



---

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**Grado de conocimiento de las madres sobre los cuidados básicos e identificación de signos de alarma en el recién nacido**

**TESIS**

**Para obtener el título de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

PRESENTA

Romero Avila Karina

Número de cuenta 312227063

Directora de Tesis

Dra. Martha Lilia Bernal Becerril

Ciudad de México, 2020





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que me instruyeron y me brindaron oportunidades para mejorar día con día; además de hacer crecer mi amor al conocimiento y a mi profesión.

A un Hospital Materno Infantil de la red en la Secretaria de Salud, por permitir el llevar a cabo esta investigación.

Asimismo, agradezco al Dr. González Román José Raymundo, Pediatra de la unidad hospitalaria; por la dedicación y apoyo que le brindo a este trabajo. Gracias por la confianza ofrecida.

A la Jefe del Servicio de Epidemiología, LE. Cruz Hernández. Fabiola, por sus valiosas sugerencias y apoyo a este trabajo.

A la Jefe de Enseñanza de Enfermería L.E.O. María Elia González Ortiz, por su orientación y atención.

A mi tutora, Maestra López Maldonado María Micaela, por creer en mí.

A mi directora de tesis, Dra. Martha Lilia Bernal Becerril, quien me brindo su tiempo, conocimientos y dedicación; por ser mi guía y acompañarme en un proceso tan importante. Gracias.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y toda mi familia, que han sido y serán la mayor motivación para seguir adelante, por todo su amor y recordarme a diario que puedo lograr mis metas.

A mis amigas y amigos, quienes me brindaron su apoyo moral y humano, por ser mi fuerza en los momentos más difíciles.

A Carolina Sánchez Ruiz, mirando al cielo te dedico este trabajo, siempre serás mi mejor amiga y estarás en mi corazón (†).

A todos, muchas gracias.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	5
<b>I INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>II ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	8
2.1 Planteamiento del problema	8
2.2 Justificación	10
2.3 Objetivos	12
General	
Específico	
Propuesta	
<b>III REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	13
<b>IV MARCO TEÓRICO</b>	18
4.1 Conocimiento	18
4.2 El recién nacido y sus características	19
4.3 Lactancia materna	20
4.3.1 Composición y etapas de la leche materna	20
4.3.2 Técnica de lactancia materna	22
4.3.3 Protección a la leche materna	23
4.3.4 Implicaciones del personal de enfermería con la madre	25
4.3.5 Beneficios de la lactancia materna	26
4.3.6 Normatividad Institucional en México	27
NOM-007	
NOM-050	
4.4 Termorregulación	28
4.5 Ictericia neonatal	29
4.6 Cambios de posición en el recién nacido	30
4.7 Signos de alarma del recién nacido	30
4.8 Control del niño sano	30
4.9 Cuidados en el muñón umbilical	31
4.10 Inmunización y tamiz metabólico en el recién nacido	32
<b>V METODOLOGÍA</b>	35
5.1 Tipo de estudio	35
5.2 Universo y Muestra	36
5.3 Criterios de selección de la muestra	36
5.3.1 Criterios de Inclusión	36
5.3.2 Criterios de exclusión	36
5.4 Hipótesis	37
5.4.1 Hipótesis de investigación	37
5.5 Variables	37
5.5.1 Variable principal	37

5.5.2 Variable intervinientes	37
5.5.3 Definición conceptual	37
5.5.4 Definición operacional	38
5.6 Recolección de la información	39
5.7 Consideraciones éticas	40
5.7.1 Principios éticos generales	40
5.7.2 Principio de totalidad/integridad	40
5.7.3 No-maleficencia	33
<b>VI RESULTADOS</b>	<b>45</b>
6.1 Resultados descriptivos	45
6.2 Deficiente conocimiento	47
6.3 Escaso conocimiento	49
6.4 Regular conocimiento	52
6.5 Adecuado conocimiento	56
<b>VII DISCUSIÓN</b>	<b>64</b>
<b>VIII CONCLUSIONES</b>	<b>66</b>
<b>IX SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES</b>	<b>67</b>
<b>X ANEXOS</b>	<b>68</b>
10.1 Anexo 1: Instrumento de recolección	68
10.2 Anexo 2: Formato de consentimiento informado	69
10.3 Anexo 3: Propuesta de plan de alta	70
<b>XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>72</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El conocimiento de la madre será una herramienta indirecta para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, ya que éste se encuentra en dependencia absoluta de los cuidados maternos, he aquí donde el personal de enfermería tiene un gran impacto sobre la madre. Dentro de sus funciones está el brindar educación para el autocuidado y para el cuidado del neonato e identificación de signos de alarma. **Objetivo:** Analizar el grado de conocimiento de las madres sobre los cuidados básicos y los signos de alarma en el recién nacido en un Hospital Materno Infantil de la red de salud pública de la Ciudad de México. **Material y método:** Estudio de tipo no experimental, observacional, transversal, descriptivo. La muestra consta de 100 madres. La selección de la muestra fue por conveniencia, considerando únicamente aquellas madres que cumplían con los criterios de inclusión. La recolección de información se realizó mediante un cuestionario elaborado exprofeso por la autora para los fines de la presente investigación. **Resultados:** La población estudiada osciló entre 15 y 37 años de edad. Donde el 3% de la población tiene un deficiente conocimiento acerca de los cuidados básicos al recién nacido, el 43% un escaso conocimiento, el 51% un regular conocimiento y el 3% un adecuado conocimiento. Mostrando un regular conocimiento en lactancia materna 54.5% e inmunización 53% y un escaso conocimiento sobre los signos de alarma 50%, termorregulación 47%, cuidados al muñón umbilical 43%, control del niño sano 41% y tamizaje neonatal 37%. **Conclusiones:** Al realizar la recopilación y análisis de la información, se encontró que la población posee de escaso a regular conocimiento respecto al nivel óptimo con el cual brindar cuidados al recién nacido e identificar signos de alarma.

**Palabras clave:** madres, conocimientos, cuidado, recién nacido, signos de alarma.

## I INTRODUCCIÓN

El conocimiento, es definido por la real academia española, como: acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Estado de vigilancia en que una persona es consciente de lo que le rodea<sup>1</sup>, de esta forma en las pacientes, durante y posterior del embarazo, requieren de una actualización y corrección de conocimiento, creando una mezcla de conocimiento empírico y científico<sup>2</sup>, que les permite proporcionar cuidados básicos al recién nacido y conocer los signos de alarma así como lograr identificarlos oportunamente posterior al alta hospitalaria.

Es importante mencionar el conocimiento empírico el cual es información adquirida por diferentes medios, además de ser una herramienta en primera instancia de sobrevivencia para la especie humana; que surge de manera individual con una percepción y en situaciones diferentes en cada ser humano.

Los conocimientos de la madre serán una herramienta indirecta para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, ya que se encuentra en dependencia absoluta de los cuidados maternos, y por medio del personal de enfermería será en su mayoría adquirido. Durante su estancia hospitalaria surge también un estado de búsqueda, para obtener conocimientos o corregir aquellos que no sean los óptimos por parte de la madre.

En todas las unidades hospitalarias el personal de enfermería tiene un gran impacto sobre la madre, dentro de sus funciones está el brindar educación para el autocuidado, el cuidado del neonato e identificación de signos de alarma y el saber cómo actuar ante una emergencia, procurando un estado de salud en el binomio.

El principal objetivo de este estudio es identificar el grado de conocimiento de las y correlacionarlo con algunos determinantes sociales a fin de conocer su efecto en el grado de conocimiento de las madres para brindar cuidados e identificar signos de alarma en el recién nacido.

En el presente trabajo se pretendió indagar acerca del nivel de conocimientos que poseen las madres del cuidado al recién nacido y los signos de alarma que éste pudiera presentar; para ello se analizaron algunos determinantes sociales, como edad, nivel educativo, ingreso mensual, residencia; y su relación con los antecedentes gineco-obstétricos; considerado que pueden ser factores que inciden en el grado de conocimiento de la madre con respecto al tema en cuestión. Para ello se implementó un cuestionario, se interrogó sobre diferentes temas de cuidado básico para el recién nacido e identificación de signos de alarma, a las madres que se encontraban en el servicio de alojamiento conjunto puerperio fisiológico y quirúrgico basado en la “Guía práctica para el desarrollo del tu hijo”, la “Guía sobre pautas de crianza” y el “Manual de lactancia materna” <sup>3, 4, 5</sup>.

Dentro del contenido de esta investigación existen diferentes apartados, de los cuales se describe el problema, la revisión de literatura, tanto nacional como internacional. El marco teórico contiene diversa información sobre los cuidados básico para el recién nacido, en la metodología se describe el tipo de estudio junto con los criterios de selección de la muestra, así como la hipótesis. También cuenta con un apartado con los resultados y discusión sobre el análisis de estos. Finalmente se realiza una serie de conclusiones y sugerencias con base en los resultados y limitaciones del estudio.



## II ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1 Planteamiento del Problema

Las madres de los recién nacidos en las diferentes unidades hospitalarias son y serán las principales encargadas de brindar cuidados durante el internamiento y posterior al alta hospitalaria <sup>6</sup>. Por lo que es de importancia el conocer el grado de conocimiento que tiene las madres para brindar cuidados identificando que tan capacitadas se encuentran o, en dado caso, si presentan deficiencias, poder brindarles la información necesaria.

Es importante el considerar que según al VI Informe de Gobierno del Poder Ejecutivo Federal, en México, la tasa de mortalidad infantil promedio para el periodo 2010-2016 fue de 12 defunciones antes de cumplir el primer año de vida, por cada mil niñas y niños nacidos vivos; para el periodo de 2010 al 2018 la tasa de mortalidad de menores de cinco años por enfermedades diarreicas es de 8.3 defunciones por cada 100 mil en el grupo de edad, mientras que el promedio de la tasa de mortalidad de menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas para el mismo periodo es de 18.8.<sup>7</sup>

Si bien los cuidados al recién nacido sano empiezan a ser dados por la madre en la sala de recuperación si la condición de la madre lo permite, con una estrecha vigilancia por parte del personal de enfermería, que se encarga de realizar una valoración constante las primeras 24 horas, además de una valoración por el área médica de pediatría, quien da la aprobación para la movilización del recién nacido a alojamiento conjunto.

Es importante mencionar que durante la pasantía del servicio social se observaron dudas sobre los cuidados básicos del neonato, como lactancia materna, termorregulación, signos de alarma, control de niño sano, inmunización y tamiz neonatal temas de suma importancia durante los primeros días de vida. Si identificamos las deficiencias y logramos desarrollar e implementar estrategias para

obtener un efecto positivo en la disminución de la mortalidad infantil dentro del primer año de vida, también logramos disminuir las repercusiones familiares, institucionales, gubernamentales, económicas.

Por lo que se realiza un estudio, dirigido a conocer el grado de conocimiento de las madres, sobre: los cuidados básicos e identificación de signos de alarma del recién nacido. Planteando la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de conocimiento de las madres sobre los cuidados básicos y los signos de alarma en recién nacidos de un Hospital Materno Infantil de la red de salud pública de la Ciudad de México?

## 2.2 Justificación

El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida); para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. En 2016 a nivel mundial murieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida. Por lo que se estima que cada día mueren unos 7,000 recién nacidos <sup>8</sup>.

En los primeros años de vida, la mortalidad está dominada por las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas, aunque una vez superada la infancia temprana, hacen su aparición las infecciones respiratorias y las diarreas consideradas situaciones prevenibles, a pesar del notable descenso en la frecuencia de muertes debidas a estas últimas, destacan también la leucemia, los ahogamientos accidentales y los accidentes de tráfico.

La mortalidad infantil está relacionada con diversos factores económicos y sociales como el ingreso y el nivel de escolaridad de los padres; pero también es importante tomar en consideración nuestros sistemas de salud, el grado de desarrollo de la sociedad. El acceso a agua adecuada para consumo humano, la vacunación y la atención prenatal son medidas altamente costo-efectivas que influyen de manera positiva para disminuir el riesgo de morir en la infancia temprana.

Alrededor de 13 de cada mil niños nacidos en 2013, murieron en México antes de cumplir un año de edad. Esta cifra es cuatro veces mayor a la de España o Japón, donde la mortalidad infantil es menor a tres defunciones por cada mil nacimientos. En el contexto latinoamericano, México se ubica en niveles similares a los de Brasil (14.3) y Colombia (14.5), aunque hay diferencias importantes entre entidades <sup>9</sup>.

Sólo entre 2000 y 2013 el valor de este indicador se redujo 38%, pasando de 20.8 a 13.0 muertes por mil nacidos vivos, particularmente como resultado del abatimiento de las muertes por infecciones comunes. Actualmente, más de la mitad de las defunciones infantiles ocurren durante el primer mes de vida y están

asociadas a enfermedades perinatales, particularmente afecciones respiratorias o cardiovasculares, malformaciones congénitas y problemas de origen infeccioso <sup>9</sup>.

Más de la mitad de las muertes ocurridas antes de los primeros cinco años de edad se concentran en los primeros seis meses de vida. La mayor parte se asocian a enfermedades infecciosas y nutricionales que han sido contenidas en la mayor parte de la población.

A nivel mundial, la prevalencia de desnutrición global ha disminuido de 25% en 1990 a 16% en 2013. Cerca de 52 millones de menores de cinco años sufren desnutrición aguda, moderada o grave. En México, la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años muestra un descenso. De acuerdo con la ENSANUT, la prevalencia de desnutrición moderada disminuyó de 1.6% en 2006 a 1.2% en 2012. La prevalencia de desnutrición severa pasó de 0.5% en 2006 a 0.4% en 2012.

Dentro de la investigación se le considera al personal de enfermería con la capacidad de ser un mediador para disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal. Ejerciendo mayor impacto en la madre, con información continua sobre los cuidados de recién nacido y los signos de alarma durante su estancia hospitalaria; lo que será el primer pilar de acción posterior al alta.

## 2.3 Objetivos

### General

Analizar el grado de conocimiento de las madres sobre los cuidados básicos y los signos de alarma en el recién nacido.

### Específicos

Valorar el efecto de algunos determinantes sociales y gineco-obstétricos en el conocimiento de las madres sobre el cuidado básico del recién nacido.

Identificar el efecto de algunos determinantes sociales y gineco-obstétricos en el conocimiento de las madres sobre los signos de alarma del recién nacido.

### Propósito

Proponer un plan de mejora con un plan de alta neonatal de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente en una unidad Materno Infantil.

### **III REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Durante la búsqueda de información relacionada al estudio fue difícil debido a la falta de información publicada, tanto aquella relacionada con el nivel de conocimiento en las madres y la relación de los determinantes sociales, que no estuviera dirigido al recién nacido patológico.

La búsqueda de evidencia se realizó en bases de datos como Scielo, Lilacs, Redalyc, se consultó también google académico considerando como estrategia de búsqueda las palabras clave como: madres, conocimientos, cuidado, recién nacido, signos de alarma; la temporalidad se prefirió los últimos 10 años en idioma español y portugués. Se identificaron diversos estudios y documentos que aportan al tema, refiriendo algunos de ellos a continuación.

#### **Antecedentes nacionales**

En Tabasco se realizó un estudio titulado “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel” en el año 2014, con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres en periodo posparto. Estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal, con una muestra de 300 mujeres, donde la edad media fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67.3% fue regular y el 24% alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%. En relación con la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades <sup>10</sup>.

#### **Antecedentes Internacionales**

La tesis "Nivel de Conocimiento de las madres primíparas sobre los cuidados básicos del recién nacido en el Centro de Salud Vista Alegre, Distrito Carmen Alto.

Ayacucho” en el año 2017 en Perú. Estudio descriptivo. En relación a conocimientos de madres primíparas sobre cuidados básicos del recién nacido se encontró que el 43% tienen un nivel de conocimiento bajo, medio un 30% y alto en un 27% <sup>11</sup>.

Se encontró un estudio realizado en Cuenca-Ecuador titulado “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso” del año 2015, estudio de tipo cuantitativo-descriptivo, con un total de 177 pacientes, de las cuales el 60.5% habitaba en un área urbana, mientras el 39.5% en área rural.

El 49% de la población total tiene un nivel educativo: secundaria, el 32.2% logró finalizarla, mientras el 2% no la terminó; se puede apreciar que un 84.9% tiene conocimiento sobre la alimentación del recién nacido, el 82.8% sobre la vestimenta, el 78.4% conoce de las áreas específicas, el 71.9% sobre la zona perineal y el 70.2% conoce acerca del baño del bebe, sin embargo el 75.3% desconoce acerca del sueño del recién nacido, el 42.3% sobre la eliminación intestinal y vesical, el 36.3% sobre el cuidado del cordón umbilical, el 32.7% sobre la termorregulación <sup>12</sup>.

En Perú, Cáceres A. realiza un estudio con el objetivo de identificar el conocimiento sobre los cuidados del recién nacido de puérperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, en el año 2016. El estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlativo, con una muestra de 132 puérperas de las cuales el 72.0% tuvieron edades entre 20 a 34 años, el 54.5% eran procedentes de zonas urbano marginal, el 65.2% tenían estudios secundarios, el 47.7% eran multíparas. El 37.9% de puérperas tuvo un conocimiento regular sobre Lactancia materna, 34.8% tuvo un conocimiento malo sobre cuidados del cordón umbilical, 41.7% tuvo un conocimiento bueno sobre higiene del recién nacido, el 73.5% tuvo un conocimiento malo sobre el descanso en el recién nacido, 51.5% tuvo buen conocimiento en relación a la estimulación en el recién nacido y el 57.6% de puérperas tuvieron buen conocimiento sobre los signos de alarma en el recién nacido <sup>13</sup>.

