

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

00921
98



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL
CUIDADO DEL PREMATURO EN EL HOGAR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARIA DE LA LUZ LARA MENDEZ

NUMERO DE CUENTA: 099620503

DIRECTOR DE TESIS: JULIO HERNANDEZ FALCON



MÉXICO, D. F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TIEMPO SIN
FALLA LE ORIGEN

DEDICATORIAS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo: dedicatorias.

NOMBRE: Yasica del Valle

Luz Elena Hernández

FECHA: 13 de octubre 2003

FIRMA: Yasica del Valle

A MIS HIJAS:

Tania y Paulina, que alentaron e impulsaron la culminación de mi carrera profesional compartiendo tiempo y trabajo en mi superación.

A MI ESPOSO:

Por su apoyo incondicional que contribuyó a la culminación de esta etapa de mi carrera.

A DIOS

Por la vida que me otorgó y me puso en la carrera de Enfermería.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración por su profesionalismo y entrega al maestro Julio Hernández Falcón que hizo posible el presenta trabajo.

A las profesoras del SUA por el cúmulo de conocimientos que me brindaron en las asesorías contribuyendo al logro de mis metas.

A las compañeras que durante el año de Licenciatura compartieron experiencias y amistad.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Regulación de la temperatura corporal del prematuro.....	4
2.2 Estimulación temprana del prematuro.....	5
2.3 Alimentación del prematuro.....	12
2.4 Higiene del prematuro.....	15
2.5 Vacunas.....	17
2.6 Control médico periódico.....	24
2.7 Cuidados de enfermería en el prematuro.....	25
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
3.1 Justificación.....	30
3.2 Objetivos.....	31
3.3 Planteamiento del problema.....	31
3.4 Hipótesis.....	31
3.5 Definición de variables.....	32
3.6 Tipo de estudio.....	34
3.7 Universo de estudio.....	34

3.8 Muestra.....	34
3.9 Unidad de observación.....	34
3.10 Criterios de inclusión y exclusión.....	35
3.11 Universo muestra.....	35
3.12 Instrumentos.....	35
3.13 Validez y confiabilidad del instrumento.....	35
3.14 Procedimiento estadístico.....	35
IV. RESULTADOS.....	36
4.1 Resultados generales.....	36
4.2 Resultados específicos.....	45
4.3 Discusión de análisis.....	62
4.4 Propuestas.....	62
4.5 Conclusiones.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	67

I. INTRODUCCIÓN

La prematuridad constituye uno de los más graves problemas perinatales y gran parte de los esfuerzos en la medicina de estos últimos años están dedicados a encontrar soluciones para las interrogantes que esta situación plantea.

La atención de este grupo que tiene un alto riesgo de morbilidad requiere de una precisa interacción del equipo de salud con la familia del infante para normalizar las tareas que en casa deben aplicar con este.

La frecuencia del recién nacido prematuro varía de forma importante de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de cada país, por ejemplo en México en 1999 de los recién nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2500gr.) ocupaba un 9.5% de esta población; para el año 2000 fue de un 8.9% y en el 2001 hubo un descenso a 6.1%.

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en algunas entidades federativas del país para el año de 2001 fue la siguiente:

- 1° Tlaxcala 8.3%
- 2° DF. 7.9%
- 3° Yucatán y Guerrero 7.7%
- 4° Chiapas 7.5%
- 5° Puebla y Querétaro 7.1%

Como problema de salud pública el nacimiento de un prematuro repercute de forma importante ya que da lugar a la mitad de las muertes neonatales, a un tercio de los casos de parálisis cerebral y ocupa más de la tercera parte de los servicios intensivos neonatales. Los prematuros que sobreviven pueden presentar múltiples trastornos y secuelas neurológicas, tener crecimiento limitado o déficit en el desarrollo, lo que sin ser menos dramático que la muerte, provocan sufrimiento y frenan el desarrollo socioeconómico del país.

Las enfermeras que trabajan en instituciones en donde se da atención perinatal están en constante reto al manejar recién nacidos de alto riesgo, ya que este grupo se encuentra en peligro de experimentar problemas médicos, de desarrollo o psicológicos.

El objetivo de la atención de enfermería es prevenir o detectar estos problemas en fases tempranas usando sus conocimientos especializados y técnicas de vigilancia más complejas para favorecer la sobrevivencia de estos neonatos que hace muchos años hubieran muerto; construyendo las enfermeras un enfoque nuevo e innovador en el campo profesional.

En las familias mexicanas en donde se presentan partos prematuros el papel que desempeñan estas es fundamental por el impacto socioeconómico, psicológico y de salud que representa tener un hijo prematuro, por lo que se deben apropiarse de herramientas que faciliten el manejo de su recién nacido en el hogar y eleven la calidad de vida de este.

La presente investigación tiene la finalidad de dar a conocer las características del cuidado del prematuro en el hogar que fueron atendidos en el Hospital de la Mujer en el servicio de Neonatología del 4º piso.

La investigación es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental. Se describen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; además sigue rigurosamente la totalidad de las etapas del proceso de la misma, las cuales trazan concienzudamente, desde la elección del tema hasta el capítulo de organización.

El cuidado especial del niño pretérmino se enfoca en apartados generales y particulares, tomando en consideración una serie de variables que influyen de manera definitiva.

Se incluyeron temas concernientes a Regulación de la temperatura corporal, Estimulación temprana, Alimentación, Higiene, Inmunizaciones y Control médico periódico, por ser estos puntos los que se consideran fundamentales en el manejo del prematuro.

II. MARCO TEÓRICO.

2.1 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEL PREMATURO.

El prematuro se haya en desventaja para mantener la temperatura corporal debido a alta proporción de superficie corporal en relación con su volumen y a su relativa escasez del tejido subcutáneo, reducción de las reservas de grasa parda, aumento de pérdidas insensibles de agua, extremidades en posición extendida, control vasomotor inadecuado. A menudo poco después del nacimiento, su piel se vuelve pálida o azulada y la temperatura rectal desciende varios grados en relación a la temperatura intrauterina de 37.6 grados centígrados. Se ha demostrado que el lactante es un ser homeotermo que intenta regular su temperatura corporal.

Las vías de pérdida de calor son la evaporación, la radiación, la conducción y la convección. La magnitud de las pérdidas calóricas depende de las condiciones ambientales.

Los recién nacidos pretérmino poseen una menor capacidad de sudoración y de hecho, virtualmente no existe antes de la semana 32 de gestación.

En aquellos que tienen un peso inferior a 1,5 Kg. El descenso de la temperatura corporal requiere aproximadamente el mismo porcentaje en el aumento de la ventilación. El niño que nace con peso bajo suele tener a menudo algún grado de insuficiencia pulmonar durante los primeros días de vida y, colocado en un ambiente frío, tal vez sea incapaz de alcanzar un adecuado aumento en la ventilación. El índice de supervivencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer es menor cuando la temperatura ambiental es de varios grados por debajo de aquella del ambiente térmico neutro, que se define como la temperatura en la que el consumo de oxígeno es mínimo. El descenso de la temperatura corporal en el recién nacido con

dificultad respiratoria se ha utilizado como un índice grueso de oxigenación sanguínea.

Debemos ahora resaltar que una temperatura central normal no significa necesariamente una temperatura ambiental óptima.

Un prematuro enfermo con una inversión del decremento normal piel- temperatura central, puede tener una temperatura central normal pero una temperatura ambiente subóptima.

Un prematuro situado cerca de una ventana fría puede irradiar calor a pesar de una temperatura ambiental y central normal.

La regulación térmica es difícil en los prematuros, ya que responden con bastante rapidez a las oscilaciones de la temperatura ambiente. Si se sitúan en lugares fríos o expuestos a corrientes de aire, les será difícil conservar la temperatura de su cuerpo.

Cuando se colocan en un ambiente caluroso, la insuficiente regulación de los capilares de la superficie cutánea, y la de mecanismo adecuado de sudación, les impide perder calor; por lo tanto, la temperatura de su cuerpo se eleva de acuerdo con la del ambiente que les circunda. (1)

2.2 ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL PREMATURO.

Es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar las experiencias que este necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico.

1 Avery, M. *Enfermedades del Recién Nacido*. México, Interamericana, 1988 p.52.

Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuada y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un grado de interés y actividad condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo. (2)

La estimulación se lleva a cabo por medio de técnicas, que repetimos y son sencillas y posibles de aplicar por parte de todos.

