

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN
LOS PREMATUROS AL MOMENTO DEL ALTA Y EL
RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA QUE TIENEN LAS
MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA AÑO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO
EN ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: LUCIA ANGELICA INGA PAZ

ASESOR: Mg. MÓNICA RICARDINA ESPINOZA NARCISA

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres por su amor y apoyo constante, por

Las lecciones y ejemplo de vida que aprendo todos los días de ellos.

A mi esposo y mis amados hijos Enrique y Lucia que siempre me alentaron e incentivaron a no desistir de mis objetivos profesionales y de vida que, gracias a esa fortaleza, solidez y el amor que nos proporcionamos como familia ello sirve de energía motivadora para superar todos los obstáculos que se presenten.

AGRADECIMIENTO

A todas las madres de los neonatos prematuros que nacieron y permanecieron hospitalizados en el Hospital María Auxiliadora y dieron su consentimiento informado para llevar a cabo esta investigación.

RESUMEN

En el Hospital María Auxiliadora el número de recién nacidos prematuros que ingresan y reingresan al hospital por complicaciones como hipotermia, hipoglicemia, apnea del prematuro e infecciones ha incrementado en los últimos años, y aquellos que no llegan a la institución fallecen en los establecimientos de salud de menor nivel de atención o en domicilio. No existe un programa de acompañamiento educativo a las madres a estos recién nacidos de alto riesgo, ni se establece una red de seguimiento en los establecimientos de salud de menor complejidad. Por ello me vi en la necesidad de formular como objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el año 2015.

Estudio de investigación: Descriptivo-correlacional, de corte transversal.

Muestra: Fue no **probabilística** de 110 madres de los neonatos prematuros. Se utilizó 02 cuestionarios: Variable independiente: nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta con sus dimensiones: **Prematuros leves, prematuros moderados, prematuros Extremos** y la variable dependiente: reconocimiento de signos de alarma con sus dimensiones: **Hipoglicemia, Hipotermia, Apnea del prematuro** Fueron sometidos al análisis de Cronbach con confiabilidad de 0.837 y 0,888 respectivamente.

Los resultados: Comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.725; los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de hipoglicemia, tiene un valor de 0.857; de hipotermia un valor de 0.371, y de apnea del prematuro un valor de 0.524.

Conclusión: Es decir a mayor el nivel de conocimiento en las madres sobre los signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta, mejor es el reconocimiento de signos de alarma entre ambas variables.

Palabras claves: Nivel de conocimiento en signos de alarma, reconocimiento de signos de alarma, prematuros leves, moderados, extremos, hipoglicemia, hipotermia, Apnea del prematuro.

SUMMARY

The Hospital Maria Auxiliadora number of preterm infants who re-enter the hospital due to complications such as hypothermia, hypoglycemia, apnea of prematurity and infections has increased in recent years, and those who do not reach the institution die in health facilities of lower level of care or in home. There is no follow-up program for these high-risk newborns, nor is a follow-up network established in less complex health facilities. I therefore found it necessary to formulate as a general objective: To determine the relationship between the level of knowledge about signs of alarm in preterm infants at discharge and the recognition of signs of alarm that have the mothers of the service of Neonatology of Hospital María Auxiliadora in 2015. Research study: Descriptive-correlational, cross-sectional. Sample: It was probabilistic of 119 mothers. We used 02 questionnaires: Independent variable: level of knowledge about signs of alarm in premature infants at discharge with their dimensions: mild premature, premature, moderate, premature Extremes and the dependent variable: recognition of alarm signs with their dimensions: Hypoglycemia, Hypothermia, Apnea of prematurity They were subjected to Cronbach's analysis with reliability of 0.888 and 0.837. The results: We verified that between the level of knowledge about signs of alarm in premature babies at the time of discharge and the recognition of alarm signs there is a direct and significant relationship to obtain a value of 0.725; Mild, moderate and extreme premature infants upon discharge and recognition of the hypoglycemia alarm sign, a value of 0.857; Hypothermia a value of 0.371, apnea of premature a value of 0.524. Conclusion: In other words, the level of awareness among mothers about signs of alarm in mild, moderate and extreme premature infants at the time of discharge is the recognition of the alarm sign between both variables.

Key words: Level of knowledge in signs of alarm, recognition of signs of alarm, mild premature, moderate, extreme, hypoglycemia, hypothermia, apnea of premature.

INTRODUCCIÓN

La OMS reporta que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, nacen prematuros deduciendo que de cada 10 nacimientos uno es prematuro. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto, intraparto y posparto en este último es crítica la sobre vida en las primeras cuatro semanas de nacido debido al proceso de adaptación extrauterina teniendo como escenario contrario la inmadurez de los órganos y sistemas especialmente el neurológico y respiratorio. muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

En casi todos los países que disponen de datos fiables está aumentando la tasa de nacimientos prematuros. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal en el mundo (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía.

El Perú según ENDES 2012 anualmente ocurrieron 12365 defunciones en menores de 5 años, de los cuales 10000 son menores de un año y 5300 son defunciones durante el primer mes de vida. Así mismo, las principales causas de muerte neonatal son prematuridad (29%), infecciones (20%) y asfixia (16%), estas causas están relacionadas con determinantes y morbilidad que afecta a la madre durante la gestación y en el momento del parto. Es indispensable mantener un enfoque perinatal para continuar reduciendo la morbi- mortalidad neonatal. La primera causa que contribuye a la mortalidad neonatal es la prematuridad, asociada a la limitada capacidad de los servicios de salud para atender estos casos debe tenerse en consideración que la prematuridad y el bajo peso al nacer (8% de los RN registran bajo peso, según ENDES 2012), se debe a los inadecuados cuidados prenatales. No obstante, el incremento de la cobertura del Control Prenatal que viene ocurriendo en el país, aún existe déficit en la calidad de este servicio, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten

oportunamente las complicaciones maternas (Especialmente la infección urinaria y la anemia). La prematuridad y las malformaciones congénitas no solo ponen en riesgo la vida del RN, sino que, en caso de sobrevivir, contribuyen al desarrollo de diferentes discapacidades, así como a la aparición de enfermedades crónicas que afectan de manera importante la calidad de vida y el capital social del país.

Por ello que como profesionales de Enfermería analizamos que es fundamental involucrar a los padres del prematuro especialmente a las madres en el cuidado de estos bebés de riesgo, en todo escenario desde la comunidad, consulta externa y hospitalización. Es así que este trabajo de Investigación tiene como finalidad demostrar que los conocimientos impartidos a las madres sobre reconocimiento de los principales signos de alarma que puedan presentar los prematuros en el hogar después de alta puedan ser reconocido de forma oportuna, efectiva y conocer la resolución de estos, evitara complicaciones y secuelas, por ende, contribuyendo a disminuir los indicadores de morbi mortalidad neonatal en el Perú. La presente investigación consta de:

Capítulo I: Describe el problema, Formula el problema, Objetivos general y específicos, plantea las Hipótesis general y específicas, establece las Variables Independiente y Dependiente, la operacionalización de las Variables, Justificación e importancia de la investigación, la viabilidad y las Limitaciones.

Capítulo II: Establece el Marco Teórico, planteando los antecedentes de investigaciones Nacional e Internacional, las Bases Teóricas Conceptos de la OMS sobre prematuros, conocimiento de las madres sobre los prematuros, signos de alarma de los prematuros, concepto de prematurez y alta del prematuro.

Capítulo III: Establece el Marco Metodológico describe el tipo de Investigación que es Descriptivo Correlacional, Diseño y Esquema de la Investigación, Población y Muestra, Criterios de Inclusión y Exclusión, además de los instrumentos de recolección de datos, fuentes técnicas e instrumentos de recolección y técnicas de procedimientos, análisis e interpretación de los resultados.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Datos, Descripción de los Ítems de los datos generales, Tablas de los Ítems de ambas variables, y tablas cruzadas, pruebas de Hipótesis, Contrastación de la Hipótesis general, de las Hipótesis específicas 1,2 y 3. Finalmente Prueba de Hipótesis y Contrastación.

Capítulo V: Conclusiones, Recomendaciones y Bibliografía.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTO.....	05
RESUMEN.....	06
SUMMARY.....	08
INTRODUCCIÓN	09

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema.	14
1.2.1 Problema general:	
1.2.2 Problemas específicos	
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo general:	
1.3.2. Objetivos específicos	
1.4. Hipótesis	17
1.4.1. Hipotesis general.....	
1.4.2. Hipotesis especificas.....	
1.5. Variables.....	18
1.5.1. Variable Independiente	
1.5.2. Variable Dependiente.....	
1.6. Operacionalización de variables.....	19
1.7. Justificación de la Investigación	21
1.8. Viabilidad del Estudio.....	22
1.9. Limitaciones	23
A. En cuanto al objeto de estudio	
B. En cuanto al enfoque	
C. En cuanto a la localización.....	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:	24
2.1.1. A nivel Internacional	
2.1.2. A nivel Nacional.....	
2.2. Bases teóricas	30
2.2.1. OMS sobre Prematuros	30
2.2.2. Conocimientos de las Madres sobre El Prematuro.....	32
2.2.3. Concepto de Prematuro.....	35
2.2.4. Signos de Alarma del Prematuro.....	41
2.2.5. Alta del Prematuro	53
2.3. Bases Epistemicas.....	57

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación.....	62
Descriptivo- Correlacional	
3.2 Diseño y esquema de la investigación.....	62
3.3 Población y muestra.....	63
3.3.1. Población	63
3.3.2 Tamaño de muestra.....	63
3.3.3. Criterios de inclusión	64
3.3.4. Criterios de exclusión.....	64
3.4 Instrumentos de recolección de datos.....	64
3.5 Fuentes, Tecnicase Instrumentos de Recolecion de datos.....	65
3.6 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados	65

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. Presentacion y Analisis de los Datos.....	67
Tablas de los Items de los Datos Generales:Edad, Grado de Instrucción y distrito de procedencia	
4.2. Tablas de Frecuencia de los Items de la Variable Nivel de Conocimiento Sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta.....	71
4.3 Tablas de Frecuencia de los Items de la variable Reconocimiento de signos De alarma.....	85
4.4 Tablas de Frecuencia de la variable Nivel de Conocimiento sobre signos De alarma en los prematuros al momento del alta y sus dimensiones....	95
4.5 Tablas de Frecuencia de la Variable Reconocimiento de signos de alarma Y sus dimensiones.....	99
4.6 Tablas Cruzadas.....	103
4.7. Prueba de Hipótesis	107
4.7.1 Prueba de la Hipótesis general.....	107
4.7.2 Prueba de la Hipótesis específica 1.....	111
4.7.3 Prueba de la Hipótesis específica 2.....	114
4.7.4 Prueba de la Hipótesis específica 3.....	119
4.7.5 Prueba de Hipotesis y Contrastacion.....	120

CAPÍTULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES.....	124
RECOMENDACIONES.....	125
BIBLIOGRAFÍA.....	126

ANEXOS

ANEXO Nº 01: Consentimiento Informado

ANEXO Nº 02: . Nivel de Satisfacción

ANEXO Nº 03: Atención que brinda la enfermería al paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

En el Perú, la incidencia de nacimientos prematuros ha incrementado al igual que los indicadores en el mundo. En La capital del Perú, en la ciudad de Lima se encuentra el Hospital María Auxiliadora que es un establecimiento de salud de nivel III-1, que se ubica geográficamente en el sur de la ciudad de Lima, alberga una población de aproximadamente 2,5 millones de habitantes.

En el servicio de Neonatología se reciben un promedio de 9 mil recién nacidos al año de los cuales el 7% nacen prematuramente es decir antes de las 37 semanas de gestación, los neonatos prematuros permanecen en promedio de una a cuatro semanas en hospitalización, las madres acompañan a sus bebés de manera restringida en las unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios y de manera parcial en las unidades de hospitalización (con horarios de 12:00am a 21:00 pm), por ello las madres en el momento de alta de sus bebés manifiestan temor, desconocimiento y falta de seguridad para cuidar a sus bebés prematuros en el hogar.

El número de recién nacidos prematuros que reingresa al hospital por complicaciones como hipotermia, hipoglicemia, apnea del prematuro e infecciones ha incrementado en los últimos años, y aquellos que no llegan a la institución fallecen en los establecimientos de salud de menor nivel de atención o en domicilio. No existe en la institución un programa de educación y acompañamiento a las madres de los prematuros desde el ingreso a la hospitalización que permitiría educar sobre cuidados de este en el momento del alta es decir en su hogar aspectos como lactancia materna, identificación de signos de alarma y otros, tampoco establece seguimiento mediante redes integradas con los establecimientos de salud de menor complejidad, aumentando así las cifras de morbilidad neonatal.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

Por lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

P.1 ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Leves** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipoglicemia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?

P.2 ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Moderados** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipotermia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?

P.3 ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Extremos** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Apnea del prematuro** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- O.1.** ¿Describir la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Leves** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipoglicemia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?
- O.2.** ¿Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Moderados** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipotermia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?
- O.3** Verificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Extremos** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma **Apnea del prematuro** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?

1.4 HIPOTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS:

- H.1** Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Leves** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipoglicemia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.
- H.2** Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Moderados** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Hipotermia** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.
- H.3** Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **prematuros Extremos** al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **Apnea del prematuro** que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015

1.5 VARIABLES

1.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los **Prematuros** al momento del alta

Dimensiones:

- Prematuros Leves
- Prematuros Moderados
- Prematuros Extremos
- Conocimiento Actitudinal
- Conocimiento Procedimental

1.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Reconocimiento de signos de alarma

Dimensiones:

- Hipoglicemia
- Hipotermia
- Apnea del prematuro

1.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		
	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta.	Leve Moderado Extremos	1. ¿Sabe que significa ser un bebe Prematuro? 2. ¿Durante la hospitalización de su bebe recibió información que clase de prematuro es: leve, moderado o extremo? 3. ¿tiene idea de lo que significa ser prematuro leve, moderado o extremo? 4. ¿Conoce Usted los signos de alarma que puede presentar su bebe prematuro?	Cuestionario redactado por la investigadora y validada por juicios de expertos en el tema
	Actitudinal	5. ¿Después del alta usted llevara frecuentemente a su bebe a sus controles? 6. ¿Participaría Usted en el método madre canguro? 7. ¿Su esposo y/o pareja participa en el cuidado de su bebe?	
	Procedimental	8. ¿Conoce Usted de que trata el método madre canguro? 9. ¿Realizo Usted el método Madre Canguro en el servicio? 10 ¿Se lava las manos antes y después del cambio de pañales de su bebe? 11. ¿Sabe Usted tomar la temperatura axilar a su bebe? 12. ¿Sabes qué hacer si tu bebe deja de respirar?	

		<p>13. ¿Durante la hospitalización recibió Usted enseñanza sobre la técnica correcta para dar de lactar?</p> <p>14. ¿Durante la hospitalización recibió Usted enseñanza sobre signos de alarma en los bebés prematuros?</p>	
<p>DEPENDIENTE</p> <p>Reconocimiento de los signos de alarma</p>	Hipotermia	<p>15. ¿Sabe que significa hipotermia?</p> <p>16. ¿Conoce Usted la temperatura adecuada que debe tener su bebé?</p> <p>17. ¿Es necesario abrigar la cabeza de tu bebé prematuro?</p>	<p>Cuestionario Realizada por el investigador y validada por juicios de expertos especialistas.</p>
	Hipoglicemia	<p>18. ¿Sabes que significa Hipoglicemia?</p> <p>19. ¿La Leche materna es la alimentación única para su bebé?</p> <p>20. ¿Sabe Usted que su bebé necesita lactar como mínimo cada dos a tres horas?</p> <p>21. ¿Es normal que su bebé duerma mucho?</p>	
	Apnea del Prematuro	<p>22. ¿Conoces como es la respiración del bebé prematuro?</p> <p>23. ¿te alarmas y llevarías al centro de salud más cercano si tu bebé se pone azul y deja de respirar?</p> <p>24. ¿Conoces la posición correcta para dormir de tu bebé?</p>	

1.7 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION:

a) De carácter práctico:

Los resultados de esta investigación permitirán establecer de manera objetiva y veraz el nivel de conocimiento de las madres de los recién nacidos prematuros que estuvieron hospitalizados y que al momento del alta puedan detectar y reconocer los principales signos de alarma, y con ello disminuir la incidencia de reingreso hospitalario y por ende indicadores morbimortalidad neonatal.

Motivara a los profesionales de Salud especialmente de Enfermería a establecer un programa de educación en servicio a las madres de los prematuros desde el ingreso al servicio hasta el momento del alta con la finalidad de que las madres reconozcan tempranamente los principales signos de alarma y como resultado disminuir los índices de morbimortalidad en los prematuros.

b) De carácter Metodológico:

El procedimiento, para llevarse a cabo esta investigación científica permitirá la aplicación de los fundamentos teóricos para los antecedentes de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

c) De carácter teórico:

Los resultados de esta investigación permitirá a las enfermeras especialistas en neonatología y enfermeras que brindan cuidados especializados a incrementar y actualizar los estudios en termino al nivel de conocimiento de las madres de los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma, haciendo que el significado y la trascendencia produzca innovación en el servicio en el aspecto educativo para superar los problemas de morbimortalidad neonatal en nuestro ámbito de atención.

1.8 VIABILIDAD DEL ESTUDIO

Las razones determinantes de la viabilidad del estudio son:

- **EL OBJETO DE ESTUDIO:** Representado por las madres de los prematuros hospitalizado en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el año 2015.
- **LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO:** Son alcanzables por la participación activa y responsable de las madres de los prematuros en este estudio, y el interés de tener conocimiento de los principales signos de alarma del prematuro que deben reconocer en el hogar de forma oportuna.
- Los resultados, conclusiones y recomendaciones servirán como precedente para futuros estudios, en busca de implementar programas educativos individuales y/o colectivos dirigidos a las madres de los bebés prematuros con la finalidad de incrementar los conocimientos en la identificación temprana de los signos de alarma y así contribuir a disminuir los indicadores de enfermedad y muerte neonatal del prematuro.
- **DISPONIBILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:** Se realizó un cuestionario para las madres de los prematuros, en busca de verificar y conocer el nivel de conocimiento de estas con respecto a la detección de los signos de alarma más frecuente en estos recién nacidos de alto riesgo.
- **DISPONIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACION TEORICA:** Estudios relacionados como antecedentes al tema de investigación con alto nivel de evidencias.
- **DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS:** La investigadora cuenta con sus propios recursos humanos, técnicos, económicos y materiales para la ejecución del proyecto.

1.9 LIMITACIONES

1.9.1 EN CUANTO AL OBJETO DE ESTUDIO

Las madres de los prematuros extremadamente pequeños o menores de 1500 kilogramos son excluidas del estudio al igual que aquellas que tuvieron recién nacidos prematuros menor de 30 semanas de edad gestacional.

1.9.2 EN CUANTO AL ENFOQUE.

Estudio tiene características descriptivas con un enfoque teorico-científico, consta de dos variables las cuales se buscará la correlación entre ambas variables tanto la variable independiente como la dependiente, lo cual mejorará el nivel de conocimientos de las madres de los prematuros con respecto a la identificación de signos de alarma en el servicio de Neonatología, si se rechaza la Hipótesis Nula.

1.9.3 EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN

El Hospital María Auxiliadora por ser un establecimiento de salud del tercer nivel, brinda atención de salud especializada está ubicada en el cono sur de Lima y es un hospital de transferencia de la Región del sur del País por ello no es posible ni está al alcance de todos los niños prematuros que necesitan ser atendidos, por la alta demanda de pacientes en el área geográfica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional.

PAVA L. CAROLINA (2013) Esta tesis de investigación tiene como título.

“Prácticas de cuidado con el Recién Nacido Prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar” Conclusión del estudio: Las prácticas de cuidado con el recién nacidos prematuros o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones de conocimiento ético que se evidencian en los temas propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural. (1)

ARAQUE S. SONIA, ARIZA R. NELLY (2013) “Estrategia Educativa para el cuidado domiciliario de los bebes prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia” Llegan a la conclusión: El diseño de la estrategia educativa debe ser flexible , disponer de recursos humanos dedicados a capacitación individualizada, visitas de monitoreo y evaluación familiar, ya que contribuyen a afianzar el apoyo, disipar dudas, temores y en la correcta aplicación de las actividades prácticas del programa madre canguro. (2)

HIGUERA D. MARINA, CHRISTIANSEN. HEIDY, CIFUENTES. CLAUDIA (2005).” Cuidados del Recién Nacidos Prematuro en Casa. Intervención educativa aplicando el modelo del autocuidado de Dorothea Orem”

Resumen: Para el desarrollo de este estudio se contó con la evaluación preliminar de los conocimientos de un grupo de 20 madres cuyos hijos estuvieron hospitalizados en la unidad de recién nacidos del Hospital de San José durante el segundo semestre del 2003.El presente estudio es de tipo comparativo transversal entre un grupo intervenido y uno no intervenido y tiene como objetivo evaluar la influencia de un programa educativo sobre

los cuidados del niño prematuro en casa, aplicando el modelo del autocuidado de Dorothea Orem. La comparación entre los dos grupos se realizó aplicando una prueba de diferencia de proposiciones con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis planteada. Por lo que se considera que el programa educativo fue para el grupo de madres significativo en cuanto a la obtención de conocimientos.

(3)

OCAMPO G. MELBA, CASTILLO E. EDELMIRA (2014) “Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza” El estudio concluye:

Ser madre es el resultado de un proceso que implica desarrollar una fuerte identidad maternal, este inicia en la gestación y abarca incluso los primeros meses de vida del hijo. Este proceso se nutre de la constante interacción madre-hijo. Para conocer las vivencias de las madres de niños prematuros que han requerido hospitalización, al asumir el cuidado de ellos en casa, se realizó un estudio fenomenológico con participación de diez madres. Los hallazgos indican que la separación de la diada durante la hospitalización impone limitaciones, que impiden que la mujer asuma con tranquilidad y alegría el nuevo rol. Es importante empoderar al personal de enfermería de las unidades neonatales para implementar estrategias de contacto temprano y continuo madre-hijo, que apoyen a las mujeres en el proceso de convertirse en madres (4).

SANCHEZ LEISY. (2012) “Nivel de conocimientos de madres de recién nacidos pretérmino sobre los cuidados que amerita a su egreso. Servicio de patología Neonatal. Hospital Central “Antonio María Pineda”

La tesis concluye: La evaluación del nivel de conocimiento de las madres de neonatos prematuros en lo concerniente a los cuidados que deben proporcionarle en el hogar es de relevancia para todos aquellos que están relacionado con la atención de estos pacientes, ya que ello repercutirá en forma directa en la evolución clínica y en el adecuado desarrollo y crecimiento de estos pacientes, así como el riesgo al que puedan exponerse derivados de medidas preventivas deficientes. Por este motivo,

y basados en los datos obtenidos se puede concluir que el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a los cuidados que amerita el recién nacido a su egreso es regular. (5)

CASTIBLANCO L. NUBIA, MUÑOZ DE RODRIGUEZ LUCY. (2011).

“Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar” El estudio de investigación concluye: La visión de las madres cuidando al recién nacido prematuro es universal: “significa cuidar mucho al niño” y estar pendientes; por otra parte, la connotación de cuidado es diversa porque cada madre lo cataloga, desde su propia percepción, como cuidado extremo, básico, esencial y especial. También las madres dejaron conocer creencias, valores, tradiciones y mitos. (6)

GOMEZ R. LADY D, SANDOVAL M. MARIA CRISTINA, URIBE E. ADRIANA

“Preparación de los padres para brindar cuidado en el hogar a los recién nacidos pretérminos egresados de una unidad neonatal de un Hospital Nivel II de Bogotá. El estudio concluye: Los padres y/o cuidadores del Recién Nacido Pretérmino, están influenciados por sentimientos y emociones emanados de la preocupación que generan el estado de salud - enfermedad del neonato, situación que suele confundirlos en el momento del egreso al hogar, llevándolos a cuidar inseguramente al Recién Nacido Pretérmino, aumentando las complicaciones y los reingresos hospitalarios. El principal objetivo del cuidado del RNPT en el hogar, es el desarrollo motor y emocional - afectivo, por lo tanto, los padres deben conocer y

Practicar todos los cuidados necesarios para dar bienestar al RNPT.

Un adecuado cuidado satisface las necesidades físicas y emocionales del RNPT. La implementación del proyecto en el plan de egreso hospitalario garantizará padres entrenados en el cuidado al prematuro y niños con desarrollo psicomotor adecuado. Se puede evidenciar que la mayoría de los padres conocen la patología del RNPT y lo que ello implica, comprenden que esta situación los hace más susceptibles a diferentes enfermedades y que por ende requieren de un

conocimiento específico de signos y síntomas de alarma, además, de cuidados especiales en el hogar, para lograr un adecuado desarrollo.

También se puede evidenciar que cuentan con una red de apoyo y que son Conscientes que ante cuidados seguros se obtendrán disminución de las Complicaciones. La aplicación de un modelo de cuidado de mediano rango permite la integración de conocimientos prácticos y disciplinarios de la profesión de importancia para brindan cuidado holístico a nuestros usuarios, el análisis 73 desde la perspectiva de una teoría valora la profesión dentro de un contexto investigativo. (7)

NORUEGA O. NORMA Y, RODRIGUEZ R. MARIA R. (2008).

“Aprendiendo a cuidar al Recién Nacido: Un cuidado congruente con la cultura”

La conclusión es: En el momento que el profesional de enfermería se da cuenta de la connotación y el significado de valor del legado cultural, da importancia a los valores culturales de la gente, respetando las creencias prácticas culturales, con el fin de ofrecer en las instituciones de salud a la mujer puérpera, recién nacido, familia y comunidad un cuidado de enfermería culturalmente congruente, partiendo del saber profesional y cultural, a si se disminuye los conflicto entre los profesionales de salud y su familia, logrando mayor participación en el cuidado y disminución de las complicaciones derivadas de las prácticas que requieren reestructuración y negociación.(8)

BARRIENTOS S. TANIA, FIGUEROA P. DANIELA. (2013) Tesis: “Percepción de madres de Recién Nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el periodo de Hospitalización en la unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo 2012”

El estudio Concluye: La información obtenida de los grupos focales realizados evidenció falencias en el proceso educativo, siendo la falta de organización, tiempo y espacio físico las principales limitantes. Destacaron la necesidad de organizar y estructurar el proceso educativo actual, enfatizando en que éste debe ser flexible y adaptarse a las necesidades y problemáticas de cada madre y recién

nacido. Es prioritario trabajar en el proceso educativo actual, a través de la creación de un programa educativo que regule este proceso, con el fin de asegurar una adecuada adquisición de conocimientos por parte de las madres de los recién nacidos otorgándoles mayor seguridad en los cuidados que le brindan a sus hijos en casa, contribuyendo de esta manera a disminuir la morbi-mortalidad de los mismos. (9)

DELGADO N. MARIO F, CALVACHE E. JOSE A, TABARES T. ROSA E, DEL CAIRO S. CAROLINA, BEDOYA I. LUZ M. (2007).

