



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA

TEMA: “Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.”

AUTORA: DEYSI ELIZABETH BAZANTES HUERA
DIRECTORA: MSC. SILVIA LORENA ACOSTA

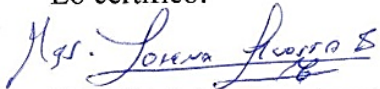
IBARRA - ECUADOR
2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

YO **Msc Silvia Lorena Acosta** con cedula de identidad...en calidad de director de tesis de grado titulada **“Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.”** De autoridad de: **DEYSI ELIZABETH BAZANTES HUERA** una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra a los 21 días del mes de Marzo del 2018.

Lo certifico:



Msc Silvia Lorena Acosta

CC 1001578127

DIRECTORA DE TESIS



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

IDENTIFICACION DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	040197769-9		
APELLIDOS Y NOMBRES	Bazantes Huera Deysi Elizabeth		
DIRECCIÓN	Bolívar-Carchi		
EMAIL	elizabeth04_maomis@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0939669013
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO	“Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.”		
AUTORA	Bazantes Huera Deysi Elizabeth		
FECHA			
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Licenciada en Enfermería		
DIRECTORA	Msc. Silvia Lorena Acosta		

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Deysi Elizabeth Bazantes Huera**, con cédula de ciudadanía **040197769-9** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIAS


El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 21 días del mes de marzo del 2018

EL AUTOR:

Firma 
Deysi Elizabeth Bazantes Huera
C.C: 0401977699

ACEPTACIÓN:

Firma 
Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA



**FACULTADO POR RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Deysi Elizabeth Bazantes Huera con cédula de ciudadanía 040197769-9, expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado; “Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.” que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciada de Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

EL AUTOR:

Firma

Deysi Elizabeth Bazantes Huera

C.C: 0401977699

Ibarra, 21 de marzo del 2018

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

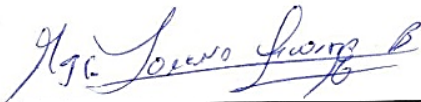
Fecha: Ibarra, 21 de Marzo del 2018

BAZANTES HUERA DEYSI ELIZABETH “Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, 21 días del mes de Marzo del 2018

DIRECTOR: MSc. Silvia Lorena Acosta

El principal objetivo de la presente investigación fue, “Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.” Entre los objetivos específicos se encuentran: Describir las características sociodemográficas de las madres adolescentes incluidas en el estudio. Identificar los conocimientos de las madres adolescentes en puerperio inmediato de acuerdo a los cuidados brindados en el recién nacido. Identificar los signos de alarma del recién nacido según el grado de conocimientos de las madres adolescentes. Elaborar una guía educativa para las madres adolescentes que acuden al hospital, sobre el adecuado cuidado del recién nacido.



Fecha: Ibarra, 21 días del mes de marzo del 2018

MSc. Silvia Lorena Acosta

Directora de Tesis



Bazantes Huera Deysi Elizabeth

Autora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis. A mis padres quienes me dieron vida, educación quienes me supieron brindar su apoyo y consejos, por su comprensión y ayuda en los buenos y malos momentos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño.

Agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro. Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una titulación profesional. A mis compañeros de estudio y amigos, quienes de una u otra manera estuvieron ayudándome a todos ellos les agradezco desde el fondo de mi corazón.

Deysi Elizabeth Bazantes Huera

AGRADECIMIENTO

Primeramente, me gustaría agradecerle a Dios por darme fortaleza para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A mis padres y hermanos que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como la felicidad la tristeza, pero ellos siempre han estado junto a mí y gracias a ellos soy lo que a hora soy y con el esfuerzo de ellos y mi esfuerzo ahora puedo ser una gran profesional.

Mi gratitud a mi querida UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE por darme la oportunidad de estudiar y adquirir conocimientos científicos para formarme como excelente profesional. A mi directora de tesis, Msc Lorena Acosta quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación hizo posible culminar con éxito mi trabajo y cumplir una gran meta en mi vida. También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. A todo el personal de amigos que laboran en el Hospital Delfina Torres de Concha - Esmeraldas Sur por la colaboración brindada en todo el transcurso de la investigación.

Deysi Elizabeth Bazantes Huera

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
IDENTIFICACION DE LA OBRA	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	iv
CONSTANCIAS	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	v
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRAFICAS	xiii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I	1
1. Problema de la investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II	7

2.	Marco Teórico	7
2.1.	Marco Referencial	7
2.1.1.	Recién nacidos de madres adolescentes.....	7
2.1.2.	Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano.....	7
2.1.3.	Morbilidad del recién nacido sano a término.....	8
2.1.4.	Perfil de la madre adolescente primípara.....	8
2.1.5.	Prácticas de crianza de madres adolescentes de Duitama, Colombia.....	9
2.2.	Marco Contextual.....	10
2.2.1.	Situación geográfica.	10
2.2.2.	Características Físicas.....	10
2.2.3.	Historia.....	11
2.2.4.	Servicios del hospital.	13
2.2.5.	Misión y visión del Hospital Delfina Torres de Concha	13
2.3.	Marco Conceptual	15
2.3.1.	Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo.....	15
2.3.2.	Adolescencia.....	15
2.3.3.	Sexualidad.....	18
2.3.4.	Embarazo en adolescentes.	19
2.3.5.	Características de la madre adolescente.....	21
2.3.6.	Recién nacido.....	22
2.3.7.	Cuidado integral del recién nacido	23
2.3.8.	Cuidados básicos del recién nacido	24
2.3.9.	Alimentación.....	25
2.3.10.	Técnicas de Amamantamiento.	29
2.3.11.	Termorregulación	32
2.3.12.	Higiene del recién nacido.....	34

2.3.13.	Cuidados del cordón umbilical.....	37
2.3.14.	Signos de alarma	39
2.4.	Marco Legal	48
2.4.1.	Constitución De La República Del Ecuador	48
2.4.2.	Plan nacional para el buen vivir.....	49
2.4.3.	Estrategia infancia plena.....	50
2.4.4.	Ley Orgánica de Salud.....	50
2.5.	Marco Ético	51
2.5.1.	Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.....	51
2.5.2.	Código de la Niñez y Adolescencia.....	53
2.5.3.	Derecho de los pacientes.....	54
CAPÍTULO III		55
3.	Metodología de la Investigación.....	55
3.1.	Diseño de la Investigación	55
3.2.	Tipo de la Investigación	55
3.3.	Localización y ubicación del estudio	56
3.3.1.	Población	56
3.3.2.	Universo y muestra	56
3.4.	Operacionalización de Variables.....	57
3.5.	Métodos de recolección de información	61
3.5.1.	Técnicas e Instrumentos.....	61
3.5.2.	Análisis de datos	61
CAPÍTULO IV		62
4.	Resultados de la investigación.....	62
4.1.	Características sociodemográficas.....	62
4.2.	Conocimientos acerca de la Alimentación del Recién Nacido.	63
4.3.	Conocimientos acerca de la Higiene del Recién Nacido.....	65

4.4. Conocimientos sobre Signos de Alarma del Recién Nacido.....	67
CAPÍTULO V	68
5. Conclusiones y recomendaciones	68
5.1. Conclusiones	68
5.2. Recomendaciones.....	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	73
1. Anexo 1 Encuesta utilizada para ser aplicada a las madres adolescentes.	73
2. Anexo 2 Archivo fotográfico.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de Variables Según Características Sociodemográficas.	57
Tabla 2: Operacionalización de variables sobre alimentación e higiene.....	57
Tabla 3: Operacionalización de variables según Signos de Alarma del Recién Nacido. ...	61
Tabla 4: Características Sociodemográfica.	62
Tabla 5: Alimentación	63
Tabla 6: Higiene	65

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. conocimientos de los signos de alarma del recién nacido.	67
--	----

RESUMEN

“Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.”

Autora: Deysi Elizabeth Bazantes Huera
Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería

elizabeth04_maomis@hotmail.com

El cuidado del recién nacido son actividades que se realiza en él bebé, mismos que son elaborados con calidad y calidez. **Objetivo** determinar los conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas el Hospital Delfina Torres de Concha. **Metodología** es un estudio cuantitativo, no experimental; descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 100 madres adolescentes. **Resultados** la mayor parte de la población en estudio son madres adolescentes afro ecuatorianas entre 18 y 19 años, viven en unión libre, con un nivel de educación secundaria y viven en el sector urbano marginal. En cuanto al conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados que necesita el recién nacido se establece que existe desconocimientos importantes en los diferentes cuidados tales como la alimentación e higiene, ya que son actividades rutinarias que las madres adolescentes deben realizar para cumplir con los cuidados que necesita el recién nacido. En cuanto a los signos de alarma se evidencia que en su mayoría saben reconocer. **Conclusión** Estas madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido y reconocen algunos signos de alarma más importantes, y saben que si se presentan, deben acudir inmediatamente a una casa de salud. Por lo cual, existe la necesidad de elaborar una guía educativa, la misma que servirá como herramienta para las madres adolescentes y brindar un buen cuidado del recién nacido.

Palabras claves: conocimiento, madres adolescentes, recién nacido, signos de alarma, cuidados básicas.

SUMMARY

"Basic knowledge of newborn care, in adolescent mothers attended in the Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017."

Author: Deysi Elizabeth Bazantes Huera
Universidad Técnica del Norte, Nursing Career

elizabeth04_maomis@hotmail.com

Newborn care are activities carried out in the baby, which are made with quality and warmth. Objective: To determine the basic knowledge of newborn care in adolescent mothers attended by Delfina Torres de Concha Hospital. Methodology is a quantitative study, not experimental; descriptive, cross-sectional, with a sample of 100 adolescent mothers. Results the majority of the populations under study are Afro-Ecuadorian adolescent mothers between 18 and 19 years of age live in a free union, with a secondary education level and live in the marginal urban sector. Regarding the knowledge of adolescent mothers about the care that the newborn needs, it is established that there are important ignorances in different care such as food and hygiene, since they are routine activities that adolescent mothers must perform in order to fulfill the care they need. Needs the newborn as for the warning signs, it is evident that most of them know how to recognize. Conclusion These adolescent mothers have a medium level of knowledge about newborn care and recognize some more important warning signs, and they know that if they present themselves, they should go immediately to a health home. Therefore, there is a need to develop an educational guide, which will serve as a tool for teenage mothers and provide good care of the newborn.

Keywords: knowledge, adolescent mothers, newborn, warning signs, basic care.

TEMA:

Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.

CAPÍTULO I

1. Problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014, reporta que hay 14 millones de niños que nacen anualmente de madres adolescentes, el 95% de estos nacimientos se produce en países en vías de desarrollo, y un 5% en países desarrollados. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes (1).

En América Latina y el Caribe este problema representa un 18% a diferencia de países como China que apenas expresan un 2 %. Cabe recalcar que Venezuela en el año 2010, obtuvo un alto porcentaje con cifras oficiales, del 20% de los partos en madres adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños (2).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2014 en el Ecuador existen 122.301 madres adolescentes con más del 50% en la región costa, sierra 38.4% y apenas un 6,3% en la Amazonía, sin embargo, esta cifra es alta considerando la población menor que reside en el oriente ecuatoriano (3).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) mediante un estudio en países de América categoriza a Ecuador en séptimo lugar de mortalidad con 51% de muerte neonatal por el mal cuidado que brindan las madres a los neonatos, la UNICEF pone como principales características el desconocimiento de la importancia de la alimentación lactancia materna exclusiva, el cuidado de la higiene, la conservación de la temperatura corporal.

La siguiente investigación se realizó, en madres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas Sur, ya que se ha observado una problemática determinando la falta de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido

por parte de las madres adolescentes. Principalmente los cuidados que se le debe brindar a un recién nacido hacen parte de su calidad de vida ya que se relaciona directamente con la complacencia de sus necesidades básicas y es la madre quien debe realizar diariamente por tener a su cargo el cuidado del recién nacido.

Enmarcando esta situación la madre adolescente se encuentra en un proceso continuo de desarrollo y madurez físico, psicológico, mental, emocional, sexual y cognitivo precisamente por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra y la cual se ve alterada por su nuevo rol de madre, desconociendo las consecuencias de un inadecuado manejo materno produciéndose alteraciones que afecten en la salud del recién nacido por su poca experiencia y conocimiento (4).

Por lo tanto, la falta de conocimiento sobre los cuidados necesarios del recién nacido influyen directamente en su salud para su normal crecimiento y desarrollo, entre estos cuidados tenemos: alimentación, higiene, signos de alarma, baño, cuidados del cordón umbilical, termorregulación, lactancia materna. Estos son algunos de los cuidados que se le debe brindar a un recién nacido.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017?

1.3. Justificación

El embarazo durante el periodo de la adolescencia tiene consecuencias negativas sobre la salud individual de la madre y el feto: así como en su ámbito social, económico y de salud pública. Actualmente las madres en periodo de gestación son consideradas como una clase vulnerable, al igual que la niñez y adolescencia, por ende, una madre adolescente embarazada tiene una condición de doble vulnerabilidad. El Ministerio de Salud Pública ha emprendido programas para prevenir el embarazo precoz. Realizándose así varios estudios sobre este tema de embarazo en adolescentes, por lo que creemos conveniente hacer esta revisión en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas.

Los cuidados del recién nacido en sus primeros días de nacido, son exclusivamente importantes para su salud, los cuales dependen directamente del cuidado de la madre adolescente. La mayoría de las veces el desconocimiento de las madres adolescentes, sobre los cuidados básicos del recién nacido tiene como resultado complicaciones que pueden llevar a hospitalizaciones debido a un mal manejo.