En el artículo “Conocimientos y prácticas de lactancia materna en adolescentes que asisten al Centro de Salud en Bagua”, La investigación es de tipo descriptivo, de diseño transversal. Tuvo una muestra conformada por 88 madres adolescentes con niños menores de seis meses de edad. Con un conocimiento en lactancia materna bajo (37%) y con una práctica de la lactancia inadecuada (71%). <sup>14</sup>.

El estudio sobre “Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?”, de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo en el año 2014, en el que se encuestaron 90 madres en el Centro de Salud 11 de noviembre de Santa Marta (Colombia); donde el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello <sup>15</sup>.

Un estudio realizado en Huancayo- Perú en el año 2017, diseño descriptivo, transversal, cuantitativo, observacional, prospectivo, cuya población fue de 180 madres, con una muestra proporcional de 123 madres. El nivel de conocimiento sobre cuidados en la alimentación es medio en el 43.1%, bajo en el 33.3% y alto en el 23.6%, 60.2% de las madres adolescentes desconocen la posición del recién nacido para darle de lactar. El nivel de conocimiento sobre cuidados en la higiene al recién nacido es bajo en el 47.2%, medio en el 38.2% y alto en el 14.6%, 65% no conoce el tiempo de duración del baño, el 43.1% desconocen sobre los cuidados del cordón umbilical. El nivel de conocimiento sobre cuidados en el sueño es bajo en 56.1%, medio en 30.1% y alto en 13.80%, el 74.8% de madres desconocen el número de horas que duermen los recién nacidos, 39% de madres refieren desconocer la posición que el neonato adopta para dormir. El nivel de conocimiento sobre termorregulación es bajo en el 87%, medio en el 9.8% y alto en el 3.3%, 95.1% de madres desconocen las condiciones en las que su recién nacido puede perder temperatura, 91.9% de madres desconocen cuán importante es proteger al recién nacido del frío o del calor excesivo. El nivel de conocimiento sobre cuidados en la



identificación de los signos de alarma del recién nacido en madres adolescentes primíparas, es bajo en el 66.7%, medio en el 22.8% y alto en el 10.6% de madres encuestadas, el 68.3% de madres también desconocen los aspectos que se evalúan como signos de alarma en el recién nacido <sup>16</sup>.

El estudio realizado por Figueroa D. y Morante C., de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento que tienen las madres sobre la prueba de TMN en el primer trimestre del 2014. El 46% son madres adulta joven, 45% con un nivel de escolaridad secundaria, 62% no saben de qué se trata la prueba y que enfermedades previene, 26% refirieron que la edad recomendada para realizar la prueba es de 0-28 días, 34% refiere que uno de los riesgos es el retraso intelectual, seguido de un 23% que es el retraso en el crecimiento y muerte, concluyéndose que las madres que asisten al centro de salud, no tienen conocimiento suficientes acerca de la prueba del TMN <sup>17</sup>.

En Lima-Perú se realizó un estudio denominado “Conocimientos de las madres primíparas sobre los cuidados del recién nacido en el hogar del servicio de alojamiento conjunto del Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión V.M”, en el año 2016, estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal en el que se estudiaron a 50 madres primíparas del servicio de alojamiento conjunto, donde se encontró que el 62% de las madres desconocen los cuidados que debe recibir el recién nacido en el hogar y solamente el 38% de estas los conoce. Dentro de dichos cuidados aquellos que son dirigidos al muñón umbilical, solo el 28% tiene conocimiento. El 76% de la población desconoce la forma de limpieza del cordón umbilical. Se aprecia que el 40 % de la población conoce sobre la termorregulación del recién nacido, a comparación del 60% que lo desconoce <sup>18</sup>.

En 2010 en Perú, Huamán-Caychihua C.G. llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, correlacional; de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca del cuidado del recién nacido

en el Hospital Rezola, Cañete. El estudio se realizó en 100 madres a las cuales se les aplicó un instrumento, resultando que el 43% de la población estudiada correspondió a adulta joven. Según el grado de instrucción, el 61% de madres tenía secundaria completa e incompleta. El 69% eran convivientes. El 65% de las madres vivían en la zona urbana. El 46% tuvo por primera vez un hijo. Donde concluyeron que, a mayor edad de la madre un mejor nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en las cinco áreas estudiadas: estimulación temprana, alimentación, higiene, inmunización y signos de alarma <sup>19</sup>.

## IV MARCO TEÓRICO

### 4.1 Conocimiento

El conocimiento es un reflejo de la realidad, una copia del original. Si el reflejo o copia se corresponde con la realidad u original, se está en presencia de una relación de semejanza, lo que constituye la condición básica de un modelo. Por consiguiente, el reflejo puede ser visto como un modelo de la realidad (original) y el conocimiento como un modelo que encierra la copia del original, su esencia, su unidad sistémica, lo que la cosa es por sí misma, a diferencia de las demás y de los estados cambiantes de ella por la acción de unas u otras circunstancias <sup>2</sup>.

El desarrollo del conocimiento en la ciencia tiene lugar por la contradicción entre el tipo de estimulación social del conocimiento y el tipo de conocimiento que se ha acumulado por la sociedad, es decir, aquellas particularidades de la organización del conocimiento que resultan dominantes en la etapa contemporánea del desarrollo de la ciencia.

El surgimiento de un tipo de conocimiento se da cuando en los límites del desarrollo de un nivel inferior surgen elementos del nuevo tipo de conocimiento hasta que comienzan a requerir del nivel inferior exigencias que éste no puede satisfacer.

El conocimiento activo transformador tiene otro ángulo que es el analítico sintético. Sobre la base de la síntesis de las leyes abstracto analíticas se crean los modelos analítico sintéticos de los fenómenos y se ponen al descubierto las leyes concretas que le corresponden. Precisamente estos modelos analítico - sintéticos de los fenómenos, después de un acabado empírico se transforman en guía para las acciones prácticas.

Desde la perspectiva expuesta se comprende que las interacciones que tienen lugar entre las fuentes de conocimiento y los sujetos involucrados en los procesos de

aprendizaje organizacional exigen estrategias de investigación sistémico-estructural compleja, cuyos resultados tengan un modelo analítico-sintético experimentalmente comprobado que sirva de guía para la acción, y para el logro de niveles funcionales ulteriores que hagan más eficaz y eficiente el funcionamiento de la organización <sup>2</sup>.

#### 4.2 El recién nacido y sus características

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término ( $\geq$  37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. Es difícil encontrar el justo equilibrio entre la observación cuidadosa de todo este proceso, asegurándonos que estamos ante un recién nacido de bajo riesgo que apenas precisa intervenciones por nuestra parte y cuidados específicos posterior a su alta <sup>20</sup>.

Las primeras semanas de vida, es una de las etapas con mayor vulnerabilidad con un alto índice de mortalidad en todo el mundo <sup>21</sup>. Con una actividad variable, según su estado general. Adoptando diferentes posiciones y movimientos espontáneos <sup>22</sup>.

He ahí la importancia del integrar en los servicios de salud a personal de enfermería capacitado y habilidades que le permitan el interactuar, obtener información al momento de la valoración para poder realizar una correcta toma de decisiones para ofrecer cuidados <sup>23</sup>.

El examen físico es la valoración del estado de salud del recién nacido, mediante la realización de una exploración física. En la atención integral del neonato, se deben considerar los aspectos sociológicos, económicos, además, de sus características fisiológicas y su grado de madurez <sup>22</sup>. El personal de enfermería debe observar cuidadosamente al momento de realizar la valoración del niño, y realizar el registro correcto en la hoja de enfermería posteriormente.

### 4.3 Lactancia Materna

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud <sup>24</sup>.

Es una práctica que ha sido transmitida de generación en generación, considerado el recurso nutricional más importante para la supervivencia humana. Su producción requiere de cambios, anatómicos y fisiológicos en el organismo femenino iniciando con la lactogénesis I, convirtiendo a la mama en un órgano secretor, posteriormente, corresponde la etapa de lactogénesis II posterior al alumbramiento se acompaña de la caída de los niveles de progesterona y la secreción de la leche, finalmente con la fase de lactopoyesis, (secreción continua de la leche). Los factores locales cobran importancia a partir del tercer día post-parto, donde el vaciamiento de los alveolos es imprescindible para la continuidad de la producción de leche <sup>22</sup>.

#### 4.3.1 Composición y etapas de la leche materna

La madre también debe saber la composición de la leche que recibirá su hijo, y que ésta presentará variaciones, y se encuentra estrechamente relacionada con las necesidades del recién nacido, experimentando modificaciones que van del precalostro a calostro, después a leche de transición y finalmente la madura (en relación al neonato); con el objetivo de aportar los elementos nutritivos, asegurando un crecimiento y desarrollo idóneo <sup>22, 25</sup>.

##### Pre-calostro

Este compuesto por sodio, cloro, plasma, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, células y lactosa, el cual se acumula en el último trimestre del embarazo en los alveolos mamarios.

## Calostro

Posee un gran valor alimenticio, por sus propiedades inmunológicas que lo hacen merecer el calificativo “primera vacuna” para los humanos. Iniciando su producción en los primeros 4 a 5 días posteriores al parto (puede prolongarse hasta el octavo día). Un líquido espeso, color amarillento, con alta densidad, con un volumen de 2 y 20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del neonato. Al tercer día se produce en promedio 100 a 200 ml.

Compuesto por abundantes cantidades de proteínas (36g/L), aminoácidos libres, gangliósidos, ácido sálico, carotenos, vitaminas hidrosolubles y E, A, K, urea, sodio, zinc, hierro, cobre, azufre, selenio, magnesio, potasio, calcio, fosforo, lactosa, glucosa y nucleótidos.

En el meconio también existe colesterol, triglicéridos y ácidos grasos en cantidad variable, según el tipo de dieta materna. El calostro facilita la expulsión de meconio, lo que evita la presencia de hiperbilirrubinemia neonatal, por su alto contenido en sodio y otras sales produciendo un efecto laxante. Diferentes enzimas, como la lactasa favorecen la digestión y promueven la colonización del aparato digestivo <sup>22</sup>.

## Leche de transición

Su producción dura 2 semanas; con un aumento del volumen lácteo, “subida de la leche”, alcanzando un volumen de 600 a 700 ml cada 24 horas; representa el tránsito de calostro a la leche madura, y su composición es variable, por la reducción de la concentración de inmunoglobulinas, proteínas y vitaminas liposolubles e incremento de las grasas, vitaminas hidrosolubles y la lactosa <sup>22</sup>.

## Leche Madura.

Compuesta de elementos nutritivos y no nutritivos, con un volumen promedio de 800 a 1200 ml/día. Con osmolaridad similar al plasma (286 mOsm) y su contenido

energético varia de 68 a 74 kcal/100 ml. Es dulce y su pH oscila de 6.5 a 6.8; siendo 88% agua; contiene proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

Es imprescindible que la madre conozca la técnica correcta para brindar lactancia materna: aseo diario, lavarse las manos, relajarse, posición correcta de los pechos así como del neonato. La frecuencia de las tomas, de 8 a 12 veces al día, con una duración de 8 a 12 minutos, de ambos senos, logrando una succión y ordeño eficaz. Si el neonato no despierta en el curso de 4 horas, debe ser estimulada para lactarlo <sup>22</sup>.

Los recién nacidos que reciben leche materna no requieren el aporte de líquidos extras. El reflejo de búsqueda está presente en todos los recién nacidos sanos para facilitar el amamantamiento. El reflejo de protrusión de la lengua (también llamado extrusión, consiste en expulsar hacia fuera con la lengua los objetos y alimentos que se aproximan a sus labios), puede ser de ayuda para evitar la introducción temprana de sólidos y semisólidos. Puesto que este reflejo empieza a desaparecer hacia los 5-6 meses <sup>25</sup>.

#### 4.3.2 Técnica para la Lactancia Materna.

Es que la madre conozca diferentes tipos de posiciones trae comodidad, una buena producción de leche y evita que se lastimen los pezones (agrietamiento).

La madre deberá sostener el pecho con los dedos formando una “C”, colocará la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el lactante no abre la boca la madre le rozará los labios con el pezón para crear el estímulo al reflejo de búsqueda, el abdomen del recién nacido pegado al de la madre, la cabeza, nuca y espalda del bebé en línea recta sostenidas por el brazo de la madre. En el momento que abre la boca, la madre lo acerca al pecho, tomando una buena parte de la areola (dependiente del tipo de seno).

- Posición acostada: una de las posiciones más cómodas después del parto y durante la siesta o por la noche (cuidando el no asfixiar al recién nacido en todo momento).
- Posición de Balón o Sandía: Recomendada para pacientes post cesárea y para amamantar gemelos.
- Posición sentada: Apoyando la espalda completamente sobre un respaldo para evitar lesiones.

Existen diversas posiciones para el amamantamiento, la correcta será aquella que le brinde comodidad a la madre, evitando lesiones a la columna y a los pezones.

#### 4.3.3 Protección a la Leche Materna

Las madres en todo el mundo se ven acosadas y confundidas por campañas de publicidad de leches artificiales y biberones a través de la televisión, radio y por otras personas, que les dicen lo bueno que es alimentar a niño con biberón. Campañas que muestran a niños sonrientes, madres felices y prometen salud, bienestar y belleza. Así como regalos a través de hospitales, personal sanitario, muestras gratis.

Las madres, las familias y los servicios de salud, deben saber que la leche materna es insustituible y que el uso de otras leches puede tener consecuencias severas para la salud de los niños y niñas <sup>26</sup>.

La desnutrición continúa afectando a miles de millones de niños. Su presencia es visible en el retraso en el crecimiento de los niños que no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 3 años y a menudo después. Estos niños puede que soporten la carga del retraso en el crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen el desarrollo pleno de sus capacidades físicas e intelectuales.



La desnutrición también es evidente en la emaciación de los niños en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en demasiados casos, provocan su muerte.

En 2018, 149 millones de niños menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento y casi 50 millones tenían emaciación. En América Latina y el Caribe, 4,8 millones de niños menores de 5 años sufren de retraso en el crecimiento y 0,7 millones de emaciación. Las carencias de vitaminas y minerales esenciales, lo que se conoce como el “hambre oculta”, privan a los niños de su vitalidad en todas las etapas de la vida. El número de niños y mujeres afectados por el hambre oculta es alarmante. Las estimaciones realizadas por UNICEF y sus aliados indican que existen al menos 340 millones de niños menores de 5 años (es decir, uno de cada dos) que padecen hambre oculta<sup>27</sup>.

Cada vez hay más niños y jóvenes que sobreviven, pero son muy pocos los que prosperan. Para comprender la malnutrición actual, es necesario centrarse en los alimentos y la alimentación en todas las etapas de la vida del niño. El panorama que surge es preocupante: demasiados niños y jóvenes comen muy pocos alimentos saludables y demasiados alimentos poco saludables. Estos problemas comienzan temprano en la vida: en todo el mundo y en la región de América Latina y el Caribe, solo dos de cada cinco niños reciben exclusivamente leche materna en sus primeros seis meses de vida, lo que les priva de la mejor comida que un bebé puede obtener. En cuanto a los “primeros alimentos” que los lactantes deben empezar a consumir alrededor de los 6 meses de edad, estos también son, en demasiados casos, inapropiados para satisfacer las necesidades de los niños. Menos de uno de cada tres niños entre los 6 y los 23 meses está consumiendo una alimentación lo suficientemente diversificada para sustentar sus cuerpos y cerebros en rápido crecimiento. En el caso de los niños más pobres, la proporción se reduce a sólo uno de cada cinco <sup>27</sup>.

Una buena nutrición puede romper el círculo vicioso intergeneracional a través del cual la malnutrición perpetúa la pobreza, y la pobreza perpetúa la malnutrición. Los niños que están bien alimentados disponen de una base sólida a partir de la cual pueden lograr el pleno desarrollo de sus capacidades. Y cuando los niños consiguen esto, las sociedades y las economías también se desarrollan mejor. Nuestro objetivo debe ser proporcionar a los niños una alimentación nutritiva, segura, saludable, asequible y sostenible <sup>27</sup>.

¿Dónde se encuentran los niños que no están creciendo bien? existe una mayor prevalencia en niños menores de 5 años; a nivel mundial 1 de cada 3 y en LAC es casi 1 de cada 5, en México del 10.0% a 19.9% de los niños y niñas no están creciendo bien. A nivel mundial 149 millones están presentando retraso en el crecimiento, 49.5 millones están presentando emaciación y 40 millones sobrepeso. En América Latina y el Caribe 4.8 millones presenta retraso en el crecimiento, 0.7 millones emaciación y 4 millones sobrepeso, de los cuales en México el 17% de niños y niñas presenta alguna de estas complicaciones <sup>27</sup>.