“Percepciones de Signos de Alarma en enfermedad neonatal de los cuidadores y trabajadores de la salud en Guapi, Colombia” **Conclusiones** Existe un buen reconocimiento de signos de peligro de enfermedad neonatal por Cuidadores (padres) y Trabajadores de salud. Sin embargo, existen diferencias en cuanto al tipo de búsqueda de atención. El hallazgo de enfermedades culturales es importante en la implementación de estrategias de atención neonatal. Este reconocimiento aceptable se obstaculiza por la ausencia de servicios para atender con calidad al neonato enfermo. (10).

GOMEZ C. ESTHER A. (2014) “Seguimiento del Recién Nacido Prematuro atendidos en el servicio de Neonatología del hospital obstétrico Ángela Loayza de Ollague del Canton Santa Rosa de enero a marzo del 2013” La tesis concluye:

En cuanto a las características individuales el 55,03% de los recién nacidos prematuros nacieron antes de las 37 semanas de gestación entre la 35,5 y 36,5, según la edad materna el 40,94% tenían de 13 a 18 años de edad con una ocupación de quehaceres domésticos en un 38,93% un nivel educacional secundario en un 43,62% con un estado civil unión libre en un 42,28%.

Según el nivel de conocimiento que tenían sobre los cuidados del recién nacido pre término en el hogar el 87,92% tenían un bajo conocimiento.

En cuanto a los cuidados que le dan en el hogar la madre al recién nacido prematuro en cuanto a la postura al 54,36% lo mantienen en posición canjuro, el 41,67% con lactancia materna mixta, el 34,23% de las madres vigila su respiración, al 59,06% de los recién nacidos les realizan baños de esponja aun, el 51,01% utilizan vestimenta abrigada, en un 67,79% la madre y familiares no utilizan mascarilla al manipularlos, en un 58,39% si se lavan las manos la madre

y los familiares antes de manipularlos, en un 58,39% no tiene la madre el apoyo de los familiares cercanos, al 54,36% si le realizan baños de sol en las mañanas, al 32,89% de los recién nacidos los mantienen en un ambiente agradable en el hogar. En un 100% las madres quedaron satisfechas por la intervención realizada sobre el cuidado de los recién nacidos prematuros. (11)

MAGALHAES F. GEOVANA, MONTI F. LUCIANA M, MORALES L. ADRIANA, FIRMINO D. MARIANA, SOUZA A. CAROLINA, SILVAN S. CARMEN G. (2009). “Percepciones de madres de prematuros acerca de la vivencia en un programa de educación en salud” **Conclusión:** Frente a los resultados positivos de este estudio, se recomienda que los programas educativos de esa naturaleza y ampliados con la participación de otros miembros de la familia del prematuro sean implantados en otras unidades neonatales. (12)

2.1.2 A nivel Nacional

CABRERA R. ROSALIA, RODRIGUEZ CH. KATYA (2013) Tesis: “Relación entre factores socioculturales y prácticas maternas sobre el cuidado del prematuro en el hogar en el Hospital de Belén Trujillo 2013”

Concluye: En relación a los Factores socioculturales de las madres de los recién nacidos prematuros, se encontró que referente a la edad la mayoría de madres (80.6%) son menores de 20 años; en cuanto al estado civil el mayor porcentaje son convivientes (48%); así mismo en el grado de instrucción el 52% terminó la secundaria; en cuanto al número de hijos el mayor porcentaje (36%) tienen dos hijos; referente a la ocupación, el 77% son amas de casa. El 80% de madres de recién nacidos prematuros realizan inadecuadas prácticas maternas y solo el 20% realiza prácticas adecuadas. Existe relación altamente significativa con el factor edad ($p < 0.031$) y el grado de instrucción ($p < 0.001$); mientras que no existe relación significativa con los factores estado civil ($p > 0.480$), paridad ($p > 0.105$) y ocupación ($p > 0.643$). (13).

ROBLES CAROL, OCHOA V. KATTIA (2014) “Efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma y morbilidad del Recién Nacido” El estudio concluye: La intervención fue efectiva, por el incremento del

conocimiento, la atención precoz al Recién Nacido y la disminución de las atenciones por morbilidad. (14)

MELGAREJO S. GIANNINA (2011) El estudio “Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado del prematuro en el servicio de Neonatología: Hospital Chancay-SBS 2011” Conclusiones. Se acepta la hipótesis de estudio el cual fue demostrado a través de la prueba T de Student que el Programa Educativo tuvo efectividad Señalando que es efectivo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en los cuidados del prematuro. (15).

JIMENEZ M. ELIZABETH J, SOSA S. ALEJANDRA B. (2014). “Educación de las Enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros Chiclayo 2012” La tesis concluye: que la educación impartida por las enfermeras fue de vital importancia, permitiendo satisfacer las necesidades básicas del prematuro: como la alimentación, higiene, vestimenta, abrigo, mamá canguro y estimulación temprana, logrando muchas veces una evolución positiva. Asimismo, inculcan la fe en Dios, porque es quien guía los cuidados que brindan cada día. (16).

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1 LA OMS SOBRE LOS BEBES PREMATUROS.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

En casi todos los países que disponen de datos fiables está aumentando la tasa de nacimientos prematuros. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal en el mundo (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años,

después de la neumonía. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. Más de las tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse si se les prodiga cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos por ejemplo, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica de la “madre canguro” (la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo amamanta con frecuencia); y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido, sin que haya que recurrir a cuidados intensivos neonatales.

Para reducir las tasas de nacimientos prematuros, las mujeres, en especial las adolescentes, necesitan tener un mejor acceso a los servicios de planificación familiar y disponer de mayor capacidad de acción y decisión. También es preciso mejorar la atención prenatal, así como la atención entre y durante los embarazos (17)

SITUACION DE LOS PREMATUROS EN EL PERU:

Según ENDES (Encuesta demográfica y de salud Familiar) 2012, se estima que en el Perú anualmente ocurrirían 12365 defunciones en menores de 5 años, de los cuales 10000 son menores de un año y 5300 son defunciones durante el primer mes de vida. Así mismo, se estima que se producirían un número similar de muertes fetales. Más de la mitad de las muertes infantiles ocurren el primer mes de vida. De acuerdo a información proporcionada por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal de la Dirección General de Epidemiología (SNVEPN) las principales causas de muerte neonatal son prematurez e inmadurez (29%), infecciones (20%) y asfixia (16%), estas causas están relacionadas con determinantes y morbilidad que afecta a la madre durante la

gestación y en el momento del parto. Es indispensable mantener un enfoque perinatal para continuar reduciendo la mortalidad neonatal y consolidar el logro del Cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio. La primera causa que contribuye a la mortalidad neonatal es la prematuridad, asociada a la limitada capacidad de los servicios de salud para atender estos casos. Debe tenerse en consideración que la prematuridad y el bajo peso al nacer (8% de los RN registran bajo peso, según ENDES 2012), se debe a los inadecuados cuidados prenatales. No obstante, el incremento de la cobertura del Control Prenatal que viene ocurriendo en el país, aún existe déficit en la calidad de este servicio, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas (Especialmente la infección urinaria y la anemia). La prematuridad y las malformaciones congénitas no solo ponen en riesgo la vida del RN, sino que, en caso de sobrevivir, contribuyen al desarrollo de diferentes discapacidades, así como a la aparición de enfermedades crónicas que afectan de manera importante la calidad de vida y el capital social del país. (18)

2.2.2 CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EL PREMATURO

El conocimiento es una mezcla de experiencia, valores, información que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción; el conocimiento es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez; objetivo, porque corresponde a la realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera en

cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”. El conocimiento es definido desde diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: el tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón, desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido; Según Salazar Bondy define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc. a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer , estos son acumulados, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje; distingue además dos niveles de conocimientos: el conocimiento vulgar: es aquel que es adquirido y usado espontáneamente, el conocimiento científico; aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia) y el conocimiento científico de nivel superior, eminentemente problemático y crítico y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia. Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacta, clasificándolo en: conocimiento científico el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto limitado por la observación. En la actualidad se cuenta con gran número de información de diversas fuentes del conocimiento como la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no solo percibe los objetos y fenómenos del mundo sino influye activamente sobre ellos transformándolas por ello es importante que las madres posean los conocimientos sobre su participación en el cuidado del prematuro para favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo del niño. (19).

Numerosos estudios sugieren que el nacimiento de un recién nacido pretérmino plantea una crisis psicológica en la madre y en la familia. Se sabe que las madres experimentan ansiedades específicas que atentan contra el desarrollo de una buena relación madre-hijo. Hay estudios que observaron que las reacciones producidas frente a un acontecimiento de estrés, como el nacimiento de un recién nacido prematuro podrían ser condicionadas por factores de personalidad preexistente, no obstante no hay duda de que las prácticas hospitalarias son capaces de influir sobre estos factores. Durante los últimos años se ha avanzado mucho en los conocimientos sobre la interacción de los recién nacidos y sus padres. El impacto de la prematurez sobre los padres y la familia es enorme de ahí la importancia de su apoyo. Las siguientes situaciones son las que afronta los padres y la familia:

- Preocupación, ansiedad y temores que el recién nacido prematuro fallezca.
- En la madre frustración y culpa por no haber continuado con el embarazo.
- Adaptación a un medio ambiente totalmente extraño donde se habla un lenguaje totalmente extraño.
- Relación con múltiples personas que no conocen por problemas que no comprenden.
- Pérdida del control de su función de padres especialmente de la madre.

En el apoyo a los padres debemos destacar el papel del personal de enfermería, el cual resulta de enorme importancia ya que es la que mantiene un contacto muy cercano con los padres y puede enseñarles y alentarlos en múltiples aspectos. Es útil realizar una encuesta social en los primeros días ya que en ella se obtendrá un diagnóstico social y de riesgo. Entre los padres de los prematuros hay una alta frecuencia de madres adolescentes, solteras, con embarazo no deseados y parejas inestables con bajo niveles socioeconómicos. Por medio de la encuesta se trata de detectar tempranamente las características sociales de la familia, esto puede contribuir mucho en las estrategias posteriores.

- Es importante hablar con ambos padres juntos.
- Se les informara sobre las características de los recién nacidos prematuros y de ser posible se le entregara un cuadernillo informativo.

- Se destacará que no existen horarios para visitar al niño y que pueden hacerlo cuando lo deseen.

Es factible que la respuesta emocional de los padres siga pasos variables, según su personalidad y su respuesta ante el estrés y también de acuerdo con otros aspectos, como el acompañamiento y estímulo de familiares y amigos. Sin embargo, el apoyo que la institución les brinde siempre será esencial. Programas especiales de intervención con los padres de prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivo pueden ser beneficioso, reduciendo de manera significativa el nivel de estrés y depresión en un grupo de madres de prematuros. La esencia del objetivo del grupo tratante es ayudar a la familia a manejar lo mejor posible la dependencia transitoria de los cuidados de su hijo en otras personas. El restablecimiento de este control por parte de los padres es esencial y depende en gran medida del equipo neonatal el dar poder a la familia y hacerlos participar en los cuidados para que desarrollen su potencial de padres y recobren su autonomía y autovaloración. Se debe tener claro que el recién nacido no pertenece a la institución y que forma parte desde el nacimiento a su familia. Si se tienen presentes estos objetivos se podrán evitar o detectar tempranamente las situaciones que llevan a los padres a una severa crisis, la cual puede tener consecuencias desfavorables en el cuidado del niño y en la familia toda. (20).

2.2.3 PREMATUROS

El prematuro presenta problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de prematurez. Por consiguiente, la prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicas - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversos procesos de salud que afectan a la madre y al feto. Un prematuro es un neonato que nace antes de la semana 37 de gestación sin haber completado el ciclo de maduración, se dice que ha nacido prematuramente, esta condición permite que el bebé presente problemas de adaptación al medio extrauterino; a diferencia del recién nacido de bajo peso, cuyo peso al nacimiento, está por debajo del percentil 10, de las curvas de crecimiento y éste es inferior a 2500g. El peso del niño al

nacer es un indicador útil para evaluar la supervivencia infantil y la salud durante el primer año de vida.

La etapa perinatal más vulnerable de la vida del ser humano es el período posterior al nacimiento, porque presenta grandes riesgos para la sobrevivencia, caracterizado por la presencia de eventos que dejan algún tipo de secuelas, a largo plazo, siendo comunes las neurológicas. Por lo tanto, el cuidado de niños pequeños y prematuros amerita cuidados especiales por un equipo de salud entrenado y posteriormente por las madres, quienes deben contar con el acompañamiento del equipo de salud, para conservar su sobrevivencia. (1)

Según la OMS LA CLASIFICACION DE PREMATUROS ES:

- Prematuro Moderado o Tardío: 32 semanas. < 37 semanas
- Muy Prematuro: 28 semanas.>32 semanas.
- Prematuro Extremo: < de 28 semanas

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) clasifica:

- Prematuro Leve: 34 semanas-36 semanas.
- Prematuro Moderado: 30 semanas -33 semanas.
- Prematuro Extremo: 26 semanas- 29 semanas
- Prematuro muy Extremos: 22 semanas - 25 semanas.

Las causas que guardan relación directa con la etiología de la Prematurez son: Maternas, Fetales y Placentarias.

Maternas: Extracto socioeconómico bajo, Toxemia gravídica, nefropatía, diabetes, malnutrición, farmacodependencia, altitud, etc.

Fetales: Embarazo múltiple, Malformación congénita, anomalía cromosómica, síndrome de rubeola congénita, Infección congénita por citomegalovirus, etc.

Placentaria: Insuficiencia placentaria, Arteria umbilical única, inserción anómala del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de la placenta, tumores, implantación, anomalías vasculares de la placenta, etc. (22)

Características anatómicas y fisiológicas

El nacimiento de niños prematuros como consecuencia de uno o varios factores de riesgo, ambientales, familiares, maternos o fetales implica compromiso de los sistemas respiratorio, cardiocirculatorio y dificultades en la regulación de temperatura, nutrición y alimentación, infecciones, hemorragia intracraneana e Hiperbilirrubinemia los cuales, ponen rápidamente en peligro sus vidas. Las características de los niños prematuros se describen a continuación:

- **La piel** es fina, transparente con exceso de lanugo y poco vernix caseoso. Los depósitos de grasa no están presentes. Las extremidades inferiores son más cortas y más delgadas. Presenta escasos repliegues en pies y manos. En la actitud corporal destaca la hipotonía general (escaso nivel de actividad).
- **Problemas de adaptación respiratoria por la prematurez y a la reabsorción del líquido pulmonar:** (Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), se produce por la falta de surfactante pulmonar. Se produce colapso alveolar, con atelectasia progresivas y un corto circuito circulatorio intrapulmonar que lleva a una hipoxemia. Se presentan alteraciones mecánicas como fatiga de los músculos respiratorios que lleva a insuficiencia respiratoria, hipoxemia e hipercapnia, que agravan el cuadro aumentando la resistencia vascular pulmonar. Los movimientos respiratorios son rápidos, superficiales e irregulares, presentando en ocasiones tiraje intercostal. Suele presentar respiración periódica caracterizada por breves periodos de apnea que alternan con periodos de ventilación sin cambios en la frecuencia cardíaca ni en la coloración. Presenta inmadurez del centro respiratorio, desarrollo incompleto de alvéolos, menor cantidad de surfactante Debilidad de tono en los músculos respiratorios, costillas blandas y flexibles y esternón poco resistente. La respiración suele ser diafragmática pues solo este músculo tiene capacidad
- **Problemas de adaptación Cardiocirculatorio:** Con el clampaje del cordón umbilical y el inicio de la primera respiración, ocurren cambios en el sistema cardiovascular del recién nacido como Cierre del foramen oval ,

Cierre del ductus arterioso y cierre del ductus venoso .En esta medida los pulmones deben actuar en minutos, mientras que el sistema cardiovascular puede demorar horas e incluso días para ajustarse a la vida extrauterina, por tanto los prematuros tienen mayor posibilidad de sufrir asfixia y escasa expansión pulmonar con la consecuente hipertensión pulmonar que les induce la muerte. La frecuencia cardíaca suele ser mayor que en el nacido a término. En grandes prematuros existe Persistencia del Conducto Arterioso. Tendencia a la fragilidad capilar y facilidad para que se produzcan hemorragias.

- **Termorregulación:** Para el prematuro la condición de bajo peso, su piel fina y transparente, sin tejido adiposo hace que sufra pérdida de calor fácilmente con respecto al niño a término, también, la baja humedad y la velocidad del aire circulante, aumenta las pérdidas de calor. Luego, el prematuro no cuenta con este mecanismo de defensa lo que permite más consumo de oxígeno y de glucosa, comprometiéndolo en hipotermia e hipoglucemia, por esta razón deben de recibir soporte externo de calor para mantener su temperatura corporal. Estas pérdidas de calor en el recién nacido ocurren alteración de la superficie de volumen, menor aislamiento cutáneo, control vasomotor y postura corporal. Dificultad para regular la temperatura por inmadurez del centro neurológico responsable de la termorregulación, mínima actividad muscular frente a gran superficie cutánea, escasa cantidad de grasa que facilita la pérdida de calor, dificultad de respuesta del lecho vascular periférico que no se contrae ante una temperatura ambiental baja ni se dilata en la situación contraria

- **Nutrición:** La inmadurez del tubo digestivo limita al prematuro para su alimentación adecuada, el bebé es capaz de digerir y absorber la leche materna y eliminar productos de desecho, pero el inicio de la lactancia debe ser cuidadoso comenzando por pequeños volúmenes e incrementado según la tolerancia del prematuro. Si el aumento es brusco puede presentarse la enterocolitis necrotizante (ECN), favorecida por la presencia de factores predisponentes como hipoxia, hipoperfusión del intestino, alimentación precoz con volúmenes altos e invasión de la mucosa intestinal

por gérmenes. Debilidad en los reflejos succión-deglución (+- 34 s de gestación). Escasa fuerza en la musculatura de la boca. Capacidad gástrica reducida lo que obliga al fraccionamiento de las tomas con aumento de la frecuencia. Inmadurez cardiorrespiratoria produciéndose regurgitaciones con el consiguiente riesgo de aspiración. En el intestino hay alteración en la secreción y en la motilidad con fácil distensión por gases (meteorismo) y estreñimiento.

- **Infecciones:** las incidencias de infecciones en los prematuros evolucionan con septicemia. Esto se debe a la inmadurez de inmunidad celular. Otras causas de morbilidad y mortalidad de los prematuros o neonatos de bajo peso son alteraciones metabólicas como glicemia, la hemostasia del calcio, alteraciones en la coagulación y otras por la hipoxia y su inmadurez anatómica-funcional e inmunológica del intestino como lo es la enterocolitis necrotizante (ECN). Entre el 10 y 20% de los prematuros de muy bajo peso presenta alteraciones del neurodesarrollo asociadas con parálisis cerebral, alteraciones visuales y auditivas, y retardo mental. El factor de riesgo neonatal más importante es el bajo peso de nacimiento. La frecuencia de sepsis en el prematuro de < 1500 g. es 8 a 10 veces mayor que en el recién nacido de término (RNT).

- **Hemorragia Intracraneana:** predomina la hemorragia periventricular en los prematuros, debido a su anatomía vascular lábil en la región subependimaria y limitaciones en la autorregulación del flujo cerebral. Entre los cuidados clave está la estabilidad hemodinámica y evitar de hipoxia e hipercapnia que altera el flujo cerebral en la manipulación y revisión constante de los factores de coagulación.

- **Hiperbilirrubinemia:** es un problema frecuente del prematuro debido a la inmadurez de su sistema de conjugación y excreción hepático, a su vez el pasaje de bilirrubinas al sistema nervioso central es bajo esta condición

hace que aparezca la bilirrubina no conjugada, capaz de atravesar la barrera hematoencefálica.

- **Problemas neurológicos:** el sistema nervioso es inmaduro, pero soporta la adaptación neonatal, el sistema nervioso autónomo coordina las funciones cardiacas y respiratorias. También son percibidos los estímulos dolorosos, los ciclos de sueño, las funciones neurológicas y fisiológicas; los reflejos de alimentación, protección e interrelación social está presente, el tono muscular y las funciones del tronco cerebral pueden ser comprometidos en el prematuro. Presenta mayor somnolencia que el nacido a término lo que dificulta la alimentación. Pobreza de surcos y circunvoluciones reduciéndose las funciones nerviosas a la vida vegetativa y refleja. Pueden estar abolidos o disminuidos los reflejos del recién nacido debido a que la formación de mielina no tiene lugar hasta el 7º-8º mes de vida intrauterina. Presenta un llanto débil.

- . **Aparato urinario.** La inmadurez del glomérulo, (escaso en capilares) dificulta el filtrado. La inmadurez del túbulo dificulta la eliminación de Na y facilita que el exceso produzca edemas. Sangre. Desaparece la poliglobulia del recién nacido instaurándose la típica anemia del prematuro que durante los tres primeros meses es rebelde al tratamiento (EPO).

- **Metabólico.** Tendencia a la hipoglucemia debido a los escasos depósitos de glucógeno; tendencia a alteraciones electrolíticas

- **Órganos de los sentidos.** El uso de algunos tratamientos puede afectar al oído y a la visión de pretérmino.

Actualmente se sabe que el manejo habitual de estos pacientes es el responsables de numerosas morbilidades que se detectan cerca del momento del alta y después de ella, especialmente en el área neurológica; por lo tanto ya no solo preocupa la sobrevivencia de estos niños sino que también la calidad de vida posterior. Por lo tanto la dramática reducción en

la mortalidad infantil de los neonatos prematuros se ha acompañado del concomitante aumento en las condiciones de minusvalía de las cuales es necesario tener en cuenta: parálisis cerebral, retraso mental, pérdidas auditivas, alteraciones visuales, retinopatía de la prematuridad, neumonía crónica, crecimiento escaso, aumento de afecciones posnatales, rehospitalizaciones, mayor riesgo de maltrato y abandono entre otros (21).

2.2.4 SIGNOS DE ALARMA DEL PREMATURO

Los signos de alarma son manifestaciones o evidencias clínicas, médico quirúrgicas que van a presentar en el recién nacido prematuro y que debe ser detectada y tratada en forma oportuna para evitar complicaciones y mayores como morbimortalidad, por ello es importante valorar los datos obstétricos maternos y el examen físico del neonato. Estos son:

Hipotermia. La Hipotermia suele ser síntoma de un proceso de fondo más grave, por ejemplo, hipoxia previa o presente, se dice a la temperatura corporal central menor de 36.5°C (axilar) debiéndose tener especial atención cuando se acompaña de otros síntomas. A fines del siglo XIX, los primeros neonatólogos, se dieron cuenta que la mortalidad del prematuro se asociaba al enfriamiento, ha pasado más de un siglo, y uno de los grandes problemas en la unidad de atención inmediata sigue siendo cómo lograr una temperatura neutra ambiental en estas unidades. Los prematuros sufren problemas especiales que les dan desventaja en el mantenimiento de la temperatura:

- a) Poseen una mayor superficie cutánea con respecto a su peso, teniendo mayores pérdidas de calor por exponer una gran área de intercambio de temperatura con el ambiente que lo rodea.
- b) Tienen menor cantidad de grasa subcutánea, y por lo tanto menor aislamiento, por lo que tienen limitada capacidad para conservar el calor.
- c) Existen unos depósitos de grasa parda menos desarrollados, y por lo tanto menor capacidad de movilizar la noradrenalina y los ácidos grasos libres.
- d) El recién nacido prematuro es incapaz de ingerir suficientes calorías, aportando poco insumo a la termogénesis, por lo que no puede producir calor suficiente.

e) El consumo de oxígeno está limitado en algunos niños prematuros debido a los problemas pulmonares.

f) El prematuro tiene capacidad disminuida para disipar calor mediante el sudor.

g) Debido a que el prematuro no tiritita cuando es expuesto al frío, la producción de calor depende de su capacidad de generar calor por termogénesis química en el tejido adiposo pardo. Los recién nacidos prematuros sometidos a episodios de hipotermia responden con una vasoconstricción periférica, conducente a un metabolismo anaerobio y una acidosis metabólica, que puede resultar en una constricción de los vasos pulmonares, produciendo una mayor hipoxia, metabolismo anaerobio y acidosis, entrando en un círculo vicioso. Esta hipoxia compromete aún más la respuesta del RN al enfriamiento. El RN corre, por lo tanto, mayor riesgo de hipotermia y de sus secuelas, es decir, hipoglicemia, acidosis metabólica y mayor consumo de oxígeno. Si el prematuro es extremo estas desventajas son mayores. La capacidad termorreguladora en el prematuro mejora con la edad postnatal. Además, avances en la madurez neurológica permite al infante gradualmente adoptar una posición de flexión, la cual reduce el área de superficie disponible para intercambio de calor con el medio ambiente.

La prevención y tratamiento de la hipotermia se efectúa mediante el uso de incubadoras, en que la temperatura del aire puede regularse, o bien mediante incubadoras abiertas o servocunas también la alternativa del programa madre canguro donde se de mejor atención al neonatal.

MÉTODO CANGURO

El método se basa fundamentalmente en Lactancia materna exclusiva, calor y estimulación temprana. Está ampliamente demostrado en el método canguro el rol termorregulador de la madre o del padre que evita que el prematuro se enfríe. No se debe bañar al canguro durante todo el tiempo que está realizando el método así se evita que tenga hipotermia y habrá menor consumo de energía. El calor que es generado por el cuerpo de la madre es transmitido al recién nacido para lo cual debe estar en contacto piel a piel, muy cerca del seno materno, durante las 24 horas del día, debajo de su ropa de uso diario. El prematuro, debe estar en posición de cúbito prono y desnudo o en posición canguro. (23)

Hipoglicemia: La hipoglicemia clínicamente significativa refleja un desequilibrio entre la oferta y el uso de glucosa y combustibles alternativos, y puede resultar de una multitud de alteraciones de los mecanismos de regulación. Una definición racional de hipoglicemia debe tener en cuenta el hecho de que los síntomas agudos y las secuelas neurológicas a largo plazo ocurren dentro de un continuo de valores bajos de glucosa en plasma de duración y gravedad variable.