El desconocimiento por parte de las madres adolescentes en los cuidados del recién nacido, constituye uno de los problemas más frecuentes en el Hospital Delfina Torres de Concha. El porcentaje de los recién nacidos de madres adolescentes ha continuado aumentando con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. El recién nacido necesita cuidados especiales y sus necesidades deben ser satisfechas por otros. Su desarrollo debe ser estimulado por el afecto, las caricias y los cuidados que se le brindan, por lo tanto es de vital importancia promover vínculos afectivos entre madre e hijo. Es necesario que padres y madres estén bien informados sobre los cuidados necesarios de un recién nacido para que le brinden mejor atención.

Es importante realizar esta investigación ya que los profesionales de la salud juegan un papel importante en brindar información precisa, y bien fundamentada. Para de esta manera poder implementar programas educativos para que las madres adolescentes mejoren los cuidados del recién nacido y así disminuir la morbimortalidad neonatal.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas el Hospital Delfina Torres de Concha.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las madres adolescentes incluidas en el estudio.
- Identificar los conocimientos de las madres adolescentes en puerperio inmediato de acuerdo a los cuidados brindados en el recién nacido.
- Identificar los signos de alarma del recién nacido según el grado de conocimientos de las madres adolescentes.
- Elaborar una guía educativa para las madres adolescentes que acuden al hospital, sobre el adecuado cuidado del recién nacido.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características socio demográficas de las madres adolescentes incluidas en el estudio?

¿Cuáles son los conocimientos de las madres adolescentes en puerperio inmediato de acuerdo a los cuidados brindados en el recién nacido?

¿Cuáles son los signos de alarma del recién nacido según el grado de conocimientos de las madres adolescentes?

¿Cómo la guía educativa ayudara en los cuidados básicos del recién nacido por parte de madres adolescentes?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Recién nacidos de madres adolescentes.

El embarazo en las adolescentes es una situación de alto riesgo, puesto que muchos de estos embarazos tienen problemas médico-sociales en las madres adolescentes, por el rechazo que hay en su entorno y la inmadurez de la madre. El embarazo durante la adolescencia es una situación más que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, ya que irrumpe en la vida de las adolescentes que aún no alcanzan la madurez física y mental para aceptar el embarazo. Todo esto incide en una probabilidad alta de riesgo de muerte para los recién nacidos y para las madres adolescentes, por lo que se consideró importante conocer la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes. A nivel mundial el 15% de los partos ocurre en adolescentes, con un nivel entre el 7 y 25%. El 33.7% corresponde a mujeres adolescentes menores de 19 años, lo que revela la importancia de este grupo poblacional en esta Unidad (5).

2.1.2. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano.

El nacimiento de un neonato sano y vigoroso después de las 37 semanas de gestación representa una de las situaciones más frecuentes en la atención sanitaria, en la que es necesario evitar complicaciones, ya que puede llegar a ser perjudicial para el recién nacido y puede, además, privar del gozo y felicidad de la madre adolescente. La exigencia del cumplimiento de las garantías de asistencia de la calidad en un centro hospitalario no debería impedir un acercamiento lo menos intervencionista posible. Igualmente, y debido a que la mayoría de los partos normales en las mujeres sanas y sus recién nacidos sanos evolucionan sin complicaciones, es prioridad de los cuidados posnatales el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad para intervenir en la forma que sea preciso. En esta revisión de los estándares en la atención y en el cuidado del neonato sano por parte de las madres adolescentes en el parto y las primeras horas de vida se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento para así mejorar la calidad

asistencial y la seguridad del recién nacido. Recomendando así a las madres adolescentes aplicar la mejor manera los procedimientos en el cuidado del recién nacido desde el nacimiento y en los primeros instantes de la vida posnatal (6).

2.1.3. Morbilidad del recién nacido sano a término.

La morbilidad del recién nacido sano a término atendido en alojamiento conjunto. Durante el período neonatal aumenta el riesgo de complicaciones del neonato. Las principales causas de morbilidad neonatal están directamente relacionadas con el estado de salud de la madre y con la calidad de la atención perinatal. El diagnóstico y tratamiento oportunos de los padecimientos maternos durante su embarazo ayudan a prevenir la morbilidad en el neonato. Dentro de las patologías neonatales más comunes se encuentran los problemas relacionados con el peso corporal, el síndrome de aspiración de meconio, la sepsis y los trastornos por incompatibilidad sanguínea. Los resultados en lo que respecta a enfermedad materna asociada, se observó que el 78% de las madres no presentó ninguna enfermedad durante el embarazo, y de las que si padecieron alguna enfermedad, las infecciones de vía urinaria son las más frecuentes con 11.1%, seguidas de hipertensión 2.1%, cérvico vaginitis 1.7%, pre eclampsia 1.6%, diabetes mellitus 1.2%, diabetes gestacional 1%, condilomatosis 0.6%, hipotiroidismo 0.5%, asma 0.3%, eclampsia 0.3%, toxicomanías 0.2% artritis reumatoide, leucemia. Tomando en cuenta que el porcentaje de morbilidad de las madres que se atienden en nuestro hospital es del 22% (7).

2.1.4. Perfil de la madre adolescente primípara.

La madre adolescente presenta constantes cambios físicos, psicológicos y sociales, que se encuentran relacionadas con su propia etapa de desarrollo y que se caracterizan por aspectos vinculados a un proceso de madurez que aún no se encuentra completo tanto física y emocionalmente, afrontando una maternidad precoz, lo que hace que exista escaso conocimiento acerca de los cuidados tanto a su niño/a así como su propio cuidado. El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional. Es probable que la adolescente se encuentre en un proceso manifestando un aumento de las tensiones fisiológicas y por la gran transición psicológica que experimenta, así como es más vulnerable debido al

agotamiento de las energías, a la fatiga propia del fin del embarazo y del parto, el trauma tisular, pérdida de sangre y la anemia, pudiendo ocurrir complicaciones. Las adolescentes puérperas consideran importante en un 77,2% conocer sobre estimulación temprana, un 66.7% precauciones para bañar al bebé e igual porcentaje formas de expresar afecto al recién nacido, 64.9% la frecuencia de la alimentación al pecho, en igual porcentaje cuidados del cordón umbilical, 63,2%. Por ello el equipo de salud en especial el enfermero debe implementar en base a una actitud pedagógica la consejería y orientación a la madre adolescente en torno a sus necesidades sobre el cuidado del niño y su propio cuidado (8).

2.1.5. Prácticas de crianza de madres adolescentes de Duitama, Colombia.

Las madres adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 13 y los 19 años, las cuales se abordaron para las entrevistas. 19 de ellas las cuales sus madres firmaron los consentimientos informados y participaron de las entrevistas en profundidad y el diligenciamiento de los registros de observación participante. Las madres adolescentes expresan las prácticas de crianza en acciones específicas, implementadas por ellas los cuidadores de apoyo, destinadas a garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital. Las madres adolescentes contribuyen con el proceso de socialización de su hijo mediante el establecimiento de normas y reglas de comportamiento, encaminadas a fortalecer valores que indican al hijo las acciones socialmente apreciadas. La madre adolescente es el agente protagónico para la formación de hábitos encaminados a la nutrición de su hijo, la madre alimenta al hijo de acuerdo con sus valores, creencias, costumbres, símbolos y representaciones sobre los alimentos y sobre las preparaciones alimentarias. Madres adolescentes presentan vacíos conceptuales y estratégicos para la crianza de sus hijos. Estas prácticas podrían ser vistas como inadecuadas, ya que tienen la falta de formación e información coherente con las necesidades físicas, psicológicas y emocionales que requiere el bebé para su desarrollo. Es necesario crear estrategias de formación y actuación integrales que aborden el desarrollo psicoafectiva de las adolescentes, así como la generación del conocimiento y el desarrollo de habilidades necesarios para la crianza (9).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Situación geográfica.

El Hospital Delfina Torres De Concha está ubicado en la ciudad de Esmeraldas, en la Avenida Libertad y Calle Manabí, ubicado en la parroquia Bartolomé Ruiz, de la ciudad de Esmeraldas. Teléfonos: (593) 062-999500

2.2.2. Características Físicas

Cuenta con una edificación de hormigón y cemento armado; con 32 años de su reconstrucción y funcionamiento (17 de nov. de 1982), resultado como respuesta a un incendio que lo destruyó por completo, provocado por una persona con problemas mentales.

- Número de pisos: Planta baja, I Piso Alto, II piso alto
- Nivel de complejidad: II nivel
- Área de construcción: 10,000 m²
- Influencia Geográfica: 7 Cantones: Esmeraldas, Atacames, Rio verde, Eloy Alfaro, San Lorenzo, Quinindé, Muisne.
- Densidad Poblacional: 74.61 habitantes/Km²
- Población Total: 534.092 habitantes

El Hospital Delfina Torres de Concha, es una entidad encargada de brindar atención médica en la Provincia de Esmeraldas, cuenta con recursos: Humanos, Materiales, Económicos y Tecnológicos, así como también presenta debilidades en cuanto al personal para poder brindar una atención de calidad y calidez, orientada a conquistar la satisfacción del cliente en cuanto a salud se refiere.

Los servicios que presta, la medicación, los exámenes complementarios de Radio-Diagnóstico (tomografía), Laboratorio, exámenes ginecológicos (colposcopia) y electrocardiográficos, están al alcance de la mayoría de población Esmeraldeña, para mantener una población saludable.

Desde que se inició el Hospital ha brindado estos servicios y el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública, asigna presupuesto para que esta Casa de Salud brinde servicios y medicinas gratuitas a la población Esmeraldeña. En la actualidad el hospital cuenta con los servicios de: Pediatría, Gineco Obstetricia, Neonatología termo-cuna, Centro Quirúrgico, Cirugía, Medicina Interna, Traumatología, Cardiología, Dermatología, Urología, Nefrología, Gastroenterología, Odontología, Fisiatría. Además, cuenta con los servicios de Cuidados Intensivos, Servicio de Emergencia Moderno con sala de shock box. Personal capacitado, programa de maternidad gratuita, clínica del VIH/SIDA Quirófanos equipados con tecnología moderna. La tabla a continuación muestra las características de los servicios detallados por cada piso del hospital.

2.2.3. Historia

El actual Hospital Provincial General “Delfina Torres de Concha” inició sus labores el 23 de marzo de 1936 con el nombre de Asistencia Social, en una casona de madera, en los terrenos donde se levanta actualmente su edificación. En ese sitio estaba un establo que fue acondicionado por la junta de asistencia pública encargada de los servicios de salud, en ese período para que se acondicionaran las instalaciones para la atención, 4 años más tarde se reestructuró para dar lugar a dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños. En 1950 el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de pozos y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia y su construcción era mixta.

Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la junta militar del gobierno contaba con 5 médicos, una enfermera y dos auxiliares de enfermería y una administradora, en 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por un enfermo mental, por lo que se construyó otra edificación provisional que tomó el nombre de Hospital Franklin Tello Mercado. 12 años después, el 1 de diciembre de 1982 el Dr. Francisco Huerta Ministro de Salud de ese entonces reinauguró el hospital Delfina Torres de Concha y en los años 90 a través del proyecto MODERSA, se interviene para su remodelación. Actualmente es un hospital general de referencia provincial con una dotación normal de 125 camas. Brindamos atención en Las Cuatro Especialidades Básicas como son Gineco-

Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna; pero como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se han debido implementar nuevas especialidades como: Cardiología que se implementó en abril del año 2000, Oftalmología en abril del año 2005, Traumatología en septiembre del 2005. Servicios Técnicos Complementarios de Odontología, Fisiatría, Terapia Respiratoria y Audiología, así como también servicios complementarios de Laboratorio Clínico, Centro de Transfusión, Imagenología (Rayos X, Ecografía, Tomografía y Endoscopía). Programas como la Clínica del VIH/SIDA, Diálisis Peritoneal, Discapacidades y Enfermedades Catastróficas. En Abril del año 2009 se realiza la apertura de los Nuevos Servicios en Implementación, como son: Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Quemados, además se implementó en Febrero del año 2011, la Unidad de Triage en la Emergencia del HDTC y el Servicio de Neonatología, Nefrología, Urología, Dermatología, Cirugía Vascular en el año 2013 y 2014. En Mayo del año 2013 se inaugura la primera etapa de la repotenciación (edificio nuevo) los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Radio-diagnóstico, el 18 de Enero del año 2014 se inaugura la segunda etapa de la repotenciación los Servicios de Neonatología, Ginecología, Centro Quirúrgico, Central de Esterilización.

En el transcurso del tiempo la Institución ha cambiado de denominación de acuerdo con las Políticas del Ministerio de Salud Pública, donde se evidencia cambios significativos en: recursos humanos, tecnológicos, presupuesto, Infraestructura física. El presupuesto del Hospital Delfina Torres en el año 2008 al año 2009 se incrementó en un 65.86%, en el año 2010 se incrementó en un 61.11% con respecto al año anterior y en el 2011 se incrementó en un 79.36%, en el año 2012 descendió en un 8.90% en relación al año anterior; en el año 2013 se incrementó en 74.19%, mientras que en el año 2014 descendió en un 3% en relación al año anterior. Cabe resaltar que los incrementos citados obedecen a la atención prioritaria que ha realizado el estado ecuatoriano a una población que históricamente había sido desatendida en sus necesidades más elementales, por lo que se asignó presupuesto para fortalecer el sistema local de salud mediante la construcción de infraestructura de salud, Centros de Salud, Hospitales, equipamiento para las unidades operativas de primer nivel. El comportamiento de las asignaciones presupuestarias del gobierno central a favor del hospital.