#### 4.3.4 Implicaciones del personal de enfermería con las madres.

Las madres deben ser instruidas por el personal de enfermería en las técnicas de: lactancia materna, extracción manual y mecánica de la leche e implicaciones emocionales; con la supervisión continua de la madre y del recién nacido durante su estancia hospitalaria. La elevada mortalidad infantil está asociada al abandono de la lactancia materna y el emplear sucedáneos de sustitución <sup>22</sup>.

Está demostrado que la educación de la madre y del padre antes y después del parto es esencial para conseguir la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Por ello es fundamental que el personal de enfermería proporcione información suficiente a las mujeres en el embarazo y el puerperio sobre la superioridad y los beneficios de la lactancia materna a comparación de la leche artificial <sup>25</sup>.

#### 4.3.5 Beneficios de la lactancia materna.

Para la madre: favorece la recuperación del útero tras el parto, reduciendo el riesgo de presentar hemorragia, disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario, disminución de fracturas posmenopausia, reduce la incidencia de depresión post-parto y pérdida continua de peso.

Para el lactante: facilita la digestión por lo que ayuda a prevenir la muerte de cuna, reduce el número de infecciones y alergias, estimula las propias defensas, favorece el desarrollo neurológico y visual, previene enfermedades crónicas del adulto (hipertensión, obesidad, diabetes), y promueve el vínculo entre la madre y el hijo gracias al contacto físico estrecho y frecuente entre ambos <sup>25</sup>.

Sin embargo anteriormente la lactancia materna en México presentó dificultades, y las sigue presentando, para que pueda ser otorgada a todos los recién nacidos sanos se dio a la tarea de implementar diferentes programas que favorecieran su fomentación, a nivel nacional e internacional: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Declaración conjunta de OMS/UNICEF, Declaración de Innocenti e Innocenti, Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño; y aquellos implementados en México: Comité Nacional de Lactancia Materna, Comité Nacional del Programa de Acción Arranque parejo en la Vida y el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Así en conjunto al Marco Jurídico se crea y desarrolla el Plan Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 <sup>28</sup>.

Su principal interés es contar con una estrategia de lactancia materna que permita la mejoría en el estado de salud y nutrición de las niñas y niños mexicanos, proporcionar las condiciones esenciales para su óptimo crecimiento y desarrollo, además de los beneficios que representa para la salud en edades posteriores al reducir el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes. También brinda la posibilidad de ahorros a los servicios de salud y a las familias en dos

sentidos, el primero al disminuir el número de atenciones médicas y hospitalizaciones, pues las niñas y niños alimentados con leche materna en forma exclusiva los primeros seis meses y en forma complementaria hasta los dos años de edad, son más sanos y el segundo, al reducir los gastos por biberones, esterilizadores y fórmulas artificiales <sup>28</sup>.

#### 4.3.6 Normatividad institucional en México.

La NOM- 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, cuenta con un apartado específico sobre la “Protección y el fomento de la lactancia materna”, en el que menciona que el personal deberá aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva en todo establecimiento que proporcione atención médica obstétrica, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Brindando promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida; cuidando en las madres el uso de medicamentos y sucedáneos de la leche materna <sup>29</sup>.

La NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, se refiere a la lactancia materna como la forma ideal de alimentar a lactantes y niños pequeños, ya que aporta los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Los avances en el estudio de la epigenómica, han demostrado que la alimentación con leche humana hasta avanzado el segundo año de vida, consigue modificar la expresión de genes, por lo tanto, la programación genética de los lactantes para prevenir la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia e incluso algunos tipos de cáncer.

La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo el único alimento que los lactantes deben recibir

durante los primeros seis meses de vida, ya que sus beneficios han demostrado tener impacto en la reducción de la mortalidad infantil y ser una intervención costo efectiva en la prevención de enfermedades infecciosas y alérgicas.

Además, establecer acciones y criterios que favorezcan el apoyo a las mujeres para continuar la práctica de la lactancia materna hasta avanzado el segundo año de vida en sus sitios de trabajo, en los centros o estancias infantiles, así como la adecuada orientación del personal de salud, son intervenciones fundamentales que permitirán contribuir al mejor desarrollo de los hombres y mujeres del futuro, comenzando de manera universal con la mejor alternativa de nutrición infantil, la leche materna <sup>30</sup>.

#### 4.4 Termorregulación

La temperatura es un mecanismo fisiológico que oscila entre 36.5 a 37.5°C, siendo el grado de calor del cuerpo como resultado del metabolismo celular. El sistema de regulación de los bebés es aun inmaduro, y son más sensibles a los cambios de temperatura <sup>22, 31</sup>.

Los neonatos están predispuestos a la transferencia de calor del medio ambiente, debido a que poseen una escasa cantidad de grasa subcutánea. Contemplando los siguientes conceptos:

- Hipertermia: estado en el que la temperatura se eleva por encima de los límites normales (por encima de los 38°C).
- Hipotermia: estado en el que la temperatura corporal disminuye por debajo de los límites normales (por debajo de los 36.5°C).
- Termorregulación Ineficaz: estado en el que la temperatura oscila entre la hipotermia y la hipertermia. Es una oscilación de la temperatura corporal por encima o por debajo de los límites normales.

Existen cuatro formas por las cuales el neonato puede perder o ganar calor corporal a través del ambiente: Evaporación, conducción, convección e irradiación.

Así, como la intervención de diversos factores que intervienen en la producción y conservación del calor, como: la termogénesis sin escalofríos producto del metabolismo de grasa parda, el aumento de la actividad muscular voluntaria (escalofrió), vasoconstricción periférica y la posición fetal <sup>22</sup>.

#### 4.5 Ictericia Neonatal

Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido cuando la bilirrubina sobrepasa la cifra de 5 mg/dl. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo, lo que pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo. La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades.

La ictericia fisiológica es una situación que normalmente se presenta en el neonato a término, y se caracteriza por ser monosintomática, fugaz (2º a 7º día), leve (bilirrubinemia inferior a 12,9 mg/dl si recibe lactancia artificial o a 15 mg/dl si recibe lactancia materna), y de predominio indirecto. Una ictericia será patológica cuando se inicie en las primeras 24 horas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dl diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dl o dure más de una semana en el recién nacido a término (excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más) o más de dos semanas en el pre-término <sup>32</sup>.

#### 4.6 Cambios de posición en el recién nacido (posición anti-reflujo).

La regurgitación es un fenómeno fisiológico normal, que no debe preocupar. Sencillamente, el lactante expulsa el exceso de leche, especialmente al eructar o cuando se le está cambiando, fenómeno que suele disminuir alrededor de los tres o cuatro meses <sup>31</sup>. Procurando una vigilancia continua, ayudar a sacar el aire y posicionando al recién nacido en decúbito lateral izquierdo por 15 minutos posterior al amamantamiento.

#### 4.7 Signos de alarma del recién nacido.

El aprender a identificar los signos de alarma tempranamente constituye el primer paso de una atención precoz.

Dentro de los signos de alarma, existen algunos a los cuales debemos priorizar una atención hospitalaria, como: cianosis generalizada: coloración azul-morado oscuro de lengua, mucosas, pies; palidez: ausencia de color en la piel a causa de insuficiencia circulatoria, anoxia, anemia; ictericia precoz: coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de los niveles de bilirrubina en sangre, trastornos respiratorios, vómito bilioso, hemorragias, emisión de saliva excesiva, distensión abdominal, anuria, no defecar meconio, alteraciones a nivel muscular, convulsiones, trastornos del sueño-vigilia <sup>31</sup>.

El brindar información adecuada y oportuna a las madres durante su estancia hospitalaria ayudará a que logren identificar los signos de alarma en sus hogares y sepan de qué manera actuar.

#### 4.8 Control del niño sano

El cuidado de la salud infantil integra todos aquellos aspectos que ayudan a crecer de forma autónoma y feliz, desarrollando una salud positiva e integradora.

El programa de seguimiento del niño sano incluye actividades de prevención y promoción a la salud, con los objetivos: de detección precoz de los problemas de salud de la población infantil, que permita realizar una intervención preventiva y lograr llevar un tratamiento eficaz y reducir la morbilidad. Dar seguimiento a los grupos de riesgo de patologías más frecuentes. Mantener los niveles inmunitarios adecuados para luchar contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Promover actitudes y hábitos saludables en el niño y su familia <sup>31</sup>.

#### 4.9 Cuidados en el muñón umbilical.

El ombligo de los recién nacidos suele ser la puerta de entrada para posibles infecciones. La onfalitis o infección de la herida o cicatriz umbilical, es una complicación postnatal que ocurre en una proporción menor al 1% en países desarrollados y entre el 2-3% en países en vías de desarrollo. Se supone una complicación grave, ya que debido a la alta permeabilidad que presentan los vasos sanguíneos de la zona umbilical, es frecuente que se convierta en una sepsis. Además, resulta sencilla la contaminación microbiana de la zona, debido a la presencia de orina y/o heces en el pañal del bebé <sup>33</sup>.

La mejor manera de prevenir esta complicación, es realizar correctamente los cuidados posteriores al nacimiento <sup>31</sup>. Y es importante explicar con detalle a la madre el procedimiento, así como los signos de alarma: presencia de eritema umbilical, edema, secreción maloliente y aumento de la temperatura en la zona afectada y/o sangrado <sup>33</sup>.

Tomar en consideración para el cuidado: la higiene diaria y mantener el ombligo limpio y seco, tener las manos limpias para su manipulación, únicamente en caso de infección se aplicará algún desinfectante, no cubrir con gasas o fajeros, el pañal debe ser colocado justo por debajo del cordón para evitar rozaduras y su contaminación <sup>31</sup>.



#### 4.10 Inmunización y tamizaje del recién nacido

La vacunación ha eliminado o reducido significativamente la frecuencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas <sup>34</sup>.

Las vacunas son sustancias que están compuestas por un microorganismo entero, una parte de él o un producto modificado, que permite el inducir una respuesta en quien lo recibe, que simula la enfermedad natural, pero con poco o ningún riesgo. Y el beneficio más importante es la protección contra la enfermedad, la erradicación, eliminación, así como el control de las enfermedades inmuno-prevenibles.

Se debe considerar que existen personas que no pueden recibir algunas vacunas, porque no desarrollarían inmunidad, como: personas con alteración en las defensas o sistema inmunológico inmaduro; presentan mayor riesgo de infección o presentar la enfermedad.

El fomento y el brindar información correcta acerca de las vacunas contribuye a un aumento de la percepción social y la aceptación de la inmunidad artificial sobre ciertas enfermedades que posiblemente son menos habituales, pero que generan mayor riesgo en las comunidades. Algunas ideas erróneas pueden llevar a las personas a no vacunarse o a considerar la inmunización como peligrosa, pero la realidad, el mayor peligro está en no vacunarse, he ahí la importancia del transmitir información correcta para el fomento de la vacunación <sup>35</sup>. Actualmente los movimientos migratorios y el turismo aumentan dichos factores y la probabilidad de presentar un estado de enfermedad en los recién nacidos.

#### Tamiz metabólico

El tamizaje neonatal es una intervención médica de invaluable importancia, que tiene como objetivo principal detectar y tratar oportunamente enfermedades, a fin de evitar secuelas graves que a lo largo del tiempo resultan incapacitantes, lo que deriva en incremento del costo social y económico para el país.

El objetivo del tamiz metabólico neonatal es detectar la existencia de una enfermedad o deficiencia congénita, antes de que ésta se manifieste, para iniciar el tratamiento adecuado que evite sus consecuencias. Es una herramienta muy valiosa de la medicina preventiva, mediante el análisis de diversas sustancias en gotas de sangre recolectadas en papel filtro específico, se pueden detectar oportunamente desde una enfermedad, como fenilcetonuria o hipotiroidismo congénito hasta cerca de medio centenar de enfermedades como hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, galactosemia, enfermedad de orina de jarabe de "maple" (Arce), defectos del ciclo de la urea, tirosinemia, acidemias orgánicas congénitas, defectos de oxidación de los ácidos grasos, talasemias, distrofia muscular de Duchenne y enfermedades infecciosas <sup>36</sup>.

#### Tamiz auditivo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la hipoacusia es la discapacidad sensorial de mayor prevalencia, la cual se incrementa a la par de la dinámica poblacional. En México, según cifras del instituto nacional de estadística y geografía en el censo de población y vivienda 2010, 12.1% de la población con discapacidad tiene defectos auditivos; en 2012, la subsecretaría de prevención y promoción de la salud reportó una prevalencia de hipoacusia pediátrica de 1.4 por cada 1000 nacimientos <sup>37</sup>.

El tamiz auditivo por emisiones otoacústicas es un estudio rápido, económico y seguro para los pacientes. Es la detección oportuna de la deficiencia auditiva del recién nacido; es realizado a todos los recién nacidos con o sin riesgos durante la gestación o al nacimiento. Su objetivo es atender de la forma más temprana posible las deficiencias auditivas del neonato, ya que la edad ideal para la rehabilitación con ayuda de un auxiliar auditivo y para iniciar la terapia del lenguaje a los seis meses de edad, pues a esta edad comienza el desarrollo del lenguaje.

Cualquier reducción de la audición puede causar alteraciones de comunicación que repercuten en el desarrollo motor, afectivo e intelectual del individuo. El tamiz auditivo neonatal tiene varias ventajas sobre otros métodos para la detección

temprana de enfermedades. Estos beneficios son: es un estudio de un precio accesible, es más rápido, dura unos dos minutos; se obtiene el resultado de inmediato; no es doloroso y se puede repetir cuantas veces sea necesario para confirmar el resultado <sup>38</sup>.

## V METODOLOGÍA

### 5.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio de tipo no experimental, observacional, transversal, descriptivo.

#### **Observacional:**

Corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Las mediciones, se pueden realizar a lo largo del tiempo, ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única (estudio transversal) <sup>39</sup>.

#### **Transversal:**

El estudio transversal es un estudio observacional que mide tanto la exposición como el resultado en un punto determinado en el tiempo. Este diseño se lleva a cabo usualmente para estimar la prevalencia de una enfermedad dentro de una población específica y es común que uno de sus propósitos centrales sea proporcionar información para efectuar intervenciones de salud pública <sup>40</sup>.

#### **Descriptivo:**

En los estudios descriptivos, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que describen la presencia de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población, etc., pero siempre referido a un momento concreto y sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores <sup>41</sup>.

## 5.2 Universo y Muestra

Se estudió a puérperas con recién nacidos que se encontraban hospitalizadas en alojamiento conjunto, en los servicios de hospitalización: puerperio fisiológico y puerperio quirúrgico de un Hospital Materno Infantil de la red de salud pública de la Ciudad de México.

La selección de la muestra fue por conveniencia, considerando únicamente aquellas madres que cumplían con los criterios de inclusión.

## 5.3 Criterios de selección de la muestra

### 5.3.1 Criterios de Inclusión

Toda aquella puérpera que se encuentre hospitalizada con recién nacido (alojamiento conjunto), en los servicios de hospitalización: puerperio fisiológico y puerperio quirúrgico del Hospital Materno Infantil Inguarán

### 5.3.2 Criterios de exclusión

Toda aquella paciente puérpera con recién nacido patológico, ubicado en la unidad toco-quirúrgica, urgencias, hospitalización pediatría, u en otra procedencia, dentro o fuera de un Hospital Materno Infantil de la red de salud pública de la Ciudad de México.

## 5.4 Hipótesis

### 5.4.1 Hipótesis de investigación

Los determinantes sociales de las madres disponen el nivel de conocimientos acerca de los cuidados básicos para el recién nacido.

## 5.5 Variables

### 5.5.1 Variable principal

Grado de Conocimiento sobre los cuidados básicos e identificación de los signos de alarma en el recién nacido.

### 5.5.2 Variables intervinientes

Determinantes sociales: edad, escolaridad, ingresos mensuales, localidad y gestas previas.

### 5.5.3. Definición Conceptual

- Variable dependiente:

<b>GRADO DE CONOCIMIENTO</b>	
Grado de Conocimiento	Valor o medida de entendimiento, inteligencia, razón natural, en relación de mayor o menor.
Conocimiento acerca de cuidados básicos	Grado de conocimientos que manifiesta la madre del recién nacido con respecto a cuidados como lactancia materna, termorregulación, control del niño sano, inmunización y cuidados al muñón umbilical.
Conocimiento acerca de signos de alarma	Grado de conocimiento que manifiesta la madre del recién nacido con respecto a la identificación de signos de alarma como coloración azul-morada peri-bucal e ungueal, apneas, cambios en el área motriz, entre otras.

- Variables intervinientes:

<b>DETERMINANTES SOCIALES</b>	
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.
Escolaridad	Nivel de estudios realizados por una persona.
Ingresos Mensuales	Cantidad total de salarios mínimos mensuales con que cuenta para los gastos del hogar.
Residencia	Lugar o pueblo en que habita.
Gestas previas	Se refiere al número de gestaciones anteriores, sin incluir el embarazo actual, que ha cursado la madre.

#### 5.5.4 Definición operacional

Grado de conocimiento acerca de los cuidados básicos para el recién nacido y la identificación de signos de alarma en éste.

Conocimiento acerca de cuidados básicos: será determinado son base en la sumatoria de 12 ítems, siendo el mayor puntaje de 12 y el mínimo de 1. En donde entre 10 y 12 corresponderá a “adecuado conocimiento”; entre 7 a 9 corresponde a “regular conocimiento”; de 4 a 6 será “escaso conocimiento” y de 1 a 3 puntos se establece como “deficiente conocimiento”.