En la actualidad, a la vista de datos de seguimiento neurológico, metabólico y estadístico, el punto de corte es **< 45 mg/dl** (2,5 mmol/l), tanto para bebés pretérmino como a término, y a cualquier rango de edad extrauterina, con los cuales ya se asocian respuestas adrenérgicas y aumento de flujo sanguíneo cerebral, aunque en estos neonatos no haya sintomatología de hipoglicemia. (24)

CAUSAS DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL

En general, la hipoglicemia se produce en los recién nacidos como consecuencia de tres mecanismos básicos:

1. **Depósitos de Glicógeno reducidos:**

- a. Prematuridad
- b. Estrés Perinatal
- c. Inanición
- d. Enfermedad por almacenamiento de glucógeno.

2. **Hiperinsulinismo:**

- a. Lactante de Madre diabética
- b. Síndrome de Beckwith-Wiedemann
- c. Tratamiento farmacológico materno
- d. Adenoma de células insulares o nesidioblastosis
- e. Eritroblastosis fetal

3. **Producción de glucosa disminuida:**

- a. Lactantes pequeños para la edad gestacional
- b. Errores congénitos del metabolismo

4. **Otros:**

- a. Hipotermia
- b. Sepsis
- c. Trastornos hipotalámicos o hipofisarios
- d. Insuficiencia Suprarrenal

e. Policitemia

DEPÓSITOS DE GLUCÓGENO REDUCIDOS:

a. PREMATURIDAD:

Teniendo en cuenta que la acumulación de glicógeno en el hígado se produce en el tercer trimestre del embarazo, la prematuridad se asocia con disminución de los depósitos de glucógeno en el hígado y puede predisponer por ello a los lactantes a hipoglucemia. Se presenta hasta en un 15% en las primeras horas.

b. DISTRES PERINATAL:

Los lactantes que están estresados in útero o intraparto presentan riesgo de hipoglucemia. La hipoxia y la acidosis conducen a un aumento de actividad de las catecolaminas, lo cual estimula la glucogenólisis hepática. La hipoxia acelera también la utilización de glucosa debido a los efectos del metabolismo anaerobio. Durante el metabolismo anaerobio se requiere globalmente 18 veces más glucosa para producir cantidades comparables a ATP (trifosfato de adenosina).

c. TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL GLUCÓGENO:

Tres trastornos del metabolismo del glicógeno pueden presentarse con hipoglucemia en el periodo del recién nacido. La deficiencia de glucosa 6 fosfatasa, la deficiencia de amilo 1,6 glucosidasa y la deficiencia de fosforilasa limitan el metabolismo del glicógeno o bien la liberación de glucosa, con un exceso resultante de los depósitos de glicógeno, hepatomegalia e hipoglucemia. Para el diagnóstico, es necesario los análisis de laboratorio y la biopsia en niños con fenotipos característicos (fascies de querubín, obesidad del tronco y hepatomegalia).

d. AYUNO PROLONGADO:

Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los prematuros tienen reservas hepáticas de glucógeno disminuidas. Además, estos últimos presentan vías de energía alternativas inmaduras. Estas condiciones les impiden mantener glicemias adecuadas frente a periodos de ayuno prolongado. (25)

CLASIFICACIÓN SEGÚN DURACIÓN

Hipoglucemia neonatal transitoria:

Primeros siete días, como un problema autolimitado, y, generalmente, es consecuencia de cambios en el 'medio ambiente metabólico' in útero o luego del nacimiento.

Hipoglicemia neonatal persistente:

es aquella que va más allá de los primeros siete días y, por lo general, está relacionada con problemas metabólicos intrínsecos diversos del recién nacido.

SÍNTOMAS:

Se producen por dos mecanismos:

1. Activación del sistema nervioso autónomo por liberación de las catecolaminas, como principal hormona contra reguladora.
2. Depravación de glucosa al cerebro, con alteración progresiva de la función neurológica y de falta de energía a diferentes órganos.

Los síntomas clásicos incluyen dificultad en la alimentación, irritabilidad, letargia, hipotonía, llanto anormal, temblor, hipotermia, respiración irregular o quejido, apnea, cianosis, taquicardia o bradicardia y convulsiones. El coma y las convulsiones se pueden producir por niveles bajos prolongados de glucosa (< 10 mg/dl) o hipoglicemia repetitiva. No es fácil su reversión con la administración de glucosa. No siempre es evidente, pueden ser mínimos e inespecíficos y, aun, asintomática. (24)

DIAGNÓSTICO:

Los neonatos con mayor riesgo de presentar hipoglucemia neonatal, deben ser monitoreados dentro de las primeras 2 horas de vida y a las 4, 6, 12, 24 y 48 horas o toda vez que aparezcan síntomas compatibles con hipoglucemia, con fines de monitoreo está extendido el uso de tiras reactivas o el de *glucómetro*. Ambos métodos requieren confirmación de dosaje de glucosa en plasma hecho en laboratorio, dado que no son confiables cuando el resultado indica concentraciones de glucosa inferiores a 40-50 mg/dl. Una vez obtenido un valor confiable significativamente bajo, se puede hacer diagnóstico de hipoglucemia en el recién nacido. De hecho, el diagnóstico debe confirmarse a través del laboratorio, la cinta reactiva como se dijo es un método rápido, pero poco preciso en los valores altos y bajos. Las cintas reactivas deben usarse como método de tamizaje y confirmarse con el método de glucosa oxidasa, preciso, pero lento de procesamiento. El tiempo y la periodicidad de pos-controles de glicemia dependerán de las posibles etiologías de la hipoglucemia neonatal. En los recién nacidos con factores de riesgo el primer control se realizará a las 2 horas de vida, momento en que fisiológicamente se encuentra el menor valor de glicemia, este

fenómeno es más precoz en el hijo de madre diabética al cual se le debe realizar un control a la hora vida. En los recién nacidos con Eritroblastosis fetal el control debe ser posterior a la exanguinotransfusión.

Cuando la hipoglucemia se prolonga y los requerimientos de glucosa son muy elevados sin una causa clara deben realizarse exámenes complementarios tales Como: niveles de insulina, hormona del crecimiento, hormona adrenocorticotrópica, tiroxina y glucagón durante un episodio de hipoglucemia. Además de la determinación de aminoácidos plasmáticos, se debe realizar en orina cuerpos cetónicos y ácidos orgánicos. Por tanto, todos los lactantes en riesgo de desarrollar hipoglucemia neonatal deben ser monitorizados, porque la anticipación y la prevención son mucho más eficaces que el tratamiento para mejorar el pronóstico del neonato. Los valores de la glucemia menores de 40 mg/dl deben ser verificados y tratados.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la hipoglucemia depende de varios factores. Los lactantes que están sintomáticos con niveles de glucosa fronterizos y son capaces de tolerar tomas enterales pueden recibir fórmula láctea o dextrosa al 5% en agua como tratamiento inicial. En estos lactantes la hipoglucemia puede progresar o persistir, y deben continuar siendo cuidadosamente monitorizados a los lactantes con hipoglucemia sintomática se les deben administrar soluciones de glucosa intravenosa. Se administra una dosis de glucosa al 10% a 200 mg/kg IV y posteriormente seguida de infusión de glucosa al 10% a 6 u 8 mcg/kg/min. La tasa de infusión puede graduarse para proporcionar niveles de glicemia normales. Se prefiere una vía periférica a la vía central sin embargo este caso de individualizará de acuerdo a la situación presente en ese momento.

La infusión de glucosa se irá aumentando gradualmente hasta conseguir un adecuado valor de glucosa segura y mantenida, esto en caso de hipoglucemia sostenida, sin embargo, es de recordar que no es posible administrar glucosa en infusión más de un 12% por vía periférica dadas las complicaciones que conlleva, por lo que en estos casos deberá tenerse una vía central, que, en muchos casos, en dependencia de patologías asociadas ya cuanta con una de estas vías.

SECUELAS DE HIPOGLICEMIA:

Bello y Cols (2002), señalan que la hipoglucemia mantenida va a llevar a la

degradación de sustratos estructurales, entre otras cosas, a nivel cerebral, con lo cual se va a producir una disminución en el crecimiento del tamaño cerebral. Esto a la larga puede llevar a alteraciones anatómicas, como atrofia de las circunvoluciones, reducción de la mielinización de la sustancia blanca, atrofia de la corteza cerebral y puede producir retardo mental y convulsiones.

FACTORES DE RIESGO PARA HIPOGLUCEMIA NEONATAL:

Lozado y colaboradores (2001), encontraron que entre los factores de riesgo de importancia la prematurez, el retardo del crecimiento intrauterino (bajo peso para la edad gestacional), y la asfixia perinatal son las más importantes, sin embargo, a continuación, se describirán una a uno tanto las propias del recién nacido como los factores asociados a la madre.

PREMATUREZ:

La prematurez se define como todo recién nacido antes de las 37 semanas de gestación. En ella los neonatos durante la etapa de pre lactancia presentan Hipoglicemias severas y prolongadas, por lo que esto constituye un factor de morbilidad perinatal que está asociado a disfunciones neurológicas. Los recién nacidos prematuros son neonatos de alto riesgo por lo que se debe prevenir la hipoglicemia neonatal. Las causas de hipoglicemia postnatal en prematuros son: a) Menores reservas de glucógeno en el hígado, b) mayores velocidades de utilización de la glucosa. La menor capacidad gluconeogénica en prematuros se debe a menor actividad postnatal de fosfoenolpiruvato carboxinasa. Las alteraciones cardiorrespiratorias incluyen: cianosis, taquipnea, apnea. (25).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Favorecer el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.
2. Iniciar alimentación en los primeros 30-60 minutos de vida.
3. Alimentar a libre demanda y reconocer el llanto como signo de hambre.
4. No ofrecer agua, soluciones glucosadas ni leche diluida para alimentar al recién nacido.
5. Alimentar frecuentemente si recibe lactancia materna cada 2-3 h durante las primeras 24 h.

COMPLICACIONES

No existe suficiente información para definir un valor preciso de glicemia por debajo del cual se produzca daño cerebral irreversible, pero hay consenso de que

puede ocurrir luego de episodios de hipoglicemia recurrentes y concentraciones bajas (18-20 mg/dl) de por lo menos 1 a 2 horas de duración, especialmente si la hipoglicemia se acompaña de síntomas como convulsiones o coma, con anomalías que van desde problemas de aprendizaje a la parálisis cerebral y trastornos convulsivos persistentes o recurrentes, así como el retraso mental de diversos grados. Además, si la hipoglicemia forma parte de un proceso subyacente, a menudo es difícil distinguir si un resultado anormal es debido a la hipoglicemia en sí o al proceso subyacente. (24)

Apnea del Prematuro: la definición de apnea neonatal, definida ampliamente como la ausencia de respiración en un neonato por 20 segundos o más, o bien, simplemente la ausencia de respiración acompañada de bradicardia y cianosis.

A este respecto, se sabe que una pausa respiratoria de menos de 10 segundos, rara vez se acompaña de bradicardia o cianosis en los neonatos. También se conoce que la llamada apnea del prematuro (ADP) es una condición que sucede antes de la semana 37 de la gestación y en aquellos neonatos en los que se haya descartado la posibilidad de sepsis o asfixia. También es de conocimiento común que la apnea en los niños acontece cuando cesa la respiración por 20 segundos o Más, o bien, de cualquier duración siempre y cuando se acompañe de bradicardia, cianosis, palidez o hipotonía marcada, en aquellos pacientes de más de 37 semanas de gestación.

Las respiraciones periódicas (RP), que suelen confundirse con apnea, son ciclos respiratorios de 10 a 15 segundos de duración, interrumpidos por pausas de al menos 3 segundos. En cuanto a las respiraciones periódicas, éstas comparten algunas características de los niños con apnea; ambas condiciones van reduciendo su frecuencia conforme avanza la edad de gestación, corregida y mejoran con la teofilina; en ambas circunstancias puede haber disminución de la frecuencia respiratoria y del volumen corriente antes de iniciar ésta, y también pueden ser precedidas de obstrucción parcial o total de la faringe, pero hay diferencias importantes con relación a las RP, ya que siempre son autolimitada, pues la ventilación del niño está presente. Además, en los niños con apnea se observan movimientos de deglución durante las pausas respiratorias, lo que no acontece, Por otra parte, el síndrome de muerte súbita infantil (SIDS) es el que

acontece en un menor de un año, sin que la causa haya sido determinada, aun después de haber practicado una autopsia y haber hecho una amplia investigación clínica. A su lado de estos eventos clínicos, es conveniente mencionar que hay eventos aparentemente amenazantes de la vida (ALTE, por sus siglas en inglés: *apparent life threatening event*); esta condición clínica es un «episodio aterrador» en el que la apnea, el cambio de coloración (cianosis o palidez) y la hipotonía están presentes. (26)

FACTORES DE RIESGO:

La presencia y gravedad de la Apnea en el Recién nacido Prematuro, se relacionan de forma inversamente proporcional con la edad gestacional y la madurez del centro respiratorio.

La Apnea del recién nacido prematuro se presenta con más frecuencia en el menor de 34 semanas, principalmente por inmadurez del centro respiratorio.

La Apnea del recién nacido prematuro es reflejo de la inmadurez de sistema de control respiratorio; el cual anatómicamente presenta disminución de las conexiones sinápticas, disminución de la arborización dendrítica y pobre mielinización.

La función respiratoria del recién prematuro se caracteriza por presentar:

- Menor respuesta ventilatoria (incremento del volumen tidal y frecuencia respiratoria) al incremento del CO₂, mediada por quimiorreceptores.
- Respuesta respiratoria bifásica a la hipoxia (al incremento de ventilación por aproximadamente 1 minuto seguida de disminución de la ventilación)
- Alteración en la respuesta aferente de las vías aéreas.
- Reflejos inhibitorios exagerados.
- Falta de tono muscular de las vías aéreas superior.

Nota: A menor edad gestacional mayor frecuencia e intensidad de las características antes descritas.

La inmadurez del centro respiratorio propia del prematuro asociada a una o más de las siguientes condiciones aumenta la probabilidad de desarrollar Apnea.

- Lesiones del sistema nervioso central.
- Infecciones y sepsis.
- Fluctuaciones en la temperatura del medio ambiente.
- Anormalidades Cardiacas y pulmonares.
- Alteraciones Metabólicas

- Anemia
- Anormalidades estructurales de las vías aéreas.
- Enterocolitis necrosante
- Uso de medicamentos como: Opioides y anestesia general (apnea pos operatoria)
- Reflujo gastroesofágico
- Obstrucción de las vías aéreas
- Errores innatos del metabolismo.
- Durante la primera semana de vida se deberá realizar acciones con la finalidad de detectar presencia de apneas, especialmente los primeros tres días de vida. (27)

CLASIFICACIÓN

La apnea del prematuro tiene una frágil clasificación ante una compleja circunstancia clínica, basada en la presencia o ausencia del esfuerzo respiratorio de los niños, a saber: obstructiva, central y/o mixta. La apnea obstructiva es aquella en la que una obstrucción de la vía aérea impide la respiración, pero sí hay un estímulo nervioso para la respiración y se aprecia un esfuerzo respiratorio pero insuficiente. La apnea central es aquella en la que no existe estímulo nervioso que accione los músculos respiratorios, y por lo tanto, no hay respiración. La apnea mixta es aquella que es de naturaleza obstructiva y después se hace central, como cuando el paciente tiene una mala postura del cuello que obstruye parcialmente su vía aérea, en tal caso el paciente hace primero un mayor esfuerzo respiratorio y después cesa la respiración. Sin embargo, hay evidencia de que aun en la apnea central existe una obstrucción de vías aéreas por el relajamiento pasivo de las mismas, desde el primer segundo de iniciada la apnea; lo que aún no está claro es si la obstrucción es siempre previa al cese de la respiración o como consecuencia de éste.

FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos por los que se producen apneas en los prematuros son complejos y hasta la fecha hay muchos aspectos que no se entienden. Hay tres aspectos básicos que contribuyen a la apnea del niño prematuro una respuesta reducida a la hipercapnia, el aumento de reflejos inhibitorios y la depresión hipoxia. La respuesta reducida a la hipercapnia se debe a un aumento en los

neurotransmisores inhibitorios como GABA y la adenosina por lo que, según parece, son regulados al alza en la mayoría de los prematuros, pues al aumentar el CO₂ en la sangre aumenta la frecuencia respiratoria y el volumen corriente, pero lo primero no ocurre en los prematuros, por lo que tienen respiraciones prolongadas reduciendo entonces el volumen minuto. Los reflejos inhibitorios en los prematuros se encuentran aumentados presuntamente por una falta de conexiones sinápticas, arborización dendrítica deficiente y una pobre mielinización; sin embargo, ante la presencia de hipercapnia o hipoxia puede haber una inhibición en los músculos implicados en la respiración superior, lo que bloquea la vía aérea al estarse moviendo el diafragma o puede ocurrir un espasmo laríngeo. La depresión hipoxia acontece al haber hipoxemia y bradicardia (atribuible a la estimulación de los quimiorreceptores en los cuerpos carotídeos), lo que puede causar bradicardia y descenso de la presión arterial con reducción del flujo sanguíneo cerebral, debido a la autorregulación del flujo en el cerebro. Recientemente se ha planteado que la ADP es un trastorno del desarrollo del sueño, este concepto se acepta dado que hay en el niño cierta inmadurez del tallo cerebral, aunque nada sugiere que los prematuros «sanos» tengan un déficit mayor en el control de su respiración. El hecho de que la incidencia de apnea sea más frecuente en la segunda y tercera semana de vida más que en la primera, sugiere que puede estar involucrada en su fisiopatología una fatiga del diafragma. (27)

TRATAMIENTO:

Las intervenciones para el manejo de la apnea del prematuro están dirigidas a regular el esfuerzo respiratorio, reflejo respiratorio y corregir las causas que lo inhiben.

El tratamiento de la apnea del prematuro tiene como finalidad:

- Estabilizar o corregir las causas que lo producen
- Restaurar el reflejo respiratorio
- Regular el patrón respiratorio.

Posición:

En el prematuro menor de 34 semanas se recomienda:

- Posición prona, solo bajo supervisión médica continua (da mayor estabilidad a la caja torácica y regula el patrón respiratorio)

- Posición supina cuando el neonato no se encuentre bajo supervisión (menor riesgo de muerte súbita)

Control térmico:

- Mantener ambiente térmico neutro
- Evitar eventos de sobrecalentamiento. (27)

PRONÓSTICO

El pronóstico de apnea en los niños prematuros es incierto, pues los estudios son contradictorios. Otros informes mencionan desde hace ya más de una década que la apnea del prematuro junto con la enterocolitis necrotizante, la enfermedad pulmonar crónica y anomalías congénitas cerebrales tienen consecuencias de largo plazo en las habilidades cognitivas y las respuestas neuropsicológicas.

APNEA DEL PREMATURO Y SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN LACTANTES

Mucho se ha especulado sobre la relación entre la apnea del prematuro y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS). En 1988 se realizó un estudio en el que se monitorizó en casa a 1,079 lactantes documentando 718,000 horas de monitoreo; se informó que dentro de los umbrales ordinariamente acontecen en los neonatos, las apneas moderadas y extremas (aquellas con más de 30 segundos de duración y bradicardia por debajo de 60 por más de 10 segundos) ocurren en los niños neonatos, sin embargo, en los prematuros hasta de 43 SDG (corregidas) tuvieron más de estos eventos, comparado con la frecuencia en los niños de término sanos. Cabe agregar que los prematuros de 24 a 28 SDG registran la ocurrencia del SIDS a las 45.8 SDG corregidas, en promedio, comparado con 52.3 SDG corregidas en los neonatos a término, lo que es superior a la incidencia de apneas y apneas extremas que se informan. En los últimos años hubo un incremento de venta de monitores de apnea que funcionan registrando el movimiento torácico de los bebés y alertando a los padres cuando este movimiento cesa por cierto lapso de tiempo. También debido a que el empleo de monitores no permite prevenir el SIDS, la Academia Americana de Pediatría ha hecho las siguientes recomendaciones para el uso de monitores en el hogar:

1. No se debe recomendar el empleo de este tipo de monitor en el hogar para prevenir SIDS.

2. La monitorización en el hogar puede ser sugerida en casos de niños prematuros que tienen un alto riesgo de apneas, bradicardias o hipoxias, pero la recomendación debe limitarse hasta las de 43 semanas de edad postnatal o cuando cesen los episodios de apnea extrema.
3. También se recomienda en pacientes con traqueotomía, con ventilación mecánica, o en aquéllos con una vía aérea inestable y que tengan una condición clínica que afecte su respiración, o bien, con enfermedades pulmonares crónicas sintomáticas.
4. De haber un monitor de éstos en el hogar, debe tener una grabadora para registrar los eventos.
5. Los padres deben saber que estos monitores no han mostrado utilidad alguna para prevenir el SIDS.
6. Los pediatras deben promover el uso de las medidas aprobadas para prevenir SIDS como la posición supina al dormir, que sean lugares de la casa seguros para dormir y evitar la exposición del niño a humo del tabaco. (28)

2.2.5 ALTA DEL PREMATURO:

La prematurez es uno de los problemas que más contribuyen a las cifras de mortalidad infantil. La prevalencia de recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNPT-MBPN) es de alrededor de 1-2% y la supervivencia de este particular grupo poblacional es del 50% aproximadamente (datos de UNICEF).

El objetivo de esta recomendación es resaltar los aspectos más importantes a tener en cuenta al momento de decidir el alta de un recién nacido prematuro. Ésta debe decidirse y programarse en una reunión conjunta de la que participarán el equipo asistencial de internación y de seguimiento de pacientes de alto riesgo.

Si la institución donde nace el niño no cuenta con equipo de seguimiento, es necesario contactar un centro reconocido, lo más cercano al domicilio de la familia y con el cual el equipo de la UCIN pueda mantener fluida comunicación. (29)

Criterios de egreso

1. Verificar que la edad gestacional se haya determinado adecuadamente.
2. El egreso debe ser individualizado.
3. El recién nacido deberá tener un peso mayor o igual a 1,800 g.

4. El recién nacido debe regular su temperatura. La temperatura axilar debe mantenerse entre 36.5 y 37.4 °C, medidos en cuna abierta con ropa adecuada.
5. Debe comprobarse que tenga una adecuada coordinación de succión y deglución mientras está respirando. Al menos 24 horas de éxito en la alimentación con seno materno y/o biberón, con adecuada tolerancia.
6. Se debe evaluar de manera formal la alimentación al seno materno, incluyendo la observación de la posición, la fuerza de succión, de la forma del pezón, y la cantidad de la producción de leche (LATCH). Se debe tener un registro de la cantidad de leche extraída de al menos dos veces al día después del nacimiento.
7. Se deben mantener en observación por lo menos 48 horas posteriores a su nacimiento.
8. Los signos vitales deben estar dentro de los rangos establecidos como normales, durante las 24 horas previas al egreso, incluyendo frecuencia respiratoria menor a 60 por minuto, frecuencia cardíaca de 100 a 160 latidos por minuto y la temperatura en rangos previamente mencionados.
9. Que presente al menos una evacuación espontánea.
10. Ningún prematuro tardío, que presente pérdida de peso de más del 2 a 3% al día o más del 7% de su peso al nacimiento durante su hospitalización se egresará. Se deberá considerar deshidratación antes de egresarse.
11. Un plan de alimentación y orientación a los familiares (padres y familia).
12. Evaluar el riesgo a desarrollar hiperbilirrubinemia severa y darle un seguimiento apropiado, egresando al prematuro hasta que esté fuera de riesgo de hiperbilirrubinemia.
13. Revisar resultados de los exámenes del prematuro, los cuales incluyen: biometría hemática completa, resultado de sífilis materna y hepatitis B, grupo sanguíneo y Coombs directo. En los menores de 35 semanas se realizará ultrasonido cerebral.
14. Aplicación de la vacuna de hepatitis B o darle una cita para su administración.
15. Realizar el tamiz neonatal ampliado, de acuerdo a las normas. Descartar la presencia de cianosis o desaturaciones. De acuerdo a la evaluación de cada prematuro, evaluar el estudio poligráfico del sueño previo al egreso.
17. Cuando se identifican factores familiares y/o sociales de riesgo, el egreso debe ser retrasado, hasta que estos factores se hayan resuelto, en la medida de lo posible (madres adolescentes, adictas, etc.).

18. Evaluar que la madre y/o el o la responsable hayan recibido entrenamiento e información sobre las condiciones y evolución durante la estancia hospitalaria.
- a. Evaluación del patrón de diuresis y evacuaciones en número y frecuencia, de la alimentación al seno materno o sucedáneo de leche para prematuro.
 - b. Indicaciones del cuidado del cordón umbilical, cuidado de la piel y genitales del recién nacido.
 - c. Medidas generales de higiene.
 - d. Uso del termómetro para evaluar la toma de temperatura axilar.
 - e. Identificación de signos y síntomas comunes de enfermedad, como hiperbilirrubinemia, sepsis y deshidratación.
 - f. Informar de la posición segura para dormir al paciente y la posición antirreflujo cuando sea conveniente.
 - g. Recomendar los accesorios de seguridad del recién nacido, incluyendo: silla portabebés de auto, alarmas de seguridad de humo/fuego, así como informar del daño secundario por tabaco y contaminación ambiental.
 - h. Respuesta apropiada a complicaciones o a una emergencia.
 - i. Conocer la ubicación de Centros de Salud y Hospitales Especializados de Urgencias cercanos a su domicilio, en caso necesario. (29)

Preparación de la familia para el alta

1. Conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño antes de dar el alta.
2. Corroborar las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá.
3. Se entrenará a la familia desde la internación para el cuidado de su bebé. De ser posible, se efectuarán los cambios y adaptaciones que se crean necesarios para la correcta atención del niño.
4. Las familias que se encuentran en riesgo psicosocial, pueden necesitar la presencia periódica de una enfermera domiciliaria o de una asistente social que supervise y apoye el cuidado del niño. También deben tener previsto el apoyo psicoterapéutico para el paciente y su familia.
5. Se deben tener reuniones con los padres antes del alta para asegurarse que hayan comprendido todos los cuidados que deberá tener su hijo y satisfacer sus dudas e inquietudes.