Buscan una comunicación atenta afectuosa y constante, con el niño desde que nace y a lo largo de su desarrollo, procuran habilitar cada vez más las aptitudes preceptuales mediante el contacto con colores, sonidos, olores, texturas, sabores y ejercicios. Tratan con paciencia y continuidad de desarrollar las condiciones motoras finas y gruesas, para que el niño se prepare para un avance gradual por medio de masajes, balanceos, movimientos y juegos. Van introduciendo al mundo que inicia el niño desde que nace, a través de una comunicación constante, incluyendo imágenes, relaciones, canciones, números, cuentos y una sensación de seguridad y afecto. (3)

Existen cada vez mayores pruebas de que la estimulación temprana de tipo visual, auditiva, táctil y propioceptiva, permite que el neonato gane más peso, mejore su madurez motora, su tono muscular y que sus ejecuciones motoras integradas también progresen. Si no prestamos más atención a estos aspectos, podemos estar retrasando o aún interfiriendo con el desarrollo normal del neonato.

Los neonatos tienen necesidad de estímulos sensoriales al igual que de abundancia de sueño y de reposo.

2 Naranjo, C. *UNICEF Programa Estimulación Temprana*, p 15

3 Naranjo, C, *op cit* . p 20

Muchas vías nerviosas son inmaduras al nacer y deben estimularse para que funcionen adecuadamente, se desarrollen y se refinan.

Aunque el neonato no puede enfocar la vista en un objeto, se ha sugerido que pueden distinguir formas en unas horas y necesitan el estímulo de cambios de luz y sombra para que se desarrollen los mecanismos visuales tan importantes para la percepción y el aprendizaje ulteriores. También necesitan estímulos táctiles y cinestéticos y variaciones en la intensidad de sonidos que los rodean.

En lo que se refiere a la mayoría de los neonatos, pronto alcanzan niveles adecuados de estimulación por las actividades corrientes de cuidados que brinda la madre amorosa. Arrullarlo, encunarlo, mecerlo y los cambios de posición brindan sensaciones cutáneas y cinestésicas; los cantos y las actividades en el hogar proporcionan distintos niveles de sonido, y se logra estimulación visual por cambios en los cuadros de luz y sombra cuando el neonato se mueve y transporta de un lado a otro.

En lo que se refiere a los niños que deben permanecer. En la sala de neonatos durante largo tiempo, deben de tomarse disposiciones para estimulación sensorial. En la actualidad, se están efectuando experimentos al brindar un movimiento semejante a mecedora para prematuros. Si el niño no está restringido a la incubadora, las enfermeras pueden proporcionarle estimulación sensorial al tomarlo en brazos y mecerlo cuando lo alimentan, al cambiar la posición que tiene en el espacio y por otras atenciones que modifican el nivel de impulsos sensoriales.

De igual forma cuando la madre participa en el programa mamá canguro interactúa con el prematuro poniendo en juego los cinco sentidos del neonato. (4)

**ESTIMULACIÓN VISUAL.*

Esta puede brindarse a través de los siguientes métodos:

1.- Colocar en las paredes de la incubadora o de la cuna imágenes de caras o tableros de ajedrez (dibujadas en carones) a una distancia de 18 a 23 cm. orientadas hacia los ojos del niño.

La posición de las imágenes de las caras debe ser en orientación cara a cara con, la del niño.

2.- Colgar un objeto movable por arriba del niño hacia su izquierda o derecha(más que en la línea media) de tal forma que los movimientos circulares queden a una distancia de 18 a 23 cm. de los ojos del niño.

3.- Mientras se esté acariciando al niño, alimentándolo o ambas cosas, quien efectúe las maniobras debe procurar mantener su vista sobre los ojos del neonato, a una distancia de 18 a 23 cm.

Debido a que los prematuros y otros neonatos de alto riesgo pueden responder a las caras animadas con una mirada de aversión mayor que los niños de término, los padres o la enfermera pueden necesitar disminuir su animación imitando el comportamiento del niño con el fin de aumentar el contacto ojos a ojos.

4.- Conforme lo permita el estado médico y el equipo, el niño debe moverse a una posición vertical con el fin de aumentar la apertura de los ojos y su atención.

5.- Si el estado médico y el equipo lo permiten, el niño debe ser cargado a una posición vertical sobre el hombro de la enfermera o de los padres y paseando por la sala para incrementar su estimulación visual.

De ser posible, otra persona debe hablarle o hacerle gestos al niño, o mover lentamente un objeto brillante o sonaja a una distancia de 18 a 23 cm., lo que incrementará el desarrollo del control de la cabeza y el seguimiento, así como también brindará la exposición a una gran variedad de estímulos visuales.

6.-Si el niño se encuentra bajo fototerapia, debe tener sus ojos cubiertos. Aunque la fototerapia continúa es útil, deben permitirse periodos de interrupción de 15 minutos cada 8 horas, durante los cuales el niño, en caso de permitirlo, debe moverse a una posición vertical y permitir el contacto ojos a ojos en una orientación cara a cara con quién efectúe la maniobra a una distancia de 18 a 23 cm. La estimulación visual es eficaz cuando el recién nacido está completamente despierto, lo cual se logra moviéndolo a la posición vertical.

7.- El niño que tiene venoclisis o está inmovilizado, tiene un espacio reducido en el que puede ser movido o cargado. De ser posible puede colocarse en posición vertical sobre el hombro o en los brazos, y el papá o la mamá dar vueltas a su alrededor; o bien que otra persona le hable, le haga gestos, mueva lentamente un objeto brillante o una sonaja.

8.- Cuando la cabeza del neonato se encuentre en posición fija debido a que está en asistencia a la ventilación, pueden colocarse las imágenes en las caras o de los tableros de ajedrez en el techo de la incubadora o en cualquier lugar que pueda verlos. (5)

** ESTIMULACIÓN TÁCTIL DEL PREMATURO.*

Puede llevarse a cabo por medio de las siguientes actividades:

1.- Mientras se alienta al niño deben brindársele caricias en todas las partes de la cabeza y cuerpo.

Cuando un neonato ha recibido estimulación táctil no agradable (instalación de venoclisis, cirugía etc.), es necesario que también reciba estimulación placentera para evitar que relacione la estimulación táctil sólo con el dolor.

Por lo tanto debe ponerse especial énfasis en acariciar de manera placentera aquellas zonas que han sufrido la agresión, para evitar de esa forma que el niño rechace las caricias.

2.- Además del contacto piel a piel, las caricias pueden hacerse con tela de algodón o de estambre, lo que le producirá al niño una gran variedad de estímulos táctiles.

3.- Si el neonato se encuentra dentro e la incubadora con una protección adicional para disminuir el gasto calórico, como una doble pared de acrílico, esta última podrá retirarse para permitir la estimulación táctil.

4.- Es frecuente que en la unidad de cuidados intensivos neonatales a muchos niños se les alimente mediante sonda. Estos momentos se pueden aprovechar para brindarles actividades de estimulación. Por ejemplo, colocar un chupón en su boca, acariciarle y hablarle en una orientación cara a cara con lo cual el niño establecerá una relación entre succión o sensación de plenitud gástrica y contacto humano placentero.

** ESTIMULACIÓN AUDITIVA.*

La estimulación auditiva puede darse en diversas formas.

1.- Hablándole al niño mientras se le acaricia, alimenta y cuando se practica el contacto ojos a ojos. Los neonatos responden más a la voz articulada que a otros sonidos y por lo tanto, la plática o el habla debe integrarse con las otras actividades de estimulación.

2.- Deben excluirse en lo posible aquellos estímulos auditivos desagradables, como dar fuertes palmadas sobre el techo de la incubadora, cerrar de golpe las ventanillas de la misma, dejar el sistema de succión abierto cuando no se esté usando, incubadora con motor ruidoso, etc.

3.- Se debe de tratar de hablarle al niño a través de las portezuelas de la incubadora, ya que estos niños no solo están privados de los sonidos normales de la voz, sino que están expuestos continuamente a ruidos como el motor de la incubadora o el flujo de aire presurizado, que no lo estimulan. Al hablarle al niño dentro de la incubadora debe procurarse que sea en forma simultánea a las otras actividades de estimulación.

** ESTIMULACIÓN POSTURAL.*

Existen varias formas de efectuarla:

1.- Cambiar la posición del niño cada dos horas a menos que su estado no lo permita. A pesar de esto, aunque no sea posible cambiarlo del decúbito supino al ventral o viceversa, puede voltearse la cabeza hacia los distintos lados, así como colocarlos en decúbito lateral teniendo cuidado de evitar la hiperextensión del cuello y la retracción del hombro usando saquitos de arena o toallas como apoyo.

2.- Conforme el estado médico y el equipo lo permitan, debe cargarse y arrullarse al niño. Esto también puede hacerse en algunos casos en los que el niño esté siendo monitorizado.