2.2.4. Servicios del hospital.

Servicios del Hospital Delfina Torres de Concha-2014

Primer piso

- Consulta Externa
- Atención al Usuario
- Información
- Admisiones
- Laboratorio Clínico
- Rehabilitación Física
- Emergencia
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Trabajo Social
- Mantenimiento
- Alimentación y Dietética

Segundo piso

- Pediatría
- Gineco obstetricia
- Neonatología
- Esterilización
- Centro Quirúrgico y Obstétrico
- Dirección Asistencial Hospitalaria
- Gestión de Enfermería
- Unidad Administrativa Financiera
- Planificación
- Asesoría Jurídica

2.2.5. Misión y visión del Hospital Delfina Torres de Concha

- **Visión.**

Ser reconocido por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios

fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

➤ **Misión.**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de la cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo.

Se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternales: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad (10).

2.3.2. Adolescencia

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Adolescencia durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, donde transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar (11).

Dentro del proceso de desarrollo humano, la adolescencia es un periodo que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La pubertad es la etapa inicial en la que tienen lugar los principales cambios somáticos relacionados con el proceso de maduración sexual. Tiene una duración de 2 o 3 años, mientras que la adolescencia se extiende a lo largo de 8 a 10 años, sin que se puedan señalar límites precisos. Lo más aceptados son los establecidos por la OMS, que se considera que la adolescencia propiamente dicha se extiende de los 14 a los 18 años y está

precedida por la pre adolescencia o fase puberal 11 a 13 años y seguida por la pos adolescencia o fase juvenil de los 19 a los 24 años.

Es un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas.

Deriva de "adolecer", que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente. Psicológicamente, según Bühler, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto (12).

➤ **Fases y tareas de la adolescencia.**

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas que a continuación describiremos pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura (13).

- Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
- Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
- Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

➤ **Adolescencia temprana**

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista socio céntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa.

➤ **Adolescencia media**

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres. En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros.

➤ **Adolescencia tardía.**

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la

independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales.

2.3.3. Sexualidad

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto. La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y adaptación social (14).

➤ Fase inicial

La sexualidad incluye no solo las conductas sexuales, sino también el interés y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones y la percepción de las funciones y costumbres definidas socialmente. El interés por el sexo aumenta en la pubertad precoz. Se produce la primera eyaculación, por lo general durante la masturbación, y más tarde se repite de forma espontánea durante el sueño. Algunos niños temen que esas emisiones sean signos de infección. Los adolescentes precoces a veces se masturban con los amigos, algo que no es necesariamente un signo de homosexualidad. La conducta sexual, aparte de la masturbación, es menos habitual en la pubertad precoz, aunque se ha comunicado que un 31 % de una muestra urbana practica el coito antes de los catorce años de edad.

➤ Fase intermedia

El cortejo se convierte en una actividad normal durante la adolescencia media. El grado de actividad sexual varía mucho. Alrededor de los 16 años de edad, el 30% de las niñas y el

45% de los niños afirman haber practicado el coito, mientras que el 17% comunica caricias y alrededor del 22% besos, como únicas actividades sexuales. La maduración biológica y las presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual. La combinación de niveles elevados de testosterona y religiosidad baja puede predecir que chicos se convirtieran en sexualmente activos. Los adolescentes en esta fase media comienzan a descubrir otros aspectos importantes de la identidad sexual, entre ellos creencias sobre el amor, la honestidad y el decoro. A esta edad las relaciones de cortejo suelen ser superficiales y destacan la atracción y la experimentación sexual, en vez de la intimidad (15).

➤ **Fase final.**

La experimentación sexual disminuye a medida que los adolescentes adoptan identidades sexuales más estables. La cognición tiende a estar menos centrada en sí mismo, y aumenta el pensamiento sobre conceptos como justicia, patriotismo e historia. Los adolescentes mayores son con frecuencia idealistas, aunque también pueden ser absolutistas e intolerantes para las opiniones opuestas. Las relaciones íntimas también son un componente importante de la identidad para muchos de los adolescentes en esta etapa. En contraste con las relaciones de noviazgo casi siempre superficiales de la adolescencia media, en esta fase conllevan un componente cada vez mayor de amor y compromiso.

2.3.4. Embarazo en adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes (16).

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario. El embarazo adolescente es un problema de salud mundial, esta situación se asocia con varios factores como la cultura, religión, etnia, acceso a la educación, servicios de salud y sitio de residencia (rural o urbana). Uno de los factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias.

➤ **Consecuencias del Embarazo Adolescente**

➤ **Para la madre**

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la pre eclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

➤ **Para el hijo**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (17)

2.3.5. Características de la madre adolescente

El embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia creciente en los últimos años. La mayoría de las madres latinas adolescentes tienen hijos fuera del matrimonio, 76.2% de las adolescentes latinas entre 15 y 19 años que dieron a luz no estaban casadas, frente a un 81.3% de todas las jóvenes entre ese mismo rango de edad que dieron a luz. En nuestro país aproximadamente el 25% de la población femenina inicia su vida sexual entre los 13 y 17 años de edad. Según datos de la UNICEF y el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, se estima que la prevalencia de embarazos en adolescentes es de 20%, así mismo se

indica que de los partos de primigestas el 81% corresponde a dicha población. Existen características propias de la adolescente las cuales conllevan a un posible factor de riesgo para el binomio madre/ hijo como lo son: el desempleo, educación inconclusa, el ser madre soltera, el posible embarazo no deseado o no planeado (18).

En cuanto a consecuencias del embarazo, se identifica que, a nivel social como imaginario, las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza social, pero tal vez la consecuencia más grave se relaciona con la muerte de estas jóvenes madres y la de sus hijos. En la adolescente la muerte es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida se vincula con la falta de preparación de la madre para cumplir con sus necesidades.

Por otra parte, el embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbimortalidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación.

2.3.6. Recién nacido

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación. Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. Producto de la concepción que nace vivo. Se usa el término desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

El Recién nacido normal, de término, es producto de un embarazo deseado, cuya madre realizó al menos 5 controles prenatales, nace por parto vaginal, de iniciación espontánea, con membranas que se rompen espontáneamente durante el trabajo de parto; tiene entre 37

a 41,6 semanas de edad gestacional (SEG), tiene peso adecuado para esa edad gestacional: 2.500/4.000 g. Es vigoroso, (Apgar 7 o más al 1° y 5° minuto) No presenta ninguna malformación congénita. (19).

Este periodo, sin embargo, es crítico para la estabilidad del niño. Las modificaciones fisiológicas que presenta, derivadas del brusco cambio ambiental, son de carácter vital en procesos como respiración, circulación, adquisición de nutrientes y control térmico. El niño expresa por primera vez interacciones con el medio para cubrir sus necesidades de regulación interna en conductas alimentarias, periodo de vigila y atención, sueño y eliminación de desechos, y reacciones de orientación censo-perceptiva, visual, auditiva y táctil. Realiza además interacciones comunicaciones, de afecto y protección. En el contexto de desarrollo, la primera condición requerida es la capacidad de sobrevivir. Los comportamientos autonómicos innatos son el sustrato para esta condición en el recién nacido a término, todos los sistemas se consideran lo suficientemente maduros para adaptarse y superar las condiciones de vida extrauterina.

2.3.7. Cuidado integral del recién nacido

El cuidado integral del niño ha evolucionado con posibilidades de constituirse en integral, sistémico y cálido. El carácter integral corresponde de la capacidad de incorporar en el programa aspectos funcionales básicos neurovegetativos, motores y sensoriales con los aspectos afectivos, del temperamento y de la interacción social, incluyendo actividades de cuidado y estimulación con sus respectivas restricciones. Es integral en cuanto a capacidad de constituirse en actividad preventiva, lo que significa considerar acciones de fortalecimiento y de protección a la salud respecto a factores agresores o lesivos y evitar daños permanentes que disminuyan el bienestar y desarrollo integral del individuo, limitando al niño sus posibilidades como ciudadano en óptima condición. El carácter sistémico propone las relaciones existentes entre el niño y su entorno humano y ambiental. Las relaciones complejas no se admiten de manera separada; el manejo se establece con respecto de la interdependencia, con fuentes diversas de acción para el cuidado adecuado.

El cuidado integral del niño tiene que ver con la capacidad de favorecer las trayectorias adecuadas del desarrollo y con su vigilancia, el bienestar del individuo y su familia y la

calidad de vida. La calidez, en esa perspectiva de atención sanitaria, incluye un trato digno del niño, su familia y su contexto, y la aceptación de las dificultades por las que atraviesan los nuevos padres y sus sensaciones de alegría o bienestar al conocer y participar en las actividades y cuidados para fomentar el proceso de desarrollo del niño.

El principio de anticipación en la atención neonatal debe ser aplicado por los profesionales responsables de la misma, en todos los establecimientos de salud debido a que un neonato con complicaciones se puede presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesarios para asegurar la atención de emergencia, la estabilización del neonato y posteriormente decidir la referencia al nivel correspondiente. Las áreas de atención neonatal son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales por lo que es necesario tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones intrahospitalarias, las que incluyen: lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen del neonato, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos (punciones), utilización de material estéril de un solo uso (perillas de goma, sondas de aspiración, etc.), limpieza primero y después desinfección del material quirúrgico y médico empleados en los procedimientos diversos en la atención neonatal (laringoscopios, mascarillas, equipos de cateterismo umbilical, etc.), limpieza de incubadoras y cunas con una frecuencia establecida, uso correcto de antibióticos, El equipo responsable de la atención inmediata está conformado por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano o profesional de enfermería especialista en atención neonatal o con competencias para la atención del recién nacido. En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido puede ser atendido por el obstetra u otro profesional o personal de la salud capacitado (20).

2.3.8. Cuidados básicos del recién nacido

El cuidado del recién nacido son todas las actividades que se lleva a cabo a realizarse en él bebé. Un recién nacido es un ser indefenso que únicamente puede comer, dormir, llorar además es un organismo en continua transformación la cual trata de adaptarse a un medio nuevo extrauterino, para poder sobrevivir.

2.3.9. Alimentación

➤ Lactancia materna

La lactancia materna es la manera perfecta de proporcionar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre y cuando tengan buena información y el apoyo de su familia y del sistema de atención médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el calostro (la leche espesa y amarillenta que se produce en la última parte del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. La OMS también recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia hasta dos años o más, la recomendación de la Asociación Española de Pediatría (AEP) alcanza al menos hasta el año de la vida.

Se está de acuerdo en que el seno materno es el mejor para la alimentación de los recién nacidos. La lactancia materna es promovida por la UNICEF, la OMS y otras instituciones; La leche humana ofrece al niño el alimento perfecto y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla.

➤ Composición de la leche materna

La leche materna es una suspensión acuosa de nutrientes, células, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas, enzimas, etc., que ejercen una compleja interrelación entre la madre y su bebé. Esta suspensión no es uniforme, pero tiene una composición variable. La leche varía con la hora del día y con el paso de los días en la misma madre. La leche humana ofrece al niño alimentos perfectos y completos durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la fuente óptima de lácteos durante los primeros dos años, cuando se complementa con otros alimentos. Cada leche tiene sus propias características que la diferencian significativamente de otra leche de mamíferos y la hacen adecuada para la cría de la especie. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy indefenso,

ya que es el único período en el que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y precisamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos (21).

Según la OMS, La composición de la alimentación materna, realiza un cambio total en el periodo de post – parto a medida que la secreción de esta, va evolucionando de calostro a leche madura. Las etapas de lactancia materna en el periodo de post- parto. Se distinguen: la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

- Precalostro: Durante la gestación.
- Calostro de 0 a 5 días.
- Leche transicional de 6 a 14 días
- Leche madura de 15 a 20 días

Pre calostro: Es la leche que el pecho forma durante la gestación la cual se compone por plasma, inmunoglobulinas, lactoferrina, sodio, suero-albúmina y una ínfima cantidad de lactosa. **Calostro:** Líquido viscoso amarillento que se produce desde el último trimestre de embarazo y en los primeros 5 días después del parto. El calostro tiene 2g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.

- La beta caroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.
- El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:
- Facilita la eliminación del meconio.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríptico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.

➤ **Leche Transicional**

De color blanquecino azulado, se produce entre el 4 y 15 día posparto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600- 700 ml/día entre el 8 y 15 día posparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

➤ **Leche Madura**

Se crea a partir de la tercera semana y tiene una consistencia más blanca y presidencial que las anteriores. Su composición varía, no solo en cada madre sino también de un pecho a otro en la misma madre, en el momento del día y durante la misma tetina. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml / día durante los primeros 6 meses postparto y aproximadamente 500 ml / día en el segundo semestre. Proporciona 75 Kcal / 100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un hijo, producirá un volumen suficiente (700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

➤ **Beneficios de la lactancia materna**

Lactancia materna es la forma más adecuada y natural de poder proporcionar aporte nutricional, inmunológico y afectivo al bebé.

Está confirmado que la leche materna aporta todos los nutrientes y anticuerpo que lo mantendrán sano y libre de cualquier infección.

El pecho materno realiza un papel muy fundamental en el sistema inmunológico y su desarrollo.

La leche materna específica para el ser humano, es mucho más fácil de digerirse en el estómago del bebe, ya que se trata de un fluido vivo que cubre las necesidades del infante conforme crece, a lo contrario de las formulas en polvo.