6. Indicar la realización del curso de reanimación cardiopulmonar como parte de la educación de quienes cuidarán al niño.
7. Fomentar la lactancia materna como el mejor alimento para el niño prematuro.
8. Es importante la adecuación del niño a la posición decúbito dorsal antes del alta para dormir y adiestrar a los padres en la implementación del sueño seguro.
9. Prevención de interurrencias y re-internaciones:
 - Evitar la asistencia a guarderías o jardines maternos.
 - Restricción de visitas durante la época invernal, en especial de personas con cuadros catarrales.
 - Restricción de salidas en la estación otoño/ invierno, en las que el niño esté expuesto a los virus de la comunidad.
 - Lavado frecuente de manos, especialmente antes de atender al niño.
 - Destacar la importancia de la alimentación al pecho.
 - Ambiente sin humo. No fumar en el hogar.
 - Cumplir los controles pediátricos programados y estimular la consulta precoz ante signos de alarma.

Cuidados coordinados en el hogar

1. Se dará el alta al niño con un plan coordinado de cuidado hogareño. Entregar un cronograma de seguimiento personalizado escrito con un esquema de controles médicos y evaluaciones periódicas. Se programará una consulta de control no más allá de las 72 horas pos alta.
2. Explicar a dónde deben dirigirse en caso de dudas o urgencias; anotar a los padres: nombres, apellidos, teléfonos y direcciones.
3. Implementar la utilización de un cuaderno en el que se escriban las indicaciones, los estudios pendientes, los tiempos de las futuras vacunaciones y evaluaciones con el equipo de seguimiento, especialistas involucrados y pediatra de cabecera. Anotar pautas mínimas de puericultura que deben conocer. Los padres podrán escribir sus dudas para tenerlas presentes cuando hagan las consultas de control.
4. Enseñar cuáles son los signos y síntomas de alarma y distrés en los bebés.
5. Aconsejar posiciones que pueden favorecer el desarrollo de los bebés, evitar la incorporación de patrones patológicos y maximizar los momentos de interacción.

En resumen:

Los esfuerzos realizados en la UCIN durante la internación del paciente deben tener una continuidad al momento de pensar en su egreso hospitalario.

Es responsabilidad del equipo tratante prever las necesidades del niño al llegar a su hogar y trabajar para tener un plan organizado de adecuado seguimiento y control después del alta, así como los requerimientos especiales que correspondan. Estas recomendaciones señalan los puntos indispensables a tener en cuenta cuando se planifica el alta de niños prematuros con la complejidad que esto significa.

Para finalizar, cabe agregar que también es importante el contacto que se establezca entre los médicos, enfermeras de la internación y los de seguimiento para proporcionar un mensaje unificado de trabajo en equipo a la familia. (29)

2.3 BASES EPISTEMICAS:

Con frecuencia muchas de las cosas que consideramos nuevas tienen un pasado remoto. Aunque la perinatología se considera un área recientemente desarrollada dentro de la medicina, la visión de integrar el cuidado del niño y la madre existió ya en el pasado. Se podría decir que el primer perinatólogo que se reconoce en la historia fue el griego Soranus. Soranus nació en Éfeso y practicó medicina en Roma entre el siglo primero y segundo DC, durante el reinado de Adriano y Trajano. Como médico se dedicó entre otras cosas al cuidado de la madre y el niño. En su tratado "Ginecología" hay un capítulo dedicado al cuidado de la madre y el niño durante el parto, en el que enfatiza la importancia de reconfortar a la madre física y psicológicamente. También menciona que algunos niños que nacen a los 7 meses de embarazo sobreviven. Esta es la única referencia que hace a la **prematuridad**. Sus recomendaciones de cómo limpiar y reanimar al recién nacido fueron revolucionarias en su tiempo y son la práctica de rutina en la actualidad. El capítulo continuó con una larga discusión sobre los problemas del recién nacido incluyendo alimentación, lactancia materna crecimiento y desarrollo.

Durante los siglos siguientes y hasta el siglo XIX son escasos los legados y observaciones dedicadas a la salud de los niños. Se documentan algunos tratados relacionados con el nacimiento como "De Morbis Puerorum", o, "A Treatise Of The Diseases of Children" (Robert Pemell, 1653, London) o "Traité de l'Ictère ou Jaunisse des Enfants de Naissance" (Thimotée Baumes, 1785, Paris). En el siglo

XIX, en un tiempo en que la medicina era fundamentalmente descriptiva, es cuando aparecen las primeras referencias a patologías neonatales como la hidrocefalia o el síndrome de Prune Belly y otras malformaciones. También en estos años aparecen en la literatura algunos avances tecnológicos como la primera descripción de la intubación de tráquea de niños y por primera vez la alimentación por caída libre y sonda. Sin embargo, durante esta época y a pesar de que los recién nacidos empezaban a despertar el interés de los científicos, la opinión pública no era muy favorable a los desarrollos en esta área de la medicina y especialmente en lo referente a los **bebés prematuros** a quienes William Blackstone considera en su libro "Commentaries on the Laws of England" monstruos mitad humanos y mitad bestias, sin derechos a heredar de sus padres. Es durante el siglo XX en el que la neonatología ha sido uno de los campos de la medicina que más rápidamente ha progresado. Son muchos los avances tanto diagnósticos y terapéuticos como en el desarrollo de tecnología que han ayudado a un aumento importante de la sobrevivencia y a la disminución de la edad gestacional que se considera límite de la viabilidad. Aunque sería justo mencionar todos y cada uno de los eslabones en la cadena de descubrimientos responsables de los logros de la neonatología nos vamos a referir fundamentalmente a aquellos hechos que de alguna forma han cambiado nuestra mentalidad es decir la actitud y la forma de pensar en referencia a los recién nacidos **prematuros**.

DESARROLLO DE LA INCUBADORA

El mérito en la iniciación de la incubadora moderna se debe a Francia, en la persona de Pierre-Constant Budin, un alumno del Profesor Tarnier en París a finales del siglo XIX. Los dos habían especulado sobre la asociación de la temperatura y la sobrevivencia de los recién nacidos menores de 2000 gr. Los bebés se morían con más frecuencia si la temperatura rectal era de menos de 32°C, y morían mucho menos si la temperatura era de más de 36°C. El Dr. Tarnier, después de visitar un amigo que tenía unos aparatos para incubar y criar pollos, sugirió que algo similar podía favorecer a los recién nacidos especialmente a los nacidos prematuros. Años después Budin diseñó una incubadora que calentaba el aire. Jean Louis Denuce hace la primera descripción de una incubadora en el Journal de Medicine de Bourdeaux y en 1880 se patenta la primera incubadora cerrada en París. “.

El Profesor Budin vio en la Exposición de Berlín de 1886 una oportunidad para dar publicidad a la sobrevivencia de los prematuros en incubadoras y envió a Couney a demostrar sus logros. Couney estableció un pabellón con seis incubadoras y Virchow el jefe del Hospital de la Caridad de Berlín le prestó 6 prematuros. El título que eligió para la exposición fue “Kinderbrutanstalt” que significa “incubadora de niños”. La exhibición de los prematuros tuvo más éxito que otras exhibiciones de la exposición. También fue un éxito desde el punto de vista científico porque los **prematuros** sobrevivieron durante todo el tiempo de la exposición. Después de esta exposición fue invitado a la “Victorian Exposition” en Earl’s Court, London, in 1897. Y también allí tuvo éxito, pero esta vez no le prestaron prematuros británicos y hubo que transportar prematuros franceses a través del canal de Calais. Esto lo consiguió poniendo a los prematuros en cestas y utilizando un sistema de calentamiento de almohadas puestas sobre botellas de agua caliente. Después de esto una exposición siguió a la otra, la Exposición de Omaha Trans-Mississippi, la Exposición de Paris de 1900, La feria de Buffalo de 1901 y muchas más. En 1922, Courney conoció a Julius H. Hess, y de esta forma se abrió una estación de prematuros en el Michael Reese Hospital in Chicago. Se estima que para cuando murió en 1952 se habían criado alrededor de 8000 prematuros en incubadoras durante el curso de sus exposiciones, de los cuales habían sobrevivido alrededor de 6500. La opinión médica respecto a estas exhibiciones no era siempre favorable. La revista “The Lancet” en su columna editorial del 29 de mayo 29 1897, discutía el cuidado de los recién nacidos en estas incubadoras y su posible relación con los índices de mortalidad. A pesar de su reputación como exhibidor Couney había demostrado mejor que nadie y en gran escala que proveer un control adecuado de la temperatura ambiental a estos recién nacidos prematuros cambiaba su pronóstico y aumentaba su sobrevida. El artículo “The Problem of the Premature Infant” de Dr. Ballantyne publicado en “The British Medical Journal en Mayo de 1902, comenta: “es evidente que existe la necesidad de conservar las vidas de los recién nacidos incluso si han nacido **prematuros**, el problema de la prematuridad es una urgencia” De esta manera la forma de pensar sobre los recién prematuros había cambiado y la posibilidad de que estos niños sobrevivieran se empezó a vivir como realidad.

CONCEPTO DE CUIDADOS NEONATALES CENTRADOS EN LA FAMILIA

El cambio más reciente en la aproximación al cuidado del recién nacido es la introducción del concepto de que el recién nacido está integrado en una familia y el reconocimiento de que la familia desempeña un papel esencial en el cuidado de estos niños. El primer artículo y probablemente todavía el único que se ha publicado en la revista "Pediatrics" cuyo autor es la madre de un bebé prematuro (Helen Harrison), se publicó en 1993. Este artículo "Los principios del cuidado centrado en la familia" es el resultado de un trabajo de colaboración entre padres, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados y aticistas. A partir de este concepto en las unidades de cuidados intensivos neonatales se ha cambiado de actitud y se integra a la familia y especialmente a la madre en el cuidado del bebé. No solo se han abierto las unidades a que los padres puedan estar con él bebé a cualquier

hora, sino que las nuevas unidades de cuidados intensivos neonatales se construyen para que las familias también tengan su espacio mientras que el recién nacido prematuro necesite estar en el hospital. Con esta visión del cuidado neonatal la filosofía de los cuidados para el desarrollo, evitando los estímulos negativos y potenciando los estímulos positivos durante la estancia en la unidad está ampliamente extendida. Métodos como el de "madre canguro" se implementan cada vez más en un intento de restablecer y facilitar la relación madre-hijo que esta tan alterada en la situación de los recién nacidos prematuros. Han nacido organizaciones como el "Instituto para los cuidados centrados en la familia" o el programa "Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program" (NIDCAP) que lideran la promoción de estos principios. Se ha pasado de las políticas de aislamiento del recién nacido a la integración del niño en su ambiente, que procuramos sea lo más favorable posible. En definitiva, a través de estos hechos podemos apreciar cómo ha cambiado la actitud frente a los recién nacidos. Vemos como la forma de pensar sobre estos niños ha evolucionado desde los tiempos en los que no se les concedía el derecho a la vida hasta la neonatología moderna en el que el recién nacido se concibe integrado en su familia y se busca maximizar su potencial de desarrollo. Después de referirnos al pasado, podemos mirar a un futuro de la perinatología que está lleno de

posibilidades. En el terreno de la investigación existe un gran énfasis en campo de la neurología y nutrición neonatal. El desarrollo tecnológico es cada día más sofisticado especialmente en el campo de las terapias respiratorias. Actualmente los tratamientos aplicados están basados en la evidencia y se reconoce la importancia de los objetivos a largo plazo. Hay grandes avances de la cirugía intrauterina que provee terapias anticipatorias que minimizan las secuelas en los recién nacidos con malformaciones congénitas. El futuro de la neonatología es prometedor. (30)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Tipo: cuantitativa cualitativo de corte transversal

Es un estudio Científico con el método Descriptivo Correlacional (no experimental).

Descriptivo: Describe la relación del nivel de conocimiento de los signos de alarma de las madres de los prematuros y también describe el reconocimiento de los signos de alarma de las madres de los prematuros al momento del alta.

Correlacional: Se correlaciona ambas variables del estudio del nivel de conocimiento de los signos de alarma de las madres de los prematuros y el reconocimiento de los signos de alarma al momento del alta.

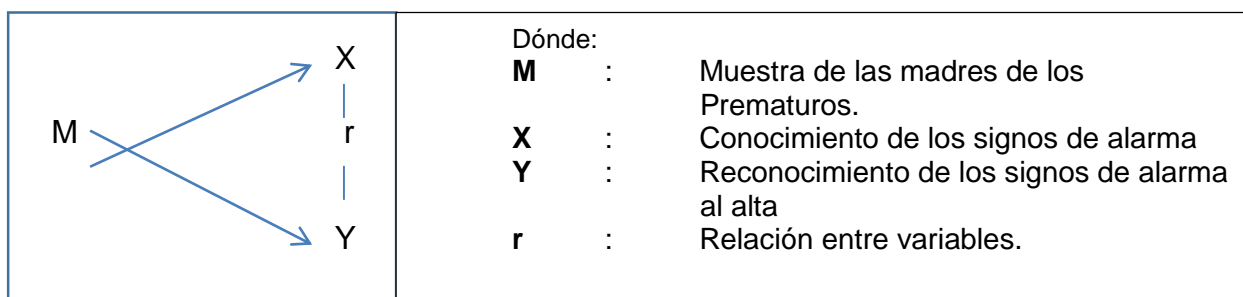
3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION:

Descriptivo – Correlacional ambas variables se correlacionan.
Dependiente e Independiente.

El diseño o la forma de la implementación y ejecución del proceso

Investigativo se visualiza en el presente esquema lineal:

1. Diseño descriptivo – correlacional



3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población la constituye las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología hospitalización el periodo de internamiento es variable del Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima y se investigó en el año 2015.

MADRES DEL PREMATUROS DEL HMA 2015	POBLACION
Prematuros en Intermedios	605
Prematuros en II B	556
Total	1161

3.3.2 Tamaño de la Muestra:

LA MUESTRA ES NO PROBABILÍSTICA, es por conveniencia de la investigadora y que fue tomada de todas las madres de prematuros en condiciones de alta por inclusión que dieron su consentimiento para participar en dicho estudio.

MADRES DE LOS PREMATUROS	MUESTRA
Madres de prematuros en condiciones de alta	110

3.3.3 Criterios de Inclusión

Todas las madres de prematuros del servicio de Neonatología hospitalización en condiciones de alta en los meses de enero a diciembre del año 2015 del Hospital María Auxiliadora quienes dieron su consentimiento informado para participar en dicho estudio.

3.3.4 Criterios de Exclusión

Las Madres de los Prematuros del servicio de Neonatología en condiciones de alta que nacieron con menos de 29 semanas de gestación y diagnosticados como prematuros muy extremos y que no quisieron intervenir en dicho estudio.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos que emplear para la recolección de la información son: 2 Cuestionarios

- 1) **Primer cuestionario:** Fue elaborada por la investigadora y fue validada por juicio de experto en el tema y fue enfocada para medir el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros.
- 2) **Segundo cuestionario:** elaborado por la investigadora y fue enfocada para medir el reconocimiento de signos de alarma en el prematuro.

La Fiabilidad y Validez del cuestionario ha sido demostrada basándose en las pruebas estadísticas pertinentes al analizar las respuestas dadas por el usuario. Y con la prueba de confiabilidad de Cronbach. Para la validez del instrumento se utilizó el KR20, que se encarga de evaluar la fidelidad del indicador (consistencia interna).

3.5 Fuentes, Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Fuentes	Técnicas	Instrumentos	Ítems
Bibliografías de Libros y artículos de estudios realizados con nivel de evidencias.	Fichaje	Fichas Bibliográficas	
Virtuales	Exploración virtual	Páginas Web	
Medición del nivel de conocimiento sobre signos de alarma de los prematuros	Test validado por juicio de experto	Cuestionario	ítems
Reconocimiento de los signos de alarma de los prematuros	Test validado por juicio de experto	Cuestionario	ítems

3.6 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

ETAPAS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
A Procesamiento de la Información y Elaboración de datos	Técnicas estadísticas Técnicas de ponderación sometidas a EXCEL y SPSS.	Tablas –Cuadros –Gráficas Estadígrafos descriptivos Estadígrafos de dispersión
B Análisis e Interpretación	De la Descripción De la Explicación De Correlación	Estadígrafos descriptivos Proporciones, ratios. Coeficientes de correlación
C Sistematización y Redacción del Informe	Protocolo del Informe de Investigación Educativa.	Tablas – Cuadros de priorización, de análisis e interpretación de los resultados
D Presentación y Exposición del Informe	Revisión de Tesis y Sustentación	Equipo de proyección y sonido Fichas de Resumen Documentos sustentatoirios para defensa de la tesis.

Destacándose el análisis estadístico, que incluye las siguientes actividades:

- Validación de las fichas de acopio de la información
- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos
- Uso de tablas de contingencia
- Representación Gráfica
- Análisis e interpretación descriptiva - explicativa - comparativa de los resultados.
- Síntesis y estimación de los resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALIS DE LOS DATOS

4.1 Tablas de los Ítems de los Datos Generales: Edad de las Madres, Grado de Instrucción y distrito de procedencia.

Tabla Nro. 01: Edad de las Madres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14-20 años	33	27,7	27,7	27,7
21-30 años	42	35,3	35,3	63,0
31-40 años	41	34,5	34,5	97,5
41 a más años	3	2,5	2,5	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

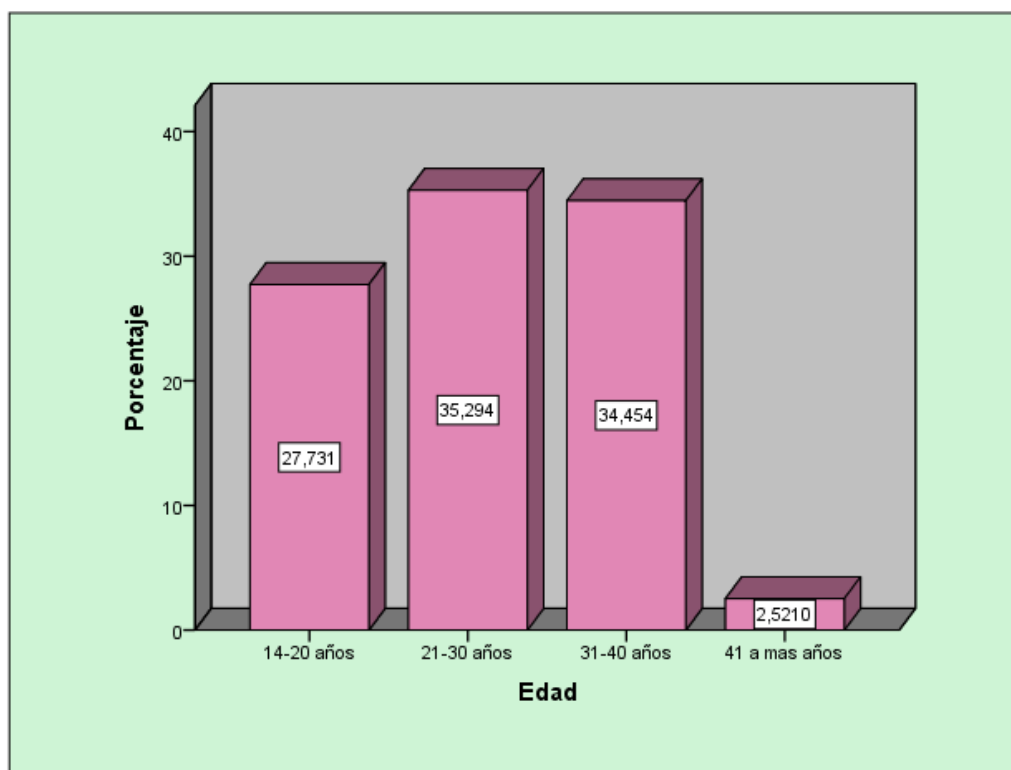


Figura 1: Grafica de barras según edad Materna

Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 35.294% tiene la edad de las Madres es de 21-30 años, el 34.454% tiene la edad de 31- 40 años, el 27.731% tiene la edad de 14-20 años y el 2.5210% tiene la edad de 41 a más años.

Tabla Nro. 02: Grado de Instrucción de las Madres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeto	1	,8	,8	,8
1ro de secundaria	3	2,5	2,5	3,4
2do de secundaria	8	6,7	6,7	10,1
3ro de secundaria	34	28,6	28,6	38,7
4to de secundaria	7	5,9	5,9	44,5
5to de secundaria	61	51,3	51,3	95,8
Primaria Completa	4	3,4	3,4	99,2
Superior	1	,8	,8	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

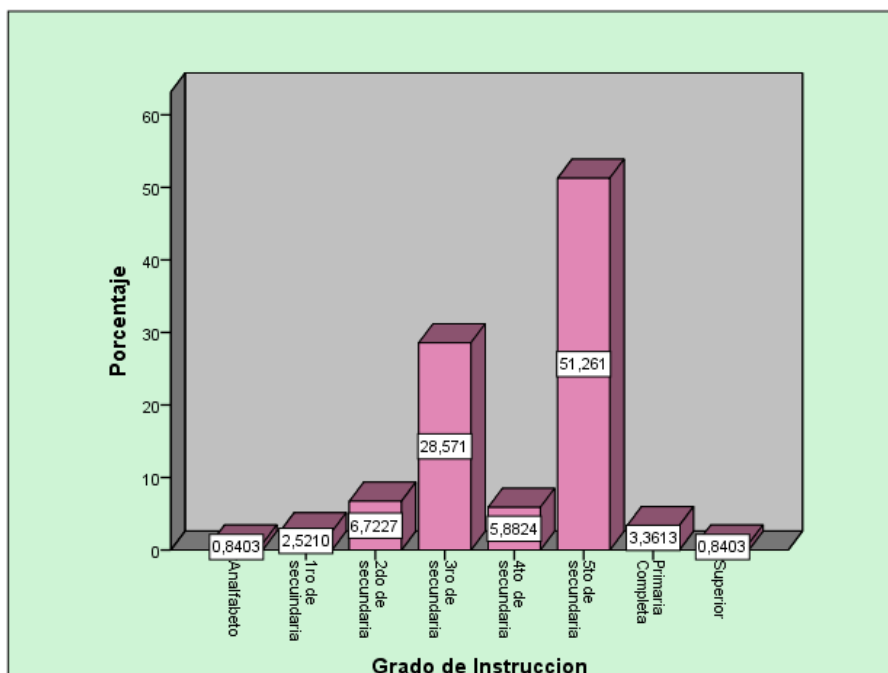


Figura 2: Grafica de barras según grado de instrucción de las Madres

Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 51.261% tiene el grado de instrucción 5to de secundaria, el 28.571% tiene el grado de instrucción 3ro de secundaria, el 6.7227% tiene el grado de instrucción 2do de secundaria, el 5.8824% tiene el grado de instrucción 4to de secundaria, el 3.3613% tiene el grado de instrucción primaria completa, el 2.5210% tiene el grado de instrucción 1ero de secundaria, el 0.8403% tiene el grado de instrucción superior y el otro 0.8403% no tiene ningún grado de instrucción.

Tabla Nro. 03: Distrito de procedencia de las Madres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
San Juan de Miraflores	21	17,6	17,6	17,6
Chorrillos	25	21,0	21,0	38,7
Barranco	2	1,7	1,7	40,3
Villa María del Triunfo	27	22,7	22,7	63,0
Lurín	12	10,1	10,1	73,1
Villa el Salvador	22	18,5	18,5	91,6
Surco	10	8,4	8,4	100,0
Total	119	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

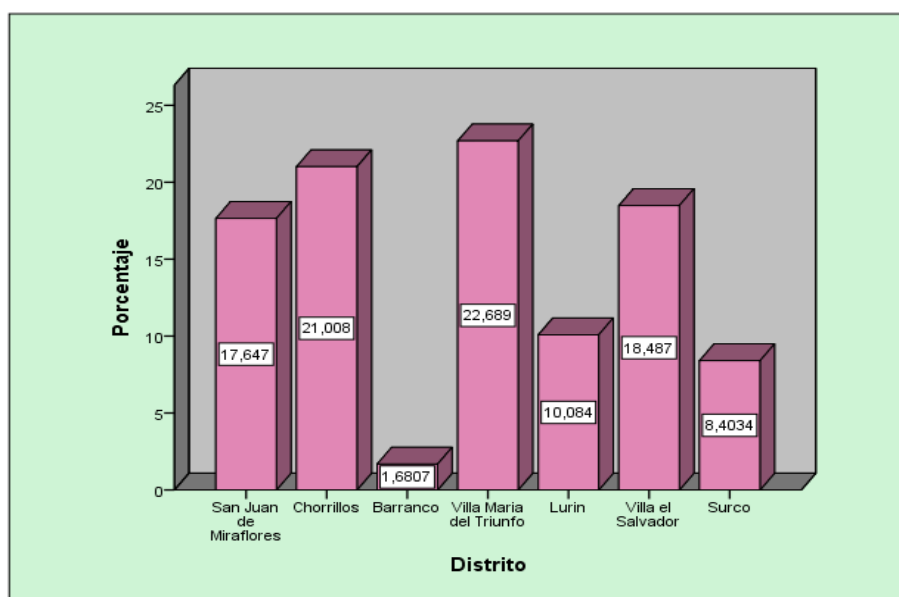


Figura 3: Grafica de barras según distrito de procedencia de las Madres

Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 22.689% vive en el distrito de Villa María del Triunfo, el 21.008% vive en el distrito de Chorrillos, el 18.487% vive en el distrito Viila el Salvador, el 17.647% vive en el distrito San Juan de Miraflores, el 10.084% vive en el distrito de Lurín, el 8.4034% vive en el distrito de Surco y el 1.6807% vive en el distrito de Barranco.

4.2 Tablas de frecuencia de los ítems de la variable Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta.

Tabla Nro. 04: Sabe que significa ser un bebe Prematuro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	35	31,8	31,8	31,8
Medio	29	26,4	26,4	58,2
Bajo	46	41,8	41,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

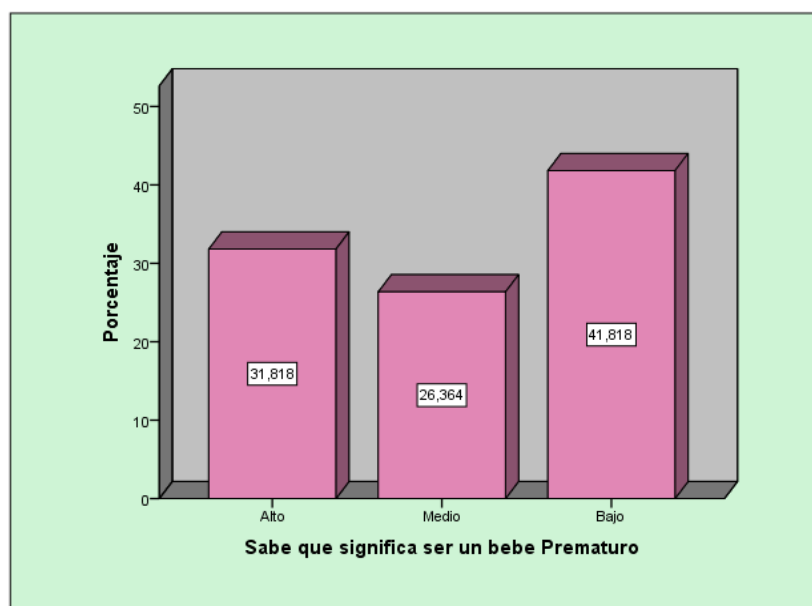


Figura 4: Grafica de barras según sabe que significa ser un bebe Prematuro

Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 41.818% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre que significa ser un bebe Prematuro, el 31.818% tiene un nivel de conocimiento alto sobre que significa ser un bebe Prematuro y el 26.364% tiene un nivel de conocimiento medio sobre que significa ser un bebe Prematuro.

