia hay un -- incremento de peso progresivo. El incremento de peso en promedio es de 26 gramos por dìa. Se observa que del 11vo. dia se vuelve a registrar el peso hasta el dia 14.

Conclusiòn: es una gràfica en donde primero hubo aumento de peso los primeros 6 dias, despues del 6to. al 7mo. dìa perdiò peso y luego continuò el incremento de peso. El incremento de -- peso esta dentro de las cifras normales.

En la gráfica No. 26 en relación a la curva de peso, del recién nacido prematuro Escamilla Arce, del sexo masculino, parte del grupo estudiado. Recién nacido con prematuridad de 1er. grado, - con un peso al nacimiento de 1710 gramos.

En la gráfica se observa que del 1er. al 4to. día aumentó de peso, del 5to. al 6to. día hubo decremento de peso 180 gramos y - continuó perdiendo peso hasta el 13vo. día, 135 gramos. A partir del 13vo. día incrementa de peso 175 gramos en 3 días y continúa con el incremento de peso.

En conclusión: esta es una gráfica de peso, muy irregular, hubo una mala técnica de toma de peso, ya que el decremento de peso fue demasiado y el incremento de peso, esta muy elevado.

En el cuadro No. 27 referente a los días de estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros estudiados, en el servicio de crecimiento y desarrollo.

Se observa que 3 prematuros estuvieron hospitalizados 6 días, - 4 prematuros-7 días, 1 prematuro-8 días, 1 prematuro-10 días, - - 1 prematuro-15 días y por último 1 prematuro-17 días, en el servicio de crecimiento y desarrollo.

Los días de estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros estudiados fue de 9 días, en el servicio de crecimiento y - desarrollo.

Conclusión: son pocos los recién nacidos prematuros que están - hospitalizados mas de 10 días, y predomina los prematuros que - estuvieron hospitalizados menos de 8 días.

En el cuadro No. 28 en donde se presenta el incremento ponderal por día, que tuvieron los recién nacidos prematuros estudiados. Se observa que la cifra mínima de incremento ponderal de los - prematuros estudiados fue de 10 gramos por día, y como máxima - 75 gramos por día.

En promedio el incremento ponderal de los recién nacidos prematuros, fue de 29 gramos por día.

Por lo que se concluye que el incremento ponderal de los recién nacidos prematuros esta dentro de las cifras normales.

5.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Conclusiones:

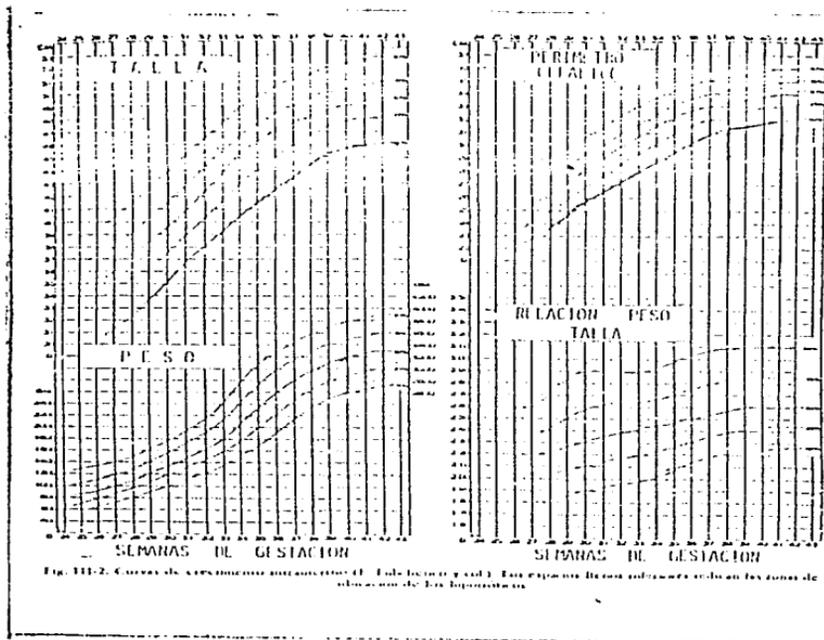
- El nivel academico de las Enfermeras, del servicio de crecimiento y desarrollo, es en su mayoría Enfermeras Generales y una auxiliar de Enfermería.
- El nivel de conocimientos de las Enfermeras sobre el recién nacido prematuro y el incremento ponderal, en general es bueno - pero existe un porcentaje pequeño que no tiene los conocimientos sobre dicho tema.
- No todos los recién nacidos prematuros estudiados, tenían una gráfica para el control del peso.
- El incremento ponderal de los recién nacidos prematuros, en promedio fue de 29 gramos por día, lo cual esta dentro de los parámetros normales.
- Los días de estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros, en el servicio de crecimiento y desarrollo, en promedio fue de 9 días.
- No todas las madres de los recién nacidos prematuros participan con la lactancia materna, en la crianza de sus hijos cuando estan hospitalizados.