➤ **Ventajas de la lactancia materna**

La leche materna no puede ser igualada por ningún producto industrializado y/o fórmulas alternativas de alimentación para el lactante, porque "contiene todas las sustancias nutritivas necesarias para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo, y en la madre, la seguridad de una adecuada alimentación. La lactancia materna tiene innumerables ventajas para el niño, para la madre y para la sociedad, dentro de las principales: nutrición óptima, protección inmunológica, crecimiento y desarrollo del niño.

➤ **Para el Bebé:**

La leche materna se adapta a las necesidades digestivas del bebé, evolucionando su composición y requerimiento en función de sus necesidades. El fluido biológico de la leche materna beneficia al niño de manera óptima por su función nutritiva y protección para los bebes prematuros en relación a infecciones, alergias, además de elevar el coeficiente intelectual. La lactancia materna es la forma más apropiada de alimentación del niño desde su nacimiento, por ello se recomienda exclusivamente hasta los 6 meses y luego complementar por otros alimentos hasta los dos años de edad.

Es el mejor alimento porque tiene todo lo que él necesita, incluyendo el agua, y en las cantidades correctas, además es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiendo un mejor desarrollo de las capacidades del bebé. Indudablemente ayuda a que crezca sano, fuerte y seguro, protegiéndolo de enfermedades (diarreas, resfriado e infecciones).

- Es pura, fresca, limpia y nutritiva.
- Está siempre lista y en la temperatura adecuada.
- Permite una relación estrecha entre madre e hijo.

➤ **Para la Madre**

Las mujeres tienen la oportunidad de protagonizar un maravilloso proceso natural iniciado al concebir, y luego, llevar el embarazo, dar a luz y amamantar al bebé. La decisión es de la madre que obtendrá las siguientes ventajas:

- Se ahorra tiempo, dinero y trabajo.
- El útero vuelve más rápido a su tamaño normal.
- Hay menos hemorragias después del parto, reduciendo el riesgo de padecer anemia (falta de hierro en la sangre).
- Recuperación del peso.
- Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (pechos y ovarios).
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).
- La mamá que da pecho sale a la calle con menos carga y así puede atender mejor a sus hijos.

➤ **Para la Sociedad**

- Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos).
- Protege al medio ambiente, al haber menos residuos.
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos.

2.3.10. Técnicas de Amamantamiento.

Cada binomio madre hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas. Cuando la producción de leche se ajusta a las demandas del niño o la niña, las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que se hace en forma más eficiente.

El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Para ello es imprescindible que el equipo de salud demuestre interés, promueva, apoye y facilite la práctica de la lactancia materna como la mejor forma para alimentar al niño o niña. Una correcta técnica de amamantamiento contribuye al éxito de la lactancia materna.

Para que el niño o niña mame bien debe abarcar parte de la areola. La barbilla del niño o niña queda tocando el pecho de la madre; la nariz queda libre para respirar. La lengua colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos. La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del niño hasta tocar el paladar. El niño o niña puede sacar bien la leche. El pezón de la madre no se lastima.

Al tomar solamente el pezón, el niño o niña no exprime los senos lactíferos, por lo tanto, no extrae bien la leche. Cuando a un niño o niña le han dado biberón se confunde y no toma bien la areola. Al no poder sacar suficiente leche el niño o niña no quedó satisfecho, llora y rechaza el seno. Al no mamar se disminuye la producción de leche. El niño o niña no aumenta de peso porque no está sacando suficiente leche. El pezón se lastima, el pecho se puede congestionar e infectar. La madre con dolor no quiere seguir dando el pecho.

➤ **Técnicas que se pueden recomendar son**

Técnicas Sentada

El bebé debe colocarse delante de la mamá, con la cabeza apoyada en el ángulo del codo de la madre donde descansa, la mamá estará más cómoda si apoya su espalda en un respaldar. Mientras más cerca esté la mamá del bebé, hay más posibilidades de que el bebé tenga dentro de la boca el pezón y parte de la areola.

Técnicas Sentada de “Sandía”

La mamá deberá estar sentada en una silla, piso o en la cama. El cuerpo del bebé debe pasar por debajo de la axila materna con el vientre apoyado sobre las costillas de la mamá y los pies al contrario de los de la mamá, su cabecita es sostenida con la mano de la mamá. Esta posición es útil para niños prematuros o madres que se les hayan realizado una cesárea o parto de mellizos.

Técnicas Sentada de “Caballito”

El bebé está sentado sobre el muslo materno frente al pecho, la mamá sostiene su cabecita con su mano ubicada en el cuello. Esta posición es muy útil para niños con problemas de reflujo, paladar hendido, labio leporino y madres que producen mucha leche.

Técnicas Acostada: él bebe reposa acostado frente a la mamá, lo que permite un mayor contacto visual. Esta posición es útil para la madre durante la noche.

Técnicas de cuna cruzada

Por lo general esta posición es utilizada durante, las primeras semanas de lactancia, ya que permite que la madre tenga más control.

Técnicas del balón de fútbol

En esta posición el brazo de la madre sostiene la espalda del bebe, la otra mano de su madre sostiene su pecho. Esta posición es fundamental para muchas mujeres que tuvieron cesárea ya que es una posición de lactancia muy cómoda.

➤ Técnicas para sacar los gases del recién nacido

Al momento de amamantar los bebes tragan además de leche mucho aire, esto sucede con frecuencia cuando son pequeños y no controlan del todo bien la técnica de la succión, este aire se acumula en el interior de su cuerpo y les causa molestias e incomodidad, irritación y como consecuencia llanto.

➤ Sobre el pecho

La forma más común es sostener al recién nacido apoyado sobre el pecho, casi erguido de tal manera que su cabeza quede a la altura del hombro de la madre, acompañado con ligeros golpecitos en su espalda para estimular el eructo.

➤ Boca abajo

Esta postura consiste en sujetar al niño acostado boca abajo, sobre un brazo del adulto, casi parecido al caso anterior, con la mano libre se da golpecitos en la espalda.

➤ Sobre las piernas

El cuerpo del bebe se coloca en una posición similar a la anterior, con la diferencia que el adulto se sienta y lo apoya sobre su regazo.

➤ Sentado

Esta posición se utiliza cuando el niño ya ha crecido un poco y puede mantenerse sentado, mientras que con una mano se mantiene su barbilla, con la otra se aplica los mismos golpecitos.

➤ **Problemas comunes de la lactancia materna**

Dolor en los pezones: es normal sentir algo de incomodidad cuando el bebé toma el pezón para alimentarse

Técnica de alimentación incorrecta: es un problema común, lo ideal es que la boca del bebé cubra la areola completamente, para prevenir el dolor de los pezones.

Cuidado insuficiente de los pezones: asegúrate de cuidar tus pezones para prevenir la resequedad.

Tener un bebé en etapa de dentición: cuando le van a empezar a salir los dientes a tu pequeño, él va a querer morderte para aliviarse

Conductos mamarios obstruidos: Generalmente se debe a causas como un vaciamiento incompleto del pecho al alimentar al bebé. Senos inflamados o ingurgitados: significa que tus senos están muy llenos de leche y tu bebé no puede vaciarlos fácilmente.

2.3.11. Termorregulación

La termorregulación es una función fisiológica crítica en la neonata ligada a la supervivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.

La temperatura corporal se modifica, ya sea para producir o perder calor, por alteraciones del metabolismo, actividad y tono motor, actividad vasomotora y sudoración. Bajo circunstancias normales, la temperatura uterina de 37.9°C fluctúa muy poco. Al nacer, la transición del ambiente intrauterino al extrauterino crea un cambio térmico significativo que desafía la habilidad de termorregulación del niño. La homeostasis del organismo necesita de una temperatura constante dentro de límites estrechos. Este equilibrio se mantiene cuando hay relación entre la producción y la pérdida de calor. La producción de calor en el recién nacido tiene dos componentes. El primero es la “termogénesis no termorreguladora”, que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción

térmica de los alimentos. Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético. A esta forma de producción de calor se denomina “termogénesis termorreguladora”, termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estrés térmico. En condiciones de estrés por frío, la temperatura corporal central es inicialmente normal a expensas de un gran costo energético. Cuando el niño pierde la capacidad para mantener su Temperatura corporal normal, cae en hipotermia.

➤ **Ambiente térmico neutro**

Se define como ambiente térmico neutro (termo neutralidad) un idealizado como el rango de temperatura ambiente dentro del cual la temperatura corporal está dentro del rango normal, el gasto metabólico es mínimo, (consumo oxígeno mínimo y glucosa), y la termorregulación se logra solamente con procesos físicos basales y sin control vasomotor (vasoconstricción periférica). De esa manera el niño está en equilibrio térmico con el ambiente. Este rango de temperatura es muy pequeño si el niño es muy inmaduro y se va haciendo mayor a medida que el niño va madurando. En el estado de termo neutralidad el RN no gana ni pierde calor, y el consumo de O₂ es mínimo al igual que el gradiente de temperatura central y periférica. El gradiente de temperatura entre la central y periférica se denomina temperatura delta T. Cuando la diferencia es mayor de 1° C es un signo predictor de estrés térmico.

Signos y síntomas de alteración en la termorregulación

- Signo de hipotermia:
- Podemos encontrar cuerpo frío al momento de realizar tacto.
- Cianosis central o acrocianosis, esta puede aparecer luego de las primeras horas de vida del neonato.
- Aumento de la falta de oxígeno en el cuerpo.
- Respiraciones que pueden ser anormales como apnea, taquipnea.
- Distensión abdominal, aumento del residuo gástrico.
- Disminución de los reflejos, hipotonía, bradicardia, edema, hipoglucemia, succión y llanto débil.
- Letargia, irritabilidad.
- Mala perfusión periférica.

Signos de hipertermia secundaria a sobrecalentamiento

- Taquipnea, apnea.
- Taquicardia, hipotensión.
- Rubor, extremidades calientes.
- Irritabilidad, alimentación irregular.
- Llanto débil o ausente.
- Temperatura de piel mayor que central (22).

2.3.12. Higiene del recién nacido

El recién nacido, por su condición de ser muy inmaduro requiere de una cadena de cuidados y atenciones que le evitaren gran cantidad de problemas. Su desarrollo adecuado se conseguirá fácilmente cuidando su alimentación, higiene y sueño. En este apartado vamos a intentar desglosar algunos aspectos cotidianos, relacionados con los cuidados higiénicos del bebé, que muchas veces son o crean situaciones de angustia a la madre (sobre todo si es primípara), por las dudas que plantean. Si estas dudas no son aclaradas, es fácil que se alteren las relaciones afectivas madre-hijo, tan importantes en estas primeras etapas de la vida del neonato (23).

➤ Baño

El baño diario del bebé deberá ser norma, ya que le proporciona limpieza, satisfacción y sirve como iniciación de los hábitos de limpieza para edades posteriores. El baño del bebé es una maravillosa oportunidad para poder transmitir a tu hijo sensaciones de bienestar. Estar sumergido en agua cálida relaja y agrada al bebé y, hacerlo todos los días a la misma hora, como por ejemplo, antes de cenar, le proporciona el ambiente adecuado para disfrutar de un buen descanso nocturno. Aprovecha este momento para establecer un contacto especial con él, que refuerce vuestro vínculo afectivo. Es importante tenerlo todo preparado. Con una buena organización, te sentirás más segura. Para lograrlo, nada mejor que reunir y tener a mano todo lo necesario: jabón neutro y champú para bebés, toallas de algodón, peine o cepillo, ropa limpia, pañales, una bañera (móvil o fija) y una esponja.

Preparación. Cualquier hora es buena para bañarlo, aunque debido a su poder relajante se recomienda por la noche, sobre todo en los bebés "nerviosos". La preparación ha de ser

cuidadosa y sin prisas, colocando al alcance todo lo necesario: jabón, toallas, cremas, peine, ropa y ambientando la habitación previamente a una temperatura entre 22-24°C.

Bañera. El recipiente más adecuado es la bañera infantil portátil de goma o plástico alta, que nos permita un buen manejo del niño. Agua. La temperatura será la misma que la del cuerpo, 36-37°C. Se puede controlar bien con un termómetro o metiendo previamente el codo desnudo, que deberá notar una sensación agradable. Jabón y esponja. Se utilizarán jabones especiales suaves neutros " de glicerina" o bien ligeramente ácidos. La esponja ha de ser natural. Duración. No debe prolongarse excesivamente, sobre todo en el primer trimestre, pues el niño a esta edad, no regula bien su temperatura interior y no debe permanecer desnudo más del tiempo necesario para lavarle.

➤ **Higiene de la piel, cabellos y uñas**

Como ya hemos comentado, la piel del recién nacido y lactante es un tejido muy delicado, por lo que requiere unos cuidados especiales. Estos cuidados deben ser dados con mucha precaución en el área del pañal, por estar dicha zona en contacto con las heces y orina, siendo, por esta razón, especialmente vulnerable a irritaciones. Para evitarlas debemos cambiar frecuentemente los pañales para que esté el menor tiempo posible en contacto con heces o orina. Mantener la zona seca y aislada de las heces y orinas mediante la aplicación de "cremas protectoras". El uso de polvo de talco, no es recomendable pues, aparte de mantener la humedad, al contacto con las orinas, forma unos pequeños "cristales" que cortan la piel y favorecen las infecciones.