## 5.6 Recolección de la información

Se aplicó un instrumento que fue elaborado por la autora para fines de la presente investigación, con base en el manual de la Fundación Slim: Guía práctica para el desarrollo de tu hijo; UNICEF: ¿Mucho, Poquito o Nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años y Lactancia Materna, consta de dos apartados:

1er apartado: contiene datos generales sobre la identificación de la paciente, los determinantes sociales y los antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes de cada una de las gestas, periodo intergenésico, SDG, APGAR, complicaciones e información sobre lactancia materna.

2do apartado: contiene información sobre el nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos y los signos de alarma. (Anexo 1)

Previo consentimiento informado expresando el interés y objetivo de la investigación se aplicó el instrumento.



## 5.7 Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo esta investigación, en primer lugar, se solicitó el permiso y aprobación del consentimiento informado e instrumento a la jefa de enseñanza de enfermería, posteriormente a la jefa de enfermeras de la unidad hospitalaria se le hizo entrega de una copia de dichos documentos. Después se les dio aviso y se realizó la presentación formal del documento y aplicador a las jefas de alojamiento conjunto: puerperio fisiológico y quirúrgico.

### 5.7.1 Principios éticos generales

En las investigaciones en seres humanos y en animales suelen presentarse conflictos debido a dilemas éticos de difícil solución, bien sea por una deficiente comprensión de lo que significa la coherencia entre ciencia y conciencia o bien por querer abordar los problemas éticos de las investigaciones sólo desde categorías lógicas abstractas; se hace necesario tener criterios establecidos sobre unos principios éticos fundamentales que sirvan de guía para la preparación concienzuda de protocolos de investigación científica y la ejecución coherente con ellos hasta el final. Dichos principios no se constituyen de ninguna manera en reglas rígidas para la solución de problemas concretos relacionados con la investigación. Nos sirven, sin embargo, como marco de referencia para la búsqueda de soluciones coherentes y fundamentales racionalmente para problemas específicos de carácter ético.

### 5.7.2 Principio de totalidad/integridad

Totalidad, del latín *totum*, universalidad y calidad de total que lo comprende todo en su especie. Es el conjunto de todo lo que conforma una especie. También equivale a *40uma* que significa perfección, complemento. En griego *holos* = totalidad, es captar el todo en las partes y las partes en el todo de tal manera que nos encontremos siempre con una síntesis que ordena, organiza, regula y hace que las partes logren su meta en un todo y que cada todo tenga la suya en otra totalidad siempre mayor. Integridad, del latín *integer*, que significa unidad intacta y también totalidad. La integridad de la persona incluye la totalidad fisiológica, psicológica,

social, ecológica, axiológica y espiritual. De ahí que, la totalidad se asimile al concepto de integridad. La persona humana es un ser total (totum) e integral (integer) conformado por su yo y sus circunstancias de espacio y tiempo en relación con otras personas con quienes forma comunidad en interdependencia con un ecosistema. Ningún elemento es desproporcionado en esta interrelación. Cada uno promueve el bien que el conjunto exige; y cada uno cede ante el otro por el bien del conjunto. La integridad/totalidad, en este sentido, es sinónimo de salud. Y la enfermedad equivale a la desintegración o ruptura de la unidad de la persona, en lo corporal, psicológico y axiológico <sup>42</sup>.

En la investigación clínica, el investigador al pretender reparar dicha des-integración originada por la enfermedad debe abordar la integridad de la persona. Explora, examina, diagnostica, actúa sobre las inter-relaciones del paciente a nivel corporal, psicológico, social, axiológico, medio-ambiental y las respuestas dadas por él. Se trata de una irrupción lícita sobre la integridad/ totalidad a la cual consiente el paciente, teniendo en cuenta los riesgos consecuentes del estudio. Por lo tanto, el investigador al ejercer este derecho tiene el deber concomitante de realizarlo con la máxima responsabilidad científica y ética. Principio de respeto a las personas Respeto, del latín *respicere*, mirar con atención, considerar, hacer reflexión.

El respeto por la persona-sujeto de investigación, abarca la totalidad de su ser con sus circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas, etc. El respeto supone atención y valoración de la escala de valores propios del otro, con sus temores, sus expectativas y su proyecto de vida. El principio de respeto a las personas incorpora dos deberes éticos fundamentales, a saber:

- a) La no-maleficencia: (no causar daño); todo ser humano tiene la obligación moral de respetar la vida y la integridad física de las personas, aun en el caso en que éstas autoricen para actuar en contrario. Nadie tiene obligación moral de hacer el bien a otro en contra de su voluntad, pero sí está obligado a no

hacerle mal. Se trata de una obligación de carácter público y por eso puede ser exigida a todos coactivamente.

- b) La autonomía: del griego autós: así mismo, y nomos: ley, gobierno. Autonomía es la facultad para gobernarse a sí mismo. Se apoya en el concepto filosófico que considera al ser humano con facultad para autogobernarse, ser dueño de sí mismo, capaz de dar sentido y direccionalidad a su vida. En lo referente a la investigación clínica, la autonomía es una capacidad inherente al hecho de ser persona racional. Es algo que poseemos, podemos desarrollar y también perderla. No admite grados ni se puede perder. No se puede transferir. No es algo que tenemos, pertenece a nuestra totalidad de ser como humanos. Violar nuestra integridad personal es atentar contra todo lo que somos como seres humanos.
  
- c) Lo relativo al consentimiento. La primera categoría atiende a la comunicación adecuada de la información y a su comprensión. La segunda se refiere al consentimiento voluntario y a la capacidad de libre elección y sin coacción alguna por parte el sujeto para participar en el estudio. Principio de beneficencia Bene-ficencia, viene del latín bene-facere = hacer el bien. Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones. Es decir, que los riesgos sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño tenga validez científica y que los investigadores sean competentes integralmente para realizar el estudio y sean promotores del bienestar de las personas.

Y la Declaración de Helsinki afirma expresamente: todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles, en comparación de los beneficios posibles para el individuo o

para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

### 5.7.3 No-maleficencia

El deber ético fundamental de no-causar-daño mediante los procedimientos de investigación, equivale a no hacerle mal a un animal y por ende al ecosistema; este deber es inseparable del precepto de justicia, en cuanto que ambos deberes cobijan a todos los seres vivos por igual, y aun con independencia de la voluntad de los implicados, en tratándose del ser humano. Y por tal motivo, puede exigirse su cumplimiento en forma coactiva. A partir de estos dos deberes, hombres y animales merecen ser tratados como lo que son desde lo moral y lo legal: seres vivos, sensibles, que tienen necesidades vitales y sienten dolor <sup>42</sup>.

En el año 1947 la enunciación del Código de Nuremberg marcó una de las primeras medidas de protección de las personas humanas en pro del ejercicio de la autonomía; en él se señala que el consentimiento voluntario es esencial y que, en ausencia de la posibilidad de ejercerla, si fuere necesario, deberá existir un representante legal; no podrá haber coacción, fraude, engaño o presión sobre los sujetos de prueba. Obliga al investigador a proporcionar una información comprensible relacionada con la naturaleza, los daños y los efectos en la salud de las personas que participen. En este código se espera que los experimentos obtengan buenos resultados para la comunidad, que se estudie la historia natural de la enfermedad y que debe evitarse el sufrimiento físico y mental de las personas.

En 1964 aparece el pronunciamiento señalado en la Declaración de Helsinki, el cual entra en vigencia el año 1989. En ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el “mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad”. Sus principios se centran en aspectos como los que se señalan a continuación: que los trabajos deben ajustarse a los principios científicos y basarse en experimentos y estudios en animales; que el diseño y la

ejecución debe formularse en un protocolo experimental y que deberá ser revisado por un comité independiente; que los trabajos deben ser conducidos por expertos; que la importancia del objetivo a alcanzar debe ser mayor a los riesgos de la investigación; que deberán evaluarse los riesgos previsibles y los beneficios tanto para el sujeto como para otras personas; que es fundamental respetar el derecho a salvaguardar la intimidad y la integridad personal; que sólo deberán realizarse investigaciones cuando los riesgos inherentes sean previsibles; que es preciso respetar la exactitud de los resultados en la publicación y que no deberá existir coacción en la obtención del consentimiento informado. Esta Declaración se amplió el año 2000, al considerar fundamentalmente los aspectos relacionados con la experimentación que utiliza placebos <sup>43</sup>.

Por lo que se desarrolló un consentimiento informado, aplicado previo a las encuestas, en el que se explica la realización de una valoración de conocimientos a las madres únicamente, y no realizar ningún procedimiento invasivo u de otra índole al recién nacido. Así como una aclaración de dudas previo al estudio. (Anexo 2)

## VI RESULTADOS

### 6.1 Resultados descriptivos

#### 6.1.1 Características de la muestra

En el estudio se abordaron 100 pacientes hospitalizadas en puerperio fisiológico y puerperio quirúrgico con un 73% y con un 27 % respectivamente, de un hospital materno infantil.

Con una residencia en la CDMX el 66% de las madres, 29% en el Estado de México y el 5% de diferentes estados de la República Mexicana. Donde el 18% corresponde al grupo de edad de entre 15 a 18 años, el 20% tiene entre 19 a 25 años, mientras que el 46% presento de 26 a 30 años edad que más predomino en el estudio, el 12% de 31 a 35 años y el 4% de 36 años en adelante.

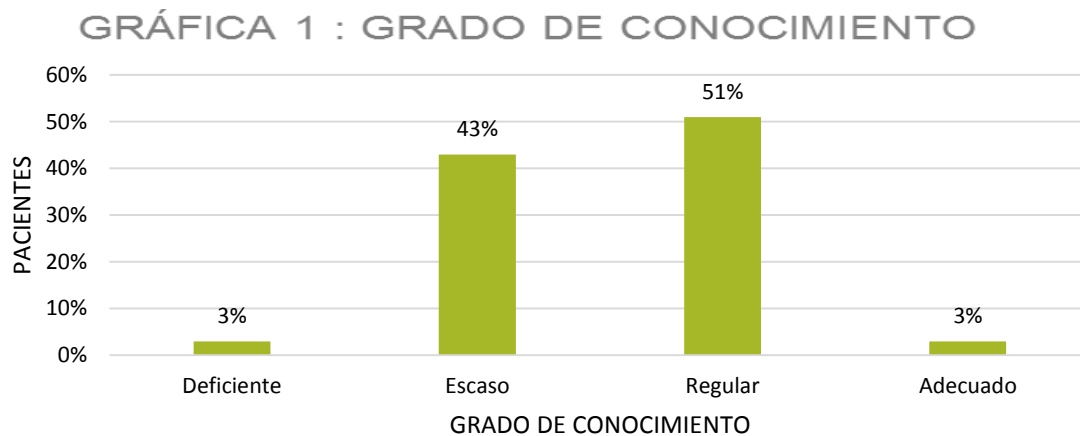
Con un nivel de escolaridad: del 28% de la población finalizó la primaria, el 41% de la población finalizó la secundaria, el 24 % media superior y el 4% tenía estudios superiores/universitarios. El 3% de la población no contaba con estudios. El 35% de la población era primigesta, el 27% de la población era su segunda gesta, para el 27% de la era su tercera gesta y para el 11% de la población tenía cuatro gestas o más.

Con un ingreso mensual de: 20 salarios mínimos con el 14% de la población, el 41% con 30 salarios mínimos, el 22% con 35 salarios mínimos o más, y el 23% no genera ningún ingreso económico.

Tabla 1: Características de la muestra.

<b>Características</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>DETERMINANTES SOCIALES</b>	
<i>Edad</i>	
15 a 18 años	18%
19 a 25 años	20%
<b>26 a 30 años</b>	<b>46%</b>
31 a 35 años	12%
36 años en adelante	4%
<i>Residencia</i>	
Estado de México	29%
<b>CDMX</b>	<b>66%</b>
Estados de la república mexicana	5%
<i>Escolaridad</i>	
Sin estudios	3%
Primaria	28%
<b>Secundaria</b>	<b>41%</b>
Media superior	24%
Superior/Universidad	4%
<i>Ingresos mensuales</i>	
No generan ingreso económico	23%
20 salarios mínimos	14%
<b>30 salarios mínimos</b>	<b>41%</b>
35 salarios mínimos o mas	22%
<b>DETERMINANTES CLÍNICOS</b>	
<i>Gestas</i>	
<b>1 gesta</b>	<b>35%</b>
2 gestas	27%
3 gestas	27%
4 gestas o más	11%
<i>Servicio</i>	
<b>Puerperio fisiológico</b>	<b>73%</b>
Puerperio quirúrgico	27%

Respecto al nivel de conocimiento sobre los cuidados básicos e identificación de los signos de alarma en el recién nacido se obtuvo que el 3% de la población estudiada tiene un deficiente conocimiento acerca de los cuidados al recién nacido y signos de alarma, el 43% un escaso conocimiento, el 51% un regular conocimiento y el 3% un adecuado conocimiento como se muestra en la gráfica 1.



## 6.2 Deficiente Conocimiento

En aquellas madres con un **deficiente conocimiento** representaron el 3% de la población, con una edad de 15 a 25 años el 3%, escolaridad de primaria y secundaria el 2%, secundaria y más el 1%, con un ingreso mensual de 0 a 30 salarios mínimos el 2%, de 35 y más salarios mínimos el 1%, procedentes de la CDMX el 2%, Edo. México o Rep. Mexicana el 1%, con antecedente de 1 a 2 gestas el 1% y 3 o más gestas el 2%. Tabla 2.



Tabla 2: Deficiente conocimiento con relación a determinantes sociales

<b>DETERMINANTES SOCIALES</b>	<b>DEFICIENTE CONOCIMIENTO</b>	
	<b>F.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
15 a 25 años		
26 a 36 + años	3	3%
<b>RESIDENCIA</b>		
CDMX	2	2%
Edo. México /Rep. Mexicana	1	1%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Sin estudios, Primaria y Secundaria	2	2%
Preparatoria y más	1	1%
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		
0 a 30 salarios mínimos	2	2%
35 y más salarios mínimos	1	%

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	<b>DEFICIENTE CONOCIMIENTO</b>	
	<b>F.</b>	<b>%</b>
<b>GESTAS</b>		
1 a 2	1	1%
3 o +	2	2%

### 6.3 Escaso Conocimiento

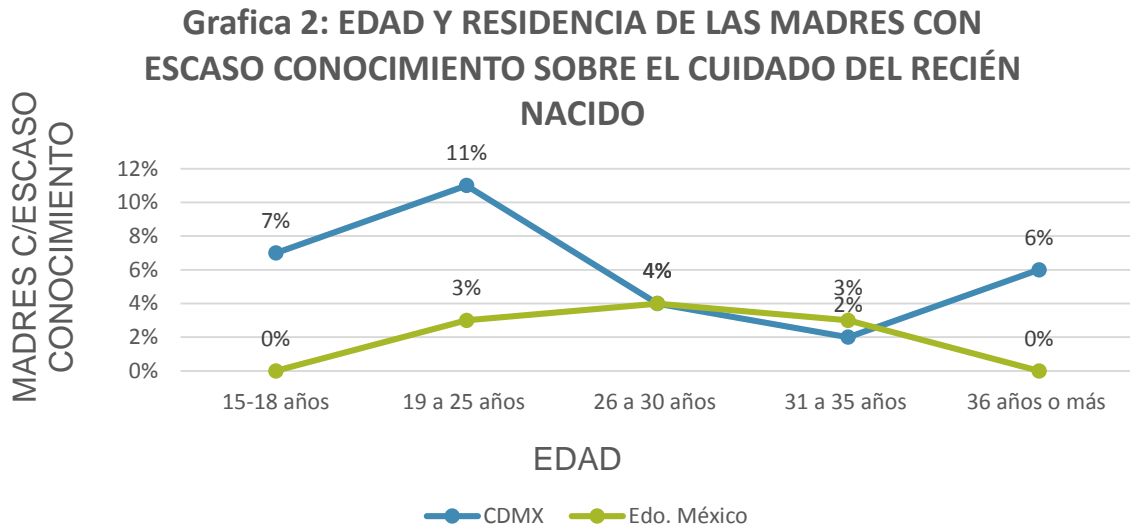
Las madres con un **nivel de conocimiento escaso** lo conforman el 43% de nuestra población, donde el 30% habitan en la CDMX, (13%) el Edo. de México/ Rep. Mexicana (10% y 3% respectivamente) Tabla 3.