3.- Además de cargarlo y arrullarlo, es posible colocar al niño en posición vertical sobre el hombro de quién esté realizando la maniobra. La estimulación vestibular propioceptiva que se produce al llevar al niño a la posición vertical es un medio eficaz para calmarlo y que también permite aumentar la estimulación visual.

4.- Cuando el niño está en incubadora puede sentársele sosteniendo su cabeza mientras se le acaricia, habla, o se mantiene la relación cara a cara.

2.3 ALIMENTACIÓN DEL PREMATURO.

El objetivo principal es el de procurar simular el ritmo del crecimiento intrauterino. Esta situación en un número considerable de niños es difícil porque en general se encuentran con patologías relacionadas a la de su propia prematuridad. (6)

La correcta alimentación de los niños prematuros, cuando éstos han superado los factores adversos inherentes a la prematuridad, es un asunto crucial: no solo deben sobrevivir, sino que también hay que propiciar que lo hagan con la mejor calidad de vida.

Para alimentar a un niño pretérmino es necesario tomar en cuenta diversos factores fisiológicos así como los referentes a la propia ontogénesis del aparato digestivo, el cual a partir de las 28 semanas de gestación se encuentra suficientemente desarrollado en cuanto a superficie de absorción y motilidad. Es necesario citar que la lactasa es una enzima de aparición tardía en la vellosidad intestinal, ya que su actividad máxima se presenta alrededor de las 34 a 35 semanas de gestación, mientras que las demás enzimas que metabolizan otros azúcares diferentes de la lactosa están presentes desde los 6 meses de la gestación. En el caso de las grasas debe recordarse que si no fuese por la presencia de la lipasa lingual, la eliminación de las grasas sería más acentuada que la que se propicia por la deficiencia de lipasa pancreática y la disminución de sales biliares. En el niño pretérmino el porcentaje de absorción de lípidos es de 90%, mientras que en el prematuro es de 68% (7)

6 Jasso. L. *Neonatología Práctica México, Manual Moderno*, 2002, p. 169

7 Jasso. L. op. cit. , p 170

Para el caso de los niños mayores de 34 semanas de gestación y en los de término no existe duda que la leche humana es el mejor alimento y por lo tanto deberá pugnarse su utilización. Existen, sin embargo discrepancias en cuanto al, tipo de alimentación a usar en los menores de 34 semanas de gestación, en virtud de que a la leche humana se le considera deficiente en algunos elementos, tomando como base los requerimientos del recién nacido. Otros puntos de vista señalan que el patrón de referencia debe ser la leche humana y no los requerimientos por Kg. /día de los distintos nutrientes. Mientras se llega a conclusiones más definitivas al respecto, se debe considerar que el alimento natural en principio es el ideal.

Cuando se emplea leche humana fortificada para alimentar a recién nacidos prematuros y luego se evalúa el desarrollo psicomotor (siete a ocho años después), quienes fueron alimentados con leche humana fortificada presentaron mejores coeficientes del desarrollo, que los pacientes que recibieron otro tipo de alimentación. Si bien en el desarrollo participan otras muchas variables, la nutrición correcta en el momento oportuno constituye una de las más importantes. Si la alimentación con leche humana no fuera suficiente, hay alternativas para complementarla. (8)

Existen distintos tipos de leches artificiales que tratan de simular las características de la leche humana y que además se complementan con algunos otros elementos que pudieran estar en menor cantidad en la leche humana, por ejemplo, los lípidos están representados por triglicéridos de cadena media, lo que facilita su absorción, y los carbohidratos están constituidos por mezclas equilibradas de lactosa y polímeros de glucosa, además de tener una mayor cantidad de calcio, fósforo y sodio.

Se considera que la leche humana de mujeres que tuvieron un parto prematuro se adapta bastante bien a las necesidades de estos niños a excepción de su contenido de calcio y fósforo que es bajo y deberá complementarse para evitar el llamado del niño prematuro. Las investigaciones muestran que la leche de las madres que dan a luz prematuramente contiene mayor cantidad de anticuerpos y algunos nutrientes que la leche de madres con bebés nacidos a término no tienen. Es sabido que algunas de estas diferencias continúan hasta después de seis meses. La inmunidad que proporciona su leche protege a su bebé de enfermedades a las que los bebés son particularmente vulnerables. La leche humana es fácil de digerir; los bebés aprovechan las grasas y proteínas contenidas en la leche humana de manera más eficiente que las de fórmula. La leche humana también aumenta el desarrollo cerebral en los prematuros. (9)

MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN.

En general se puede alimentar tempranamente (dos a cuatro horas de vida) a prematuros sanos de más de 1,500 g; a niños más pequeños, aun en ausencia de enfermedades es preferible dejarlos en ayuno por 12 a 24 horas y de no presentarse problemas cardiorrespiratorios aunados a la presencia del tránsito intestinal se inicia la alimentación bucal cautelosamente.

Una forma de alimentación consiste en la administración intermitente de leche a través de una sonda buco-gástrica, la cual se usa en neonatos incapaces de succionar, ya sea por inmadurez o por daño neurológico. La administración se recomienda en intervalos de tres horas en cantidades crecientes.

9 SECRETARÍA DE SALUD. *Manual de lactancia materna*, México, Secretaría de Salud 1992 p 83

Otra forma de alimentar al prematuro es de forma continúa mediante una sonda colocada permanentemente en el estómago a través de la vía nasofaríngea. La forma continúa se ha usado más para el estímulo enteral mínimo, que favorece la producción de enzimas adecuadas en tubo digestivo, de hormonas de acción local y sistémica y con todo esto mejora la posibilidad de tolerancia a la alimentación completa más tempranamente. (10)

Otra forma más de alimentar al prematuro es la nutrición parenteral, en donde se administran nutrientes por vía endovenosa. En la mayoría de los casos se intenta administrar todos los nutrientes en las cantidades y proporciones adecuadas que un individuo necesita diariamente, de acuerdo con sus condiciones metabólicas de ese momento.

2.4 HIGIENE DEL PREMATURO.

La limpieza diaria del niño constituye una oportunidad excelente para efectuar las observaciones necesarias en el periodo postnatal inmediato. La frecuencia del baño y los materiales que se emplean son variables. (11)

En el niño prematuro es importante considerar aspectos específicos antes de realizar el baño, como son el peso, si se encuentra en incubadora o cuna abierta.

La temperatura ambiente debe mantenerse de 24 a 26.7 grados centígrados.

Los niños que pesan menos de 2000gr. no se bañan diariamente con agua y jabón a causa de los peligros de irritación mecánica de la piel delicada y de enfriamiento. Pueden realizarse en días alternos.

10 Jasso, L. *Neonatología Práctica* México, Manual Moderno, 2002. p. 172

11 Ceriani, C. *Neonatología Práctica* Buenos Aires, Panamericana, 1991. p. 715

El baño lo podemos realizar en artesa o tina, o solamente mediante baño de esponja. Se usará jabón con hexaclorofenol, un jabón suave o cualquiera de los jabones preparados especialmente para los bebés. No es conveniente usar jabones fuertes ni perfumados o talco para niños por la sensibilidad de la piel del recién nacido.

Sugerencias para el cuidado de áreas específicas.

*** OJOS.**

Los ojos se limpian desde la comisura interna hacia la externa con algodón o un pedazo limpio de la toalla de baño por cada ojo. No se requieren cuidados adicionales además de esta limpieza a menos que haya evidencia de infección o inflamación.

*** NARIZ Y OÍDOS.**

No es conveniente emplear aplicadores con punta de algodón para limpiar el interior de la nariz u oídos porque pueden dañar los delicados tejidos; la limpieza sólo se hará superficialmente.

*** CORDÓN UMBILICAL.**

Después del baño diario y cada cambio de pañal se debe mantener seco el muñón y aplicar toques con alcohol o merthiolate blanco para favorecer la cicatrización, cualquier secreción con olor o un área roja e inflamada en torno al muñón se debe anotar en el expediente y reportar al médico.

*** GLÚTEOS.**

En ocasiones a pesar de las medidas de higiene los glúteos del niño se enrojecen y se irritan. También se produce en ciertos casos irritación en la zona del pañal por la

reacción de bacterias con la urea; esto a su vez produce dermatitis por amoniaco. La profilaxia más importante es mantener limpia y seca el área del pañal. En ocasiones, se emplea algún ungüento o protector suave como aceite para niños o vaselina (o alguna pomada que contenga vitamina A y D). (12)

2.5 VACUNAS.

Es una forma segura y efectiva de que el organismo se defienda de ciertas enfermedades desarrollando anticuerpos, mediante la introducción de microorganismos vivos y atenuados, o bien con microorganismos muertos, o parte de ellos, que no pueden causar enfermedad.