No es aconsejable el uso de colonias sobre la piel. Se puede utilizar, después del baño, un "aceite de almendras", sobre todo en las primeras semanas, donde las descamaciones de la piel son frecuentes. El cabello se debe lavar a diario, con el baño, sin introducir la cabeza en el agua. La costumbre de cortar el pelo, para que "salga con más fuerza", no tiene fundamento, ya que el pelo es caedizo hasta pasado el primer año. Las uñas se deben mantener cortas y limpias ya que son vehículos de infecciones, sobre todo gastrointestinales, por la tendencia a llevarse las manos a la boca y además se pueden producir arañazos. Al cortarlas, hemos de tener la precaución de hacerlo paralelamente al pulpejo de los dedos. Las tijeras deben de ser de bordes romos y se deben de desinfectar previamente con alcohol o incluso flamearlas.

➤ **Las uñas.**

Se cortan, pero no demasiado. Las uñas de los pies se cortan rectas. Las de las manos deben recortarse sin que queden picos, para evitar los arañazos. En ambos casos nunca cortaremos al límite de la piel, para evitar que las uñas se claven en el dedo. Se ha de utilizar una tijera pequeña de bordes romos.

➤ **Los ojos, la nariz, los oídos.**

Si es necesario, limpia desde la parte interna del ojo hacia la externa. En los oídos limpia sólo la parte externa visible y con una gasa húmeda. La cera que segrega el oído sirve como defensa y no debemos intentar extraerla. La nariz se obstruye con facilidad, aunque la cantidad de moco no sea abundante. El estornudo, que se produce con bastante frecuencia, es la forma en que el bebé limpia sus mucosas.

➤ **Ropa adecuada para el recién nacido.**

El arropamiento de los recién nacidos favorece la termorregulación cuando no están en contacto piel con piel. Debe ser adecuada para neonatos, suave y de tejidos no irritantes. El arropamiento excesivo puede producir hipertermia. Los padres pueden traer toda la ropa para su hijo si lo desean o utilizar las prendas de que dispone el Hospital.

Objetivos:

- Adecuar la ropa al ambiente.
- Utilizar ropa adecuada para recién nacidos.
- Aconsejar a los padres sobre el arropamiento adecuado.

Procedimientos:

➤ **Adecuar la ropa al ambiente:**

En el primer día, si no hace mucho calor en la habitación, es aconsejable vestir al niño con un gorrito de algodón y un mono, o con un body un pantalón y calcetines. No deben ponerse guantes, que dificultan la exploración táctil, el contacto con la boca y con la piel de la madre. En los días siguientes puede mantenerse el gorro en los niños con riesgo de

hipotermia o si la temperatura de la habitación es baja. Dependiendo de la temperatura se utilizarán monos de algodón gruesos, jerséis, monos más finos o camisetas con o sin pantalones y calcetines.

➤ **Utilizar ropa adecuada para recién nacidos:**

Debe ser holgada, de fácil colocación y retirada. No se deben utilizar cintas o cordones que aprieten los tobillos o las muñecas y mucho menos el cuello. Los tejidos deben ser preferentemente de algodón e hilo. La lana puede ser irritante para la piel del recién nacido. Si se utiliza, no debe estar en contacto directo con la piel.

2.3.13. Cuidados del cordón umbilical

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. Suele presentarse con eritema umbilical, edema, secreción maloliente y 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. Normalmente suele estar provocada por un solo microorganismo y responde bastante bien al tratamiento antibiótico.

Para prevenir la onfalitis se basa en el correcto cuidado de la herida los días posteriores al nacimiento, este cuidado resulta relativamente sencillo y tienen gran relevancia en la prevención de la infección umbilical. Por ello, es importante explicar con detalle a la familia del recién nacido (RN), cómo debe de cuidar la zona durante este tiempo. En la actualidad existen varios procedimientos para realizar dicha higiene de la herida, como son la aplicación de antisépticos tópicos, el uso de antibióticos tópicos o el cuidado seco de la herida, pero no parece que exista consenso sobre cuál de ellos utilizar (24).

La manipulación ha de realizarse siempre con las manos limpias, por lo que es requisito imprescindible lavárselas siempre antes con agua, jabón y cepillo de uñas. Han de seguirse una serie de normas para facilitar la cicatrización, tales como: limpiarlo con alcohol de 70%. No utilizar polvos secantes que provocan una desecación rápida, causante, a veces de

omblicos sangrantes durante 15 o más días, o de favorecer las infecciones (onfalitis). Evitar todas aquellas cosas que favorezcan la humedad (fajas, ombligueras, vendajes) cubriéndolo sólo con una gasa estéril, que se cambiará cada vez que se humedezca por las orinas.

Si se baña al niño completamente, seque muy bien y sin miedo la base del ombligo. Si le da miedo manipularlo es preferible que lo bañe sólo parcialmente durante los 7-10 días que dura normalmente la cicatrización, sin mojar la herida umbilical. Deberá ser visto por el pediatra si la caída se prolonga más de 7-10 días, huele mal y/o presenta mal aspecto, así como si después de su caída sigue manchando la gasa con secreciones sanguinolentas.

Procedimiento:

- Alcohol al 70% y gasa estéril.
- Lavado de manos.
- Coger una gasa estéril por las cuatro puntas de forma que nuestros dedos no topen la parte central estéril de la gasa (ya que es la parte que se pondrá en contacto con el ombligo).
- Coloca en la parte central de la gasa alcohol al 70%.
- Limpiar la base del ombligo con un movimiento de rotación de adentro hacia afuera alrededor del ombligo.
- Con otra gasa estéril limpiar la parte del ombligo, que lleva la pinza.
- No se debe cubrir con gasa el ombligo para favorecer su desprendimiento. El cordón umbilical sufre un proceso de secado, la cual será más rápida cuanto más en contacto con el aire se encuentre.
- Una vez desprendido el cordón umbilical, continuar la cura con alcohol al 70%, durante dos o tres días más hasta que este cicatrice.
- El cuidado del cordón umbilical se lo debe realizar todos los días, tres veces al día y siempre que sea necesario, si se mancha con orina o deposiciones.

- **Sueño y vigilia**

Los despertares nocturnos son un fenómeno natural, al menos durante el primer año de vida. Su capacidad para diferenciar el día de la noche (ritmo circadiano) la adquiere a partir de los 4 meses de vida. Si el niño está siendo amamantado los despertares nocturnos son

frecuentes; puede necesitar mamar entre 1 y 5 veces. El bebé puede dormir en la misma cama que la madre, así ella misma podrá descansar mejor, es más cómodo.

- Evitar compartir cama si:
- La madre o su pareja fuman.
- La mamá ha consumido alcohol, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más pesado de lo habitual.
- La madre posee una enfermedad que hace que no se despierte en respuesta a las necesidades del bebé.

➤ **Posición y cuidados durante el sueño**

Durante mucho tiempo se discutió y se habló sobre la posición en la que deben dormir los bebés, pero numerosos estudios demostraron que el peligro de muerte súbita se reduce en gran medida, acostando al lactante boca arriba. Todos los bebés deben dormir en posición supina. Los estudios internacionales realizados durante la última década son concluyentes en cuanto a que los bebés que duermen boca arriba tienen entre tres y doce veces menos riesgo de fallecer a causa del síndrome de muerte súbita del lactante SMSL.

La posición supina no solo es un factor protector de la muerte súbita, sino que favorece al desarrollo del lactante. La propuesta de ubicar al bebé en esta posición no se reduce al momento del sueño sino que se hace extensiva a los momentos de vigilia. Se considera que esta posición favorece el desarrollo de la musculatura ya que el niño puede mover libremente los brazos y piernas.

2.3.14. Signos de alarma

El recién nacido (RN) es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Por otro lado la manifestación de síntomas en los bebés es muy sutil y atípica comparada con la de niños de más edad; de manera que un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades y a veces es difícil distinguir entre una enfermedad y otra. Esto hace necesario que quienes cuidan del bebé, conozcan los síntomas y signos que puedan representar un peligro importante y que deben tomarse como urgencia médica en un recién nacido.

➤ **Deposiciones Diarreicas**

Si la madre adolescente no tiene conocimiento, cuando un recién nacido padece de diarrea acudirá a los consejos de su madre o su abuela para identificar si las deposiciones del bebé son normales o por el contrario, su textura, olor, color son diferentes a los que presentaría un niño que es exclusivamente alimentado con leche materna. La diarrea se distingue por evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche. La diarrea es una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia: líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales igual o mayor a tres evacuaciones en un día. La diarrea infecciosa es debida a una etiología viral, bacteriana y parasitaria; se asocia frecuentemente con síntomas de náuseas, vómito y cólico abdominal. Debemos tener en cuenta que la diarrea se presenta cuando el recién nacido produce heces sumamente líquidas, a veces con mayor frecuencia, puede haber presencia de mucosidad en las heces, que rara vez puede asociarse con el vómito (25).

➤ **Vómitos**

Los vómitos que se repiten pueden ser síntoma de reflujo o de un problema serio en el intestino. Debe diferenciarse el vómito de la regurgitación ya que esta última es cuando sale un poco de leche por la comisura labial y es normal en todos los casos; el vómito en cambio es la expulsión de leche en volumen considerable y en el que el bebé hace fuerza para ello y generalmente es precedido por náusea.

➤ **Deshidratación**

Inicialmente se debe evaluar, en el niño con diarrea aguda, la presencia y grado de deshidratación. En todo niño, valorar el riesgo de deshidratación en base a su edad, frecuencia de evacuaciones líquidas y vómito. La gravedad de la deshidratación es evaluada con más precisión en términos de pérdida de peso: la diferencia entre el peso de ingreso y post-rehidratación, como un porcentaje del peso corporal total, equivale al grado de deshidratación.

Los signos más útiles para deshidratación son:

- Tiempo de llenado capilar.
- Signo de lienzo húmedo (la piel no vuelve a su posición original)
- Patrón respiratorio anormal.
- Ausencia de lágrimas.
- Aspecto a normal.

No existe un tratamiento específico de la gastroenteritis aguda como tal. El principal objetivo en el manejo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada ésta, la recuperación nutricional. Mantener la hidratación y evitar la malnutrición. En la mayoría de las ocasiones, esto se logra mediante una correcta rehidratación oral y el reinicio precoz de la alimentación, sin eliminar rutinariamente la lactosa de la dieta. En algunas situaciones puede ser necesario el empleo de antimicrobianos. No están indicados otros fármacos antidiarreicos (26).

➤ **Fiebre**

La fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C y en la mayoría de los casos representa la presencia de una infección. Los recién nacidos tienen defensas débiles por lo que no focalizan las infecciones de modo que por ejemplo una infección urinaria se va a diseminar por todo el organismo con rapidez dando lo que se conoce como sepsis. Un recién nacido con fiebre generalmente requiere internamiento y manejo con antibióticos intravenosos.

La fiebre es la principal causa de consulta pediátrica, se habla que entre 25-30% de la consulta a nivel privado, así como en los servicios institucionales de consulta externa y de urgencias el porcentaje se eleva hasta 60%, la etiología no necesariamente es infecciosa, puede tener un fondo inmunológico, alérgico y neoplásico, pero lo esencial es que la presencia de fiebre indica actividad inflamatoria. La fiebre en los niños es causa de angustia en los padres, más que ningún otro síntoma (27).

No se recomiendan los baños con agua fría y menos helada, ya que con ellos se produce vasoconstricción y escalofríos, con lo que ocasiona incremento en la temperatura central con consecuencias francamente perjudiciales que pueden provocar crisis convulsivas, estados de sopor e incluso deterioro cerebral irreversible y muerte. Otras medidas contraindicadas son los enemas de agua helada y fricción con alcohol.

➤ **La irritabilidad y llanto**

El llanto es el medio primario por el que el recién nacido puede comunicarse; las expresiones de disgusto con gritos similares a vocales son más tempranas que las que denotan el bienestar con sonidos que adoptan la forma de consonantes (gorjeos). El llanto fisiológico, es el lenguaje de petición del que se ha hablado, que será normal en duración e intensidad si la petición es entendida y atendida por la persona bien instruida, pero que se convertirá en anormal (excesivo) si la petición no es resuelta pronto y adecuadamente.

El llanto excesivo primario según Wessel, es aquel que se presenta en un niño por demás saludable y bien alimentado, que tiene paroxismos de llanto que duran un total de más de tres horas al día, más de tres días a la semana, sin que se encuentre causa; se involucra desde la variación por lo alto del llanto de tipo temperamental (no necesariamente patológico ni atribuible a autentico dolor), hasta el clásico cólico infantil. El llanto excesivo secundario, es al cual se le encuentra la causa; aunque es claro que se trata del llanto excesivo prolongado, al hablar del secundario no puede dejar de mencionarse el llanto agudo que se presenta en un niño habitualmente tranquilo y al cual es obligatorio buscarle pronto la causa.

➤ **Ictericia**

Cuando observamos alteraciones en la coloración, debemos sospechar la presencia de algún problema. Dependiendo de la coloración, el problema puede ser más urgente o menor pero lo que está claro es que va a estar fuera de lo normal y por ello precisará que el bebé sea valorado por un especialista. Ictericia caracterizada por la coloración amarillenta de la piel y de los ojos que se da con frecuencia en bastantes recién nacidos a partir de las 48 horas de vida, y que suele durar hasta los 10-15 días de vida. Es un proceso transitorio y normal debido al aumento de bilirrubina. Esta proviene del metabolismo de los hematíes sobrantes. Es más frecuente en niños prematuros. Siempre es recomendable que la evolución la controle la pediatra. Hoy sabemos que la lactancia materna precoz y con tomas más frecuentes, en el recién nacido disminuye la incidencia y duración de la ictericia.