Tabla 3: Escaso conocimiento con relación a determinantes sociales

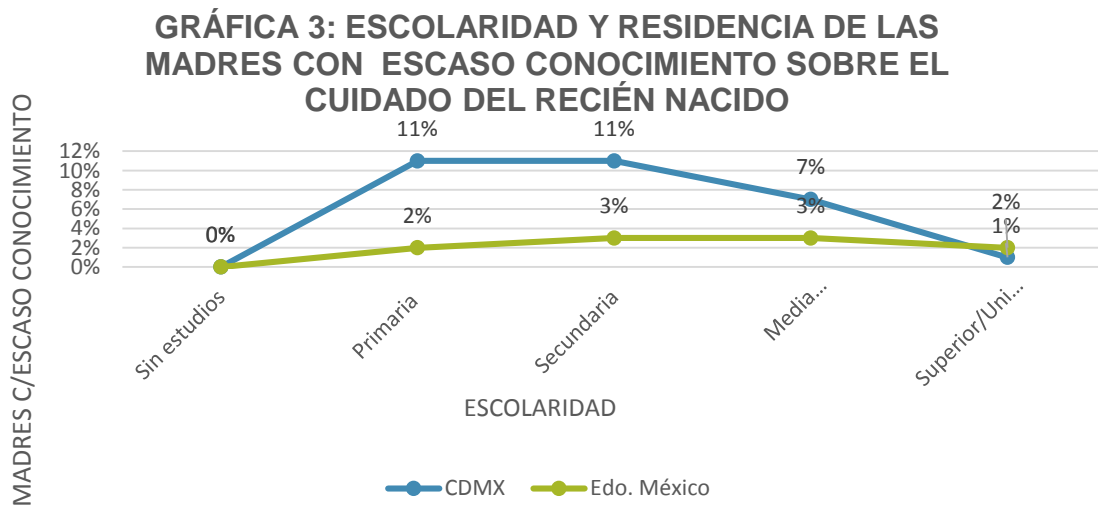
DETERMINANTES SOCIALES	ESCASO CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>EDAD</b>		
15 a 25 años	23	23%
26 a 36 + años	19	19%
<b>RESIDENCIA</b>		
CDMX	30	30%
Edo. México /Rep. Mexicana	14	14%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Sin estudios, Primaria y Secundaria	30	30%
Preparatoria y más	13	13%
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		
0 a 30 salarios mínimos	32	32%
35 y más salarios mínimos	11	11%

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ESCASO CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>GESTAS</b>		
1 a 2	38	38%
3 o +	5	5%

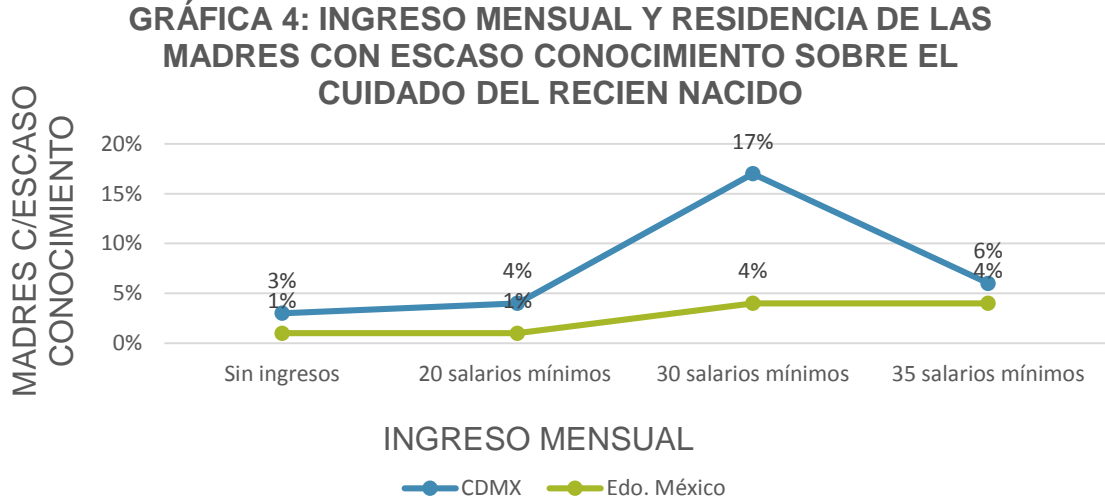
El 11% de las madres tiene una edad de 19 a 25 años, el 7% de 15 a 18 años, el 6% de 36 años o más, el 4% de 26 a 30 años y el 2% de 31 a 35 años. El 10% que habita en el Edo. de México, el 4% tiene de 26 a 30 años, el 3% tiene de 19 a 25 años, el 3% de 31 a 35 años. Gráfica 2



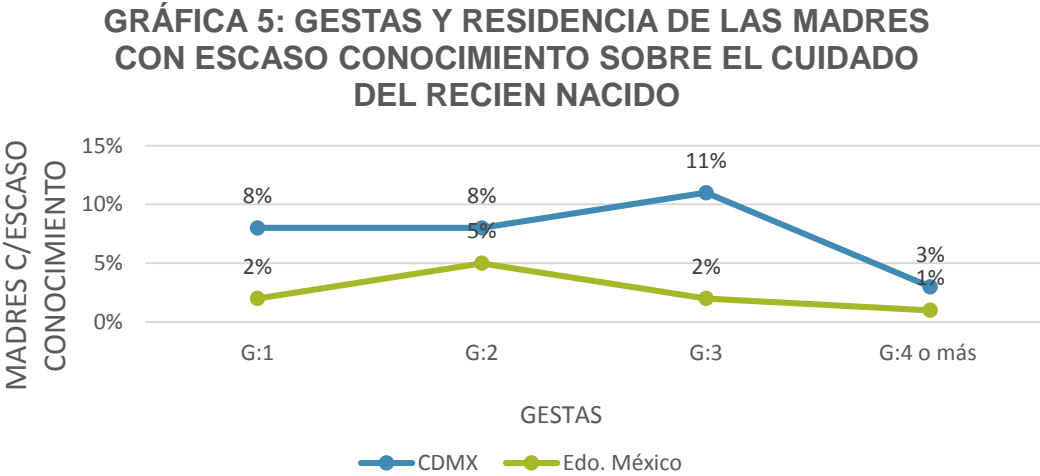
De las madres con escaso conocimiento que residen en la CDMX el 11% finalizó la primaria, el 11% secundaria, el 7% media superior y el 1% a nivel superior. Y de este mismo grupo, las que residen en el Estado de México el 3% finalizó la secundaria, 3% media superior, 2% primaria y el 2% a nivel superior. Gráfica 3



En la CDMX el 3% no genera directamente ingresos, el 4% de 20 salarios mínimos, el 17% de 30 salarios mínimos, 6% de 35 salarios mínimos a comparación del Estado de México, del cual el 1% no genera ingresos directamente, el 1% con 20 salarios mínimos, el 4% 30 salarios mínimos y el 4% 35 salarios mínimos. Gráfica 4



El 8% de las madres refiere ser primigesta, otro 8% su segunda gesta, 11% su tercera gesta y el 3% su cuarta gestas o más con AGO de: preeclampsia 1%, placenta previa 1% y circular de cordón 1% en las madres que habitan en la CDMX. En el Estado de México el 2% refiere ser primigesta, 5% su segunda gesta, 2% tercera gesta y el 1% su cuarta gesta o más. Gráfica 5



Las madres que residen en algún estado de la república mexicana tienen una edad de 16, 32 y 19 años respectivamente, dos de las madres contaba con estudios: secundaria sin ingresos directos, y primaria con un ingreso de 20 salarios mínimos, y una paciente sin escolaridad con ingreso de 30 salarios mínimos. Refieren el ser su primera gesta (2%) y quinta gesta (1%).

#### 6.4 Regular conocimiento.

El 51% de las pacientes presentan un **conocimiento regular**. El 33% habitan en la CDMX, el 18% en el Edo. de México/República mexicana (el 16% y 2% respectivamente).

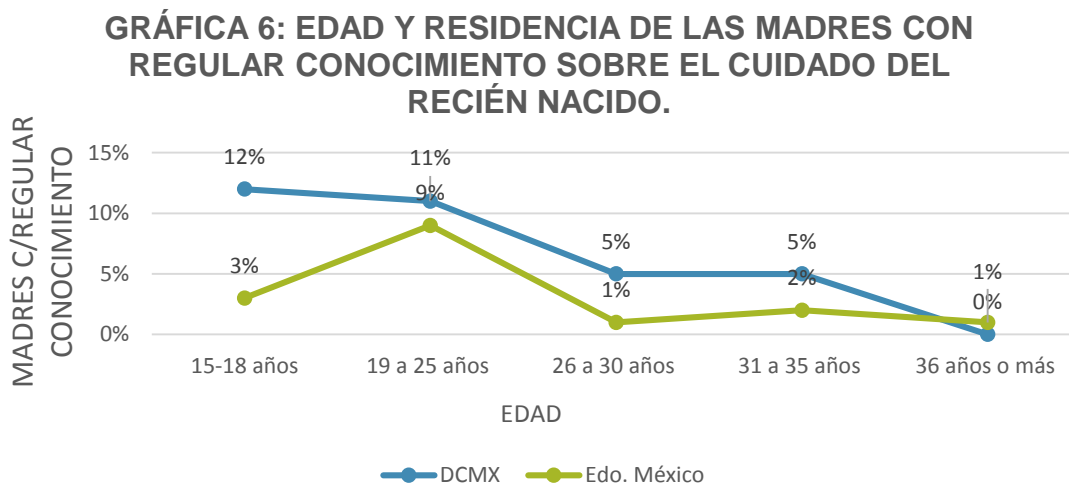
TABLA 4: Regular conocimiento con relación a determinantes sociales

DETERMINANTES SOCIALES	REGULAR CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>EDAD</b>		
15 a 25 años	36	36%
26 a 36 + años	16	16%
<b>RESIDENCIA</b>		
CDMX	33	33%
Edo. México /Rep. Mexicana	18	18%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Sin estudios, Primaria y Secundaria	39	39%
Preparatoria y más	12	12%
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		
0 a 30 salarios mínimos	26	26%
35 y más salarios mínimos	25	25%

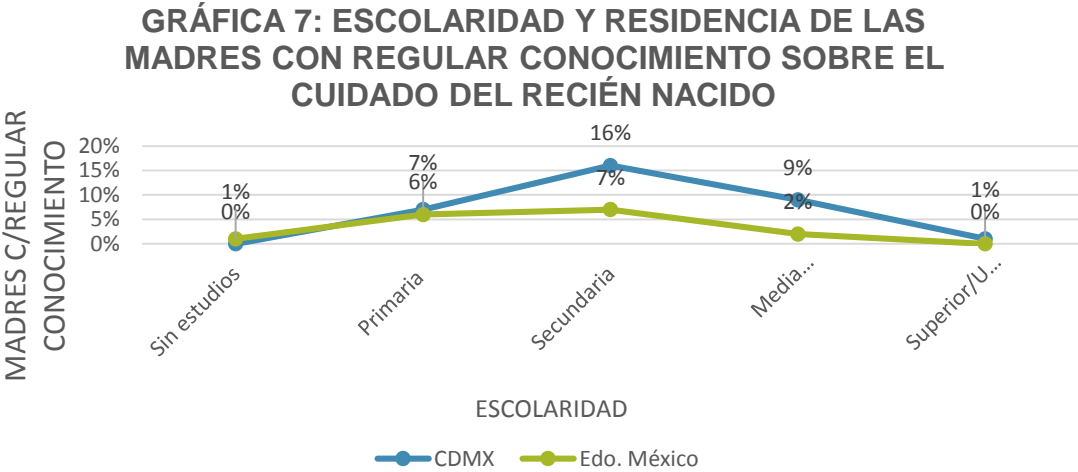
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	REGULAR CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>GESTAS</b>		
1 a 2	34	34%
3 o +	17	17%

Del 33% que habita en la CDMX, el 125 tiene de 15 a 18 años de edad, 11% de 19 a 15 años, 5% de 26 a 30 años y el 5% de 31 a 35 años. El 16% que habita en el Edo. de México, el 9% de las madres tiene de 19 a 25 años de edad, el 3% de 15 a 18 años, 2% 31 a 35 años, 1% de 26 a 30 años y el 1% de 36 o más años de edad.

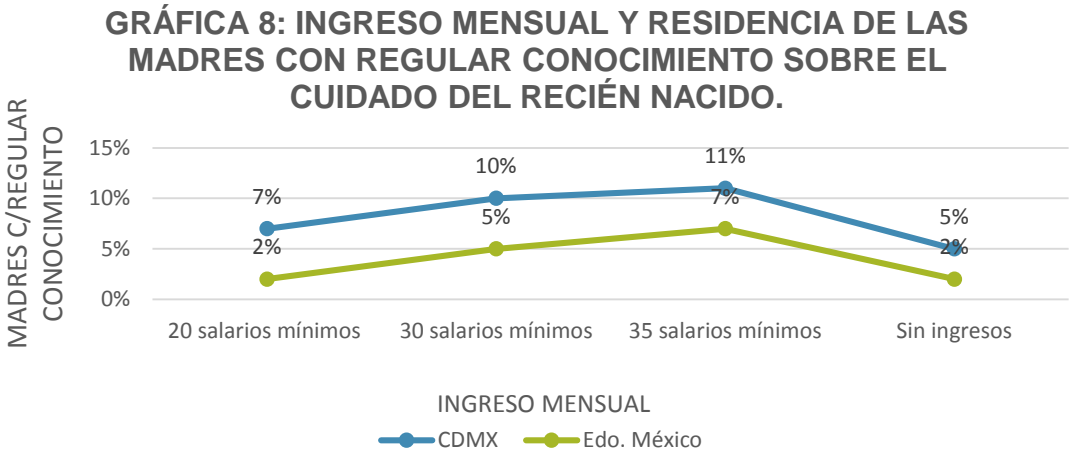
Gráfica 6



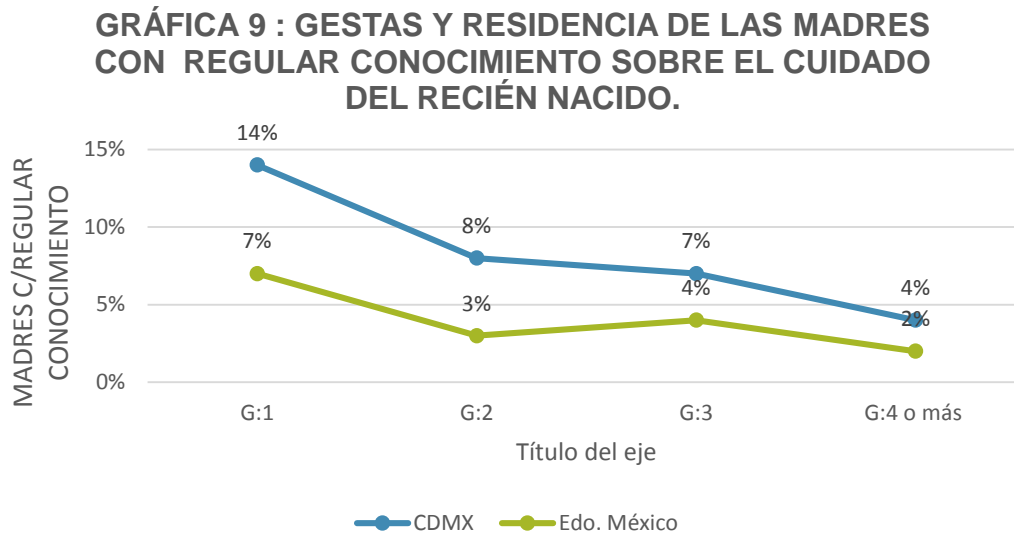
Las madres que habitan en la CDMX el 16% finalizaron la secundaria, el 9% nivel medio superior, el 7% la primaria y el 1% a nivel superior. Mientras que en el Estado de México el 1% no cuenta con estudios, 6% finalizó la primaria, el 7% finalizó la secundaria y el 2% nivel medio superior. Gráfica 7



Con un ingreso mensual en las madres el 5% no genera ingresos directamente, el 7% con 20 salarios mínimos, 10% con 30 salarios mínimos y el 11% con 35 salarios mínimos en la CDMX; en el Estado de México el 2% no genera un ingreso directo, otro 2% con 20 salarios mínimos, el 5% con 30 salarios mínimos y el 7% de 35 salarios mínimos. Gráfica 8



Las madres que habitan en la CDMX el 15% refiere ser su primera gesta, 8% su segunda gesta, 7% su tercera gesta y el 4% su cuarta gesta o más. En el Estado de México el 7% se su primera gesta, el 4% su tercera gesta, el 3% su segunda gesta y el 2% su cuarta gesta o más. Gráfica 9



El 2% de las madres es originaria de un estado de la república mexicana. Con 20 y 31 años de edad, con estudios a nivel secundaria y sin estudios respectivamente, teniendo ingresos mensuales de 20 salarios mínimos y 30 salarios mínimos. Refieren el ser su primera gesta.