En la actualidad los niños disponen de una serie de vacunas que, administradas a muy temprana edad y con las correspondientes dosis de refuerzos, les garantizan una defensa eficaz frente a las enfermedades infecciosas de mayor difusión.

Durante el primer año de vida del recién nacido es necesario aplicarle determinadas vacunas para protegerlo de enfermedades infecciosas.

Las vacunas o inmunizaciones tienen dos objetivos fundamentales: proteger contra las enfermedades infecciosas a nivel individual y colectivo y, a largo plazo, conseguir la erradicación de las enfermedades.

La finalidad de las vacunas es inducir al organismo en el que se inoculan la fabricación de anticuerpos específicos, es decir, una inmunidad activa, que si no es definitiva, sí es muy duradera.

12 Ceriani, C *Neonatología Práctica* Buenos Aires, Panamericana, 1991 p 718

Las vacunas pueden estar elaboradas a partir de gérmenes atenuados o inactivados: microbios vivos a los que se ha hecho perder su virulencia o poder infectante sin perder su capacidad de provocar respuesta inmunitaria, sometiéndolos a unas condiciones de vida inadecuada para ellos, como exposición a temperaturas que alteran su mecanismo de reproducción o agentes químicos esterilizantes. La capacidad de formar anticuerpos protectores no depende exclusivamente de la vitalidad del germen sino de su integridad bioquímica, que no se pierde con la muerte de aquel.

También hay vacunas elaboradas a base de productos microbianos, como toxinas neutralizadas por sus correspondientes antitoxinas o tratados con formol y a temperaturas de 40° C.

Existen gérmenes que inducen en el organismo la fabricación de unas sustancias llamadas anticuerpos, que en un próximo contacto con los mismos microorganismos los destruirán antes que se desarrolle la enfermedad. A esta inmunidad se le llama activa y suele ser para toda la vida. Otras veces estos anticuerpos provienen de otra fuente y no los fabrica el organismo. Es el caso del bebé, que recibe estas defensas (inmunidad pasiva) a través de la placenta, durante la lactancia o bien cuando se inyecta un suero hiperinmune o una gammaglobulina específica, rica en anticuerpos, de una enfermedad infecciosa concreta.

La Cartilla Nacional de Vacunación es el documento oficial en el que se registran las vacunas que cada niño ha recibido. Se entrega gratuitamente en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud y en las oficialías del Registro Civil. El Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) es el organismo responsable del control y administración de la cartilla.

El esquema básico de vacunación se compone de 12 inmunógenos contenidos en 4 vacunas: Vacuna Sabin o Antipoliomielítica, BCG o Antituberculosa, Pentavalente que

protege contra difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* del tipo b Triple Viral (SRP) contra sarampión, rubéola y parotiditis para ser aplicada a los niños menores de cinco años mediante ocho dosis durante el primer año de vida.

Además del Esquema Básico, también se aplican refuerzos de la vacuna DPT (difteria, tosferina y tétanos), triple viral, Toxicoides Tétanico Diftérico, TD y adicionales de Sabin.

Vacuna BCG (antituberculosa).

-Vía de administración, dosis e intervalo de aplicación.

Se aplica por vía intradérmica estricta, en el hombro derecho (región del músculo deltoides). La dosis es de 0.1 ml en recién nacidos o lo más pronto posible después del nacimiento. La dosis es única

-Eficacia:

Aproximadamente del 80% en la prevención de las formas extrapulmonares, principalmente la tuberculosis meníngea.

-Indicaciones.

Prevención de las formas miliar y meníngea de la tuberculosis en los recién nacidos con peso mayor a 2,000 g o en los menores de 14 años que no hayan sido vacunados.

-Contraindicaciones:

En padecimientos febriles agudos, en recién nacidos con peso inferior a 2,000 g, en desnutrición grave, afecciones cutáneas en el sitio de aplicación, en enfermos de leucemia, excepto si ya suspendieron el tratamiento inmunodepresor o linfomas, enfermos con tratamiento inmunosupresor (corticosteroides, antimetabolitos,

agentes alquilantes, radiaciones), pacientes con cuadro clínico del SIDA (la infección asintomática por VIH no es contraindicación).

Vacuna antipoliomielítica.

-Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación:

Se aplica por vía oral, el esquema completo es de tres dosis (una dosis es igual a 2 gotas), con intervalo de dos meses entre cada una, iniciándose a los dos meses de vida. Es necesario administrar una dosis (dos gotas) a los recién nacidos, aunque no se considera como parte del esquema. También se recomienda la administración de una dosis adicional en las Semanas Nacionales de Salud, independientemente de los antecedentes de vacunación.

-Eficacia:

Cercana al 100% con tres o más dosis.

-Indicaciones:

Para prevenir la poliomielitis parálítica en menores de cinco años. Los niños VIH positivos asintomáticos, los que presentan catarro común o diarrea deben ser vacunados.

-Contraindicaciones:

Niños con procesos febriles de más de 38,5° C, con enfermedad grave, inmunodeficiencias primarias o con cuadro clínico de SIDA, tumores malignos y en quienes se encuentren recibiendo tratamientos con corticosteroides y otros inmunosupresores o medicamentos citotóxicos.

Pentavalente DPT+ HB+Hib

-Vía de administración, dosis e intervalo de aplicación:

Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterior y externa del muslo. Cada dosis es de 0.5 ml y el esquema primario de tres dosis, con intervalo de dos meses entre cada una. Debe aplicarse de manera ideal a los dos, cuatro y seis meses de edad. Además del esquema primario, se requiere la aplicación de dos dosis de refuerzo con la vacuna DPT a los 2 y 4 años de edad.

-Eficacia:

Después de tres dosis, la eficacia es cercana al 100% para los toxoides tetánico y diftérico; igual o superior al 80% para la fracción pertussis, del 95 al 98% para el antígeno de superficie de Hepatitis y superior al 95% para el componente Hib. Aún después de la serie primaria de tres dosis de la vacuna pentavalente y los refuerzos de DPT a los 2 y 4 años, la inmunidad no se considera vitalicia para tétanos, tosferina o difteria.

La eficacia de la vacuna puede afectarse si la persona se encuentra bajo tratamiento con inmunosupresores. La vacuna no debe mezclarse con otras vacunas inyectables excepto el liofilizado de Hib. La administración intravenosa puede producir choque anafiláctico y la administración intradérmica o subcutánea reduce la respuesta inmune.

-Indicaciones:

Está indicada para la inmunización activa contra difteria, tosferina, tétanos, Hepatitis B e infecciones invasivas producidas por *Haemophilus influenzae* del tipo b en los niños a partir de los 2 meses de edad.

-Contraindicaciones:

Trombocitopenia, reacción anafiláctica o complicaciones neurológicas a una aplicación previa, enfermedad grave con o sin fiebre, fiebre mayor a 38,5° C, convulsiones o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión. El llanto inconsolable o los episodios hipotónicos con hiporespuesta presentados en dosis aplicadas previamente, no representan una contraindicación absoluta, sino de precaución, ya que los niños pueden continuar con el esquema de vacunación bajo condiciones de observación en su hogar. No administrar a mujeres embarazadas.

DPT (difteria, tosferina y tétanos).

-Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación:

La vacuna DPT se administra por vía intramuscular profunda, en dosis de 0.5 ml, como refuerzo a los dos y cuatro años de edad posterior a la aplicación del esquema primario con vacuna pentavalente que se aplica a los 2, 4 y 6 meses de edad.

-Eficacia:

Cercana al 100% para los toxoides diftérico y tetánico, y superior o igual al 80% para la fracción pertussis después de la serie primaria de vacuna Pentavalente de 3 dosis.

La duración de la inmunidad no es vitalicia para ningún componente de la vacuna.

-Indicaciones:

Dos dosis de refuerzos a todos los niños de 2 y 4 años de edad.

-Contraindicaciones:

No se aplique a niños mayores de cinco años de edad.

Reacción anafiláctica a una aplicación previa, encefalopatía dentro de los 8 días posteriores a una aplicación previa, enfermedad grave, con o sin fiebre o fiebre

mayor de 38° C, niños bajo tratamiento con corticoides, convulsiones o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión (el daño cerebral previo no la contraindica). En los niños que presenten contraindicaciones verdaderas se recomienda aplicar DT, para asegurar la protección al menos con difteria y tétanos. Los niños con antecedentes convulsivos o con crisis de llanto persistente o inconsolable asociados a dosis previas, pueden continuar el esquema de vacunación bajo condiciones de precaución (observación relativa en casa).