La ictericia se denomina a la coloración amarillenta de piel y mucosas por acumulación de una sustancia denominada bilirrubina. Aunque aproximadamente un 60% de los recién nacidos van a presentar lo que se denomina una ictericia fisiológica en la primera semana de vida, esa ictericia suele ser de carácter leve y remite de forma espontánea en unos días. Por el contrario, si la aparición de la coloración es muy exacerbada y brusca, se produce en las primeras 24 horas de vida del bebé o se acompaña de orina muy oscura y deposiciones blanquecinas, se debe consultar lo antes posible.

La ictericia neonatal sigue siendo una condición patológica frecuente en el recién nacido y una de las principales causas de ingreso hospitalario durante la primera semana de vida. El Kernicterus es una causa prevenible de parálisis cerebral si se detecta a tiempo la hiperbilirrubinemia, por lo tanto, debido a que actualmente los niños se están dando de alta a edades muy tempranas se debe considerar un tamizaje por BST o BTc, porque la evaluación visual no siempre es confiable, además de educar a las madres sobre la alimentación, de 8-12 veces al día, que asegure una adecuada ingesta calórica (28).

➤ **Tono muscular en el recién nacido**

Se muestra de una manera característica, ya que al nacer los bebés presentan una hipertonía (crecida del tono muscular) fisiológica, es decir, es una condición normal en todos los recién nacidos. Dicha hipertonía se verá representada de la siguiente manera: brazos y piernas en flexión. Este aumento del tono muscular del recién nacido debe ir disminuyendo entre los 2 a 6 meses de vida para permitirle mayor libertad de movimiento y a los 6 meses, existirá nuevamente un aumento del tono, pero en el tronco, esto con la finalidad de dar paso a la incorporación de la posición sentada del bebé.

Cerca del año, el tono muscular en regiones del cuerpo como cuello, columna y piernas se encuentran desarrollados lo suficiente como para que el bebé de inicio a la postura de pie, y una vez cumplido el año, el tono muscular se condiciona para obtener un mejor y mayor control de la postura hasta los 8-10 años que es cuando ya se considera que el tono muscular se ha desarrollado completamente. Como se mencionó anteriormente, el tono muscular tiene un proceso de desarrollo fisiológico, por lo que cuando este se ve alterado va a dar paso a trastornos como la hipotonía y la hipertonía.

➤ **Hipotonía**

Definida como disminución del tono muscular, por lo que los músculos se encontrarán en constante flacidez, es decir, notaremos que a nuestro bebé le falta fuerza, por lo que se le dificultara levantar su cabecita, la musculatura se mantiene relajada y por ende se le dificulta realizar los movimientos habituales de un bebé. Este trastorno en el cual se ve disminuido el tono muscular, provocará que en consecuencia el desarrollo motor del bebé se vea retrasado, por lo que es fundamental que se detecte a tiempo para poder acudir por la intervención de un fisioterapeuta especializado en el área, ya que se debe buscar aumentar el tono muscular.

➤ **Hipertonía**

Es calificada como el aumento del tono muscular del recién nacido, que se puede presentar de manera general o en zonas específicas como las manos y los pies, por lo que observaremos que las manos se encuentran constantemente en tensión. Este trastorno genera irritabilidad con facilidad y realizando movimientos más bruscos y fuertes, en este caso, también es necesaria una intervención temprana para que el fisioterapeuta pueda disminuir el tono y relajar la musculatura del bebé para que este pueda desarrollarse de manera más cómoda.

Las causas que pueden provocar una alteración del tono muscular del bebé.

- Embarazo bajo periodos de estrés o depresión.
- Traumatismo leve durante el embarazo.
- Estilo de vida de la madre durante el proceso de gestación.
- Madres en edades limítrofes, es decir, muy jóvenes o muy mayores.
- Hipertensión durante el embarazo.
- Traumatismo en el recién nacido.
- Sufrimiento del feto durante el proceso de parto.

Es importante recalcar que existe un significativo factor emocional que puede liberar estas alteraciones del tono muscular del bebé. Es por esto, que las madres adolescentes deben intentar mantener un embarazo tranquilo y alejado de emociones negativas por la salud de sus bebés y de ellas mismas. Indudablemente para las madres es preocupante una posible

alteración del tono muscular de sus bebés, sin embargo, más allá de la preocupación lo más importante es la ocupación, ya que la intervención y asistencia temprana a terapias, será determinante para el nivel de afectación que este trastorno tenga en el desarrollo del bebé (29).

➤ **Inflamación del cordón umbilical**

El cordón es una puerta de entrada de infecciones al cuerpo. Estas infecciones, aunque son muy poco frecuentes en los países desarrollados si se realizan unos cuidados adecuados del cordón umbilical; la mayoría de las veces, las infecciones suelen ser locales, aunque si se generaliza podría convertirse en un cuadro de sepsis grave para el bebé. Entre los signos más relevantes que nos hacen sospechar la presencia de una infección en el cordón están: Enrojecimiento y la inflamación de la piel alrededor del cordón las secreciones de pus o sangre, puede también aparecer mal olor, fiebre, llanto inconsolable y malestar general.

En los recién nacidos existen factores de riesgo para el desarrollo de onfalitis, estos son: bajo peso al nacer, parto prolongado, rotura prematura de membrana o corioamnionitis, parto no estéril, cateterización umbilical y parto domiciliario. El manejo inapropiado del cordón también predispone a aumentar el riesgo de onfalitis. El contacto piel con piel puede ser un factor protector porque promueve la colonización del ombligo por flora saprofita de la piel (30).

➤ **Decaimiento**

Para identificar a un bebé con decaimiento, observaremos si este parece más aletargado o poco inquieto de lo normal esto puede ser un síntoma que indica que tiene dificultades para combatir posibles infecciones, sin embargo, si su bebé se pone irritable es posible que lo lleve a una casa de salud de urgencia.

➤ **Letargo**

Los recién nacidos apáticos poseen poco o nada de energía, es decir duermen más de lo normal ya que puede resultar muy difícil despertarlos para alimentarlos. Cabe destacar que mientras están despiertos pasan el tiempo somnoliento actuando con lentitud, esto provocara que no estén alerta y no presten atención a los estímulos visuales ni a los

sonidos. El letargo puede ser signo de una infección común, como puede ser un resfriado o algún tipo de infección grave como la meningitis. Las causas del letargo pueden ser enfermedades cardíacas o de la sangre como la talasemia. Por lo tanto, existen varias otras condiciones que pueden causar el letargo. Si usted nota que su bebe está padeciendo este síntoma llévelo inmediatamente a un centro de urgencias (31).

➤ **Cianosis**

Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.

➤ **Convulsiones**

Las convulsiones son síntomas de un problema cerebral. Ocurren por la aparición súbita de una actividad eléctrica anormal en el cerebro. Cuando las personas piensan en convulsiones, suelen imaginarse el cuerpo de una persona que se sacude rápida y sin control. No todas las convulsiones provocan estas sacudidas.

➤ **No come**

Un bebé que no quiere comer después de cinco horas de su última toma es porque tiene algún problema que amerita revisión. El apetito del bebé puede variar de un día para otro, pero cuando tiene, suele comer con energía. Si observamos que el bebé succiona más lentamente de lo normal o no lacta apenas, no tolera bien el alimento o rechaza sistemáticamente el alimento puede que esté enfermando, por tanto, debe ser llevado a una casa de salud cercana.

➤ **No orina u orina muy poco**

El 90% de los bebés normales van a orinar en las primeras 24 horas de vida y, un 99% en los primeros 2 días. Es cierto que en los recién nacidos a veces es difícil identificar si han orinado o no por la escasa cantidad y las características de la orina, así como porque es difícil detectarla una vez se ha absorbido en los pañales. Ante la duda debemos prestar atención si el bebé está orinando o no.

➤ **Sangre en las evacuaciones**

La presencia de sangre en las evacuaciones puede significar una infección intestinal que, como se mencionó, se puede diseminar rápidamente y convertirse en algo grave. Si un bebé no orina por más de 12 horas puede tener algún problema importante ya sea por deshidratación o por afección del riñón. No evacua: un bebé que no evacua por más de 24 horas es necesario revisarse y dar algún manejo por estreñimiento.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución De La República Del Ecuador

La constitución de la república del Ecuador hace énfasis en los siguientes artículos que se va a mencionar a continuación (32):

Art. 21.- “Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas. No se podrá invocar la cultura cuando se atente contra los derechos reconocidos en la Constitución”.

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 45.- Las niñas niños y adolescentes gozaran de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y creación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les

afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

2.4.2. Plan nacional para el buen vivir

Objetivos del Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir 2013-2017.

Objetivo 3 establece:

Mejorar la calidad de vida de la población. Política, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

a. Ofrece protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes.

g. Valorar las condiciones particulares de la salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.

h. Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno - infantil y el riesgo obstétrico. En particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.

i. Optimizar y equipar los servicios de atención materno- infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable.

f. Fortalecer el sistema de atención diferenciada y acorde a las diversidades, en el postparto y al recién nacido y articular este a redes de cuidado a las niñas y niños en centros laborales, barriales comunitarios, institucionales, en coordinación intersectorial y con las iniciativas locales.

2.4.3. Estrategia infancia plena.

La Estrategia Nacional Intersectorial para la primera infancia: Infancia Plena, Liderada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social ejecuta, desde el 2012, a través de una visión intersectorial e integral. Es una apuesta nacional, para potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 5 años, considerando que las condiciones de la vida, la estimulación temprana, la educación la nutrición y el afecto durante la primera infancia, condicionan el futuro de las personas.

Estrategia Infancia Plena alineada al Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017-, está orientada a reducir las inequidades, equiparando el punto de partida en el proceso de desarrollo humano, desde el periodo de gestación. Es así que una adecuada crianza por parte de la madre, padres y cuidadores, además de una intervención de calidad y oportuna por parte del estado y el apoyo de la comunidad, permitirá la erradicación definitiva de la pobreza, fortaleciendo capacidades y generando mayores oportunidades en la población.

2.4.4. Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.”

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (33).

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2005. El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

➤ Elementos del código

1. La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

2. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

3. La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo.

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (34).

2.5.2. Código de la Niñez y Adolescencia.

Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo. Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del ovulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o practica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relación con ello: los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y a desarrollarse en su familia biológica. El Estado la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley. En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral.

Art. 24.- derecho a la Lactancia Materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 25.- atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearan las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niño o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

2.5.3. Derecho de los pacientes.

Art. 2.- Derecho a una atención digna. Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a lo que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse..

Art. 6.- Derecho a decidir. Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Se trata de una investigación cuantitativa, no experimental ya que en el presente estudio se describió y analizó, la medida en que afecta la falta de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido en madres adolescentes.

Cuantitativa: porque se obtuvo datos susceptibles de cuantificación que permitieron un tratamiento estadístico enfatizando los atributos de la experiencia humana acerca del Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes sobre los cuidados básicos del Recién Nacido.

No experimental: porque se describe, y analiza la medida en que afecta la falta de conocimientos sobre los cuidados del recién nacido en madres adolescentes.

3.2. Tipo de la Investigación

La presente investigación se consideró descriptiva porque describe el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural; Esto permitió mostrar la información tal y como se obtiene de acuerdo a la realidad.

El presente estudio de corte transversal porque nos sirvió para recolectar datos en un determinado período de tiempo y de acuerdo a la realidad de la población con relación al conocimiento de los cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes. Este tipo de estudio tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia en un momento dado.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación fue realizada en el Hospital Delfina Torres Concha en el periodo marzo a julio del 2107.

3.3.1. Población

La población de la investigación estuvo conformada por 100 madres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, en el periodo marzo a julio del 2107.

3.3.2. Universo y muestra

La investigación se realizó con todas las madres adolescentes que son atendidas en el Hospital Delfina Torres Concha, en el periodo marzo a julio del 2107.

➤ Muestra

No se realizó muestreo ya que se trabajó con todo el universo, la investigación fue realizada con 100 madres adolescentes que fueron atendidas en el hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas en el periodo marzo a julio del 2107.

➤ Criterio de inclusión

En el presente estudio se incluyeron todas aquellas madres adolescentes que estuvieron presentes a la aplicación del instrumento y que aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.

➤ Criterio de exclusión

No formaron parte de este estudio aquellas madres que no se encontraron presentes durante el estudio y aquellas madres adolescentes que no desearon participar.