Sugerencias:

- Que la Enfermera del servicio de crecimiento y desarrollo participe más activamente en el incremento ponderal del recién - prematuro, llevando el control de peso de éste.
- Que la Enfermera de más educación a las madres de los prematuros, para que apoyen la crianza de sus hijos, con la lactancia materna.
- Ubicar en el servicio de crecimiento y desarrollo, Enfermeras Generales, o Enfermeras Pediatra.
- Organizar un curso monográfico sobre la participación de la - Enfermera en el incremento ponderal del recién nacido prematuro.
- Revisar el manual de procedimientos que existe en el servicio y enfatizar en los procedimientos para el incremento ponderal.
- Que se les de mantenimiento preventivo a las incubadoras que existen en el servicio.

6.- ANEXOS Y APENDICES.

Curvas de crecimiento intrauterino, Dra. Lubchenco.



Cuadro 3-4. Valoración clínica de la edad gestacional
(Estudio de Capurro)

TEXTURA DE LA PIEL	GELATINOSA 10	FINA Y LISA 15	DISCRETAMENTE GRUESA Y DESCAMACION SUPERFICIAL 10	GRUESA, CON GRIETAS SUPERFICIALES DESCAMACION EN MANOS Y PIES 15	GRUESA, APERGAMINADA CON GRIETAS PROFUNDAS 20	<input type="checkbox"/>
FORMA DE LA OREJA	PLANA SIN FORMA 10	INCURVACION DE UNA PARTE DEL BORDE DEL PABELLON 15	PABELLON PARCIALMENTE INCURVADO EN LA PARTE SUPERIOR 10	PABELLON TOTALMENTE INCURVADO 15		<input type="checkbox"/>
TAMANO DE LA MAMA	NO PALPABLE 10	PALPABLE MENOR DE 5 mm DE DIAMETRO 15	DIAMETRO ENTRE 5 y 10 mm 10	DIAMETRO MAYOR DE 10 mm 15		<input type="checkbox"/>
PLIEGUES PLANTARES	SIN PLIEGUES 10	PLIEGUES MAL DEFINIDOS EN LA MITAD ANTERIOR 15	PLIEGUES BIEN DEFINIDOS EN LA MITAD ANTERIOR Y SURCOS EN EL TERCIO ANT. 10	SURCOS EN LA MITAD ANTERIOR DE LA PLANTA 15	SURCOS EN MAS DE LA MITAD ANTERIOR 20	<input type="checkbox"/>
FORMA DEL PECHO	PECHO APENAS VISIBLE NO AREOLA 10	PECHO BIEN DEFINIDO AREOLA LISA Y DE 4-5 mm DE DIAMETRO 15	PECHO BIEN DEFINIDO AREOLA PUNTEADA BORDE LEVANTADO DIAMETRO MENOR DE 7.5 mm 10	PECHO BIEN DEFINIDO AREOLA PUNTEADA BORDE LEVANTADO DIAMETRO MAYOR DE 7.5 mm 15		<input type="checkbox"/>
<p>a. Cálculo de la puntuación de cada ítem, con el promedio. b. Añadirse la suma total de 100 y se obtiene el índice de edad gestacional. c. Resultado entre 208 y 302 días. De Capurro, H. Kaganovsky, G. Fernández, P. y Cordero Barcia. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J. Pediatr. 1976; 89: 120.</p>						EDAD GESTACIONAL <input type="text"/>

Cuestionario.