## 6.5 Adecuado conocimiento.

El 3% de la población presento un **adecuado conocimiento**. El 2% habita en el Edo. de México y el 1% en la CDMX, con 18 (2%) y 27 (1%) años de edad, con estudios de secundaria. Con un ingreso mensual de 35 salarios mínimos, 20 salarios mínimos y una madre sin un ingreso mensual directo. Refiriendo el ser su segunda gesta (2%) y su tercera gesta (1%). Tabla 5

TABLA 5: Adecuado conocimiento con relación a determinantes sociales

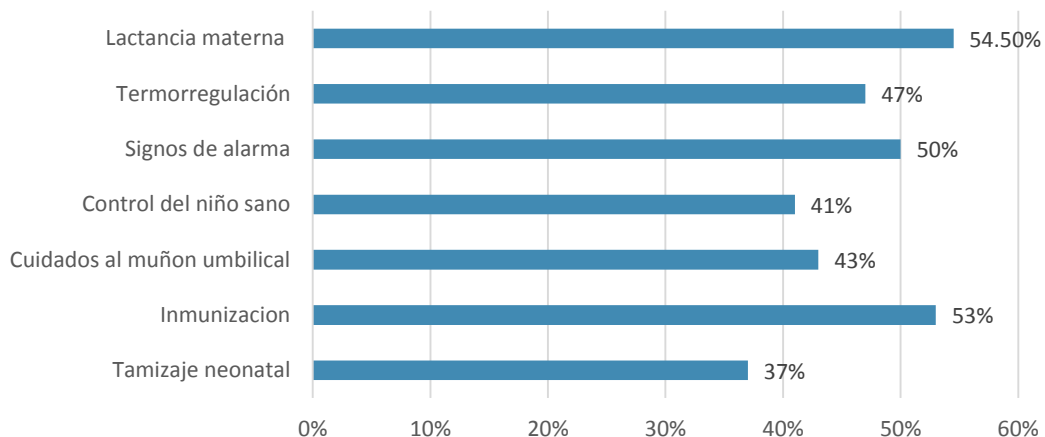
DETERMINANTES SOCIALES	ADECUADO CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>EDAD</b>		
15 a 25 años	3	3%
26 a 36 + años		%
<b>RESIDENCIA</b>		
CDMX	1	1%
Edo. México /Rep. Mexicana	2	2%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Sin estudios, Primaria y Secundaria	3	3%
Preparatoria y más		%
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		
0 a 30 salarios mínimos	2	2%
35 y más salarios mínimos	1	1%

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ADECUADO CONOCIMIENTO	
	F.	%
<b>GESTAS</b>		
1 a 2	2	2%
3 o +	1	1%

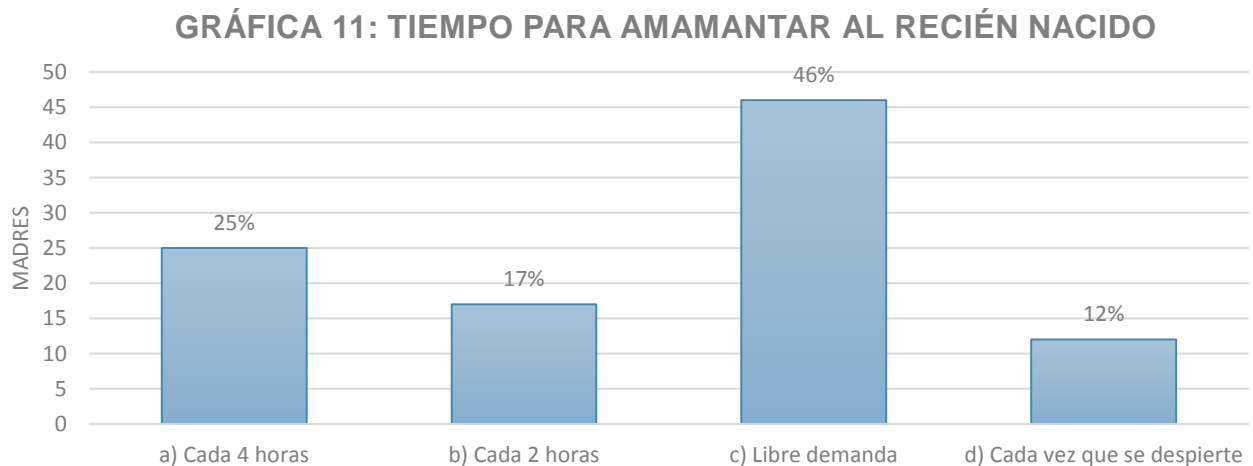
Al analizar la respuesta de las madres en temas específicos y de suma importancia para el recién nacido, estableciendo que: **se considera un deficiente conocimiento de 0-25%, escaso conocimiento de 26-50%, regular conocimiento 51-75% y un adecuado conocimiento 76-100%.**

Las madres como evaluación general **tienen de un escaso-regular conocimiento sobre los cuidados del recién nacido e identificación de signos de alarma;** mostrando un regular conocimiento en lactancia materna 54.5% e inmunización 53% y un escaso conocimiento sobre los signos de alarma 50%, termorregulación 47%, cuidados al muñón umbilical 43%, control del niño sano 41% y tamizaje neonatal 37%. Gráfica 10.

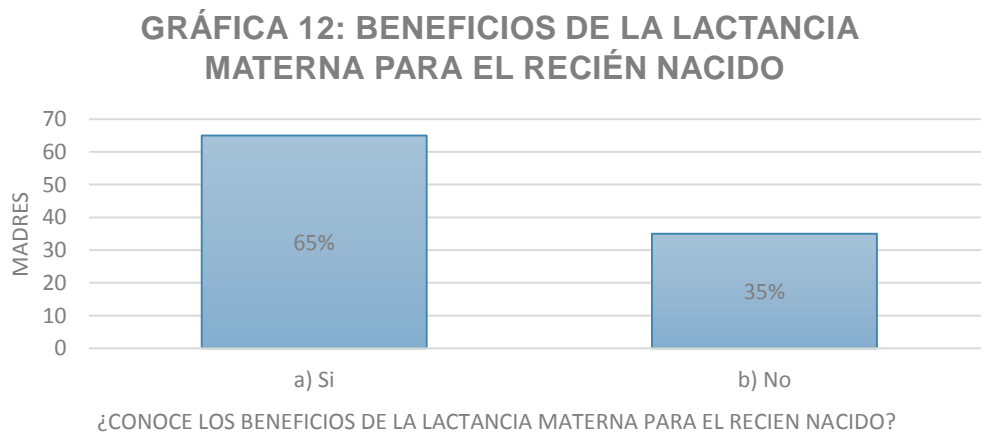
**GRÁFICA 10: CONOCIMIENTO SOBRE TEMAS ESPECIFICOS DEL RECIÉN NACIDO.**



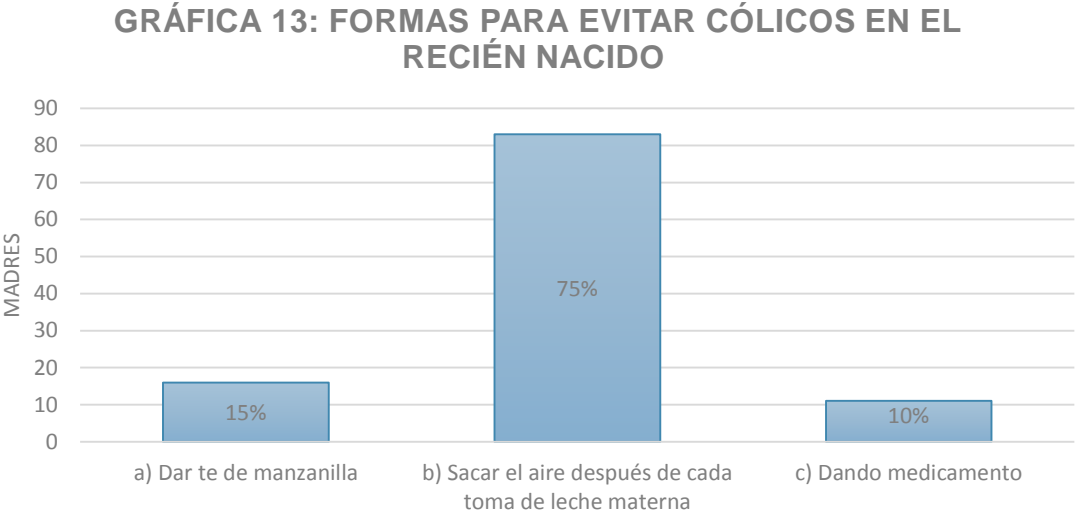
En relación al instrumento implementado. En la gráfica 11 se observa que el 46% de la población estudiada sabe que la lactancia materna es a libre demanda para el recién nacido. Mientras el 25% piensa que es en un periodo de cada 4 horas; un 17% cada 2 horas y un 12% cada vez que el recién nacido despierte.



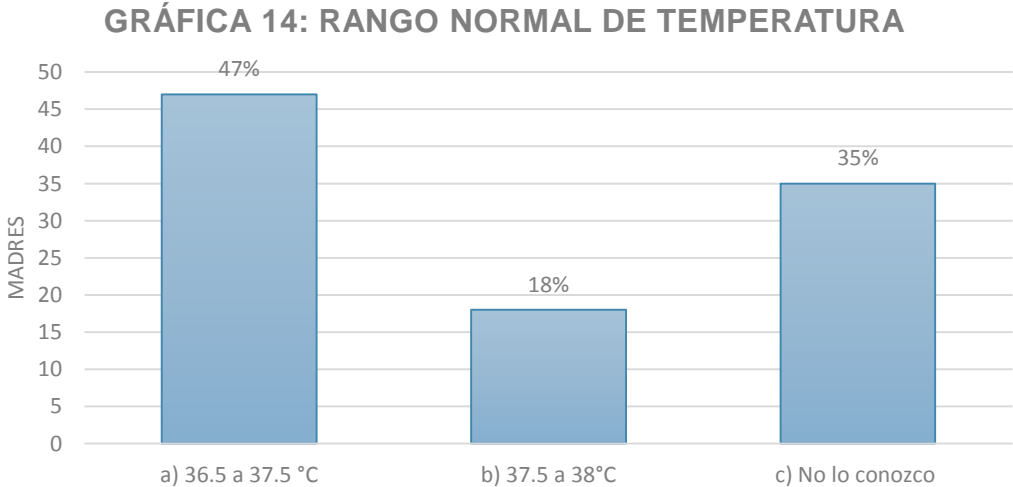
Gráfica 12: Se observó que un 65% refiere el conoce sobre los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido, pero de este porcentaje el 37% al solicitar los 2 ejemplos no fue correcta la respuesta; mientras que el 35% refiere que no los conoce.



Gráfica 13: El 75% de la población estudiada tiene conocimiento sobre cómo evitar los cólicos en el recién nacido, mientras que un 15% considera que el dar té de manzanilla sería una opción para tratarlos y un 10% dando medicamento.

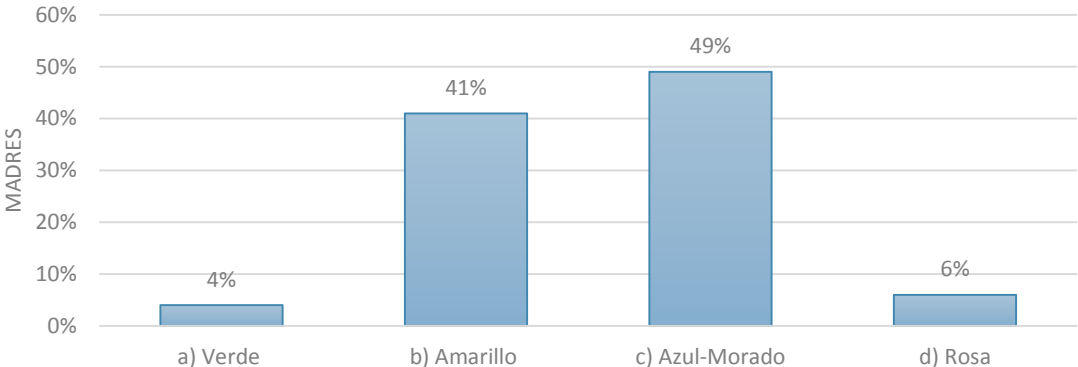


Gráfica 14: El 47% de la población conoce sobre el rango normal de temperatura en el recién nacido, mientras que el 35% menciona no conocerlo y un 18% considera que un rango normal es de 37.5 a 38 °C.



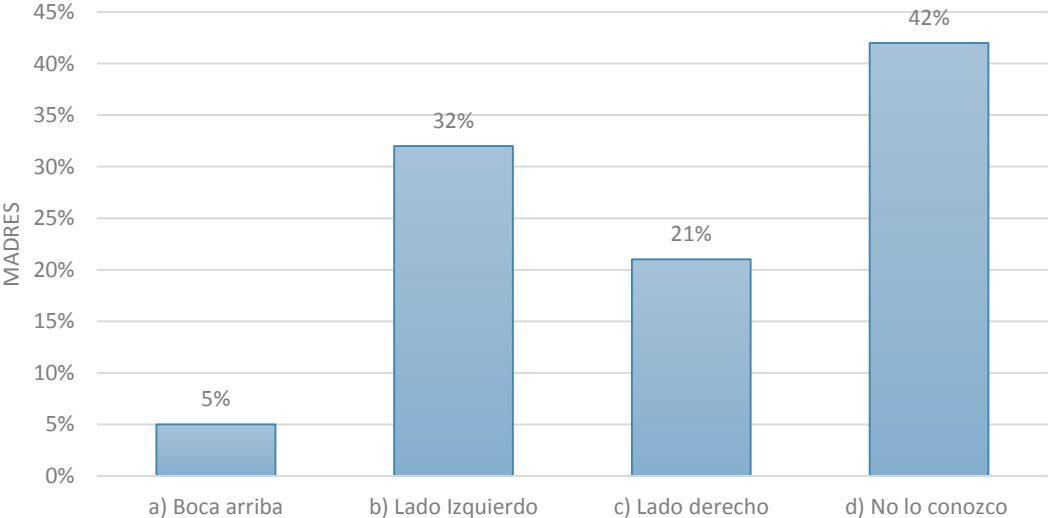
Gráfica 15: El 49% de la población logra identificar un cambio de coloración en la piel del recién nacido que nos indique una emergencia, mientras que un 41%, 5% y 4% considera que la coloración amarilla, rosa y verde respectivamente, es una emergencia.

**GRÁFICA 15: COLORACIÓN EN LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO**

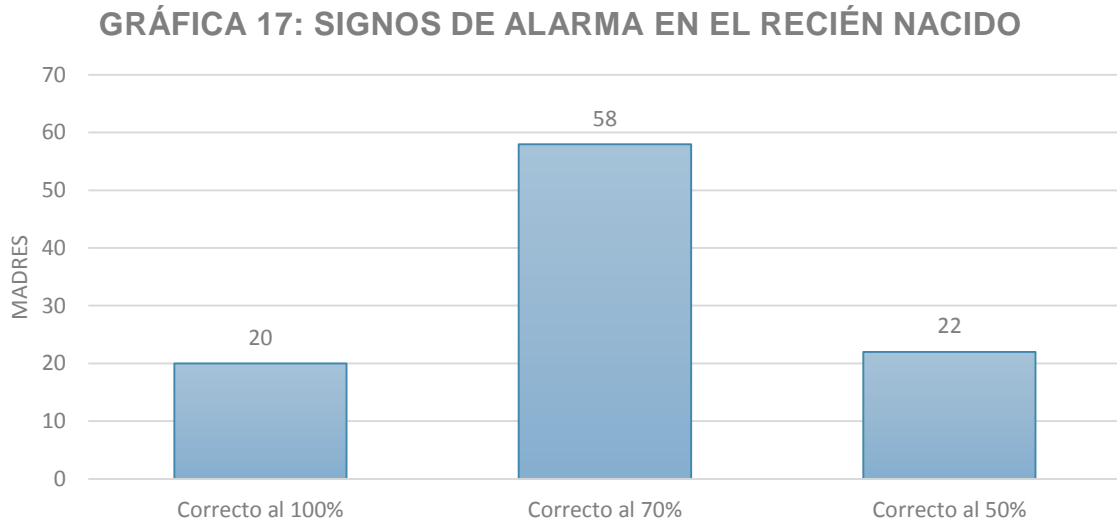


Gráfica 16: En la población estudiada el 42% conoce la posición anti reflujo para el neonato, el 58% de ella no lo conoce.