3.4. Operacionalización de Variables

Tabla 1: Operacionalización de Variables Según Características Sociodemográficas.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas de las madres adolescentes incluidas en el estudio.				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas o culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.	Edad	Años cumplidos	De 12 14 De 15 17 De 18 19
		Estado civil	Establecido por el registro civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre
		Etnia	Auto identificación	Mestizo Indígena Blanco Montubio Afro descendiente Otros
		Instrucción	Años aprobados	Primaria Secundaria Superior Otros

Tabla 2: Operacionalización de variables sobre alimentación e higiene

Objetivo: Identificar los conocimientos de las madres adolescentes en puerperio inmediato de acuerdo a los cuidados brindados en el recién nacido.				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Cuidados físicos	Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en	Tipo de alimentación		a)Leche materna b)Aguas aromáticas c)Leche artificial d)Ninguna de las anteriores

	<p>distintos grados,</p> <p>Dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (35).</p>	<p>Cuánto tiempo puede dar usted, leche materna</p>	<p>Alimentación</p>	<p>a)1 a 3 meses</p> <p>b)3 a 5 meses</p> <p>c)Hasta los 6 meses</p> <p>d)Ninguno de las anteriores</p>
		<p>Frecuencia de alimentación.</p>		<p>a)Cada dos horas</p> <p>b)Cada vez que el niño lo pida máximo cada 3 horas</p> <p>c)Cada vez que el niño lo pida</p> <p>d)Desconozco</p>
		<p>Al momento de amamantar como debe colocarse la mano en el pecho.</p>		<p>a)Con la mano en la forma C</p> <p>b)Con los dedos en forma de tijeras</p> <p>c) No importa la forma mientras se sienta cómoda.</p> <p>d)Desconoce</p>
		<p>Cuál es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo.</p>		<p>a) Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados.</p> <p>b)Acostada en la cama de lado lateral</p> <p>c)Posición sandía en caso de tener hijos gemelares</p> <p>d) No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos.</p>

		Es importante la colocación correcta del bebe al seno materno		<p>a)Porque no se produce grietas</p> <p>b) Porque no causa dolor en las mamas.</p> <p>c)Permite una buena succión por parte del bebe</p> <p>d) Desconozco</p>
		Frecuencia del baño.		<p>a)Cada dos días</p> <p>b)Cada siete días</p> <p>c)Todos los días</p> <p>d)Cada 15 días</p>
		Materiales a utilizar.	Higiene	<p>a)Shampoo y jabón para recién nacido y agua tibia</p> <p>b)Shampoo y jabón de ropa y agua muy caliente</p> <p>c)Shampoo y jabón para recién nacido y agua fría</p> <p>d) Shampoo y jabón de ropa y agua tibia.</p>
		Duración del baño.		<p>a)30 minutos</p> <p>b)2 minutos</p> <p>c)Menos de 10 minutos</p> <p>d) 60 minutos.</p>
		Forma de limpieza.	Cuidado del cordón umbilical	<p>a)En forma circular, de adentro hacia fuera</p> <p>b)De cualquier forma</p> <p>c)De arriba hacia abajo</p> <p>d) De derecha a izquierda.</p>

		Materiales a utilizar.	<ul style="list-style-type: none"> a) Algodón, agua y jabón b) Gasa estéril, agua y yodo c) Alcohol yodado y gasa estéril d) Algodón, alcohol
		Frecuencia de la limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> a) 2 días b) 15 días c) Todos los días d) Nunca
		Tiempo de cicatrización y caída.	<ul style="list-style-type: none"> a) 1 día de nacido b) 3 días de nacido c) 1 mes de nacido d) 8 días de nacido
		cambio de pañal de su recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando el recién nacido haya hecho sólo deposición (caquita) b) Sólo 3 veces al día c) Cuando el pañal esté mojado o haya hecho su deposición (caquita) d) Sólo durante las noches para ir a dormir

Tabla 3: Operacionalización de variables según Signos de Alarma del Recién Nacido.

Objetivo: Identificar los signos de alarma del recién nacido según el grado de conocimientos de las madres adolescentes.				
Variabl e	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Riesgos de salud del recién nacido	Es la percepción sobre los principales problemas como, los signos de alarma que el bebé puede presentar.	Fiebre Llanto fuerte Sueño prolongado No come Llanto débil Cianosis Ictericia Deposiciones líquidas Convulsiones Tono muscular débil Decaimiento Vomito Deshidratación	Signos de alarma	-Conocimiento alto. 11-16 -Conocimiento medio. 6-10 -Conocimiento bajo. 1-5

3.5. Métodos de recolección de información

3.5.1. Técnicas e Instrumentos

Para conseguir toda aquella información de la investigación se aplicó una encuesta a las madres adolescentes, conformada por 16 preguntas de opción múltiple para poder determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido.

3.5.2. Análisis de datos

Para procesar los datos y obtener el análisis e interpretación y representación gráfica de los resultados de la investigación se utilizó el programa Microsoft Office Excel y SPSS, con los cuales se logró ordenar y tabular toda la información obtenida mediante la aplicación de encuestas a las madres adolescentes.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Características sociodemográficas.

Tabla 4: Características Sociodemográfica.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad	14-15 años	12	12%
	16-17 años	42	42%
	18-19 años	46	46%
Estado Civil	Casada	10	10%
	Soltera	39	39%
	Unión libre	51	51%
Instrucción	Primaria	48	48%
	Secundaria	49	49%
	Universitaria	3	3%
Etnia	Mestiza	47	47%
	Afro ecuatoriana	53	53%
Procedencia	Sector urbano	31	31%
	Sector rural	19	19%
	Sector urbano marginal	50	50%
Ocupación	Estudia	52	55%
	Quehaceres domésticos	48	45%

En cuanto a las características sociodemográficas se determina que la mayoría de las puérperas con un 46% se encuentran en una edad entre 18 y 19 años; en un 51% son madres adolescentes viven en unión libre, el nivel de estudios prevalente fue de educación secundaria con el 49%. La mayoría de madres adolescentes según su etnia son afro ecuatorianas con el 53%; la procedencia son madres que viven en el sector urbano marginal con un 50%; y en cuanto a la ocupación la mayoría de ellas estudia en un 55%. Lo que concuerda con una encuesta realizada en Medellín Colombia sobre los factores sociales, demográficos, se obtuvo los siguientes resultados, que fueron aplicadas a 193 madres adolescentes con edades entre los 13 y 19 años que residen en el área urbana del municipio de Briceño. La edad promedio de las madres adolescentes encuestadas fue de 16,23 obteniendo así un porcentaje del 50% en madres adolescentes de 16 años. Además, se encontró que el 78,5% tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, y el 63,2% son estudiantes. El 71% habitan en viviendas de estrato socioeconómico y el 80,8% pertenece al régimen subsidiado (36). De acuerdo con datos de la Encuesta Interesal 2015,

referente a su estado civil el 27,8% de las madres adolescentes ejercen su maternidad sin pareja, 21,3 están separadas mientras que el 6,55 son madres solteras. 19,5% lo están en unión libre y el 52.7% son casadas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de ocupación y Empleo (ENOE), en el año 2016 la tasa de participación económica de las mujeres adolescentes de 15 y más años es del 43% (37).

4.2. Conocimientos acerca de la Alimentación del Recién Nacido.

Tabla 5: Alimentación

Variables	Frecuencia	Porcentaje	
Su recién nacido debe alimentarse de:	Leche materna		
	Aguas aromáticas		
	Leche artificial		
	Ninguna de las anteriores	100	100%
Cuánto tiempo puede dar usted, leche materna exclusiva a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquidos?	1 a 3 meses	3	3%
	3 a 5 meses	3	3%
	Hasta los 6 meses	88	88%
	Ninguno de las anteriores	6	6%
Cuantas veces al día debe dar de lactar al recién nacido?	Cada dos horas	9	9%
	Cada vez que el niño lo pida máximo cada 3 horas	9	9%
	Cada vez que el niño lo pida	81	81%
	Desconozco	1	1%
Al momento de amamantar como debe colocarse la mano en el pecho?	Con la mano en la forma C	40	40%
	Con los dedos en forma de tijeras	55	55%
	No importa la forma mientras se sienta cómoda	3	3%
	Desconoce	2	2%
Sabe usted cual es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo?	Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados.	64	64%
	Acostada en la cama de lado lateral	17	17%
	Posición sandia en caso de tener hijos gemelares	1	1%
	Importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos	19	19%
Porque es importante la colocación correcta del bebe al seno materno?	Porque no se produce grietas	6	6%
	Porque no causa dolor en las mamas	4	4%
	Permite una buena succión por parte del bebe	81	81%
	Desconozco	9	9%

En cuanto a la alimentación de los recién nacidos es exclusivamente leche materna, obteniendo así un resultado del 100%, en cuanto al tiempo que se puede dar de lactar, solo leche materna sin incluir otro alimento hasta los 6 meses conocen en un porcentaje del 88%. Las veces que se dará de lactar a un recién nacido cada vez que el niño lo pida, durante el día la mayoría coincidió en 81%. El 55% de las adolescentes tienen el conocimiento de que al momento de amamantar se coloca la mano al seno, con los dedos en forma de tijeras. En cuanto a la mejor posición de la madre para dar de lactar el 64% lo realiza sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados. Y la importancia de la colocación correcta para una buena succión del seno materno por parte del recién nacido es de un 81%. Este estudio concuerda con una investigación realizada en el Hospital Nacional de Lima en el año 2014, donde se determinó que la lactancia materna como alimento exclusivo está en un 56,1%, con una frecuencia de amamantamiento al pecho del 64,9%, en cuanto a las posiciones para dar de lactar fue en un 56,1% y la posición correcta del bebe para amamantar es en un 63,2% (38).

4.3. Conocimientos acerca de la Higiene del Recién Nacido.

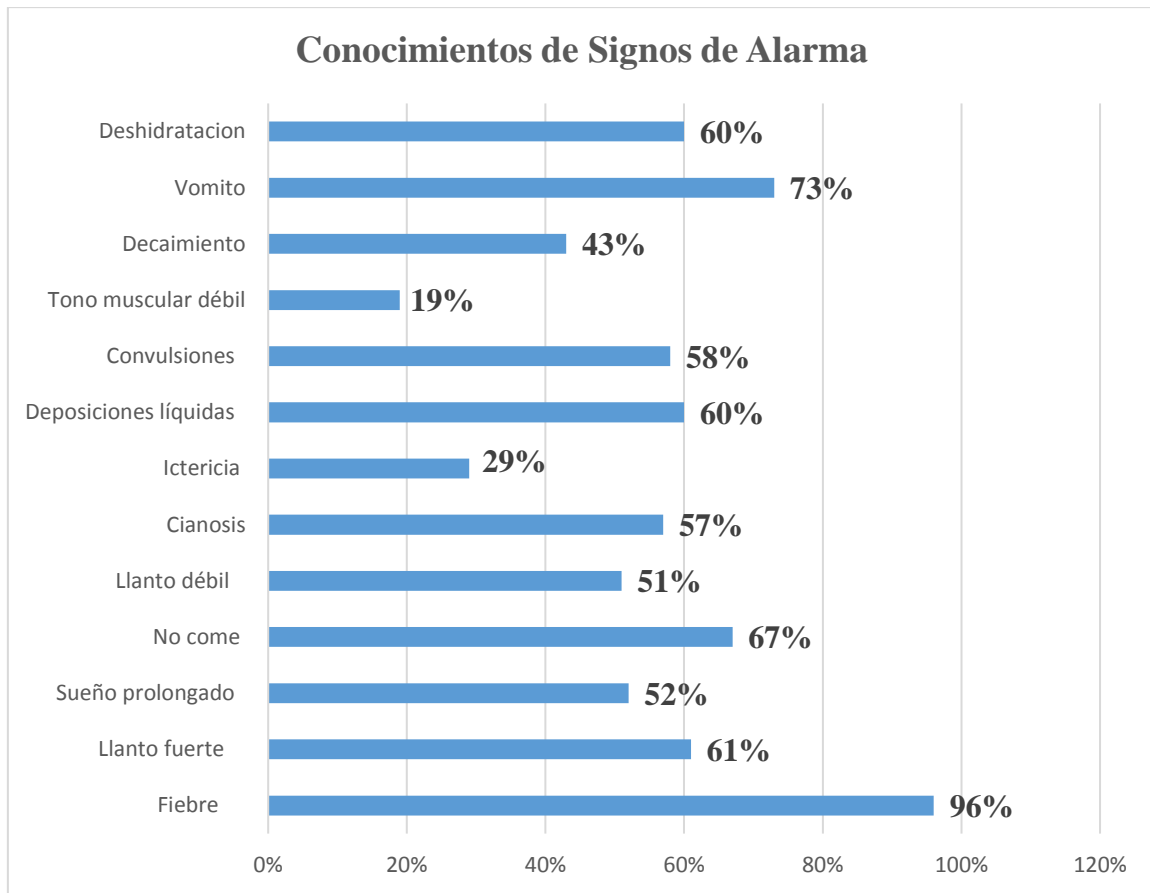
Tabla 6: Higiene

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
La frecuencia con que debe bañar a su recién nacido es?	Cada dos días	29	29%
	Cada siete días	4	4%
	Todos los días	66	66%
	Cada 15 días	1	1%
Para el baño de su recién nacido se necesita?	Shampoo y jabón para recién nacido y agua tibia	96	96%
	Shampoo y jabón para recién nacido y agua fría	1	1%
	Shampoo y jabón de ropa y agua tibia.	3	3%
La duración del baño de su recién nacido es de	30 minutos	17	17%
	2 minutos	6	6%
	Menos de 10 minutos	74	74%
	60 minutos.	3	3%
La limpieza del cordón umbilical se hace	En forma circular, de adentro hacia fuera	89	89%
	De cualquier forma	3	3%
	De arriba hacia abajo	6	6%
	De derecha a izquierda.	2	2%
Para la limpieza del cordón umbilical se necesita?	Algodón, agua y jabón	5	5%
	Gasa estéril, agua y yodo	13	13%
	Alcohol yodado y gasa estéril	16	16%
	Algodón, alcohol puro.	66	66%
El cordón umbilical de su recién nacido se limpia cada?	2 días	6	6%
	Todos los días	94	94%
El cordón umbilical de su recién nacido se cae después de?	3 días de nacido	10	10%
	1 mes de nacido	1	1%
	8 días de nacido	89	89%
El cambio de pañal de su recién nacido se hace?	Cuando el recién nacido haya hecho sólo deposición(caquita)	10	10%
	Sólo 3 veces al día	7	7%
	Cuando el pañal esté mojado o haya hecho su deposición (caquita)	83	83%
El cambio oportuno del pañal y la limpieza de los genitales de su recién nacido es importante para?	Prevenir malos olores	12	12%
	Prevenir escaldaduras	88	88%

La higiene es un cuidado muy fundamental para el recién nacido. En este estudio se obtuvo que la frecuencia para bañar al recién nacido se lo debe realizar en un 66% todos los días. Para el baño del recién nacido las madres adolescentes mencionaron 96% lo realizan con Shampoo, jabón y agua tibia. El 74% de las madres adolescentes indicaron que la duración del baño debe ser en un tiempo de menos de 10 minutos. En cuanto a la limpieza del cordón umbilical las madres adolescentes realizan: en un 89% la limpieza de una forma circular de adentro hacia afuera; en un 66% utiliza para la limpieza del mismo, algodón y alcohol puro y en un 94% indican que la limpieza se la realizará todos los días. El 89% han indicado que el cordón umbilical se cae después de los 8 días de nacido. Para realizar el cambio de pañal cuando esta mojado o haya hecho su deposición, las madres adolescentes lo realizan en un 83%, el mismo cuidado se lo realiza en un 88% con el propósito de prevenir escaldaduras en el recién nacido. Este resultado tiene estrecha relación con un el estudio realizado en el Hospital Nacional de Lima en el año 2014, indica que las madres en cuanto a la higiene del recién nacido lo realizan en un 61,4%; en cuanto a las precauciones que se debe tener para bañar al recién nacido solo nos indican en un 66,7%. Y para la limpieza del cordón umbilical tenemos 64,9% que las madres lo realizan dentro de los cuidados (39).