Tabla Nro. 05: Durante la hospitalización de su bebe recibió información que clase de prematuro es: leve, moderado o extremo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	39	35,5	35,5	35,5
Medio	49	44,5	44,5	80,0
Bajo	22	20,0	20,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

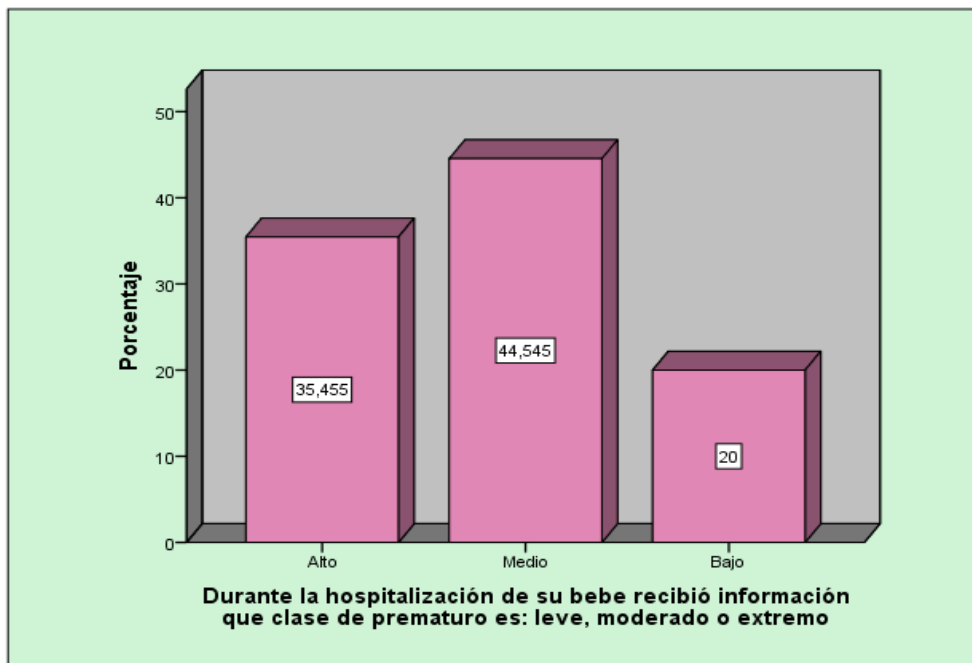


Figura 5: Grafica de barras según durante la hospitalización de su bebe recibió información que clase de prematuro es: leve, moderado o extremo

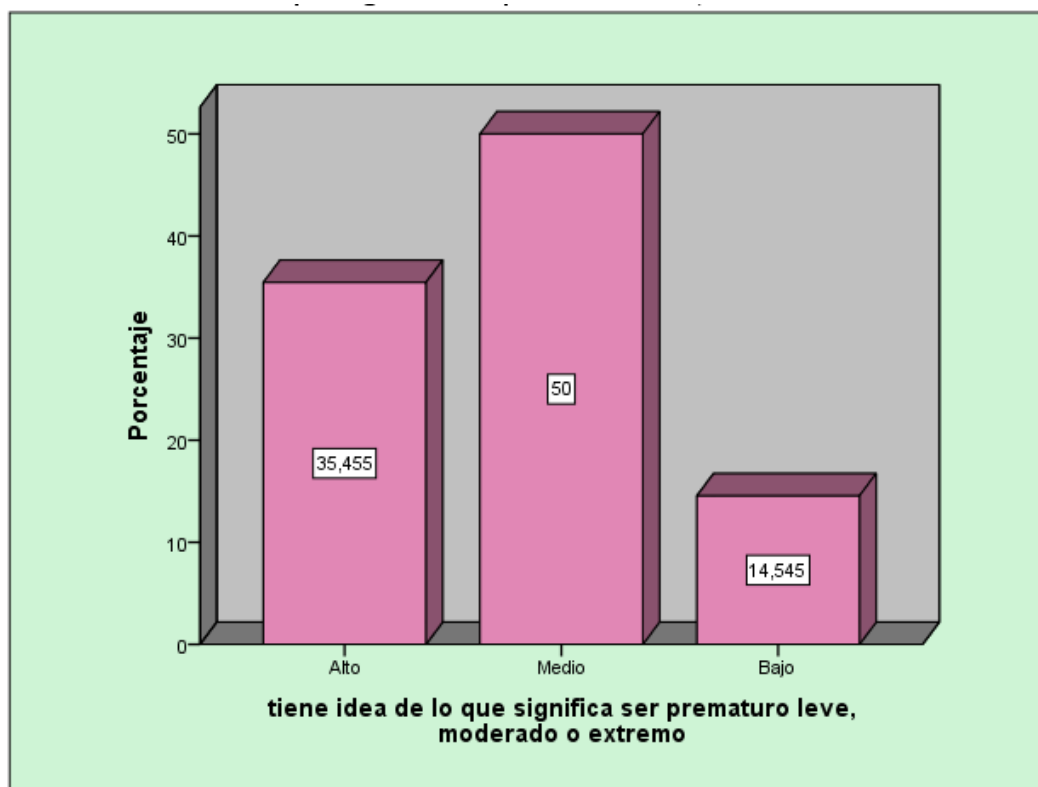
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 44.545% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la hospitalización de su bebe recibió información que clase de prematuro es: leve, moderado o extremo, el 35.455% tiene un nivel de conocimiento alto y el 20% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la ospitalización de su bebe recibió información que clase de prematuro es: leve, moderado o extremo.

Tabla Nro. 06: tiene idea de lo que significa ser prematuro leve, moderado o extremo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	39	35,5	35,5	35,5
Medio	55	50,0	50,0	85,5
Bajo	16	14,5	14,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



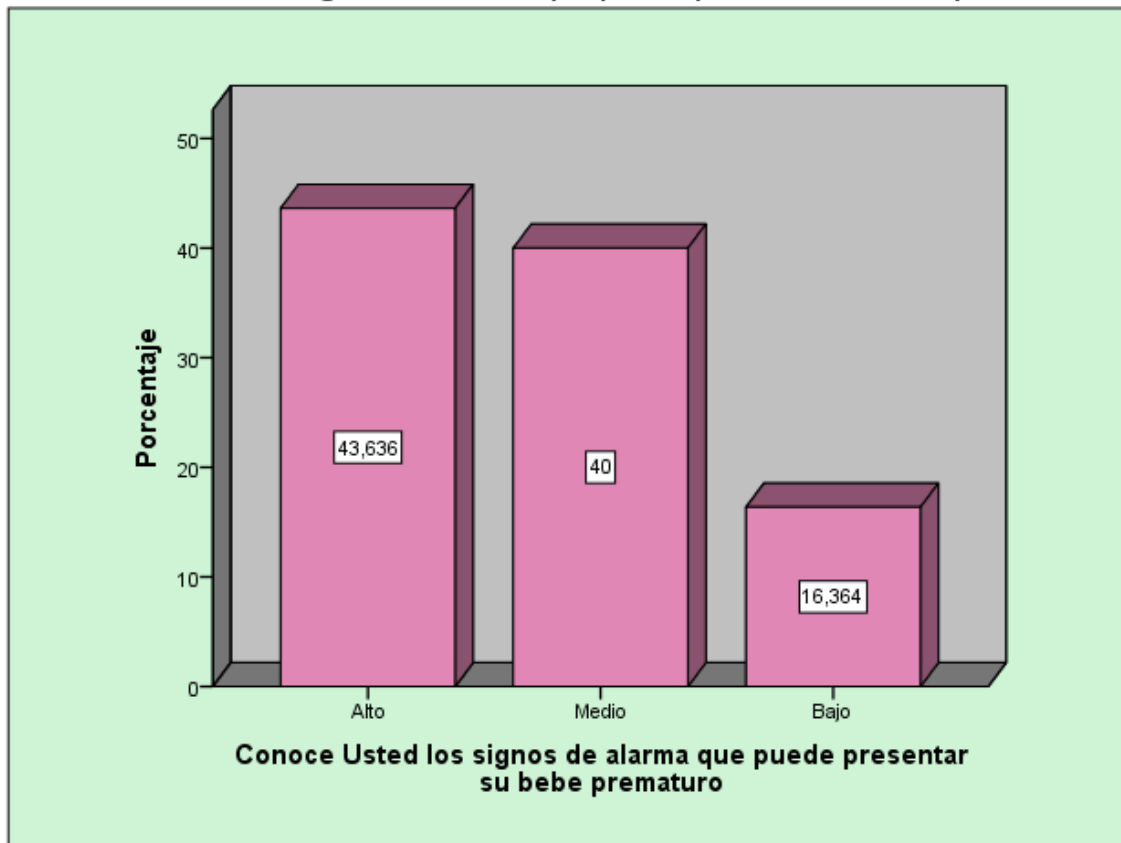
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 50% tiene un nivel de conocimiento medio sobre lo que significa ser prematuro leve, moderado o extremo, el 35.455% tiene un nivel de conocimiento alto sobre lo que significa ser prematuro leve, moderado o extremo y el 14.545% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre lo que significa ser prematuro leve, moderado o extremo.

Tabla Nro. 07: Conoce Usted los signos de alarma que puede presentar su bebe prematuro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	48	43,6	43,6	43,6
Medio	44	40,0	40,0	83,6
Bajo	18	16,4	16,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



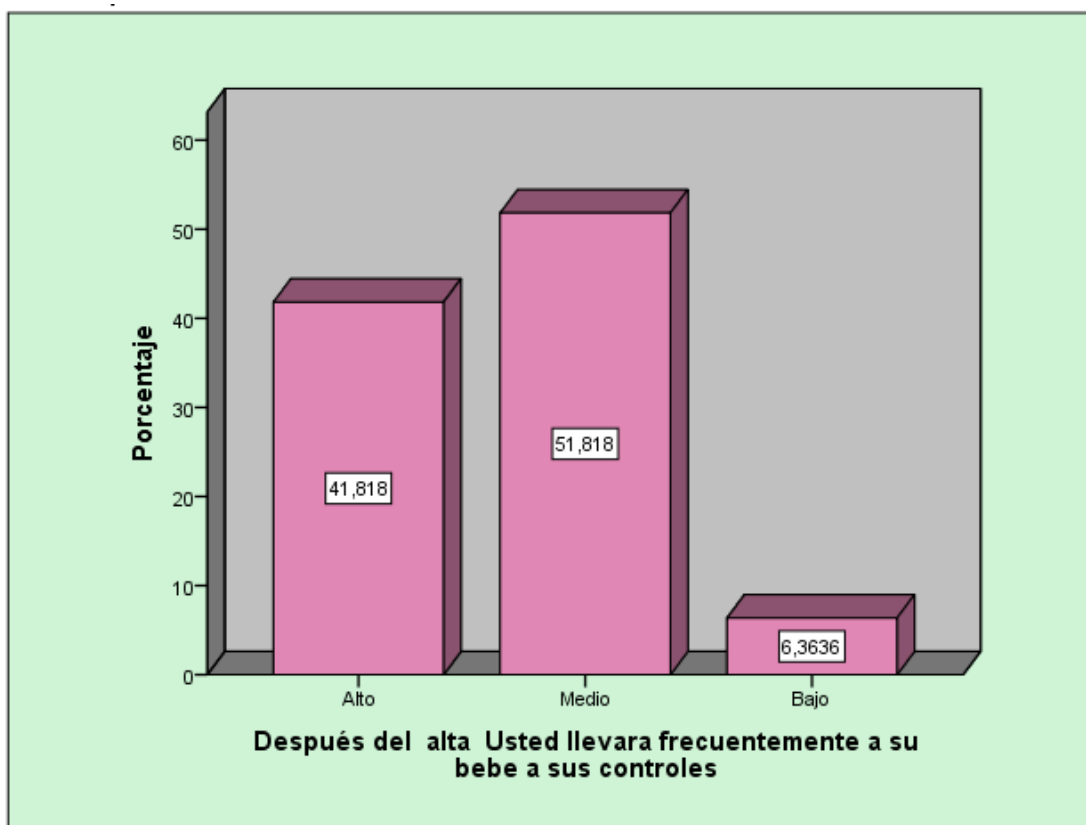
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 43.636% tiene un nivel de conocimiento alto sobre los signos de alarma que puede presentar su bebe prematuro, el 40% tiene un nivel de conocimiento medio sobre los signos de alarma que puede presentar su bebe prematuro y el 16.364% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre los signos de alarma que puede presentar su bebe prematuro.

Tabla Nro. 08: Después del alta Usted llevara frecuentemente a su bebe a sus controles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	46	41,8	41,8	41,8
Medio	57	51,8	51,8	93,6
Bajo	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



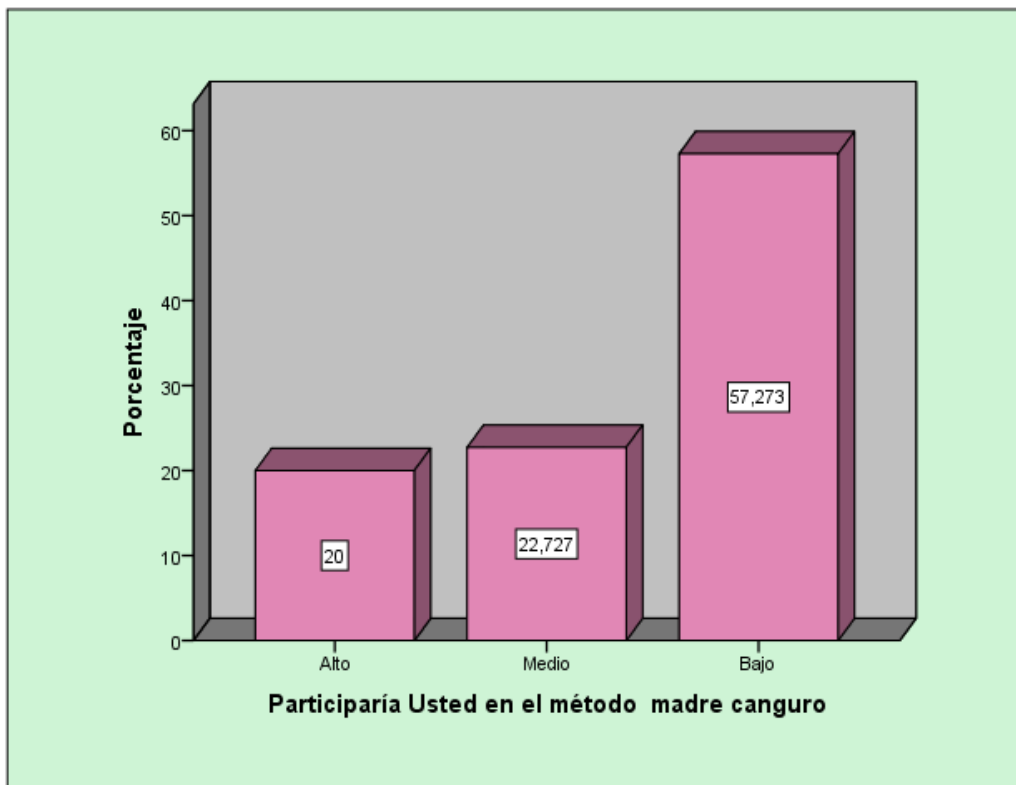
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 51.818% tiene un nivel de conocimiento medio sobre si después del alta llevara frecuentemente a su bebe a sus controles, el 41.818% tiene un nivel de conocimiento alto sobre si después del alta llevara frecuentemente a su bebe a sus controles y el 6.3636% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre si después del alta llevara frecuentemente a su bebe a sus controles.

Tabla Nro. 09: Participaría Usted en el método madre canguro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	22	20,0	20,0	20,0
Medio	25	22,7	22,7	42,7
Bajo	63	57,3	57,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



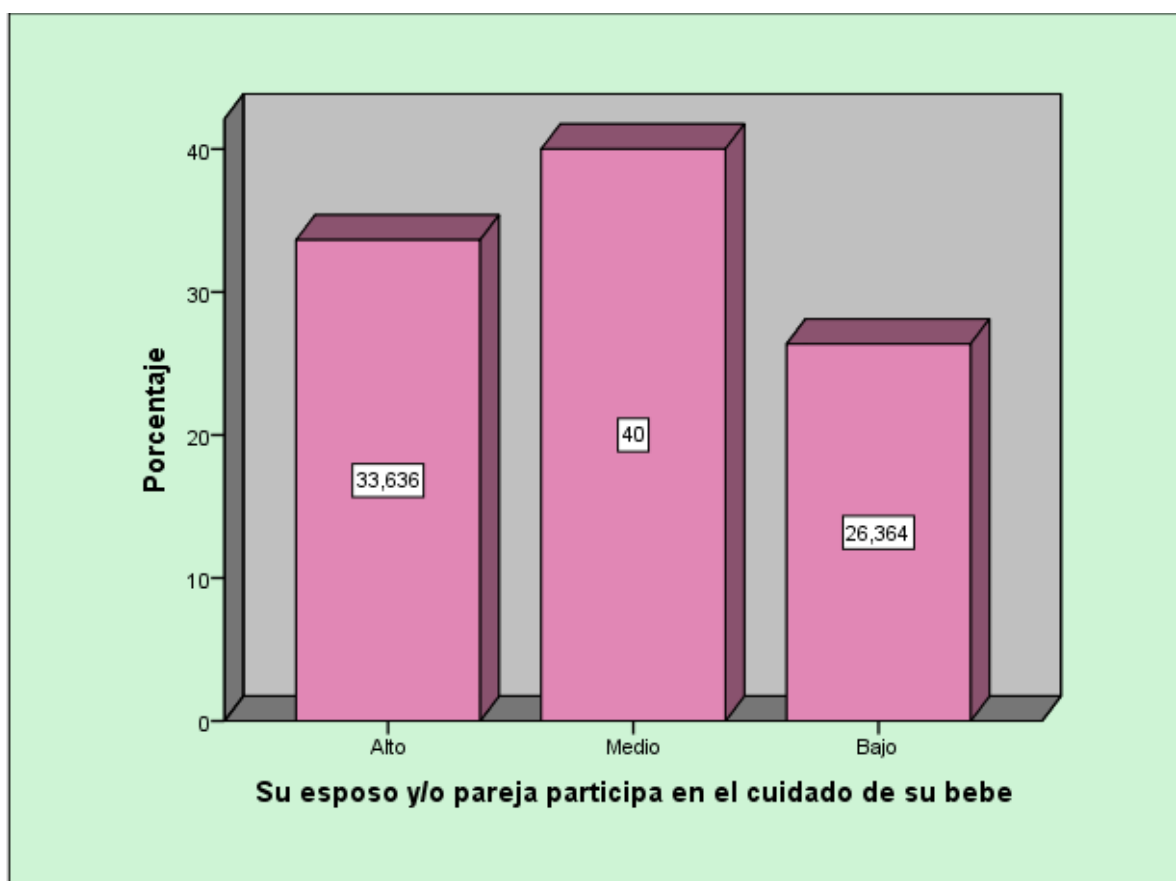
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 57.273% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la participación en el método madre canguro, el 22.727% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la participación en el método madre canguro y el 20% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la participación en el método madre canguro.

Tabla Nro. 10: Su esposo y/o pareja participa en el cuidado de su bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	37	33,6	33,6	33,6
Medio	44	40,0	40,0	73,6
Bajo	29	26,4	26,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



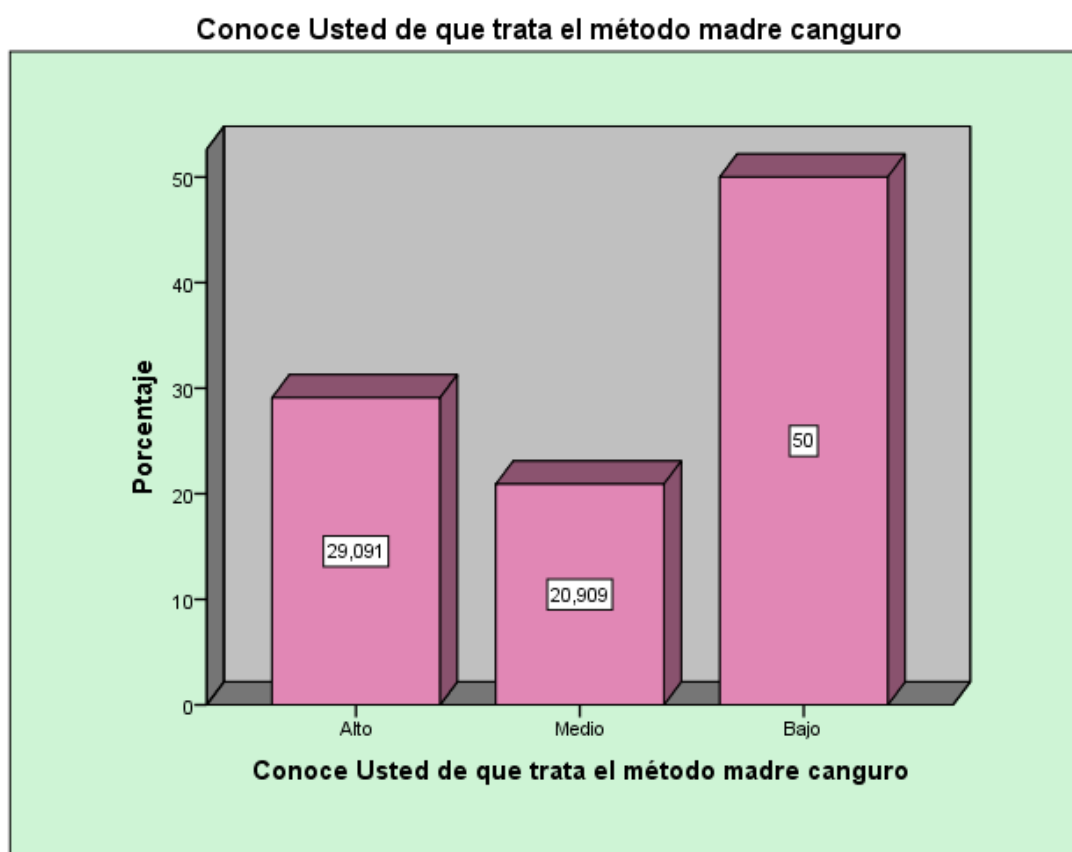
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 40% tiene un nivel de conocimiento medio sobre su esposo y/o pareja participa en el cuidado de su bebe, el 33.636% tiene un nivel de conocimiento alto sobre su esposo y/o pareja participa en el cuidado de su bebe y el 26.364% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre su esposo y/o pareja participa en el cuidado de su bebe.

Tabla Nro. 11: Conoce Usted de que trata el método madre canguro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	32	29,1	29,1	29,1
Medio	23	20,9	20,9	50,0
Bajo	55	50,0	50,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



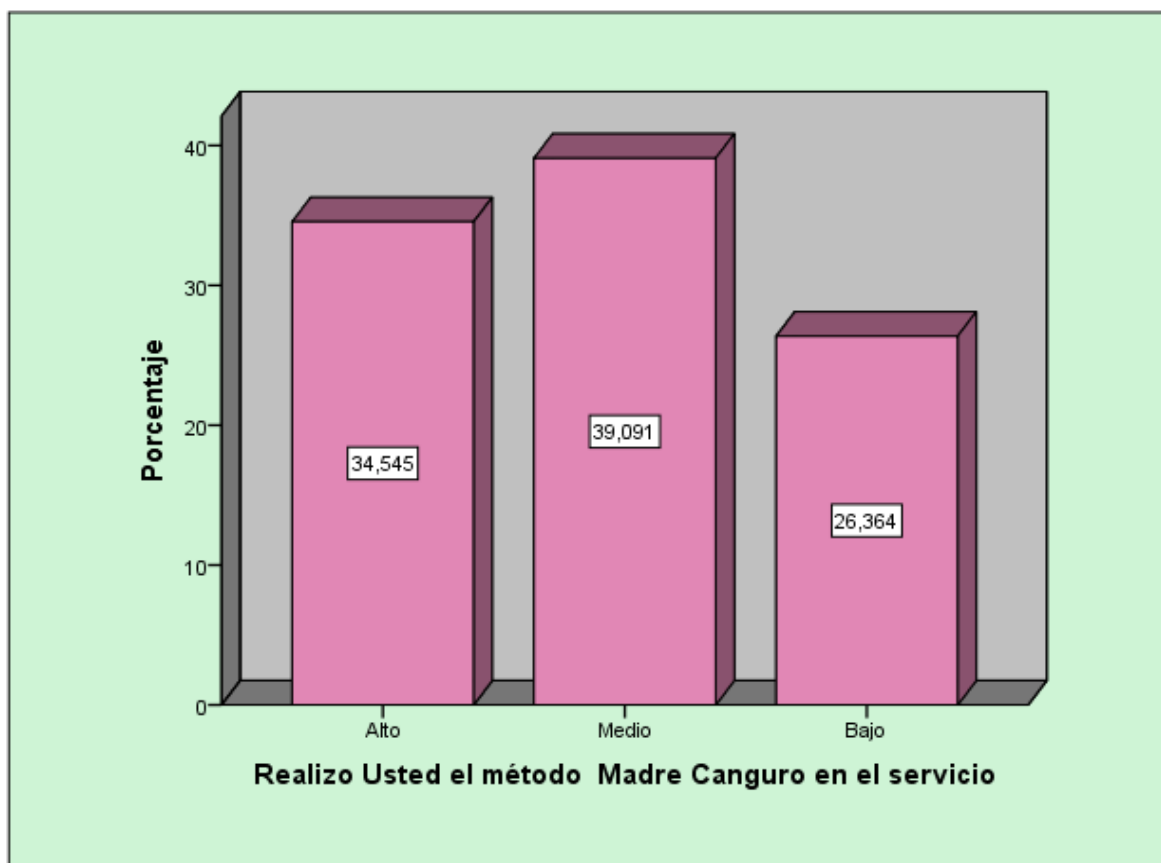
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 50% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el método madre canguro, el 29.091% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el método madre canguro y el 20.909% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el método madre canguro.