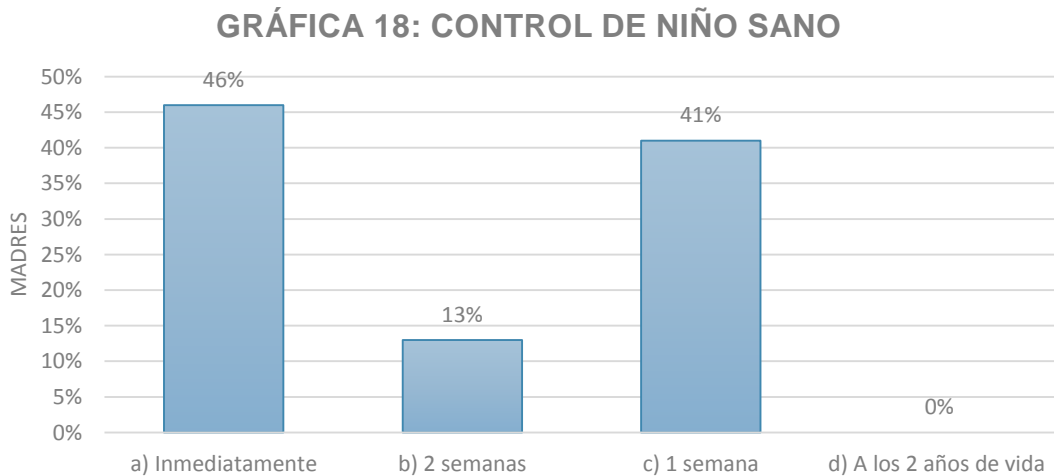
**GRÁFICA 16: POSICIÓN ANTIREFLUJO**



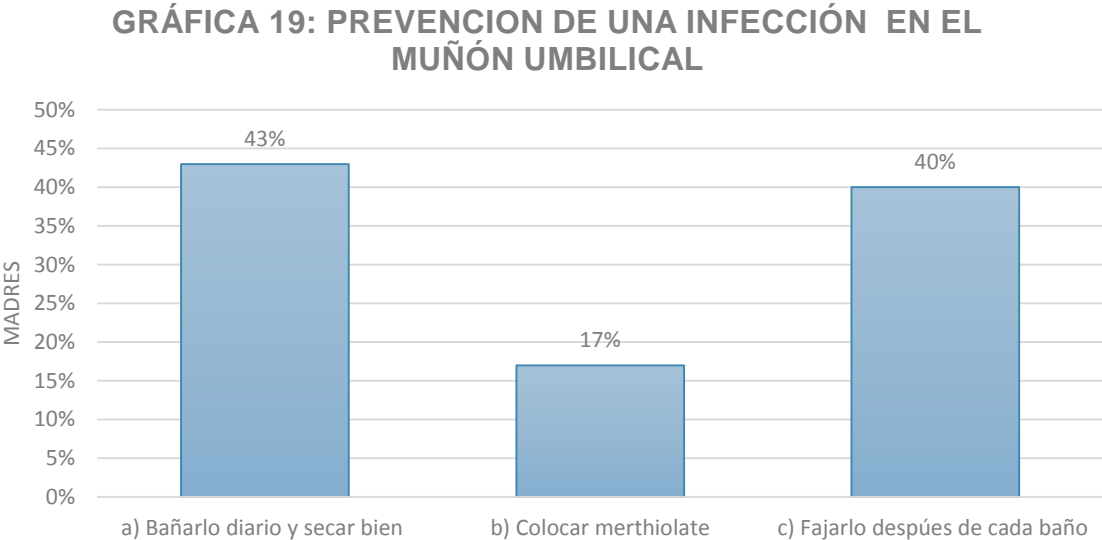
Gráfica 17: El 58% de la población estudiada identifico en un 70% los signos de alarma correctamente en el recién nacido, un 22% de la población identifico el 50% correcto y un 20% de la población un 100% de los signos de alarma correctamente.



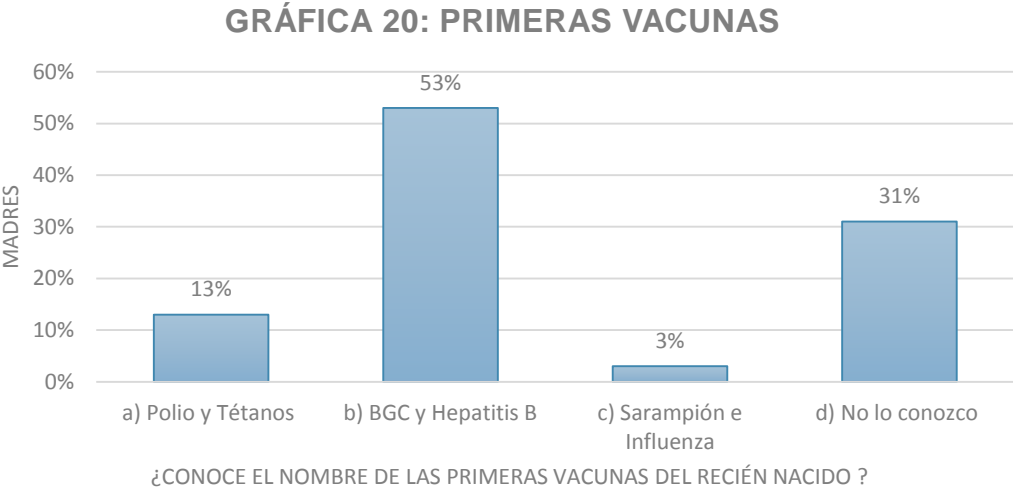
Gráfica 18: El 46% de la población estudiada piensa que el momento en el que deben acudir al control del niño sano debe ser inmediatamente después del alta hospitalaria a comparación de un 41% que lo considera 1 semana posterior al alta, y un 13% cree que debería ser a las 2 semanas post-alta.



Gráfica 19: El 43% de la población piensa que para prevenir una infección en el muñón umbilical debe realizarse un baño diario y secado correcto del mismo, mientras un 40% respondió que debería ser fajado después de cada baño y el 17% cree que la mejor opción es colocar merthiolate.

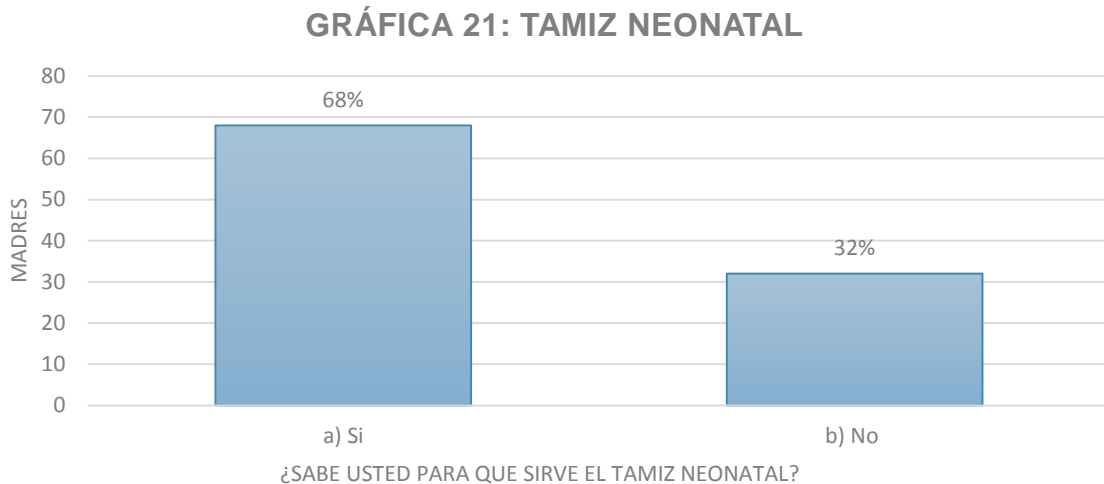


Gráfica 20: el 53% de la población conoce el nombre de las primeras vacunas que se le colocan al recién nacido y en total el 47% de la población no lo conoce.

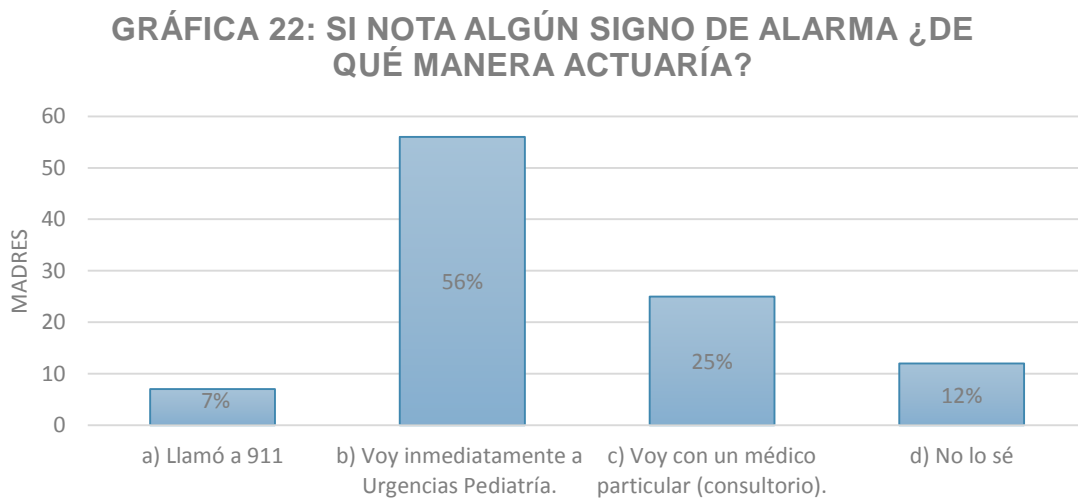


Gráfica 21: De la población estudiada, el 68% de la población refirió el conocer la prueba de Tamiz Neonatal, mientras el 32% refirió el no conocerlo.

Del 68% solo el 37% conoce realmente en que consiste la prueba y cuál es su objetivo; por lo que podemos concluir que un 63% de la población estudiada no conoce realmente esta prueba.



Gráfica 22: El 88% de la población sabe cómo actuar si llegaran a notar algún signo de alarma en el recién nacido; ya sea acudir a urgencias pediatría (63%), o con un médico particular (28.4%); y un 12% no sabría de qué manera actuar.





## VII DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo el objetivo de identificar el grado de conocimiento de las madres acerca de los cuidados básicos y los signos de alarma en el recién nacido.

En México, la esperanza de vida de la población en el 2017 fue de 73.3 y 79.2 en hombres y mujeres respectivamente, con una tasa de defunciones en menores de 1 año de: 11,157 en mujeres , 14,205; para en 2018 la esperanza de vida aumento ligeramente a un 79.2 en mujeres y un 73.4 en hombres <sup>44, 45</sup>.

La Organización Mundial de la Salud argumenta la necesidad de erradicar las causas de muerte que son evitables; una alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida mejora las defensas naturales del neonato y disminuye el riesgo infecciones, probabilidad de neumonía, diarrea, gastroenteritis en los primeros días de vida<sup>46</sup>. Para favorecer esta recomendación de la OMS, se estudió a una determinada población de un hospital materno infantil para conocer el grado de conocimiento de las madres acerca del cuidado del recién nacido y los signos de alarma.

En el artículo de Gerónimo R., Magaña M., Zetina E., Herrera Y. y Contreras J, expresan que su población tiene mayor conocimiento sobre lactancia materna: el 67.3% fue regular y el 24% alto y en relación con la práctica: el 89% reportó una lactancia materna exclusiva <sup>10</sup>, a comparación de nuestra muestra con un conocimiento regular en lactancia materna el 54.5%.

Comparando los resultados obtenidos en la investigación realizada por Alfaro D., Bellido R. y Vargas M. donde refieren que el 43% de las madres primíparas tienen un nivel de conocimiento bajo, el 30% conocimiento medio y alto conocimiento el 27% de las madres estudiadas <sup>11</sup>.

A comparación del 3% con un deficiente conocimiento, 43% un conocimiento escaso, el 51% un conocimiento regular y el 3% un adecuado conocimiento en nuestra muestra, con lo que podemos decir que nuestra población en general se encuentra en un nivel escaso-regular de conocimientos.

Un estudio realizado por Cáceres A. en el Hospital Cesar Garayar García menciona que dentro de su muestra el 37.9% de puérperas tuvo un conocimiento regular sobre Lactancia materna, el 34.8% tuvo un conocimiento malo sobre cuidados del cordón umbilical y el 57.6% de puérperas tuvieron buen conocimiento sobre los signos de alarma en el recién nacido <sup>13</sup>.

De igual forma, en nuestra población las madres presentan un conocimiento regular en lactancia materna 54.5% e inmunización 53%, y un escaso conocimiento en los cuidados al muñón umbilical 43% y sobre los signos de alarma 50%; mostrando una reducida diferencia entre el nivel de conocimiento en las madres peruanas y las mexicanas.

Una investigación realizada en Perú da a conocer que el nivel de conocimientos en lactancia materna es bajo (37%) <sup>14</sup>, por lo es más probable que llegue a presentar mayores dificultades a comparación de las madres en México.

En el 2014 en Colombia se encontró que el 85.6% de su población posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva <sup>15</sup>; en comparación a las madres en México que tienen un regular conocimiento sobre lactancia materna.

En el estudio de Calderón A. el conocimiento sobre termorregulación es bajo en el 87%, sobre la identificación de los signos de alarma del recién nacido en madres adolescentes primíparas, es bajo en el 66.7% en Perú <sup>16</sup>. A comparación de la muestra que presenta un escaso conocimiento sobre termorregulación 47% y los signos de alarma 50%, considerando su escala de evaluación, podemos decir que en México las madres presentan mayor conocimiento en dichos temas.

El estudio realizado por Figueroa D. y Morante C. en Ecuador, refiere que el 62% no saben de qué se trata la prueba del tamiz metabólico <sup>17</sup> al igual que el 69% de nuestra población estudiada no sabe en qué consiste.

## VIII CONCLUSIONES

Al realizar la recopilación y análisis de la información, se encontró que la población de un hospital materno infantil de la red de salud presenta una desviación en cuanto proporcionar información y educación a las madres sobre los cuidados del recién nacido e identificación de signos de alarma, **dado que poseen un escaso a regular conocimiento necesario para brindar cuidados al recién nacido posterior al alta.**

Al estudiar los puntos de mayor importancia: la lactancia materna, el conocimiento de posición anti-reflujo, signos de alarma, cuidados al muñón y tamiz neonatal; se observó que el 3% de las madres tienen un **deficiente conocimiento**, el 43% un **escaso conocimiento**, el 51% un **regular conocimiento** y el 3% un **adecuado conocimiento**.

Con relación con la hipótesis planteada en esta investigación se establece que los determinantes sociales favorecen un grado de conocimiento poco adecuado para la atención del recién nacido, además, los antecedentes gineco-obstétricos no favorecen un mayor grado de conocimientos en las madres.

El lugar de residencia de las madres se considera como un determinante social y factor de riesgo que no mostró mucho efecto a un mayor nivel de conocimiento sobre los cuidados e identificación de signos de alarma del recién nacido.

Con el propósito de brindar atención y el prevenir situaciones de riesgo para el neonato, se crea la propuesta de un documento que pudiera ser implementado dentro de las unidades hospitalarias para ser entregado a las madres como plan de alta neonatal, el cual tiene como principal objetivo la prevención, disminución de reingresos hospitalarios, disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal; al proporcionar información oportuna y en base a evidencia científica. Anexo 3

## **IX SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO Y LIMITACIONES**

La población materno-infantil requiere mayor atención y vigilancia por parte del personal de salud, pero de igual forma, este personal necesita nuevamente observar y conocer detenidamente su entorno. La mortalidad infantil ha pasado a segundo plano dentro de los Hospitales Materno Infantil, teniendo como prioridad la muerte materna. Si bien también es un tema de suma importancia, pero ambos deberían ser trabajados de igual forma.

El estudio permitió identificar desviaciones en los programas hospitalarios y con el personal de enfermería, dando apertura a la creación de propuestas que favorezcan la educación de las madres para que logren dar cuidados a sus recién nacidos.

Actualmente gran parte de la investigación realizada en México va dirigida a lo patológico, es comprensible considerar el incremento de población con enfermedades, pero creo que de igual manera es aún más importante y daría mayor impacto en diferentes sectores el estudiar a nuestra población sana y desarrollar programas reales acorde a la población.

Dentro de las limitaciones encontradas para el desarrollo de esta investigación, una de las más importantes fue la falta de estudios a nivel nacional, la mayoría de las investigaciones reportadas son a nivel internacional.

Se realiza una propuesta de documento de plan de alta neonatal para el personal de enfermería, con un diseño que permite su implementación en diferentes unidades hospitalarias, así como un seguimiento y trabajar en conjunto con el área médica.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

## Protocolo: Mejora del Plan de Alta Neonatal en el Hospital Materno Infantil Inguarán



FOLIO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ingresos Mensuales (APROX): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

AGO G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ SDG: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_

Nº	Fecha de Nacimiento	SDG	APGAR	¿Tuvo Complicaciones, Cuáles?	¿Le brindaron información, un plan de alta FISICO de enfermería?	Brindo Lactancia materna (*Si ¿Cuánto tiempo?)
1						
2						
3						
4						

Instrucciones: **Subrayar** la respuesta que usted considere correcta, de la forma más honesta.