Al recién nacido pretérmino no se le aplica ningún tipo de inmunización cuando se encuentra hospitalizado, algunos médicos estiman que las inmunizaciones deben iniciarse un poco más tarde para que el niño reaccione mejor a los anticuerpos.

A partir de los dos meses de edad, momento en que se termina la inmunidad transferida por la madre, el niño debe empezar a recibir sus dosis periódicas de vacunaciones, siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

En el niño prematuro se toma también en cuenta el peso, este no debe de ser menor de 2000 g para que pueda recibir la inmunización.

TRIPLE VIRAL SRP.

-Vía de administración, dosis e intervalos de aplicación:

Se aplica subcutánea en el tercio medio de la región deltoidea del brazo izquierdo, se aplica 0.5 ml de vacuna reconstituida la primera dosis a los doce meses y la segunda a los 6 años de edad o al ingresar a la escuela primaria.

-Eficacia:

Cuando la vacuna Triple Viral se aplica a edades en que los títulos de anticuerpos maternos han desaparecido, o declinado a títulos no protectores, la eficacia contra las enfermedades es, dependiendo de la cepa y de la concentración de virus que

contiene la vacuna, para sarampión entre el 95% y 100%, para rubéola 98% a 100% y del 90% al 98% para parotiditis.

-Indicaciones:

Se utiliza para la prevención del sarampión, rubéola y parotiditis en todos los niños a partir del año de edad.

-Contraindicaciones:

- Fiebre mayor a 38.5° C
- Antecedentes de reacciones anafilácticas a las proteínas del huevo, o a la neomicina.
- Antecedentes de transfusión sanguínea o de aplicación de gammaglobulina, en los tres meses previos a la vacunación.
- Leucemia: se podrá administrar si está en remisión y con posterioridad a tres meses de haber suspendido quimioterapia, linfoma, neoplasias o
- Tampoco debe aplicarse a niños que están bajo tratamiento con corticosteroides por vía sistémica, o con otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos.
- Enfermedad del sistema nervioso central o convulsiones sin tratamiento.
- Tuberculosis sin tratamiento. (13)

2.6. CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.

Para un cuidado óptimo de estos niños se requiere de seguimiento y control de varios aspectos, crecimiento y desarrollo, estado nutricional, posibles secuelas derivadas de enfermedad pulmonar crónica o cardiopatías, secuelas neurológicas, incluyendo déficit visual o de audición.

13 Santos, J. et al *Manual de Vacunación Universal México*, Consejo Nacional de Vacunación. 2000. p. 17-48

Los objetivos de un programa de seguimiento son asegurar el mismo con calidad y de manera multidisciplinaria, detectar los trastornos característicos de este grupo e intervenir en su evolución, investigar los patrones de crecimiento del lactante, influencia de la nutrición en el crecimiento y desarrollo, relación entre el crecimiento y complicaciones respiratorias, efectos de la estimulación sobre la evolución psicomotora.

Al egreso del prematuro del hospital se debe de llevar un control médico estricto. Las secuencias de las consultas deben ser desde el alta hasta la semana 40 (postmenstrual) en forma semanal, mensual al primero, segundo y tercer mes de edad corregida, trimestralmente hasta el año y luego semestralmente hasta Los 2 años. En seguimiento a largo plazo muchas veces es necesario extenderlo mediante consultas anuales hasta el sexto año.

Las visitas postnatales están enfocadas a valorar crecimiento y desarrollo mediante el peso y valoraciones de tono muscular, además de la valoración de la pauta de alimentación y detección oportuna de alguna anomalía. (14)

2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREMATURO.

Muchos de los niños prematuros deben la vida al sentido de verdadera devoción profesional, a la destreza y al buen juicio de las enfermeras encargadas de atenderlos en sus primeras necesidades. Los cuidados que requieren varían mucho de acuerdo a la edad gestacional del prematuro: Es por eso que se debe llevar el Proceso Atención Enfermería.

14 Ceriani, C. *Neonatología Práctica*. Buenos Aires, Panamericana, 1991. p. 160

La enfermera debe ser empática con la madre y la familia del prematuro puesto que el periodo inmediato al nacimiento plantea una crisis psicológica. Es entendible también que toda madre piense en tener un hijo sano y que nazca en el término correspondiente.

El parto prematuro, independientemente de todos los problemas inherentes a la salud del niño, trae aparejada una adaptación de la madre a una situación diferente de la que ella había idealizado. Es deber de la enfermera ser partícipe de esta adaptación.

La enfermera tiene una serie de responsabilidades con las madres:

-Debe propiciar el vínculo inmediato del binomio a fin de evitar la separación prolongada y así disminuir la ansiedad de la madre ante la incertidumbre debido a la salud de su bebé.

-Orientar y concientizar a la madre para que acepte que su hijo tiene características y necesidades específicas y que debe adiestrarse para manejar adecuadamente a su prematuro; debe estar preparada para enfrentar el esfuerzo adicional que impone el nacimiento de un prematuro y cuente con apoyo y ayuda de otro tipo en el hogar.

Los cuidados que se le brindarán al prematuro son los siguientes:

- Mantener un medio térmico neutro.
- Vigilar la temperatura corporal.
- Verificar con frecuencia la temperatura de la unidad de calentamiento.
- Evitar someter al niño a pérdidas de calor por evaporación, convección, conducción y radiación.

En los seres homeotérmicos la producción de calor, el flujo sanguíneo subcutáneo, la sudación y la respiración se encuentran de tal manera equilibrada, que a pesar de los cambios sucedidos con la temperatura ambiental, la temperatura corporal está condicionada por los siguientes factores.

-Transferencia de calor de su cuerpo al medio ambiente, por tener una provisión limitada de grasa subcutánea (parda) y una superficie corporal mayor en relación con el peso de su cuerpo.

-Inmadurez del mecanismo regulador de la temperatura.

-Aumento de pérdidas insensibles de agua.

-Sufrimiento respiratorio, que favorece las pérdidas insensibles de agua por el trabajo de respiración.

-Control vasomotor inmaduro.

-Carece de grasa aislante que se traduce en pérdidas de calor.

La enfermera debe garantizar un consumo calórico adecuado mediante el método más eficaz según las necesidades individuales.

La nutrición es un proceso de incorporación de nutrientes que cubren los requerimientos metabólicos basales, las necesidades de crecimiento y el reemplazo y producción de energía de un recién nacido.

La transición nutricional de la vida fetal a la extrauterina permite que se produzca un armonioso equilibrio entre la acresión de la vida intrauterina (expresado por la velocidad del crecimiento fetal) y en la extrauterina (crecimiento post natal).

Al evaluar los requerimientos energéticos del prematuro se debe tener en cuenta los macronutrientes (proteínas y grasas) y los micronutrientes (minerales y vitaminas) así como un adecuado aporte calórico-proteico.

Realizar prácticas que favorezcan el desarrollo psicomotor del prematuro.

El neonato nace con la capacidad de que todos sus sentidos funcionen, visión, audición, gusto, olfato y tacto; asimismo sus reacciones siguen siendo instintivas y se caracterizan por reflejos automáticos.

Sin embargo a partir del nacimiento se puede empezar a estimular al bebé, despertando poco a poco su sensibilidad.

Cuando el prematuro nace, su sistema nervioso está todavía inmaduro, por eso todo lo que ve, escucha, toca y siente antes de los tres años es muy importante para su crecimiento intelectual y emocional. Cada bebé evoluciona en tiempos diferentes.

El desarrollo motor armonioso depende de la relación tono/actividad refleja.

- *Mantener la integridad de la piel mediante prácticas higiénicas.*
- *Proporcionar medidas tendientes al confort del prematuro.*

La piel del prematuro tiene mayor sensibilidad y fragilidad por lo que no hay que usar jabones alcalinos que podrían destruir el "manto ácido" de la piel.

La mayor permeabilidad dérmica facilita la absorción de los ingredientes.

La piel se escoria y levanta fácilmente, por lo que hay que evitar a toda costa las lesiones en su estructura delicada.

La piel en conjunto es menos gruesa que en los nacidos a término, tiene menos fibras elásticas y la cohesión entre las capas finas es menor.

Elaboración de un plan de alta para la madre.

- La atención del recién nacido pretérmino y de la familia no termina con el egreso de la sala de cunas. Es muy importante seguir vigilándolo debido a que muchos de los problemas del desarrollo y salud no se manifiesta sino hasta que el niño crece.
- Evaluar la eficacia de los cuidados que fueron suministrados y el grado de competencia de los padres de acuerdo a la información proporcionada y las referencias con respecto al cuidado de la salud en el hogar.