Tabla Nro. 12: Realizo Usted el método Madre Canguro en el servicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	38	34,5	34,5	34,5
Medio	43	39,1	39,1	73,6
Bajo	29	26,4	26,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

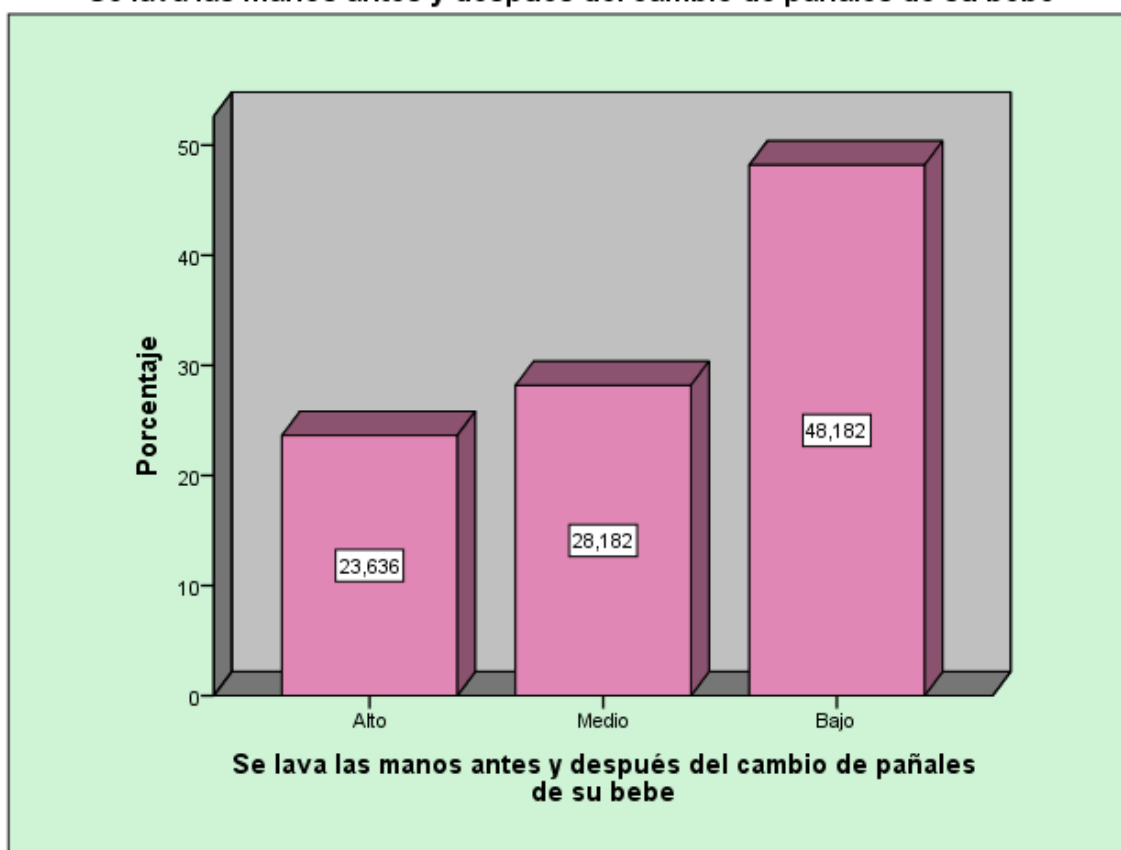
De la encuesta aplicada se tiene que el 39.091% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el método Madre Canguro en el servicio, el 34.545% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el método Madre Canguro en el servicio y el 26.364% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el método Madre Canguro en el servicio.

Tabla Nro. 13: Se lava las manos antes y después del cambio de pañales de su bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	26	23,6	23,6	23,6
Medio	31	28,2	28,2	51,8
Bajo	53	48,2	48,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Se lava las manos antes y después del cambio de pañales de su bebe



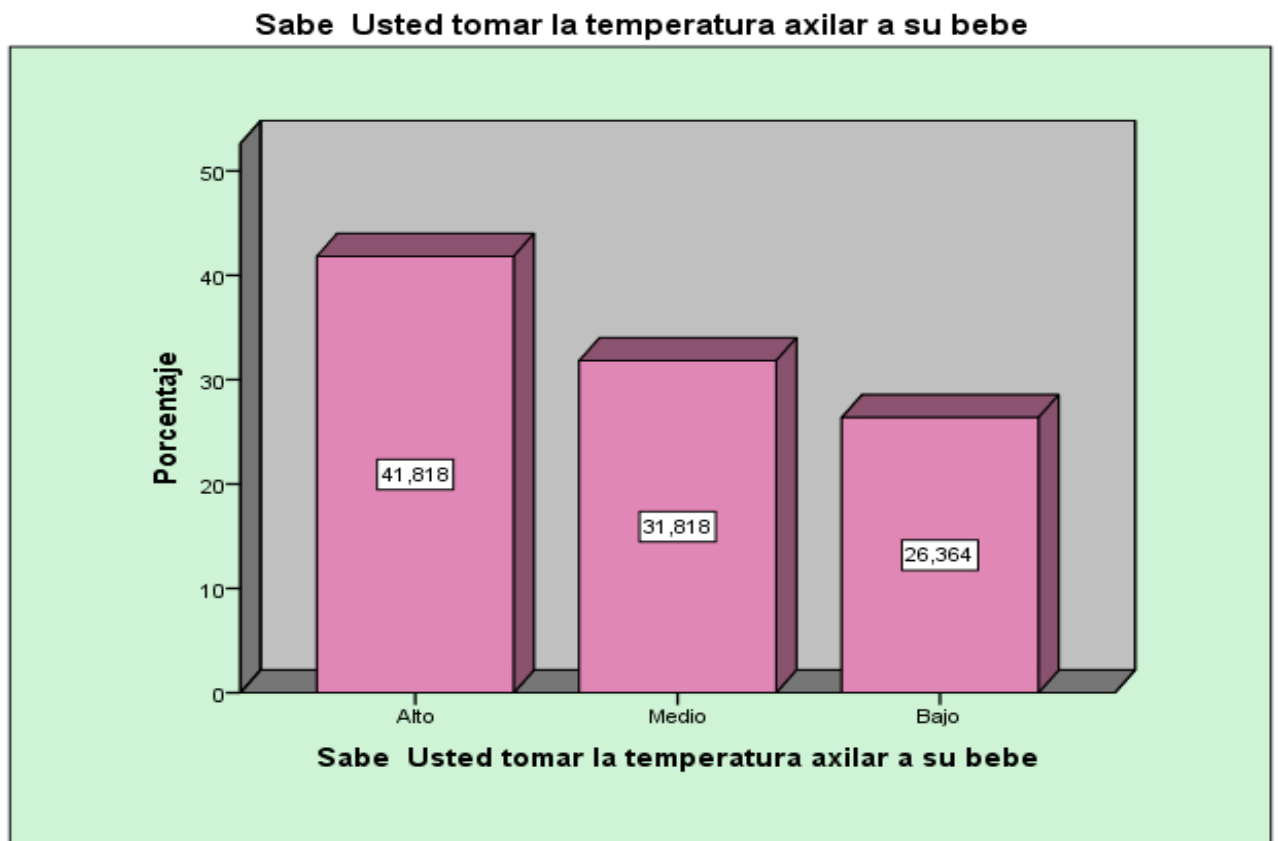
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 48.182% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre las manos antes y después del cambio de pañales de su bebe, el 28.182% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el método Madre Canguro en el servicio y el 23.636% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el método Madre Canguro en el servicio.

Tabla Nro. 14: Sabe Usted tomar la temperatura axilar a su bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	46	41,8	41,8	41,8
Medio	35	31,8	31,8	73,6
Bajo	29	26,4	26,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

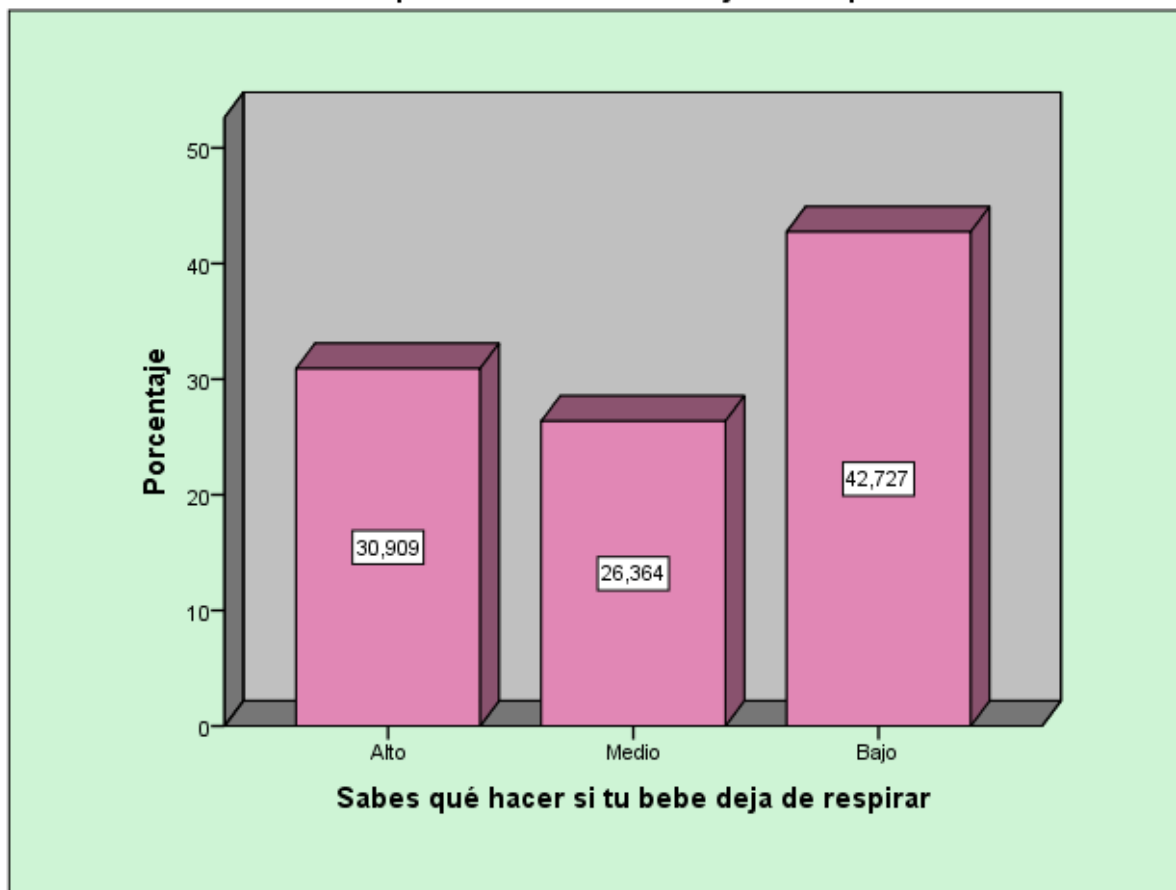
De la encuesta aplicada se tiene que el 41.818% tiene un nivel de conocimiento alto en tomar la temperatura axilar a su bebe, el 31.818% tiene un nivel de conocimiento medio en tomar la temperatura axilar a su bebe y el 26.364% tiene un nivel de conocimiento bajo en tomar la temperatura axilar a su bebe.

Tabla Nro. 15: Sabes qué hacer si tu bebe deja de respirar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	34	30,9	30,9	30,9
Medio	29	26,4	26,4	57,3
Bajo	47	42,7	42,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Sabes qué hacer si tu bebe deja de respirar



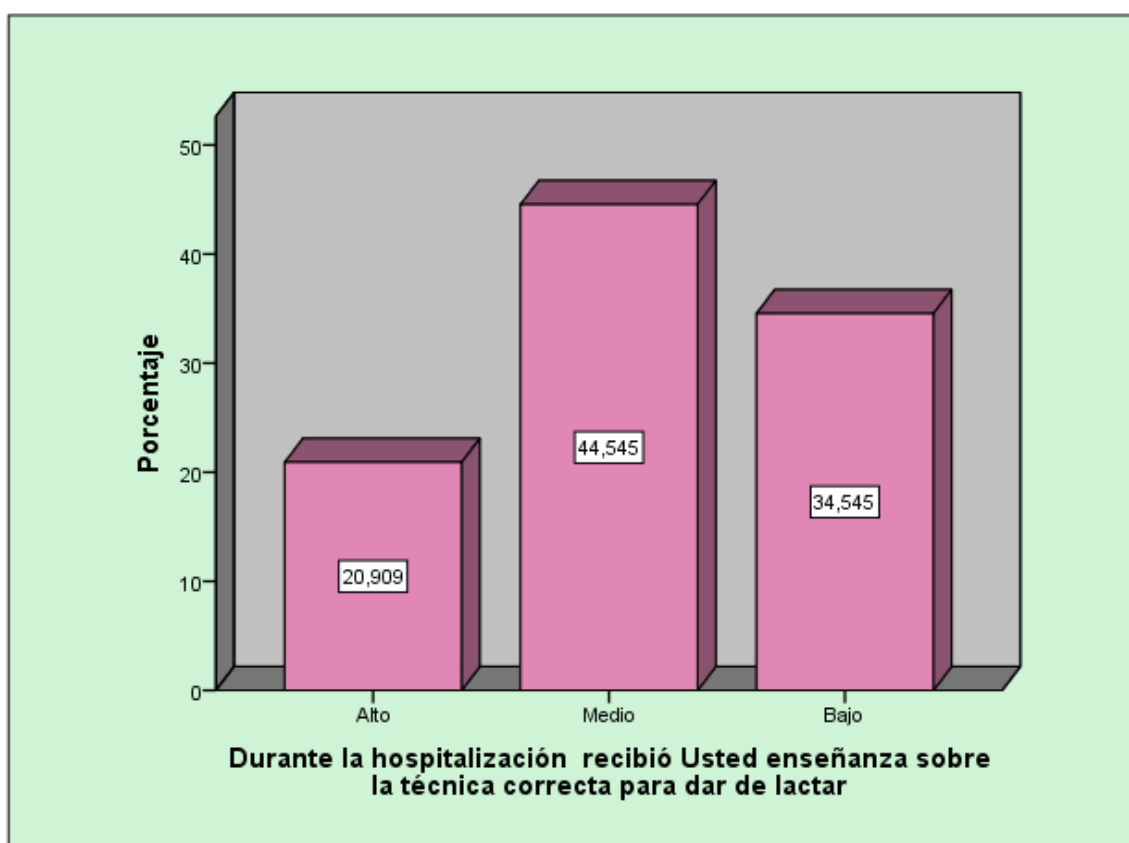
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 42.727% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre qué hacer si tu bebe deja de respirar, el 30.909% tiene un nivel de conocimiento alto sobre qué hacer si tu bebe deja de respirar y el 26.364% tiene un nivel de conocimiento medio sobre qué hacer si tu bebe deja de respirar.

Tabla Nro. 16: Durante la hospitalización recibió Usted enseñanza sobre la técnica correcta para dar de lactar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	23	20,9	20,9	20,9
Medio	49	44,5	44,5	65,5
Bajo	38	34,5	34,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



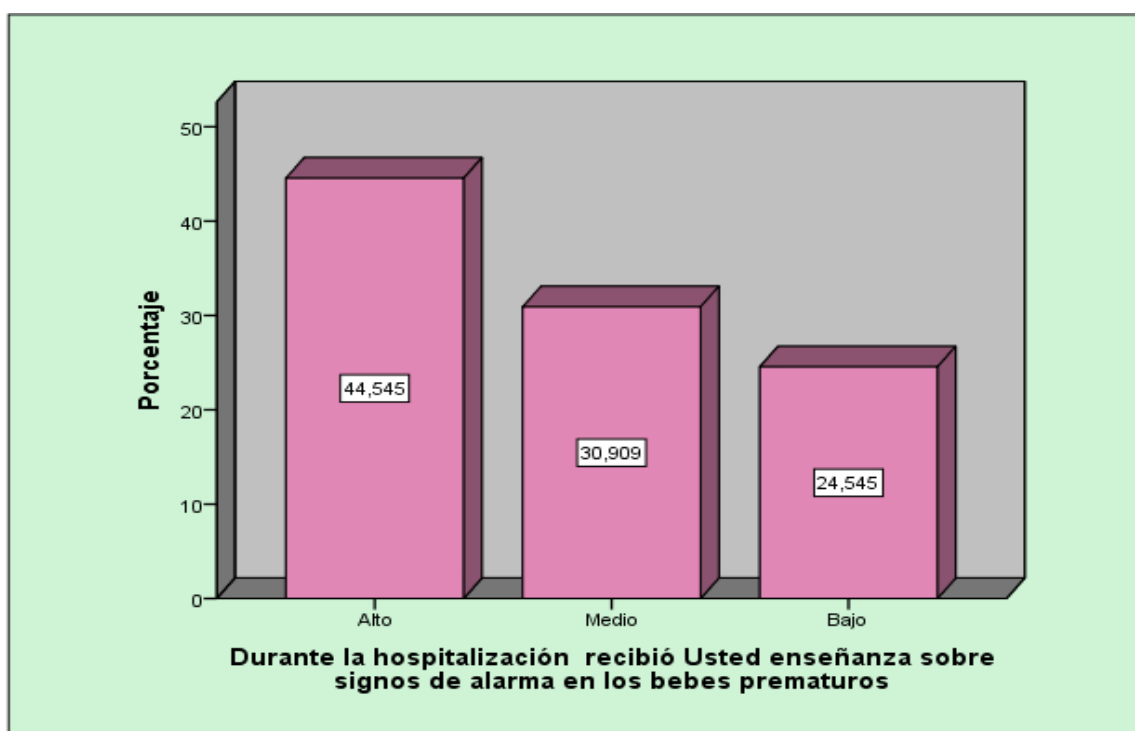
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 44.545% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre la técnica correcta para dar de lactar, el 34.545% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre la técnica correcta para dar de lactar y el 20.909% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre la técnica correcta para dar de lactar.

Tabla Nro. 17: Durante la hospitalización recibió Usted enseñanza sobre signos de alarma en los bebes prematuros

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	49	44,5	44,5	44,5
Medio	34	30,9	30,9	75,5
Bajo	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

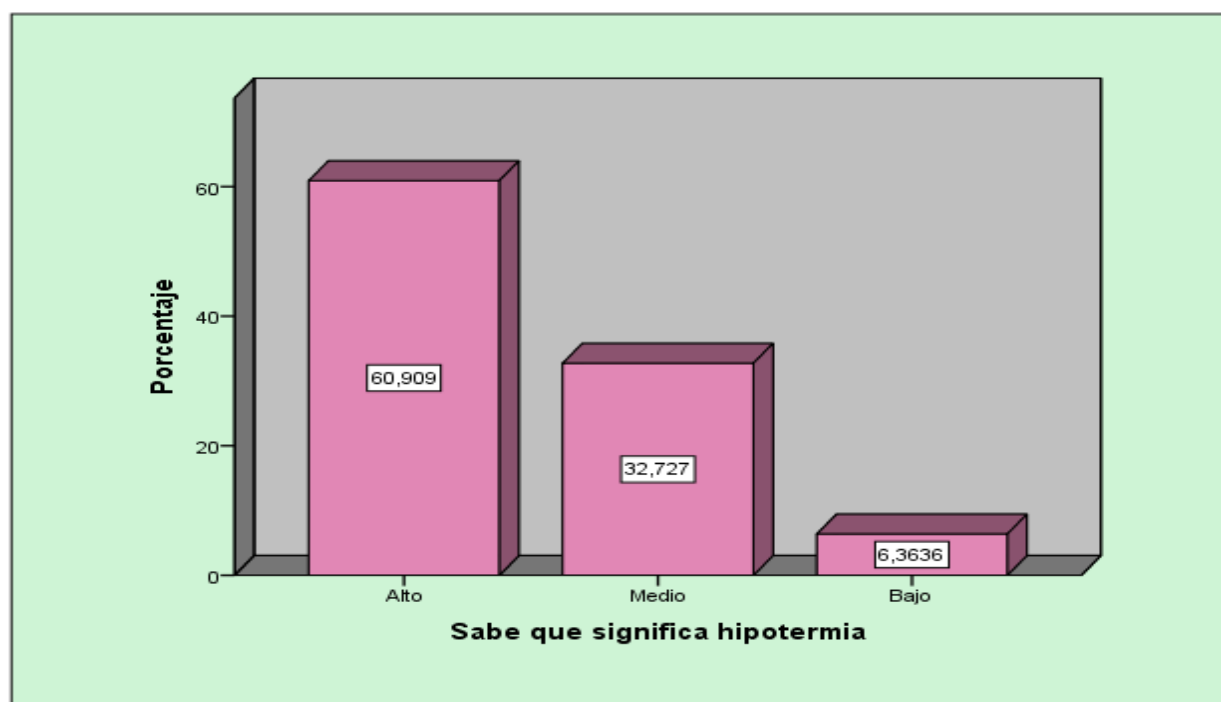
De la encuesta aplicada se tiene que el 44.545% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre signos de alarma en los bebes prematuros, el 30.909% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre signos de alarma en los bebes prematuros y el 24.545% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la hospitalización recibió enseñanza sobre signos de alarma en los bebes prematuros.

4.3 Tablas de frecuencia de los ítems de la variable reconocimiento de signos de alarma:

Tabla Nro. 18: Sabe que significa hipotermia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	67	60,9	60,9	60,9
Medio	36	32,7	32,7	93,6
Bajo	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



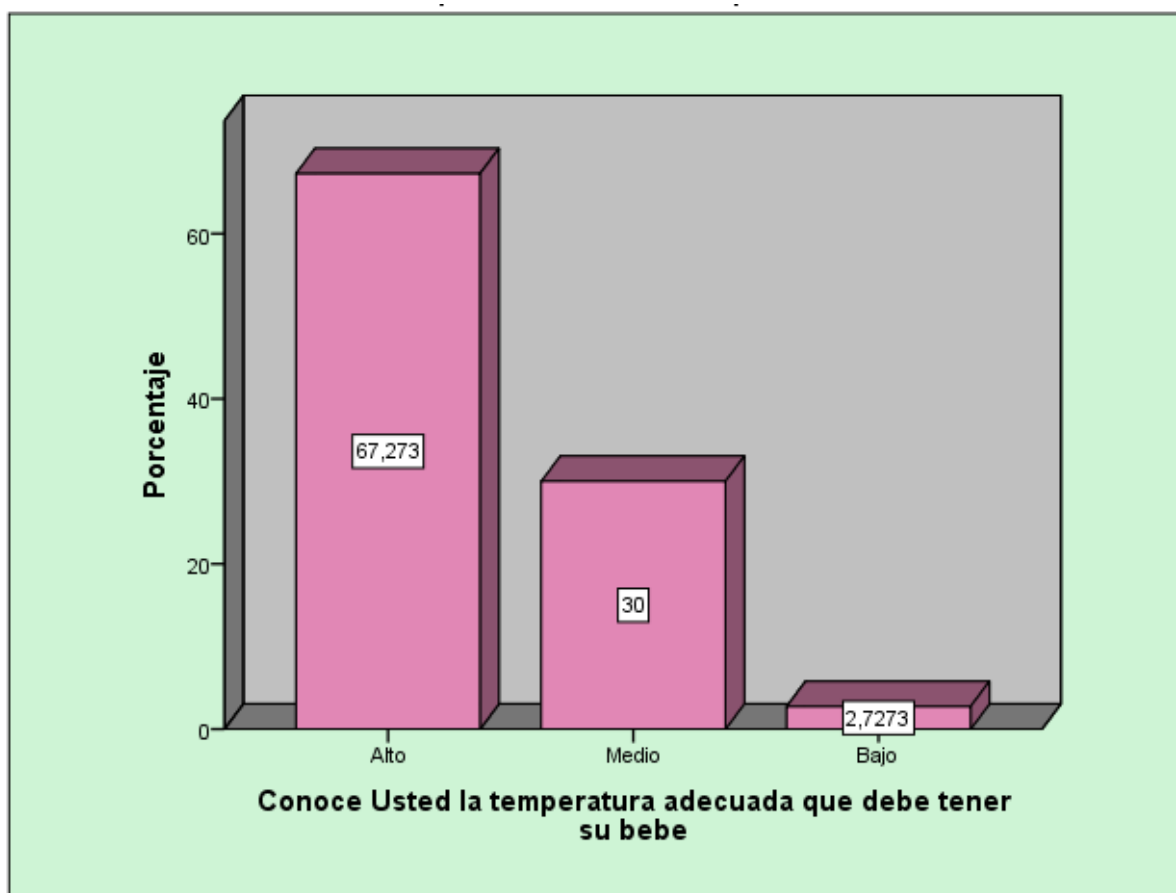
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 60.909% tiene un nivel de conocimiento alto sobre lo que significa hipotermia, el 32.727% tiene un nivel de conocimiento medio sobre lo que significa hipotermia y el 6.3636% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre lo que significa hipotermia.