Datos generales: Turno _____ Servicio: _____

Instrucciones: complementa, subraya ò marca con una X la respuesta que consideres.

- 1.- ¿Cuál es el nivel academico que tienes?
 - () Licenciatura en Enfermería.
 - () Enfermera especialista.
 - () Enfermera General.
 - () Pasante de Enfermería.
 - () Auxiliar de Enfermería.
- 2.- ¿Cuál es la definición de prematuro? prematuro es todo niño vivo con un periodo de gestación menor de _____ semanas, y con un peso menor de _____ gramos.
- 3.- ¿Cuál es la clasificación de la prematuridad?
 - a) Leve, moderada
 - b) Leve, moderada, grave.
 - c) Leve, grave.
- 4.- ¿Cuál es la primera causa de mortalidad perinatal?

- 5.- ¿Que tipo de atención proporcionas a los prematuros?
 - () Funcional () Integral () en equipo.
- 6.- ¿Cuáles son las condiciones para el manejo del prematuro?

- 7.- ¿Cada cuándo se debe de pesar al prematuro?
 - a) diario b) cada 4 días c) cada 3 días.

- 8.- ¿Para ministrar la fórmula lactea a los prematuros, sigues -
la técnica de alimentación indicada?
si () no ()
- 9.- ¿Todas las madres de los prematuros se extraen y llevan la -
leche para que se les ministre a sus hijos?
si () no ()
- 10.- ¿Cuáles crees que son los motivos por lo que las madres de
los prematuros, no llevan su leche?

- 11.- ¿Cuáles son las ventajas de darle leche materna al prematuro?

- 12.- ¿Cuánto debe de incrementar de peso por día un prematuro?

- 13.- ¿Cuáles son las causas para que la curva ponderal en el pre-
maturo, se rompa? _____

- 14.- ¿Dispones en el servicio del equipo y material necesario,
para proporcionar atención al prematuro?
Si () No () falta _____

Nota: se agradece su colaboración para este cuestionario.

7.- GLOSARIO DE TERMINOS.

Alimentación por gavage: es el procedimiento por medio del cual - se va a administrar alimento al recién nacido por medio de una sonda orogastrica.

Coefficiente de correlación.- es una técnica estadística que sirve para la comprobación de hipótesis, la cual - va a determinar el grado de asociación entre - dos variables.

Factor causal.- es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se sabe asociada con - aumento de probabilidad de padecer o estar expuesta a un proceso morbido.

Morbilidad.- es el riesgo que tiene una persona a enfermarse.

Mortalidad.- es el riesgo que tiene un individuo a morir.

Incremento ponderal.- es el aumento de peso que se registra en - los recién nacidos.

Muestra.- es una porción de tamaño variable que a sido seleccionada de entre los elementos de la población.

Nutriente.- es cualquier sustancia química que se encuentra en los alimentos.

Prematuro.- es todo recién nacido vivo, con un periodo de gestación antes de las 37 semanas y con un peso menor de 2500 gramos.

Requerimiento calorífico.- es la cantidad de calorías que necesita el organismo para llevar a cabo las funciones primordiales, además del crecimiento.