INSTRUCCIONES PARA EL ALTA.

Como en la estancia en el hospital después del parto se ha reducido, las instrucciones para el alta han cobrado importancia. Se hacen citas de seguimiento con el pediatra. Las familias que reciben atención de médicos y enfermeras en clínicas de hospitales e instituciones de salud pública deben ser informadas de la ubicación de estos centros al momento de concertar las citas. En ocasiones la trabajadora social participa en la planeación y puesta en práctica de este tipo de atención para asegurarse de que el lactante será atendido en clínicas para el bienestar infantil en las áreas de orientación anticipada, vacunas, crecimiento y desarrollo, valoración física, nutrición y salud emocional.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se realizó pensando en la importancia que reviste los cuidados que recibe el prematuro en su hogar.

Es importante darle continuidad al cuidado del recién nacido de alto riesgo al egreso del hospital y los padres deben ser entrenados en el cuidado y control del niño en un ambiente que posibilite la recuperación.

La incidencia de prematuros en nuestro medio es muy elevada y dadas las complicaciones que estos presentan se incrementa la estancia hospitalaria aumentando el costo en su manejo, por los recursos humanos y tecnológicos de los que se hace uso.

Muchas de las veces las complicaciones de salud del prematuro aumenta la mortalidad del mismo.

Se hace necesario implementar estrategias de investigación para abatir este problema de salud pública tal y como lo señala el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 -2000 en donde se marca la atención prenatal encaminado a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico contribuyendo a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

3.2 OBJETIVOS.

GENERAL: Identificar las características del cuidado en el hogar que recibe el prematuro.

ESPECÍFICOS:

Identificar la higiene del prematuro en el hogar.

Identificar la alimentación del prematuro en el hogar.

Identificar la estimulación temprana que se le realiza al prematuro en el hogar.

Identificar el control médico del prematuro en el hogar.

Identificar el manejo de inmunizaciones del prematuro.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermeras del Hospital de la Mujer del cuarto piso Neonatología durante el segundo semestre del año 2002 han observado que las pacientes al egreso del recién nacido prematuro no reciben información sobre el manejo de su hijo en casa, lo que se traduce en mayor riesgo para su salud, crecimiento y desarrollo.

Por lo anterior, ¿Cuáles son las características del cuidado en el hogar del prematuro?

3.4 HIPÓTESIS.

Las características del cuidado en el hogar del prematuro son: Manejo adecuado de normas higiénicas, control de temperatura, alimentación, control médico mensual, inmunizaciones.

3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

- a) Variable estudio: Características del cuidado en el hogar del prematuro.
- b) Indicadores: Regulación de la temperatura corporal del prematuro, estimulación temprana en el prematuro, alimentación del prematuro, higiene en el prematuro, vacunas y control médico periódico.

a) Definición nominal:

-REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEL PREMATURO.- Son las acciones que realiza la madre en el hogar con el fin de preservar y regular la temperatura corporal del prematuro.

-ESTIMULACIÓN TEMPRANA.- Son las acciones y prácticas que realiza la madre en el hogar al prematuro con la finalidad de favorecer el desarrollo psicomotor.

-ALIMENTACIÓN.- Es la práctica que realiza la madre con la finalidad de nutrir y ayudar al crecimiento del prematuro y que puede ser leche materna, fórmula o mixta.

-HIGIENE DEL PREMATURO - Son las acciones que realiza la madre al prematuro en el hogar con la finalidad de preservarlo de riesgo biológico incluyendo baño, cambio de ropa y lubricación de la piel.

-VACUNAS.- Es la asistencia a la institución de salud para la aplicación de vacunas (suspensiones o extractos de células bacterianas atenuadas o muertas, que se usan principalmente en el tratamiento profiláctico de ciertas infecciones por la producción de inmunidad activa.)

-CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.- Son las visitas al pediatra que realiza la madre con el fin de llevar una vigilancia sobre el crecimiento y desarrollo del prematuro.

b) Definición operativa:

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

¿Le realiza algún tipo de ejercicio al niño?

Si () no ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Si No

¿Con qué frecuencia?

Diario () cada tercer día () cada semana ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada

ALIMENTACIÓN

¿El prematuro se debe alimentar cada?

2 horas () 3 horas () a libre demanda ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada

¿Qué tipo de leche debe tomar el prematuro?

Fórmula () seno materno () mixta ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada.

HIGIENE

¿Con qué frecuencia se debe bañar al prematuro?

Diario () cada tercer día () una vez a la semana ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada

¿Con qué frecuencia se debe de cambiar de ropa al prematuro?

Diario () 2 veces al día () cada tercer día ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada

VACUNAS

¿Sabe cuáles vacunas deben ponerle a su hijo?

Si () No ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Si No

¿Cuáles le han puesto?

Sabin () BCG () Pentavalente ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada

CONTROL MÉDICO PERIÓDICO

¿Cada cuando se debe llevar al prematuro al pediatra?

Cada mes () cada que se enferme () cada 3 meses ()

Variable: Cualitativa Escala: Nominal Categoría: Adecuada, inadecuada.

3.6. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental.

3.7. UNIVERSO DE ESTUDIO.

Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud en el servicio de Prematuros.

3.8 MUESTRA

No estadística y arbitraria de 50 madres.

3.9. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Madres de prematuros.

3.10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Madres que se atendieron en el hospital de la Mujer y tuvieron parto prematuro.

Madres que no se atendieron en el Hospital de la Mujer.

Madres que tuvieron recién nacidos a término.

3.11. UNIVERSO MUESTRA.

Muestra no estadística y arbitraria de 50 madres.

3.12. INSTRUMENTOS.

Se aplicó prueba piloto que constó de 20 cuestionarios con el fin de verificar que las preguntas eran las apropiadas y validar las hipótesis.

3.13. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Se elaboraron cuadros que representan los porcentajes de las variables cualitativas y cuantitativas de los 50 cuestionarios aplicados.

3.14. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Se presentan cuadros que nos permite el inicio del análisis del comportamiento de los datos que arrojaron los cuestionarios.

IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS GENERALES.

Posterior a la aplicación del instrumento (50 encuestas) se encontró lo siguiente:

Con relación a la edad el 34% de las personas encuestadas se encuentran entre 21 y 25 años, mientras que el 30% entre los 26 a 30 años, el 26% entre los 15 a 20 años y solo el 10% entre los 31 a 35 años. (Ver cuadro # 1, gráfica #1)

Respecto al estado civil el 44% corresponde a unión libre, el 42% son casadas, el 14% son solteras; cabe mencionar que en el rubro de divorciadas no se obtuvo porcentaje. (Ver cuadro # 2, gráfica # 2)

Relativo a la escolaridad con que cuenta la madre del prematuro, encontramos que el nivel académico el 50% que cursó secundaria, el 20% tiene preparatoria, el 18% primaria y solo el 12% profesional. (Ver cuadro # 3, gráfica # 3)

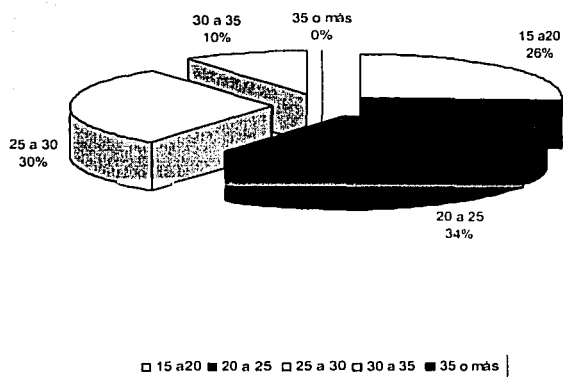
En relación a la religión que profesan se observa que el 90% es católica, un 6% profesan otras religiones y solo el 4 % son cristianas. (Ver cuadro #4, gráfica # 4)

Cuadro No. 1 EDAD. Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Edad	Número	Porcentaje
15 a 20	13	26%
20 a 25	17	34%
25 a 30	15	30%
30 a 35	5	10%
35 o más	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 1 EDAD. Características del cuidado del prematuro en el hogar



TESIS C N
FALLA DE ORIGEN

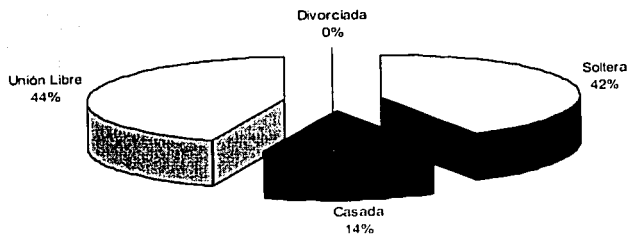
Cuadro No. 2 ESTADO CIVIL. Características del cuidado del

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltera	21	42%
Casada	7	14%
Unión Libre	22	44%
Divorciada	0	0%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Grafico No. 2 ESTADO CIVIL. Características del cuidado del prematuro en el hogar.