Tabla Nro. 19: Conoce Usted la temperatura adecuada que debe tener su bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	74	67,3	67,3	67,3
Medio	33	30,0	30,0	97,3
Bajo	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



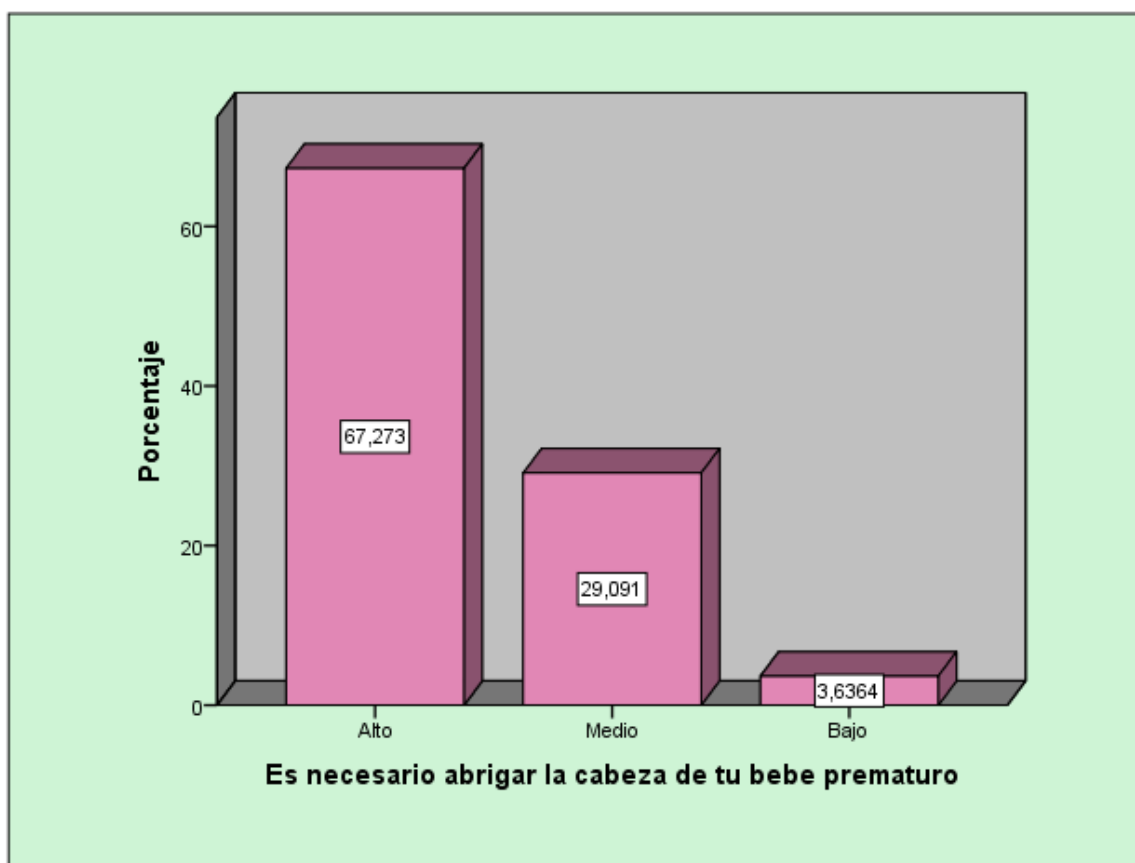
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 67.273% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la temperatura adecuada que debe tener su bebe, el 30% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la temperatura adecuada que debe tener su bebe y el 2.7273% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la temperatura adecuada que debe tener su bebe.

Tabla Nro. 20: Es necesario abrigar la cabeza de tu bebe prematuro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	74	67,3	67,3	67,3
Medio	32	29,1	29,1	96,4
Bajo	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



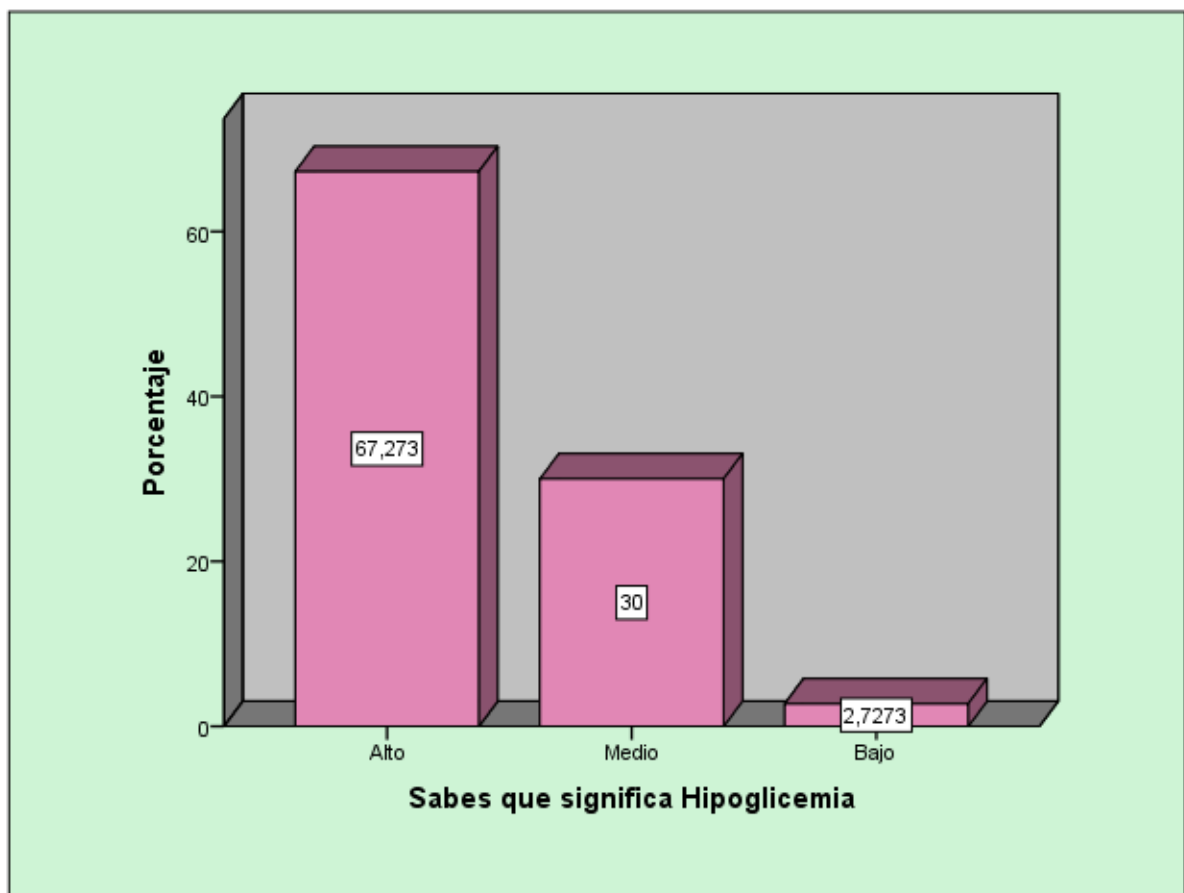
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 67.273% tiene un nivel de conocimiento alto sobre como abrigar la cabeza de tu bebe prematuro, el 29.091% tiene un nivel de conocimiento medio sobre como abrigar la cabeza de tu bebe prematuro y el 3.6364% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre como abrigar la cabeza de tu bebe prematuro.

Tabla Nro. 21: Sabes que significa Hipoglicemia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	74	67,3	67,3	67,3
Medio	33	30,0	30,0	97,3
Bajo	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



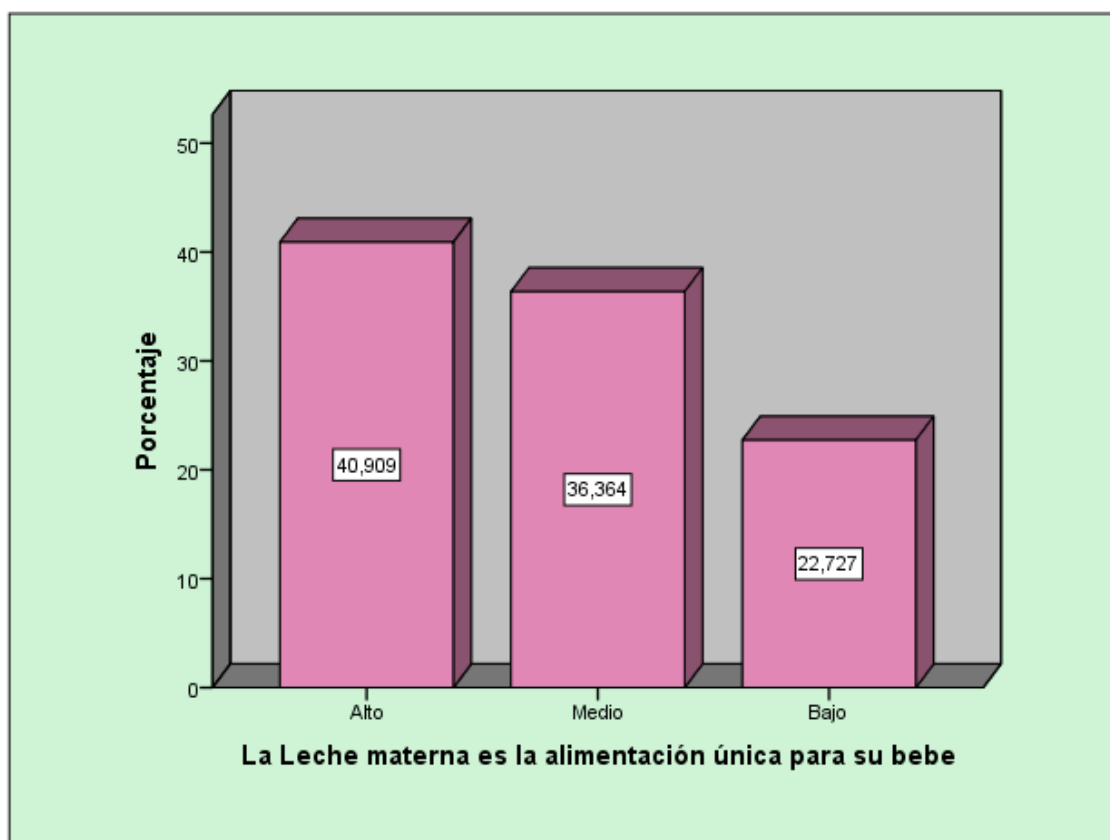
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 67.273% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el significado de hipoglicemia, el 30% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el significado de hipoglicemia y el 2.7273% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el significado de hipoglicemia.

Tabla Nro. 22: La Leche materna es la alimentación única para su bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	45	40,9	40,9	40,9
Medio	40	36,4	36,4	77,3
Bajo	25	22,7	22,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



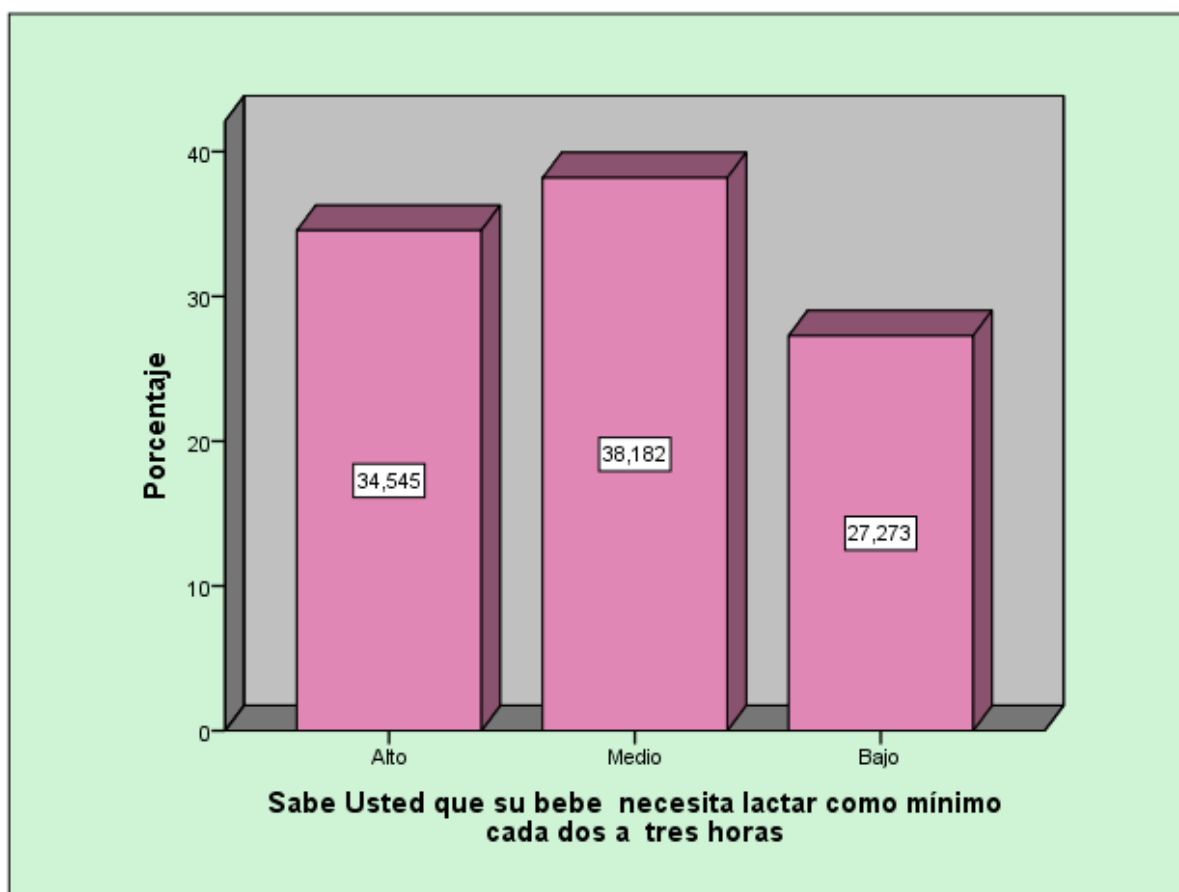
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 40.909% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la leche materna es la alimentación única para su bebe, el 36.364% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la leche materna es la alimentación única para su bebe y el 22.727% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la leche materna es la alimentación única para su bebe.

Tabla Nro. 23: Sabe Usted que su bebe necesita lactar como mínimo cada dos a tres horas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	38	34,5	34,5	34,5
Medio	42	38,2	38,2	72,7
Bajo	30	27,3	27,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



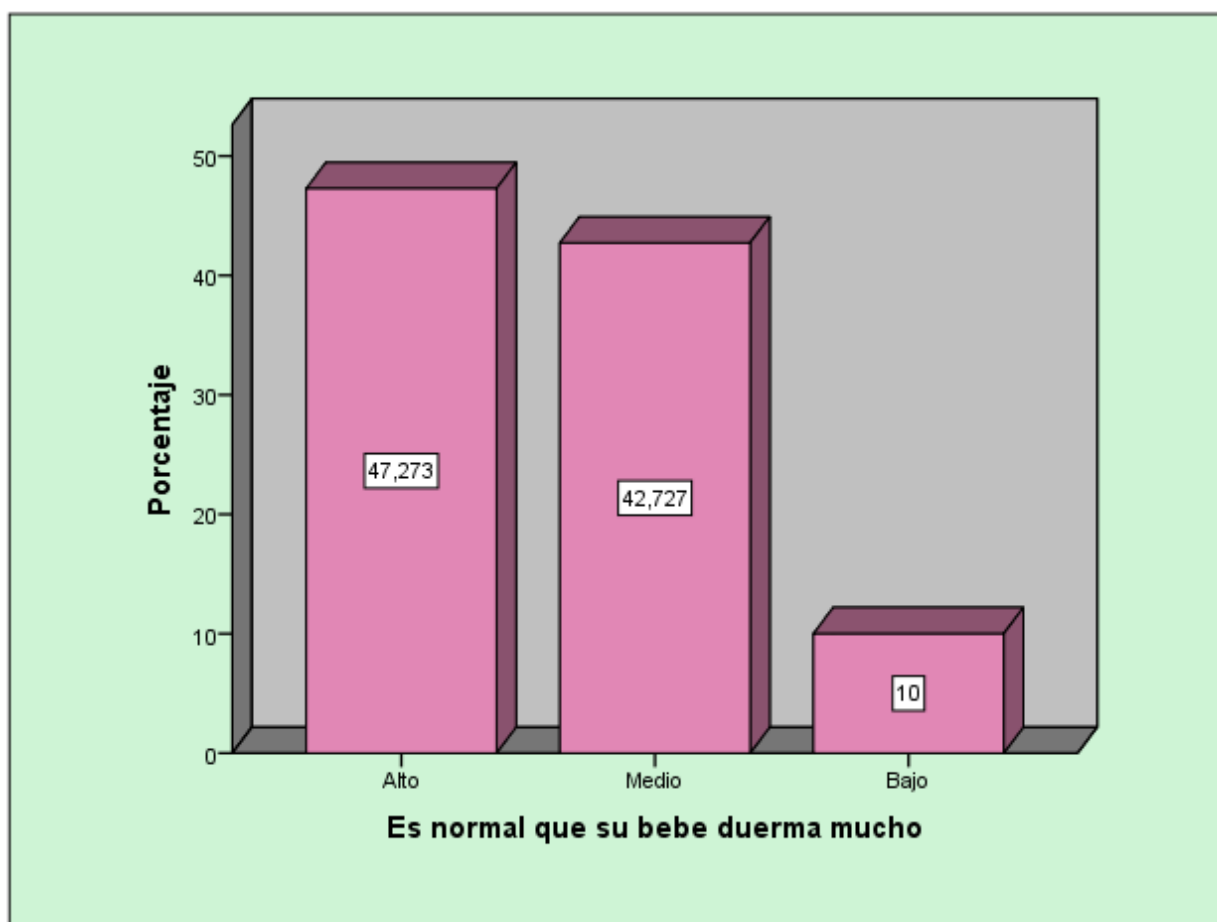
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 38.182% tiene un nivel de conocimiento medio sobre cuanto necesita lactar como mínimo cada dos a tres horas su bebe, el 34.545% tiene un nivel de conocimiento alto sobre cuanto necesita lactar como mínimo cada dos a tres horas su bebe y el 27.273% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre cuanto necesita lactar como mínimo cada dos a tres horas su bebe.

Tabla Nro. 24: Es normal que su bebe duerma mucho

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	52	47,3	47,3	47,3
Medio	47	42,7	42,7	90,0
Bajo	11	10,0	10,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



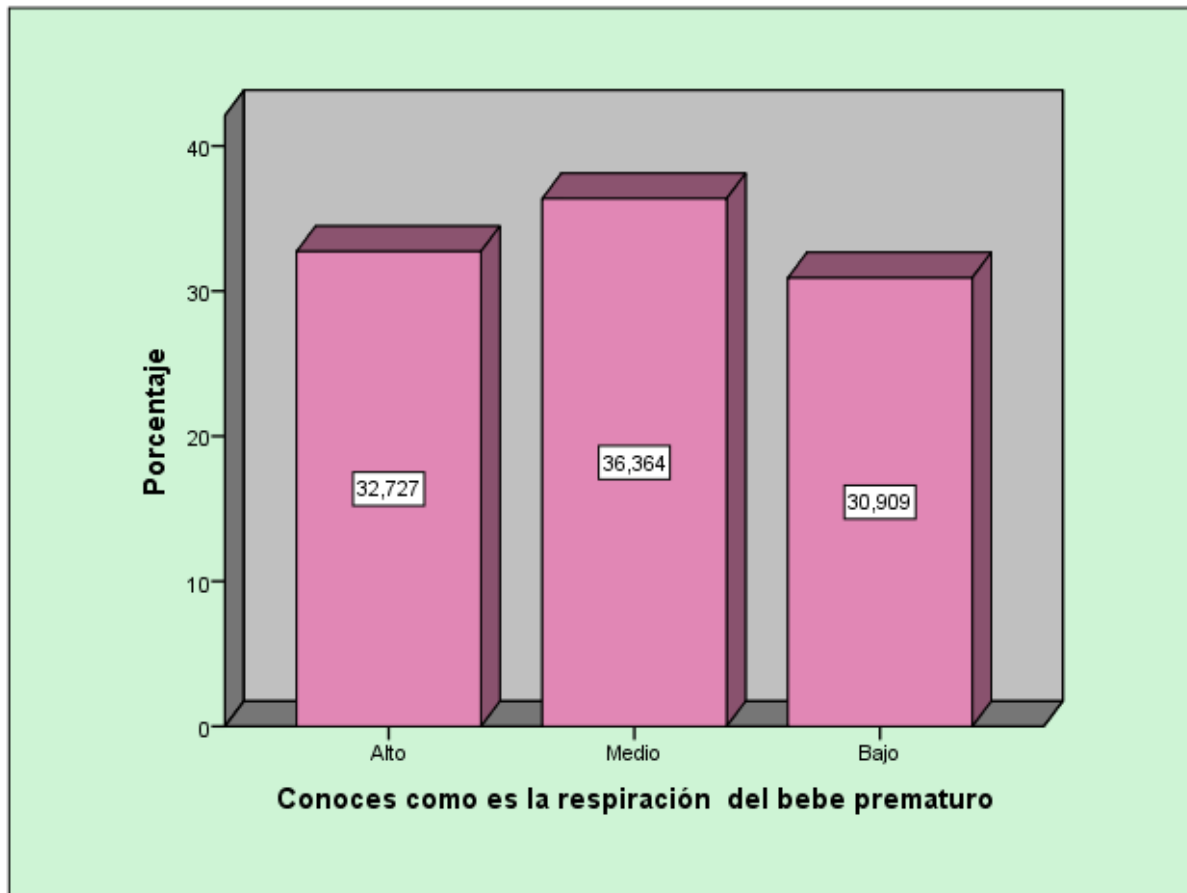
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 47.273% tiene un nivel de conocimiento alto en relación es normal que su bebe duerma mucho, el 42.727% tiene un nivel de conocimiento medio en relación es normal que su bebe duerma mucho y el 10% tiene un nivel de conocimiento bajo en relación es normal que su bebe duerma mucho.

Tabla Nro. 25: Conoces como es la respiración del bebe prematuro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	36	32,7	32,7	32,7
Medio	40	36,4	36,4	69,1
Bajo	34	30,9	30,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



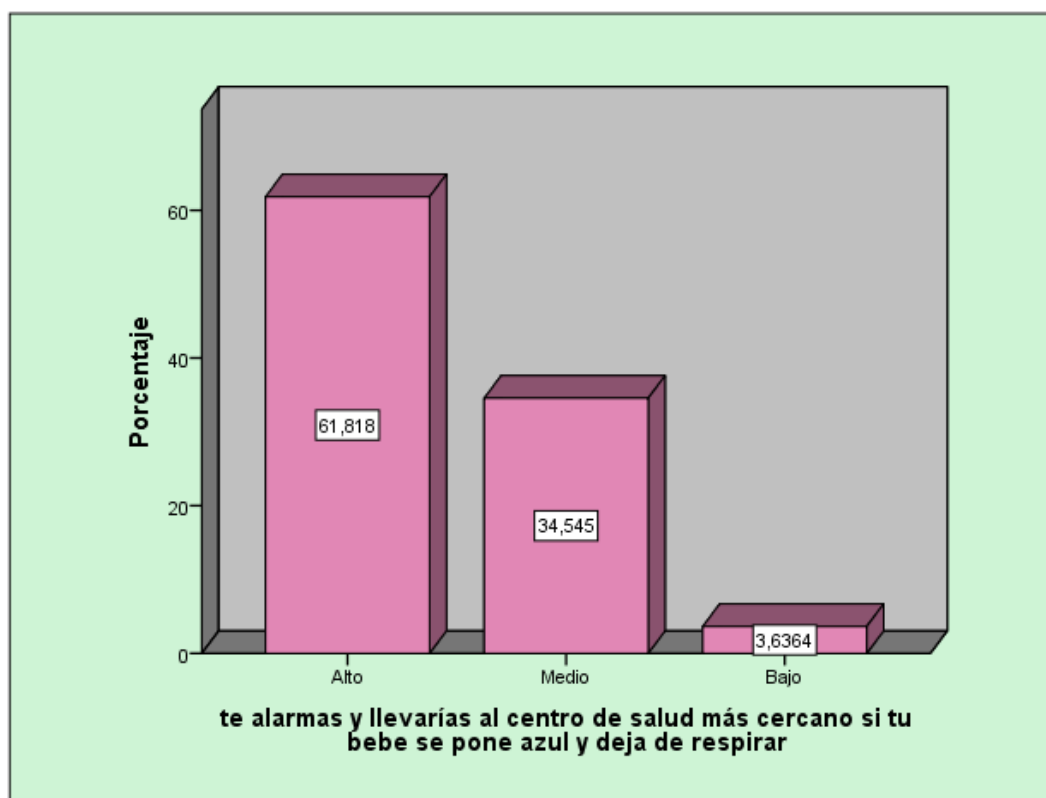
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 36.364% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la respiración del bebe prematuro, el 32.727% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la respiración del bebe prematuro y el 30.909% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la respiración del bebe prematuro.

Tabla Nro. 26: te alarmas y llevarías al centro de salud más cercano si tu bebe se pone azul y deja de respirar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	68	61,8	61,8	61,8
Medio	38	34,5	34,5	96,4
Bajo	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



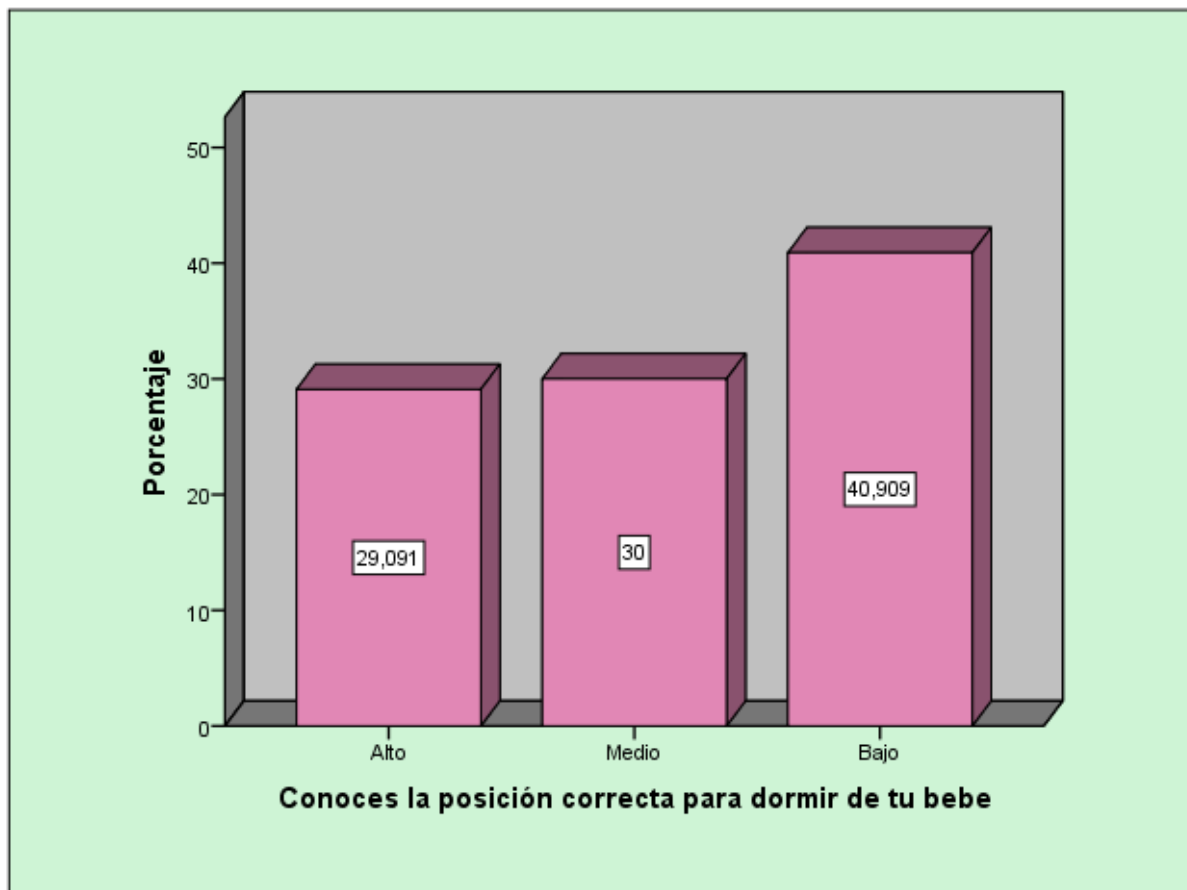
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 61.818% tiene un nivel de conocimiento alto en relación te alarmas y llevarías al centro de salud más cercano si tu bebe se pone azul y deja de respirar, el 34.545% tiene un nivel de conocimiento medio en relación te alarmas y llevarías al centro de salud más cercano si tu bebe se pone azul y deja de respirar y el 3.6364% tiene un nivel de conocimiento bajo en relación te alarmas y llevarías al centro de salud más cercano si tu bebe se pone azul y deja de respirar.