4.4. Conocimientos sobre Signos de Alarma del Recién Nacido.

GRAFICO 1. CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO.



En cuanto al conocimiento de los signos de alarma por parte de las madres adolescentes se evidencia que en más del 50% saben reconocer los signos de alarma como son: Fiebre, llanto fuerte, sueño prolongado, no como, llanto débil, cianosis, deposiciones líquidas, convulsiones, vómito y deshidratación; y en menor porcentaje el decaimiento en un 43%, tono muscular débil 19% e Ictericia con un 29%. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en la región Guapi-Colombia, Se observó que en su mayoría reconocieron los signos de alarma: diarrea el 47,8%, deshidratación 84,8%, fiebre 60,9%, vómito 50%, inflamación del ombligo 45,7%, irritabilidad 50%, ictericia 43,5% (40).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

De la investigación se obtuvo que la edad promedio de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, está comprendida entre los 18 y 19 años de edad, por ende se ha observado que el porcentaje de madres adolescentes es notablemente alto.

En cuanto al conocimiento de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torre de Concha sobre los cuidados que necesita el recién nacido se establece que el conocimiento que han recibido es incompleto, lo que implica desconocimientos importantes en los diferentes cuidados tales como la alimentación e higiene, ya que son actividades rutinarias que las madres adolescentes deben realizar para cumplir con los cuidados que necesita el recién nacido.

En cuanto al reconocimiento de los signos de alarma por parte de las madres adolescentes se evidencia que en su mayoría saben reconocer los signos de alarma. Estas madres reconocieron que es importante saber evidenciar estos signos ya que si, el recién nacido presentan alguno de ellos, inmediatamente acudirán a una casa de salud.

Las madres adolescentes que son atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha indican, que han recibido poca información en relación, a los cuidados básicos y signos de alarma del recién nacido, por lo tanto, existe la necesidad de elaborar una guía educativa, la misma que servirá como herramienta de educación para las madres adolescentes.

5.2. Recomendaciones

Al equipo multidisciplinario de salud, se les recomienda brindar un plan de educación continuo a todas las madres y en especial a las adolescentes, cada vez que acudan a los controles prenatales, acerca de lo importante que son los cuidados básicos y signos de alarma del recién nacido, lo que permitirá que se genere un bienestar tanto para la madre adolescente como también para el neonato y de esta manera reducir los problemas de salud.

Implementar información en la mayoría de los servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, utilizando métodos y estrategias adecuadas para poder llegar a la mayoría de personas en especial a las madres adolescentes, para que así puedan ampliar sus conocimientos sobre los cuidados básicos del recién nacido.

La presente guía educativa tiene el propósito de brindar una información adecuada, clara, enfocada en la importancia de los cuidados básicos y signos de alarma del recién nacido, para que el personal de salud sea quienes se encarguen de difundir, orientar e informar a las madres adolescentes para un mejor manejo de su recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. 2014.
2. González Bossa AR, Estupiñán Aponte MR. Prácticas de crianza de madres. Revista Enfermería Vol 28 no 3 cmm l.indd. 2010.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nacimientos , Defunciones. INEC. 2014.
4. Sánchez Preguntegui. Nivel de información de las madres sobre los cuidados. Departamento de salud colectiva. 2016.
5. Islas Domínguez P, Cardiel Marmolejo I, Figueroa Rodarte F. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Revista mexicana de pediatría. 2010.
6. Sanchez Luna MM, Pallas Alonso CR, Botet MF. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Asociación española de pediatría. 2009.
7. Quintero Villega J, Rodríguez Balderram , Cantú Moreno D. Morbilidad del recién nacido de término atendido en alojamiento conjunto y cunero de transición de un hospital de tercer nivel. Revista Medicina Universitaria. 2013.
8. Aguilar Alarcón S, Zaguma Serna S, García Heredia , Meléndez De la Cruz. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Rev enferm Herediana. 2014.
9. González Bossa R, Estupiñán Aponte R. Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. Invest Educ Enferm. 2010.
10. Alvarado , Guarín , Cañón. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. Revista Cuidarte. 2011.
11. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. 2013.
12. Iglesias Diz JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, sociológicos y sociales. Pediatría Integral. 2013.
13. Gaete. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría. 2015.
14. Abero , Pérez de Sierra. Aportes para el trabajo con. Sexualidad y derechos. 2015.

15. Delpino Goicochea A. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. Liga Española de la Educación. 2013.
16. Mora-Cancino M, Hernández-Valencia. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex 2015. 2015.
17. León , Minassian M, Borgoño , Bustamante. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica. 2008.
18. Espinoza Trejos , Rodríguez Molina DM, Trejos Solorzano E. Revista Medica de Costa Rica y Centro America. Caracterización de la Adolescente Embarazada. 2009.
19. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica. Centro Nacional de Investigación en Evidencia. 2013.
20. Salud Md. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud. Resolución Ministerial. 2017.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica en el SNS. 2017.
22. Quiroga A, Montes Bueno T, Ordaz JP. guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. sociedad iberoamericana de neonatología. 2010 Nov 01.
23. Castro L, Urbina Laza O. manual de enfermería en neonatología. ciencias médicas. 2017.
24. Díaz Gutiérrez. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia. Review Article. 2015 Dec.
25. the hospital for sick children. constipación y diarrea en los recién nacidos. aboutkidshealth. .
26. De Calidad M. Guía de atención de obstetricia y recién nacido. Colombiana de Salud. 2012 julio.
27. Ruiz Arcos R, Cerón M, Ruiz González,. Fiebre en pediatría. Revista Mexicana de Pediatría. 2010 Julio-Agosto.
28. Madrigal Quirós. Ictericia Neonatal. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXI. 2014.
29. Saavedra G, Andres Rojas C. Evaluación Neurológica del Recién Nacido. Revista Gastrohup. 2011 Diciembre.

30. Araneda Piña L, Astudillo Manosalva , Rostion Allel. Patología del ombligo. Revista Pediatría Electrónica. 2015 Agosto.
31. si thf. como puede saber si su bebe esta enfermo. aboutkindshealth. .
32. Vance MC. Constitucion de la Republica del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. 2012 Marzo.
33. Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. Ministerio de Salud Publica. 2012.
34. Marteau J. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Consejo internacional de enfermeras. 2006.
35. Plan de Calidad NdS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Observacion de salud de las Mujeres. 2009.
36. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez P. Factores sociales, demográficos. Rev. salud pública. 2014.
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017 mayo.
38. Aguilar Alarcó , Zaguma-Serna , García Heredia , Meléndez De la Cruz. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Rev enferm Herediana. 2014.
39. Aguilar-Alarcón , Zaguma Sern , García Heredi M, Meléndez De la Cruz R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Rev enferm Herediana. 2014 Noviembre.
40. Delgado-Noguera MF, Calvache España A, Tabares Trujillo RE. Percepciones de Signos de Alarma en Enfermedad Neonatal de los Cuidadores y Trabajadores de la Salud en Guapi, Colombia. Rev. salud pública. 2007.

ANEXOS

1. Anexo 1 Encuesta utilizada para ser aplicada a las madres adolescentes.



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

ENCUESTA: sobre los conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas 2017.”

Datos informativos

Nombre.....

Edad.....

Estado civil.....

Etnia.....

Instrucción.....

Lugar donde vive.....

Lea las siguientes preguntas y conteste a su criterio.

1. Su recién nacido debe alimentarse de:

- a) Leche materna
- b) Agua de anís
- c) Leche artificial
- d) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuánto tiempo puede dar usted, leche materna exclusiva a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquidos?

- a) 1 a 3 meses
- b) 3 a 5 meses
- c) Hasta los 6 meses
- d) Ninguno de las anteriores

3. ¿Cuántas veces al día debe dar de lactar al recién nacido?

- a) Cada dos horas
- b) Cada vez que el niño lo pida máximo cada 3 horas

- c) Cada vez que el niño lo pida
 - d) Desconozco
- 4. ¿Al momento de amamantar como debe colocarse la mano en el pecho?**
- a) Con la mano en la forma C
 - b) Con los dedos en forma de tijeras
 - c) No importa la forma mientras se sienta cómoda.
 - d) Desconoce
- 5. ¿Sabe usted cual es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo?**
- a) Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados.
 - b) Acostada en la cama de lado lateral
 - c) Posición sandía en caso de tener hijos gemelares
 - d) No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos
- 6. ¿Porque es importante la colocación correcta del bebe al seno materno?**
- a) Porque no se produce grietas
 - b) Porque no causa dolor en las mamas.
 - c) Permite una buena succión por parte del bebe
 - d) Desconozco
- 7. la frecuencia con que debe bañar a su recién nacido es?**
- a) Cada dos días
 - b) Cada siete días
 - c) Todos los días
 - d) Cada 15 días
- 8. ¿Para el baño de su recién nacido se necesita?**
- a) Shampoo y jabón para recién nacido y agua tibia
 - b) Shampoo y jabón de ropa y agua muy caliente
 - c) Shampoo y jabón para recién nacido y agua fría
 - d) Shampoo y jabón de ropa y agua tibia.
- 9. ¿La duración del baño de su recién nacido es de?**
- a) 30 minutos
 - b) 2 minutos
 - c) Menos de 10 minutos
 - d) 60 minutos.

10. La limpieza del cordón umbilical se hace:

- a) En forma circular, de adentro hacia fuera
- b) De cualquier forma
- c) De arriba hacia abajo
- d) De derecha a izquierda.

11. ¿Para la limpieza del cordón umbilical se necesita?

- a) Algodón, agua y jabón
- b) Gasa estéril, agua y yodo
- c) Alcohol yodado y gasa estéril
- d) Algodón, alcohol.

12. ¿El cordón umbilical de su recién nacido se limpia cada?

- a) 2 días
- b) 15 días
- c) Todos los días
- d) Nunca.

13. ¿El cordón umbilical de su recién nacido se cae después de?

- a) 1 día de nacido
- b) 3 días de nacido
- c) 1 mes de nacido
- d) 8 días de nacido

14. ¿El cambio de pañal de su recién nacido se hace?

- a) Cuando el recién nacido haya hecho sólo deposición(caquita)
- b) Sólo 3 veces al día
- c) Cuando el pañal esté mojado o haya hecho su deposición (caquita)
- d) Sólo durante las noches para ir a dormir

15. ¿El cambio oportuno del pañal y la limpieza de los genitales de su recién nacido es importante para?

- a) Prevenir malos olores
- b) Prevenir escaldaduras
- c) Prevenir que el recién nacido llore
- d) Prevenir que el recién nacido ensucie la ropa.

16. Marque con un (x) los signos que usted cree que indican riesgo la salud su recién nacido

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Llanto fuerte |
| <input type="checkbox"/> Sueño prolongado | <input type="checkbox"/> No come |
| <input type="checkbox"/> Llanto débil | <input type="checkbox"/> Cianosis |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Deposiciones líquidas |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Tono muscular débil |
| <input type="checkbox"/> Decaimiento | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación | |

2. Anexo 2 Archivo fotográfico.

Galería Fotográfica



Junto con la ayuda de las licenciadas de enfermería que trabajan en el Hospital Delfina Torres de Concha se procedió a realizar la validación de la encuesta de la investigación con la licenciada Yoli Márquez quien es líder del servicio de pediatría, igualmente se procedió a pedir permiso a la licenciada Lida Quiñonez líder del servicio de ginecología, y con la ayuda de la licenciada Diana Quiñonez encargada de la guardia se aplicó la respectiva encuestas.



Realizando las respectivas encuestas a cada una de las madres adolescentes que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis sepriembre 2017 areglada.docx (D31688708)
Submitted: 10/25/2017 10:08:00 PM
Submitted By: ELIZABETH04_MAOMIS@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TESIS CARMENMENDOZA Y CRISTHIAN SOLORZANO.docx (D13730197)
TESIS CARMENMENDOZA Y CRISTHIAN SOLORZANO.docx (D13956195)
LACTANCIA.docx (D16434717)
TESIS SIMETRICOS.docx (D30778919)
banco-de-leche.- final 6..docx (D30713873)
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf
<http://maternoinfantil.org/archivos/B64.PDF>

Instances where selected sources appear:

18