<p>¿Sabe usted, cada cuanto tiempo se le tiene que dar de amamantar al recién nacido?</p> <p>a) cada 4 horas                      c) libre demanda b) cada 2 horas                      d) cada vez que se despierte.</p>	<p>Tachar dentro de círculo lo que considere un signo de alarma en el recién nacido</p> <p><input type="radio"/> Vómito y diarrea.                      <input type="radio"/> Mal olor en el Ombligo <input type="radio"/> Llanto sin consuelo.                      <input type="radio"/> Rechazo al alimento <input type="radio"/> Pausas respiratorias                      <input type="radio"/> Coloración amarillenta</p>
<p>¿Conoce usted los beneficios de la Lactancia Materna para el recién nacido?</p> <p>a) Si b) No Menciones 2 de ellos: _____</p>	<p>¿Cuándo debo acudir a control de niño sano a su centro de salud?</p> <p>a) Inmediatamente                      c) 1 semana b) 2 Semanas                              d) A los 2 años de vida</p>
<p>¿Cómo podemos evitar los cólicos en el recién nacido?</p> <p>a) Dar te de manzanilla b) Sacar el aire después de cada toma de leche materna c) Dando medicamento</p>	<p>¿Cómo puedo prevenir una infección en el muñón umbilical?</p> <p>a) Bañarlo diario y secarlo bien b) Colocar mentolote. c) Fajarlo después de cada baño</p>
<p>¿Cuál es el rango normal de temperatura en el recién nacido?</p> <p>a) 36.5 a 37.5 °c b) 37.5 a 38 °c c) No lo conozco.</p>	<p>¿Cuál es el nombre de las primeras vacunas que se le ponen al recién nacido?</p> <p>a) Polio y Tétanos                      c) Sarampión e Influenza b) BCG y Hepatitis B                      d) No lo conozco</p>
<p>¿Qué coloración en la piel del recién nacido me indica una emergencia?</p> <p>a) Verde                                      c) Azul-Morado b) Amarilla                                  d) Rosa</p>	<p>¿Sabe usted que es la prueba de Tamiz Neonatal?</p> <p>a) Si b) No Mencione que conoce sobre la prueba: _____</p>
<p>¿Conoce usted la posición anti-reflujo para el recién nacido?</p> <p>a) Boca-arriba b) Lateral Izquierdo c) Lateral Derecho d) No lo conozco.</p>	<p>Si nota algún signo de alarma ¿De qué manera actuaría?</p> <p>a) Llamó a 911 b) Voy inmediatamente a Urgencias Pediatría. c) Voy con un médico particular (consultorio). d) No lo sé.</p>

## Anexo 2 Formato de consentimiento informado



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ N° Exp:  
\_\_\_\_\_

Se me Informa acerca del Proyecto de investigación **“Mejora del Plan de Alta Neonatal en el Hospital Materno Infantil Inguarán”**; el cual consiste en realizar una **valoración al cuidador primario** (madre, padre, otro familiar) sobre los conocimientos acerca del plan de alta (cuidados del recién nacido, identificación de signos de alarma, vacunas y tamiz neonatal).

**No se le realizará ningún tipo de manipulación mayor a su bebé, no se le brindará ningún medicamento, ninguna prueba invasiva, al explicar el plan del alta.**

Sabiendo todo esto, yo \_\_\_\_\_ participar en dicho proyecto.

\_\_\_\_\_  
Firma y Nombre o huella de la  
paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Jefe de Servicio

\_\_\_\_\_  
PE. Romero Avila Karina

Asesores: Enf. Cruz Hernández Fabiola

Elaborado por: Romero Avila Karina  
Dr. González Román José Raymundo



## TAMIZ METABÓLICO, TAMIZ AUDITIVO NEONATAL Y VACUNAS

- El **Tamiz Metabólico Neonatal** es un estudio preventivo que ayuda a descubrir y tratar enfermedades graves e irreversibles causantes de retraso mental y daño al crecimiento y desarrollo de mi bebé. Esta prueba se realiza el 4to o 5to día de vida.
- El **Tamiz Auditivo Neonatal** es una prueba gratuita, sencilla y rápida que detecta sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna.
- Las **Vacunas** ayudan a prevenir enfermedades infecto-contagiosas a lo largo de la vida de mi bebé.
- **Esquema de Vacunación:** se deberá iniciar su esquema de vacunación con la vacuna BCG y Hepatitis en los primeros 7 días de vida.



## ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Realizar técnicas y ejercicios de estimulación para favorecer el desarrollo de la persona recién nacida.

Realizar ejercicios de estimulación de la memoria con voces conocidas durante el embarazo.

Estimulación visual con objetos de color (no fosforescentes), estáticos a 30 cm de distancia para fortalecer en enfoque.

## SIGNOS DE ALARMA

- Coloración **AZUL MORADA** el las uñas de boca, manos y pies
- Presencia de **Vómito** y **diarrea**.
- Temperatura mayor a **37.5°C**
- **Llanto** sin consuelo.
- **Rechazo** al alimento
- **Pausas** en la respiración, con duración de 20 segundos; mover y estimular al bebé para ayudarlo a volver a respirar.
- Coloración **amarillenta** que se mantiene, aun después de los baños de sol.
- **Distensión** o **inflamación** abdominal.
- **Infección** en el **Ombigo**: presencia de coloración **rojo**za alrededor de la zona, mal olor, salida de líquido o pus, inflamación, aumento de temperatura.

### RECOMENDACIONES O CUIDADOS ESPECIFICOS :

---



---



---



---

Nombre y firma del cuidador primario: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Enfermero (a): \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Pediatra: \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARÁN  
JEFATURA DE ENFERMERAS



## PLAN DE ALTA NEONATAL

ELABORADO POR:  
ROMERO AVILA KARINA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° EXP: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: H / M \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_  
 APGAR: \_\_\_\_\_ Entico: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Fortido: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### EXPLORACION FISICA

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ EMOCIONES: SI / NO MICCIONES: SI / NO

Reflejo de succión/respuesta a la succión: \_\_\_\_\_

Motomotores o alteraciones evidentes: SI / NO Especificar: \_\_\_\_\_

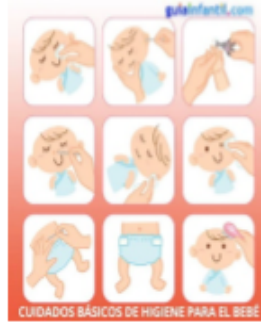
Antecedentes de ictericia o es la ictericia en el momento del nacimiento: \_\_\_\_\_

Valoración de Enfermería: \_\_\_\_\_

Pase a otro servicio posterior al alta: \_\_\_\_\_

### CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- Realizar baño diario con jabón neutro hipoalergénico sin aroma y color. En niños retraer ligeramente el prepucio.
- Mantener los cuidados de la piel: evitar y vigilar presencia de rozaduras o alergias.
- Mantener uñas cortas y limpias.
- Vestimenta adecuada (preferentemente de algodón para evitar irritabilidad en la piel)
- Higiene ambiental (habitación amplia, limpia, con luz natural)
- Baño de sol por la mañana, atrás de una ventana, cubriendo ojos y genitales únicamente, durante 15 minutos de frente y de espaldas, para evitar coloración amarilla en la piel de mi bebé.
- Cuidar su respiración y respuesta al estímulo.
- Evitar la posición boca abajo y boca arriba, prevenimos asfixia y muerte de cuna.
- Cambiar de posición cada 2 horas a mi bebé.



### ALIMENTACIÓN

- Lactancia materna exclusiva (hasta los 6 meses de vida) a libre demanda (cada vez que lo requiera mi bebé día y noche); no dejar pasar más de 3 horas en cada toma. Después de la toma, dar posición de lado izquierdo para evitar reflujo
- Tomar 4 litros de agua diarios: 2 litros de agua pura, 2 litros en sopas, caldos, gelatina y frutas ricas en agua.
- Realizar el masaje antes de cada toma, y finalmente colocando leche materna en el pezón y areola para su lubricación y disminución de grietas.
- No se recomienda el uso de leche artificial, ya que no contiene los anticuerpos requeridos.
- Evitar el uso de biberones, chupetes y tira leche.
- Evitar el ofrecer té, agua, leche animal y alimentos sólidos; ya que pueden causar complicaciones en mi bebé
- A los 6 meses la pancita de mi bebé está preparada para complementar su alimentación con verduras y frutas hervidas como: zanahoria, calabaza, chayote, manzana y pera; cereales como: avena y arroz, al año puede iniciar con carnes como pollo.



## XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>1</sup> Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. [en línea] 2001. [citado 5 de agosto del 2019] Madrid: España. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

<sup>2</sup> González E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED: abr-jun 2011 [citado 5 de agosto 2019]; 22 (2): p. 110-120. Disponible en: <https://bit.ly/2K82ABj>

<sup>3</sup> Guía práctica para el desarrollo de tu hijo. 2ª ed. México. Educación inicial: Fundación Carlos Slim. [en línea] 2016.[citado 4 de enero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2p1RyXd>

<sup>4</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ¿Mucho, Poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad. 1ª ed. UNICEF Uruguay [en línea] 2011. [citado 10 de enero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2f35Cpz>

<sup>5</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna. 2ª ed. UNICEF Ecuador [en línea] 2012. [citado 10 de enero 2019] Disponible en: <https://uni.cf/2zzzQdX>

<sup>6</sup> Secretaria de salud. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos Nacimientos. [en línea] [citado 14 de enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2REW2f0>

<sup>7</sup> Fuentes M. Persiste una alta mortalidad infantil; México enfrenta retos. Excélsior [en línea] Pub. 30 abril 2019; México. [citado 14 de enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2VESrU8>

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. [en línea]. OMS: 1948-2019 [citado 22 octubre 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2Ee87Er>

<sup>9</sup> Gobierno de México. Informe sobre la salud de los mexicanos. [en línea] México. 2015. [citado 22 octubre 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2isjmP3>

---

<sup>10</sup> Carrillo G., Magaña M., Zetina E., Herrera Y. & Contreras J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Salud en Tabasco. Revista de Salud en Tabasco. Enero- abril 2014 [citado 22 octubre 2019]; 20 (1): p. 14-20. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/487/48731722003.pdf>

<sup>11</sup> Alfaro A., Bellido M., Vargas M. Nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre los cuidados básicos del recién nacido en el Centro de Salud vista alegre, Distrito Carmen Alto. Ayacucho-2017. [tesis posgrado]. [en línea]. [callao (Perú)]: Universidad del Callao; 2017. [citado 22 de octubre 2019]. p. 97. Disponible en:

<https://bit.ly/2qCcbKt>

<sup>12</sup> Bermeo J. y Crespo A. Determinación del nivel de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el Hospital Regional Vicente Corra. [tesis de licenciatura]. [en línea]. [cuenca (Ecuador)]: Universidad de la Cuenca; 2015. [citado 14 de enero 2019]. p. 88. Disponible en:

<https://bit.ly/2oZ0tsC>

<sup>13</sup> Cáceres A. Nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en puérperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar Garcia; 2016. [tesis licenciatura]. [en línea]. [san juan-lquitos (Perú)]: Universidad Científica de Perú; 2016. [Citado 22 octubre 2019]. p. 72. Disponible en: <https://bit.ly/2JeQt5x>

<sup>14</sup> Bautista Y. y Díaz I. Conocimiento y prácticas de lactancia materna en las madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. Rev. Peru. Enferm. Herediana [en línea] 2017 [citado 22 octubre 2019] 10(1): 8. Disponible en:

<https://bit.ly/33SWs83>

<sup>15</sup> Borre Y., Cortina C. & González G. Lactancia Materna Exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? Rev. Cuid. [en línea] 2014 [citado 22 octubre 2019]; 5(2): 723-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.84>

<sup>16</sup> Calderón A. Nivel de conocimiento sobre cuidados al recién nacido en madres adolescentes atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo-2017. [tesis Licenciatura]. [en línea]. [Huancayo (Perú)]: Universidad Peruana los Andes: 2017. [citado 22 octubre 2019]. p. 84. Disponible en:

<https://bit.ly/31zDMZD>

<sup>17</sup> Figueroa D.y Morante C. Conocimiento de las madres sobre la prueba de tamizaje metabólico neonatal en el Centro Materno Infantil Francisco Jacome Área #11 de la ciudad de Guayaquil en el primer trimestre del 2014. [tesis Licenciatura]. [en línea].

---

[Guayaquil (Ecuador)]: Universidad de Guayaquil; 2014. [citado 22 octubre 2019]. p. 116. Disponible en: <https://bit.ly/2MBCeKi>

<sup>18</sup> Castro I., Giuliana E. Conocimientos de las madres primíparas sobre los cuidados del recién nacido en el hogar del servicio de alojamiento conjunto del Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión VMT. [tesis de Posgrado]. [en línea]. [lima (Perú)]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Citado 18 de agosto 2019]. p91. Disponible en: <https://bit.ly/2p2s5gi>

<sup>19</sup> Huamán C. Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado de recién nacido. Hospital Rezola-Cañeta. Rev. Peru. Obstet. Enferm.[en línea] 2012 [citado 16 enero 2019]; 8 (2): 9. Disponible en: <https://bit.ly/2lwkEol>

<sup>20</sup> Asociación Española de Pediatría [en línea] Sociedad Española de Neonatología 1949 -2019. Documento de Cuidados generales del recién nacido sano. [citado 18 enero 2019]. p. 10. Disponible en: <https://bit.ly/2LZ9Pxe>

<sup>21</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & ONU. UNICEF para cada niño; [en línea]. 1946-2019 [citado 18 agosto 2019]. Disponible en: <https://uni.cf/2Vov3rt>

<sup>22</sup> Castro F. Neonatología: Temas para enfermería. 2ª ed. México: LA&GO. 2013. pp. 126-135, 142-167.

<sup>23</sup> Valverde, I., Mendoza, N., & Peralta, I. Enfermería Pediátrica. 1ª ed. México: Manual Moderno. 2013. pp. 1,8-19.

<sup>24</sup> Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. España [en línea] 2010. [citado 20 enero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2OBfcot>

<sup>25</sup> Asociación española de Pediatría. Guía práctica para padres: desde el nacimiento hasta los 3 años. 1ra ed. AEP: España [en línea] 2013. [citado 22 enero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2UiWpxh>

<sup>26</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna. UNICEF: Honduras [en línea] 2012. [citado 3 febrero 2019] Disponible en: <https://uni.cf/2zzzQdX>

---

<sup>27</sup>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. [en línea] UNICEF: Perú. 2019 [citado 22 octubre 2019] Disponible en: <https://uni.cf/2NazuCS>

<sup>28</sup> Secretaria de Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. Gobierno de México [Internet]. 2018 [citado 6 de Junio 2019]:32. Disponible en: <https://bit.ly/29JCpiT>

<sup>29</sup> Norma Oficial Mexicana Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida NOM-007. SSA2-2016. [en línea] 2016 [citado 3 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2Y5SElj>

<sup>30</sup> Norma Oficial Mexicana Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna NOM- 050. SSA2-2018. [en línea] 2018 [citado 3 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/31BH4vh>

<sup>31</sup> Federación de Asociaciones de Matronas de España. Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. FAME: España [en línea] 2015 [citado 10 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2N9pN7o>

<sup>32</sup> Asociación Española de Pediatría [en línea] Sociedad Española de Neonatología 1949 -2019. Documento de Ictericia Neonatal. [citado 12 febrero 2019]. p. 12. Disponible en <https://bit.ly/31DEsx1>

<sup>33</sup> José D. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharmaceutica [internet]. 2015 [consultado 15 de junio 2019]; 57(1):6. Disponible en: <https://bit.ly/2tizAS7>

<sup>34</sup> Oscar P. Vacunación: esquemas y recomendaciones generales. Acta Pediátr Costarrica [Internet]. 2009 [citado 9 de junio 2019]; 20 (2): 12. Disponible en: <https://bit.ly/2ybwqwhg>

<sup>35</sup> Analía A, Mónica G, Alejandro Z, Juliana C, Claudia L. Vacunas: el derecho a la prevención. [Internet]. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Ministro de Educación; 2012. [2012; consultado 15 de junio 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/30Ucyg9>

<sup>36</sup> Gobierno Federal. [en línea] Tamiz Neonatal Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los errores innatos del metabolismo: lineamiento técnico. México: 2010 [citado 15 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2pKYHvg>

- 
- <sup>37</sup> Lino A., Rehab M., Castañeda M., Com L., Mercado I., Arch E. & C D. Cartas al editor: Tamiz auditivo neonatal universal en México. Rev. Scielo Salud Publica Méx. [en línea] [Cuernavaca (Morelos)] abril 2015 [citado 15 febrero 2019] 57 (2): 114-115 Disponible en: <https://bit.ly/2SE1YqZ>
- <sup>38</sup> González L., Pérez V., Ospina J., Clínica de tamiz auditivo en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediátrica de México, Instituto Nacional de Pediatría. enero-febrero 2012 [citado 15 febrero 2019]; 33 (1): 20-25 Disponible en: <https://bit.ly/2NhxoRJ>
- <sup>39</sup> Manterola Carlos, Otzen Tamara. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol. 2014 Jun [citado 2020 Feb 15] ; 32( 2 ) : 634-645. Disponible en: <https://bit.ly/2vzv9DW>
- <sup>40</sup> Álvarez G. & Delgado J. Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio Transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo. Son. [en línea] 2015 [citado 20 febrero 2019]; 32 (1): 26-34 Disponible en: <https://bit.ly/2NaUObo>
- <sup>41</sup> Veiga de Cabo Jorge, Fuente Díez Elena de la, Zimmermann Verdejo Marta. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med. segur. trab. 2008 Mar [citado 2020 Feb 16]; 54 (210): 81-88. Disponible en: <https://bit.ly/2Sq0GBq>.
- <sup>42</sup> Osorio J. Principios éticos de la investigación en seres humanos y animales. MEDICINA Argen. [en línea] 2000 [citado en 23 febrero 2019]; 60 (2): 255-258 Disponible en: <https://bit.ly/2MGq6P4>
- <sup>43</sup> Acevedo I. Aspectos éticos en la investigación científica. Scielo Cienc. Enferm. [en línea] junio 2002 [citado 23 febrero 2019]; 8 (1): 15-18 Disponible en: <https://bit.ly/31DstPV>
- <sup>44</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [en línea] INEGI: Mortalidad:1983-2019 [citado 28 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/33qruUH>
- <sup>45</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [en línea] INEGI: Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa según sexo, 2010 a 2018 [citado 28 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2BDMTxy>

---

<sup>46</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [en línea]INEGI: Estadística a propósito del día de muertos. [citado 30 febrero 2019] Disponible en: <https://bit.ly/2WIP1WW>