□ Soltera ■ Casada □ Unión Libre □ Divorciada

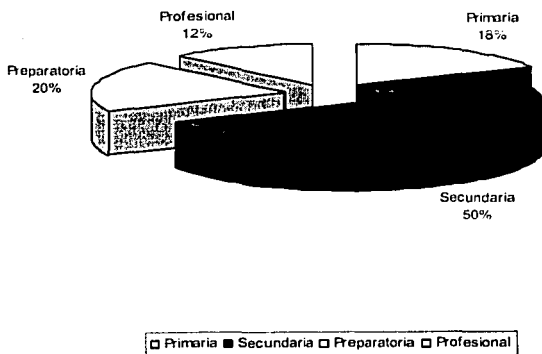
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 3 ESCOLARIDAD. Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	9	18%
Secundaria	25	50%
Preparatoria	10	20%
Profesional	6	12%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 3 **ESCOLARIDAD.** Características del cuidado del prematuro en el hogar.



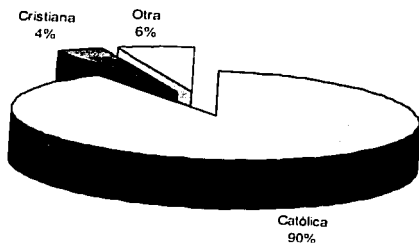
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 4 RELIGIÓN. Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Religión	Número	Porcentaje
Católica	45	90%
Cristiana	2	4%
Otra	3	6%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 4 RELIGIÓN. Características del cuidado del prematuro en el hogar.



■ Católica ■ Cristiana □ Otra

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. RESULTADOS ESPECÍFICOS.

Referente a la frecuencia con que se debe alimentar al prematuro se encontró que el 42% lo consideró a libre demanda, el 32% cada 2 horas, el 22% cada 3 horas y el 4% no contestó. (Ver cuadro #5, gráfica # 5)

Con relación al tipo de leche que debe tomar el prematuro se pudo observar que el 80% contestó que leche materna, el 16% las dos, un 4% no contestó y en rubro de formula no obtuvo porcentaje. (Ver cuadro # 6, gráfica # 6)

Respecto a la frecuencia con que se debe bañar al prematuro se obtuvo que el 80% menciona que diario, el 16% cada tercer día, el 4% no contestó, y una vez a la semana no hubo porcentaje. (Ver cuadro # 7, gráfica # 7)

En lo que se refiere a la frecuencia de llevar de llevar al prematuro al pediatra se puede observar que el 90% dice que cada mes, el 4% cada que se enferme, el 4% cada tres meses y el 2% no contestó. (Ver cuadro #8, gráfica #8)

Con relación a si le realiza algún tipo de ejercicio al prematuro se tiene que el 48% contestó que NO, el 40% si lo realiza y el 12 no contestó. (Ver cuadro # 9, gráfica # 9)

Referente a la frecuencia del ejercicio realizado al prematuro se encontró que el 32% lo hace diario, el 14% solo cada tercer día, el 12% no contestó, y en el rubro de cada semana no hubo porcentaje. (Ver cuadro # 10, gráfica # 10)

Con respecto a si sabe cuales vacunas deben ponerle al prematuro se encontró que el 50% si lo sabe, el 48% no y el 2% no contestó. (Ver cuadro # 11, gráfica # 11)

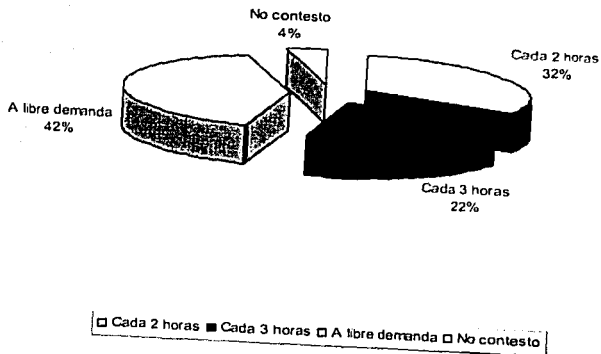
Relativo a la pregunta de cuales le han puesto se encontró que el 88% no contestó, el 6% le administraron la SABIN, el 4% la BCG y el 2% la Pentavalente. (Ver cuadro # 12, gráfica # 12)

Cuadro No. 5 ¿CADA CUÁNTO ALIMENTA A SU HIJO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Frecuencia de Alimentación	Número	Porcentaje
Cada 2 horas	16	32%
Cada 3 horas	11	22%
A libre demanda	21	42%
No contesto	2	4%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 5 ¿CADA CUÁNTO ALIMENTA A SU HIJO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.



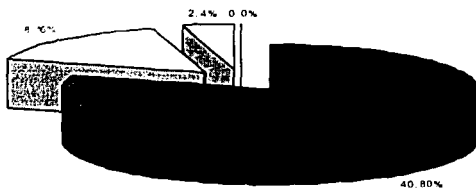
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Cuadro No. 6 ¿QUÉ TIPO DE LECHE DEBE TOMAR EL PREMATURO?
EN EL HOGAR.**

Tipo de Leche	Número	Porcentaje
Fórmula	0	32%
Seno Materno	40	22%
Las dos	8	42%
No Contestó	2	4%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 6 ¿QUÉ TIPO DE LECHE DEBE TOMAR EL PREMATURO?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.



Formada ■ Seno Materno ■ Leche ■ No Contesto

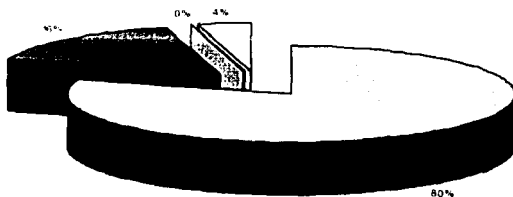
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 7 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBE BAÑAR AL PREMATURO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Frecuencia del baño del niño	Número	Porcentaje
Diario	40	80%
Cada tercer día	8	16%
1 vez a la semana	0	0%
No contesto	2	4%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfica No. 7 ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBE BAÑAR AL PREMATURO?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.



□ 40 ■ 8 ○ 0 ▨ 2

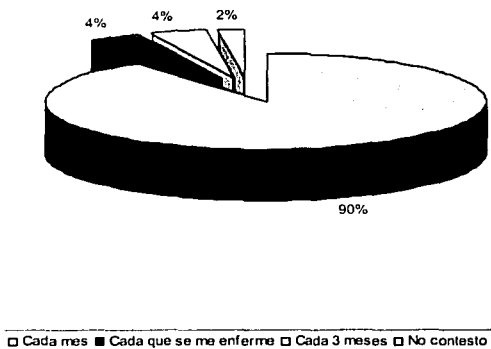
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 8 ¿CADA CUÁNDO SE LLEVA AL PREMATURO AL PEDIATRA? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Frecuencia de la consulta al pediatra	Número	Porcentaje
Cada mes	45	90%
Cada que se me enferme	2	4%
Cada 3 meses	2	4%
No contesto	1	2%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. B ¿CADA CUÁNDO SE LLEVA AL PREMATURO AL PEDIATRA?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.



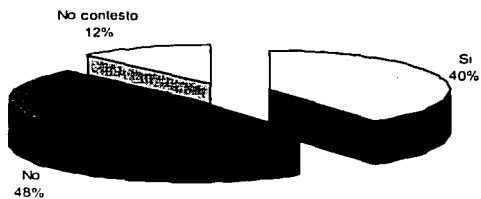
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Cuadro No. 9 ¿LE REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO AL NIÑO?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.**

Realización de ejercicio	Número	Porcentaje
Si	20	40%
No	24	48%
No contesto	6	12%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 9 ¿LE REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO AL NIÑO?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.



■ Si ■ No □ No contestó

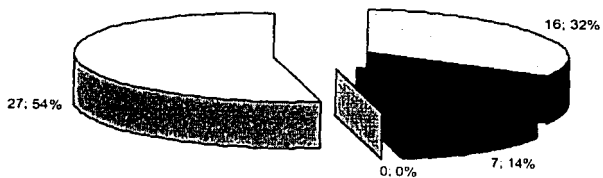
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 10 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Frecuencia de los ejercicios	Número	Porcentaje
Diario	16	32%
Cada tercer día	7	14%
Cada semana	0	0%
No contesto	27	54%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 10 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? Características del cuidado del prematuro en el hogar.