Universo.- es el agregado total de los casos que se ajustan a un determinado conjunto de especificaciones.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- BALSEIRO Almarío, Lasty. Investigación en Enfermería. México. ed. Prado. 1991. pp.216.
- BEISCHER A.Norman y Mc.KAY, Erick. Obstetricia practica. México. - 1981. ed. Interamericana. pp.840.
- BLEIER, Inge. Enfermería materno-infantil. tr. Federico Bonet. - México. 1982. ed. Interamericana. pp.336.
- BROE, Voirrey. Manual de Enfermería Pediátrica. tr. Thelma, Javier. España. 1988. ed. Salvat. pp.413.
- BRUNER, Lilian y SUDDART D. Manual de la Enfermera. tr. Jorge Orizaga Samperio. México. 1986. ed. Interamericana. pp.1662.
- D'ATKINSON, Leslie y MURRAY, Mary. Importancia del proceso de atención de Enfermería. tr. Teresa de Jesus Garza. México. 1985. ed. Manual moderno. pp.209.
- DIAZ del Castillo. Pediatría perinatal. México. 1982. ed. Interamericana. pp.622.
- DILTS, P.U., GREENE, Jhon y RODDIC. Gineco-Obstetricia basica. - tr. Jorge Orizaga y Georgina Guerrero. México. 1980. ed. Interamericana. pp.306.
- DISON, Norma. Técnicas de Enfermería Clínica. tr. Santiago Sapiña y Fransisco Calva. México. 1981. ed. Interamericana. pp.423.

DUMONT Thompson, Eleanor. Manual de Enfermería Pediátrica. tr. - Victor de la Garza Estrada. México. 1986. ed. Interamericana. - pp.451.

DUNCOMBE, Margaret y WELLWE, Barbara. Manual de Enfermería Pediátrica. tr. Roberto Carrasco Ruiz. México. 1981. ed. Continental. pp.582.

FRIESNER, Arline -RAFT, Beverly. Enfermería Materno Infantil. - tr. Dr. Manuel Antonio Palacios. México. 1982. ed. Manual moderno. pp. 332.

HATHWAY, W. y HAY Jr.W. Diagnostico y Tratamiento Pediatricos. - México. 1984. ed. Manual moderno. pp. 1517.

HOUGHTON, Marjorie. Manual de Enfermería. tr. Roberto Carrasco. México. 1982. ed. Continental. pp. 402.

JASSO Gutierrez, Luis. Neonatología práctica. México. 1989. ed.- El manual moderno. pp.439.

KING, Eunice. WIECK, Lynn y DYER, Marilyn. Manual ilustrado técnicas de Enfermería. tr. Antonio Garst. México. 1984. ed. Interamericana. pp. 656.

LACERVA, Victor. Lactancia materna. México. 1983. ed. Manual Moderno. pp. 177.

MONDRAGON Castro, Hector. Obstetricia Basica ilustrada. México. 1992. ed. Trillas. pp. 822.

NUÑEZ Maciel, Eduardo. y A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S. (Asociación - Medica del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social). Ginecología y Obstetricia. México. 1991. ed. Mendez oteo. pp.1029.

P CLOHERTY y STARK, Ann. Manual de Cuidados Neonatales. México. 1989. ed. Salvat. pp. 466.

RODRIGUEZ, Romero. Nueva guia para el diagnostico y tratamiento de un paciente pediatico. México. 1979. ed. Mendez Cervantes. - pp. 871.

RONALD, Caplan. Fundamentos de Obstetricia. México. 1987. ed.Li-musa. pp. 400.

SYDNEY, Gellis y KATAN, Benjamin. Pediatria Terapeutica. México. 1977. ed. Salvat. pp. 1049.

STHEINSCHNEIDER R. Cuadernos de la Enfermera. España. 1980. - - ed. Toray-Masson. pp. 287.

WATSON E. y LOWREY G. Crecimiento y desarrollo del niño. tr. - Lesmes Zabal. México. 1982. ed. Trillas. pp.406.

WITTER, Du Gas y BEVERLY B. Tratado de Enfermeria práctica. tr. - Jorge Orizaba. México. 1988. ed. Interamericana. pp.793.