□ Diario ■ Cada tercer día □ Cada semana □ No contesto

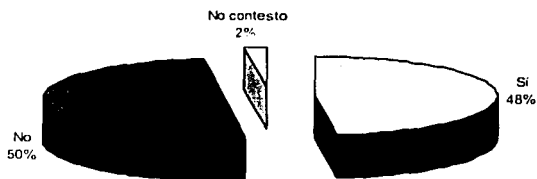
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 11 ¿SABE CUÁLES VACUNAS DEBEN APLICARLE A SU HIJO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Vacunas que debe recibir	Número	Porcentaje
Si	24	48%
No	25	50%
No contesto	1	2%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 11 ¿SABE CUÁLES VACUNAS DEBEN APLICARLE A SU HIJO?
Características del cuidado del prematuro en el hogar.



□ Si ■ No □ No contesto

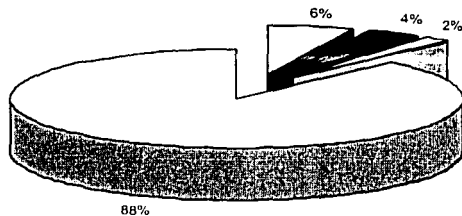
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 12 ¿CUÁLES LE HAN APLICADO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.

Vacunas que tiene el prematuro	Número	Porcentaje
Sabin	3	6%
BCG	2	4%
Pentavalente	1	2%
No contesto	44	88%
Total	50	100%

Fuente: cuestionario aplicado en el Hospital de la Mujer 2002.

Gráfico No. 12 ¿CUÁLES LE HAN PUESTO? Características del cuidado del prematuro en el hogar.



□ Sabin ■ BCG ▣ Pentavalente □ No contestó

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

De acuerdo a las encuestas realizadas se encontró que las madres de los prematuros saben que es conveniente que sean alimentados a libre demanda, lo que sugiere que reciben información sobre lactancia materna.

Así mismo se corrobora la información sobre la importancia de la leche materna puesto que en su mayoría prefiere la alimentación al seno materno y ninguna contestó sobre el uso de formulas lácteas.

En cuanto a higiene se observa que la madre le da la importancia a este aspecto para proporcionar confort al prematuro, y que se van modificando conductas basadas en educación para la salud.

En el rubro del control médico periódico si se aprecia desconocimiento a la frecuencia de la visita al pediatra, así como la prevalencia de creencias educativas y culturales que ellas sienten importantes solo en estado de enfermedad la revisión, por lo que la labor educativa por parte del equipo de salud tiene relevancia y gran trabajo a futuro.

Es importante concientizar a las madres de los prematuros sobre las inmunizaciones que deben recibir sus hijos pues se observa gran desconocimiento sobre este tema, y nuevamente es el equipo de salud el que debe fomentar y crear la cultura sobre la salud pero en este grupo de infantes.

4.4. PROPUESTAS

- Crear grupos de madres de prematuros cuando se encuentren hospitalizados con el fin de dar sesiones educativas de apoyo sobre información de tópicos como son: Alimentación, higiene, vacunas, control médico periódico, estimulación temprana, etc. La educación favorece la preparación de las madres en cuidado del niño, mejorando la atención en el hogar.

- Promover y fomentar acciones tendientes a mejorar la salud del prematuro, por ser este un grupo vulnerable, y así contribuir a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad y esta población alcance una mejor calidad de vida.
- Elaborar un plan de alta para el prematuro en donde se reafirmarán conocimientos impartidos a la madre, para el mejor manejo de estos pequeños en su hogar y entorno donde se llevará a cabo su desarrollo, e involucrar a la familia por el papel tan importante que juegan en él.
- Elaborar material educativo (trípticos, folletos, periódicos murales, etc.) referente a los cuidados que se deben brindar en el hogar al prematuro.

La enfermera debe retomar la atención comunitaria sanitarista efectuando visitas domiciliarias y observar la forma en que impacta el cuidado en el hogar e interactuar con la familia del prematuro.

4.5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo observar que la desinformación de las madres de prematuros en algunos rubros como son: Inmunizaciones y control médico periódico dificulta el manejo en el hogar de esta población, con sus posibles repercusiones en cuestión de salud.

Cabe mencionar que la edad y el nivel académico de las madres de prematuros pueden ser factores que favorezcan el cuidado de estos niños, habiendo mayor comprensión y madurez por parte de éstas.

Los resultados que arrojó este estudio nos muestra la importancia que reviste que la madre egrese a su bebé con conocimientos efectivos para facilitarle su manejo en el hogar, redundando en una mejor atención y calidad de vida.

La intervención educativa que haga el equipo de salud, garantiza que la madre de prematuros empiecen a tener cambios tendientes a formar cultura sobre salud y manejo de su bebé.

BIBLIOGRAFÍA

- **ARANDA, M.** Biblioteca Danae de la Maternidad y de la Infancia. Barcelona: Ediciones Danae. Vol. 2 1995.
- **ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA.** Neonatología. México: Interamericana. 1996.
- **AVERY, M.** Enfermedades del Recién Nacido. 5ª edición. México: Interamericana. 1988.
- **BLAKE, F.** Enfermería Pediátrica. 8ª edición. México: Interamericana. 1971.
- **BRUNNER, L.** Manual de Enfermería. 4ª edición. México: Interamericana. Vols. 5 y 6 1991, 1992.
- **CERIANI, C.** Neonatología Práctica. 2ª edición. Buenos Aires: Panamericana. 1991.
- **HENDRICKS, K.** Manual de Nutrición Pediátrica Tomo 1. 3ª edición. México: Intersistemas. 2000.
- **J, SH.** Enfermería Materno Infantil. 17ª edición. México: Interamericana. 1995.
- **JASSO, L.** Neonatología Práctica. 3ª edición. México: Manual Moderno. 1989.
- **JASSO, L.** Neonatología Práctica. 5ª edición. México: Manual Moderno. 2002.

- KIM, M. Diagnóstico de Enfermería. 6ª edición. Mosby. 1999.
- LA LIGA DE LA LECHE INTERNACIONAL. El arte femenino de Amamantar. México: PAX. 2001.
- LEIFER, G. Enfermería Práctica. 4ª edición. México: Interamericana. 1991.
- MONDRAGÓN, C. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas. reimpresión. 1998.
- NARANJO, C. Programa de Estimulación Temprana. UNICEF-PROCEP.
- NORDMARK, R. Bases científicas de la enfermera. 4ª reimpresión. México: La Prensa Médica Mexicana.
- RUBIO, D. Obstetricia II. México: UNAM ENEO. 2002.
- SANTOS, J. et. al. Manual de Vacunación Universal. México: Consejo Nacional de Vacunación. 2000.
- SECRETARIA DE SALUD. Manual de lactancia materna. México: Secretaria de Salud. 1992.
- SCHWARTZ, W. Manual Clínico de pediatría. México: Interamericana. 1998.
- SPOCK. Mi hijo. Colombia: Ediciones Nacionales. Círculo de Lectores. 1978.
- WONG, D. Enfermería Pediátrica. 4ª edición. Mosby- Dayma. 1995.

ANEXOS

4.- ¿Cada cuando se debe llevar al prematuro al pediatra?

Cada mes () cada que se enferme () cada 3 meses ()

5.- ¿Le realiza algún tipo de ejercicio al niño?

Si () no ()

6.- ¿Con qué frecuencia?

Diario () cada tercer día () cada semana ()

7.- ¿Sabe cuáles vacunas deben ponerle a su hijo?

Si () no ()

8.- ¿Cuáles le han puesto?

Sabin () BCG () pentavalente ()

COMENTARIOS

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL CUESTIONARIO DE EL MANEJO EN EL HOGAR DEL PREMATURO.

Se trata de un cuestionario que consta de 2 partes, en la primer parte encontramos datos generales como son: edad, estado civil, escolaridad y religión.

En la segunda parte encontramos preguntas que responden a nuestra interrogante del problema en estudio.

Las preguntas que se plantean son cerradas.

En datos generales se anotará lo siguiente:

Edad.- anotar los años cumplidos.

Estado civil.- de las 4 opciones que se mencionan escogerá una y cruzará en el paréntesis que corresponde.

Escolaridad.- en el espacio que le continúa a la pregunta anotará los años completos de estudio.

Religión.- En el espacio que le continúa a la pregunta anotará la religión que profesa.

De la pregunta número 1 a la 8 escoja solo una opción por cada pregunta, y en el paréntesis marque con una cruz su respuesta.

En comentarios anote con letra clara sus comentarios personales.