Tabla Nro. 27: Conoces la posición correcta para dormir de tu bebe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	32	29,1	29,1	29,1
Medio	33	30,0	30,0	59,1
Bajo	45	40,9	40,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

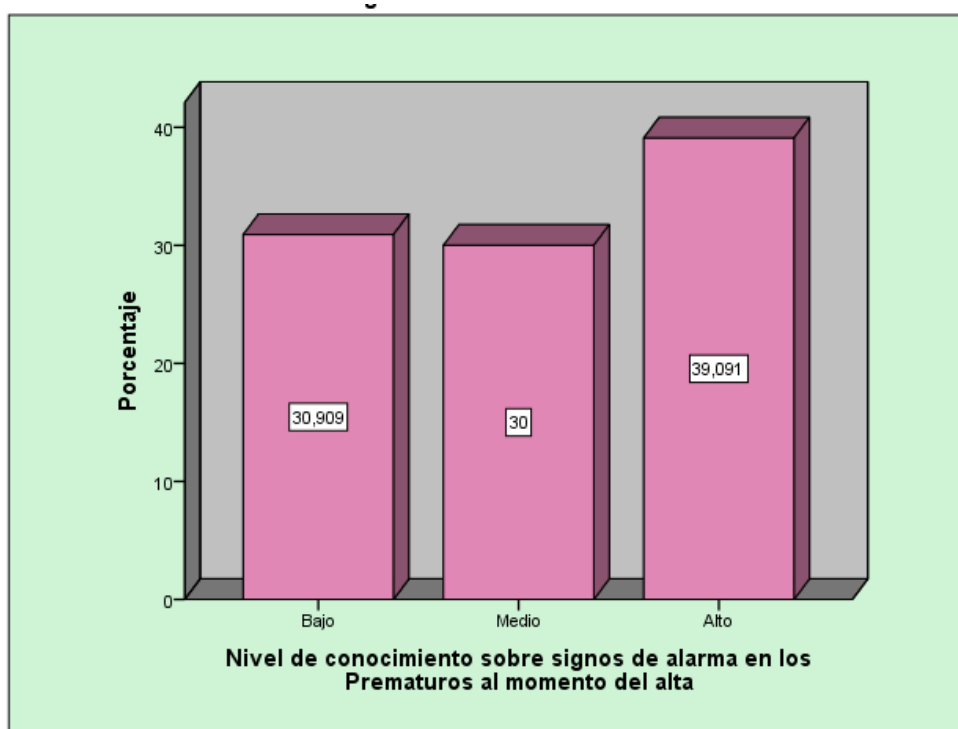
De la encuesta aplicada se tiene que el 40.909% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la posición correcta para dormir de tu bebe, el 30% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la posición correcta para dormir de tu bebe y el 29.091% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la posición correcta para dormir de tu bebe.

Tablas de frecuencia de la variable Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y sus dimensiones:

Tabla Nro. 28: Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	34	30,9	30,9	30,9
Medio	33	30,0	30,0	60,9
Alto	43	39,1	39,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



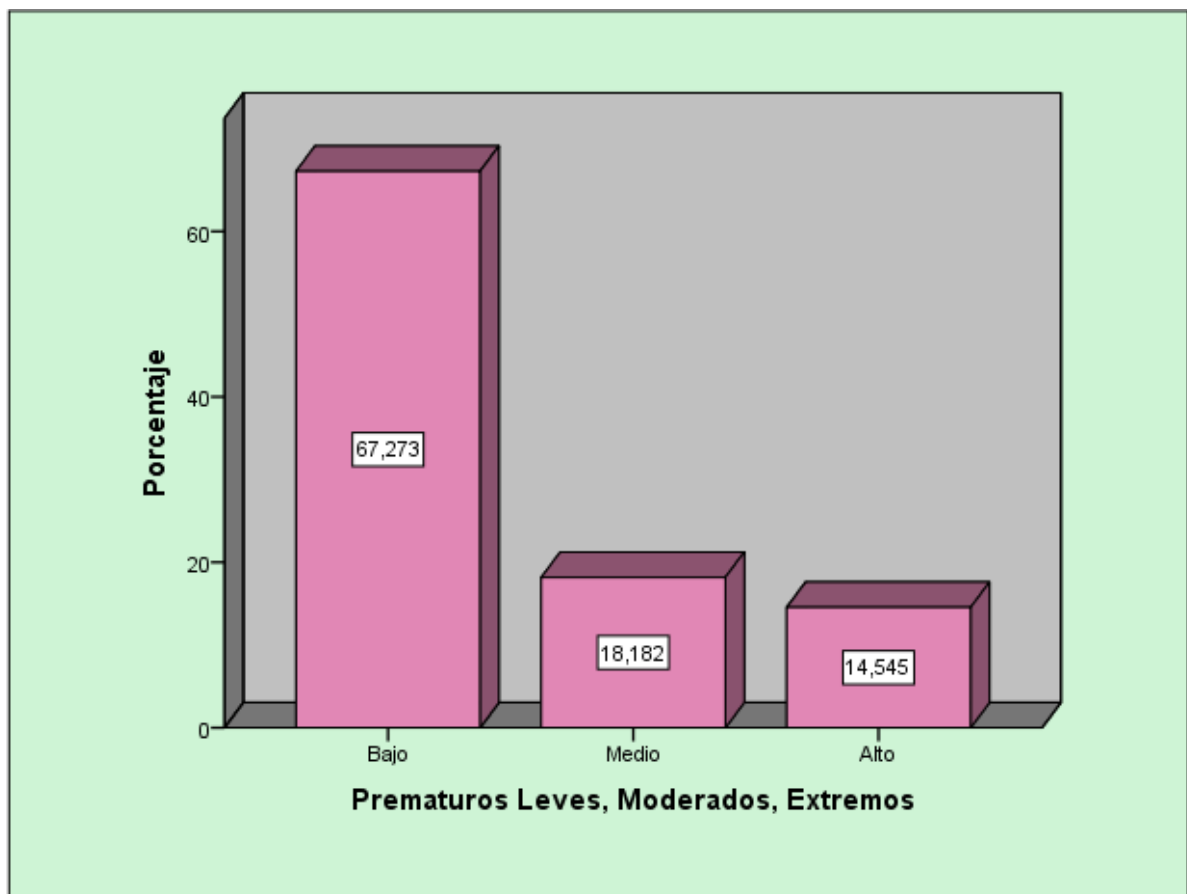
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 39.091% tiene un nivel de conocimiento alto sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta, el 30.909% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el 30% tiene un nivel de conocimiento medio sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta.

Tabla Nro. 29: Prematuros Leves, Moderados, Extremos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	74	67,3	67,3	67,3
Medio	20	18,2	18,2	85,5
Alto	16	14,5	14,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



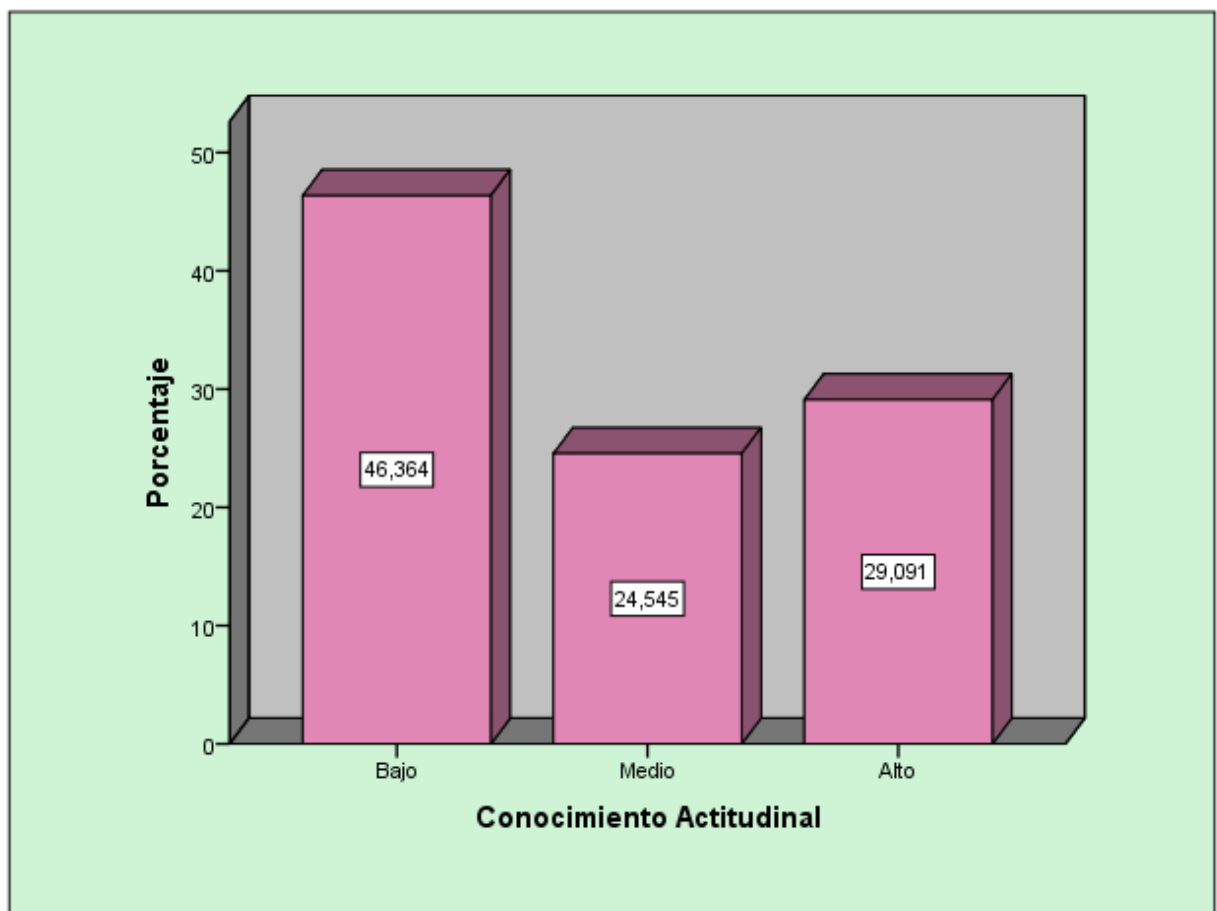
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 67.273% tiene un nivel de conocimiento bajo en los signos prematuros leves, moderados, extremos, el 18.182% tiene un nivel de conocimiento medio en los signos prematuros leves, moderados, extremos y el 14.545% tiene un nivel de conocimiento alto en los signos prematuros leves, moderados, extremos.

Tabla Nro. 30: Conocimiento Actitudinal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	51	46,4	46,4	46,4
Medio	27	24,5	24,5	70,9
Alto	32	29,1	29,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



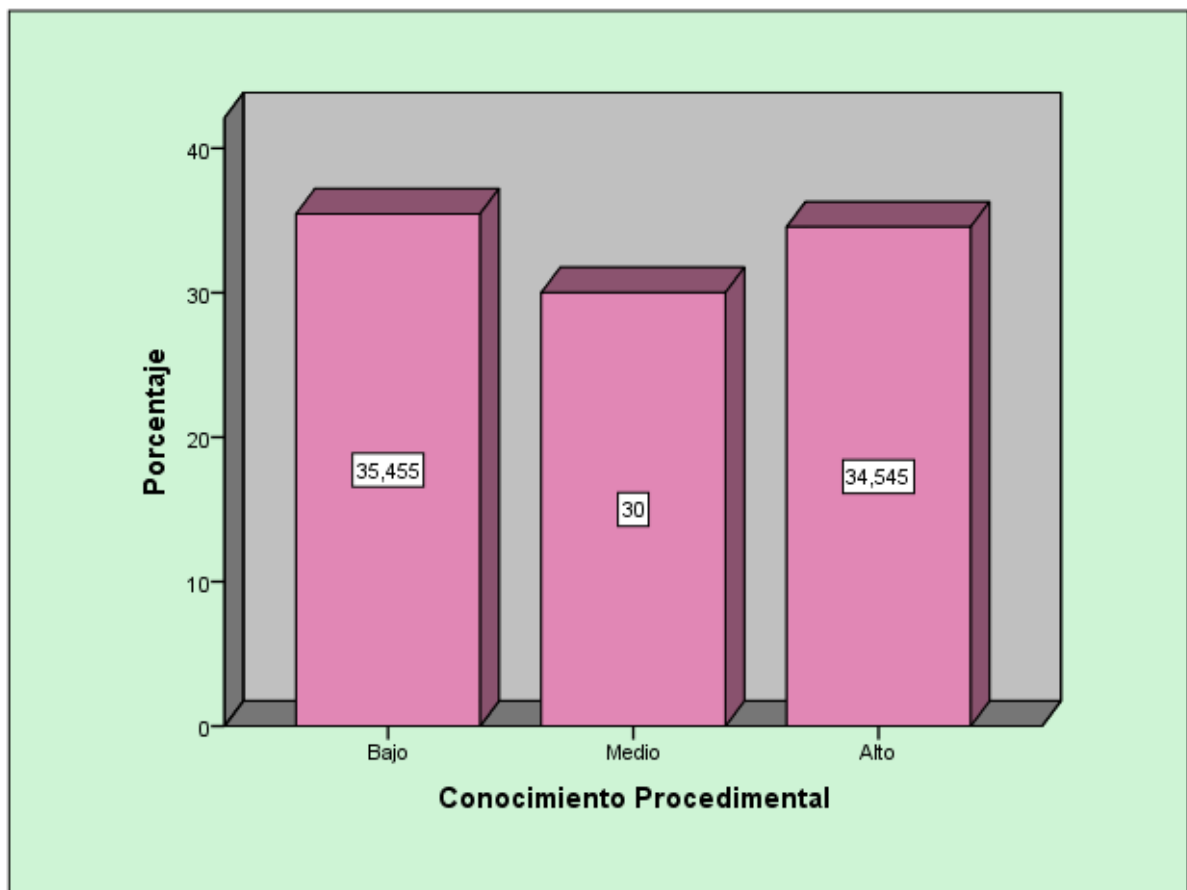
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 46.364% tiene un nivel de conocimiento bajo en relación al conocimiento actitudinal, el 29.091% tiene un nivel de conocimiento alto en relación al conocimiento actitudinal y el 24.545% tiene un nivel de conocimiento medio en relación al conocimiento actitudinal.

Tabla Nro. 31: Conocimiento Procedimental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	39	35,5	35,5	35,5
Medio	33	30,0	30,0	65,5
Alto	38	34,5	34,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 35.455% tiene un nivel de conocimiento bajo en relación al conocimiento procedimental, el 34.545% tiene un nivel de conocimiento alto en relación al conocimiento procedimental y el 30% tiene un nivel de conocimiento medio en relación al conocimiento procedimental.

4.5 Tablas de frecuencia de la variable Reconocimiento de signos de alarma y sus dimensiones:

Tabla Nro. 32: Reconocimiento de signos de alarma

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	27	24,5	24,5	24,5
Medio	80	72,7	72,7	97,3
Alto	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

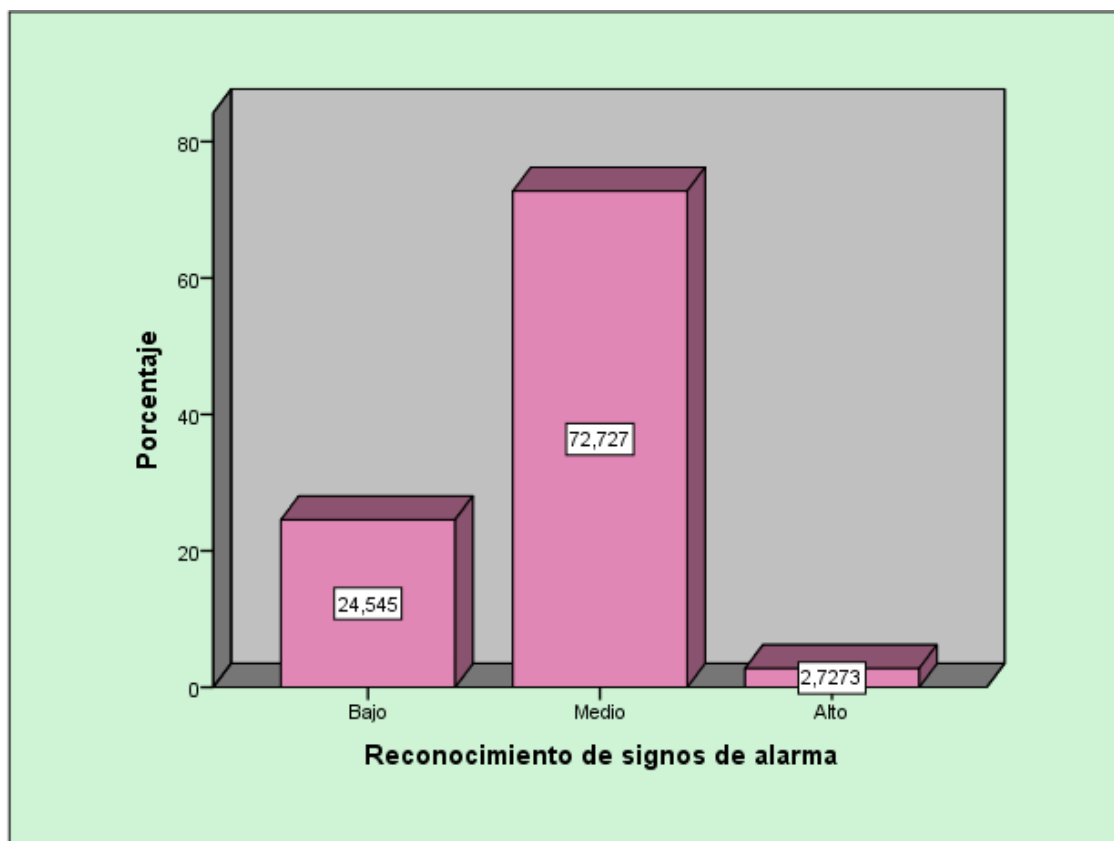


Figura 32: Grafica de barras según reconocimiento de signos de alarma

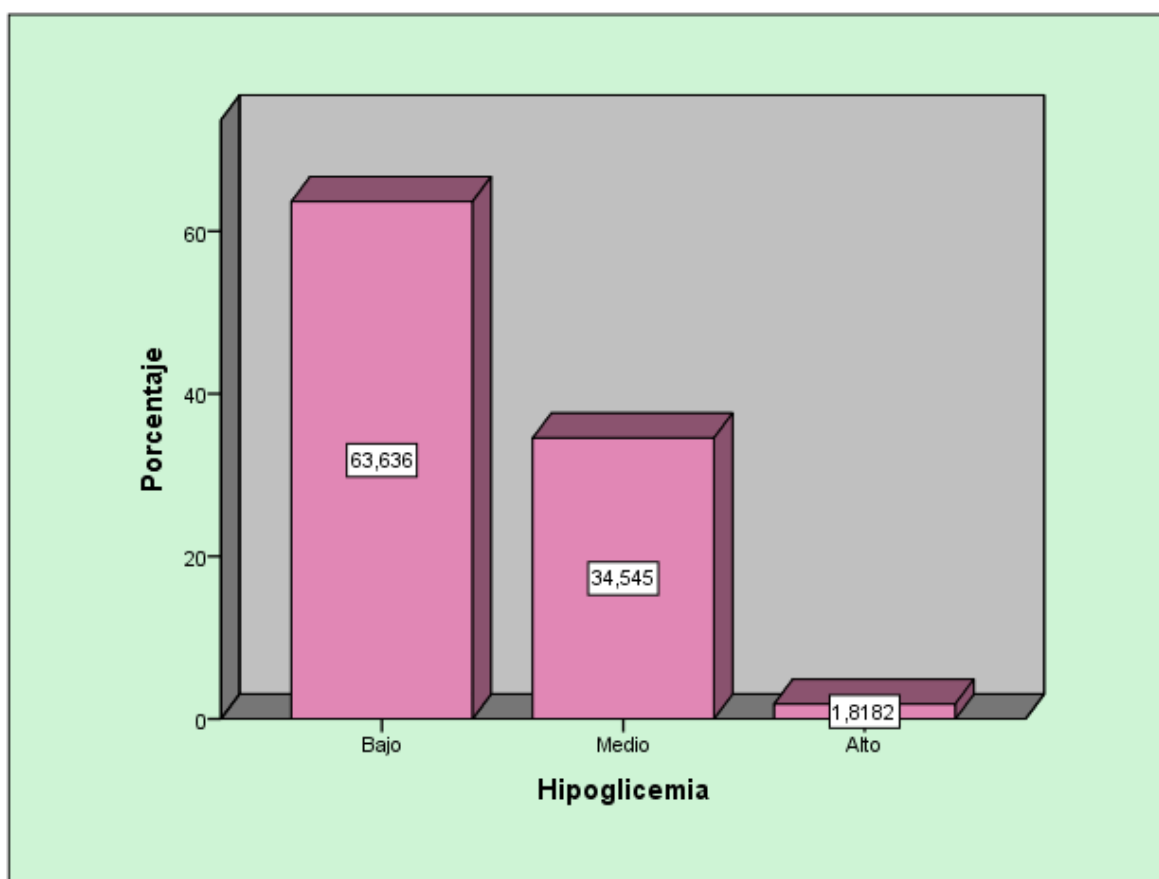
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 72.72% lograr reconocer los signos de alarma de manera regular, el 24.54% de manera baja y el 2.72% de manera alta.

Tabla Nro. 33: Hipoglicemia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	70	63,6	63,6	63,6
Medio	38	34,5	34,5	98,2
Alto	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



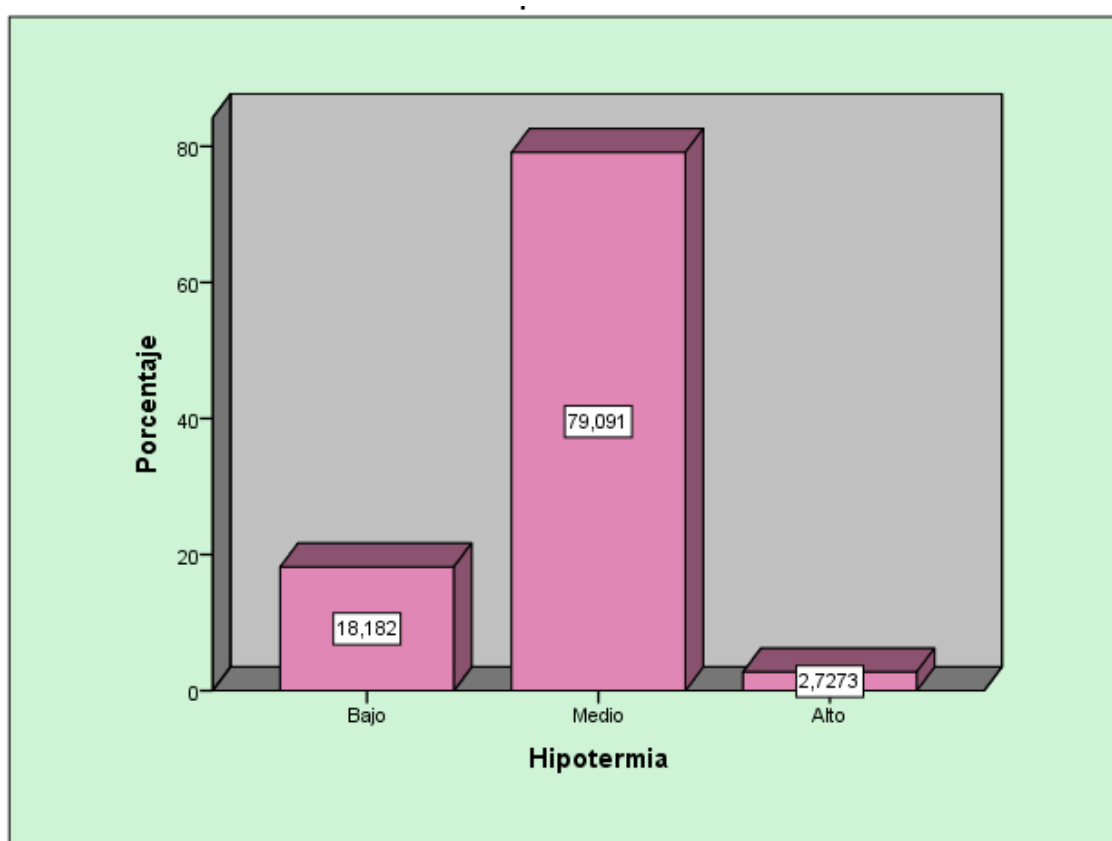
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 63.63% presenta un nivel de conocimiento bajo en relación a la hipoglicemia, el 34.54% presenta un nivel de conocimiento medio en relación a la hipoglicemia y el 1.82% presenta un nivel de conocimiento alto en relación a la hipoglicemia.

.Tabla Nro. 34: Hipotermia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	20	18,2	18,2	18,2
Medio	87	79,1	79,1	97,3
Alto	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



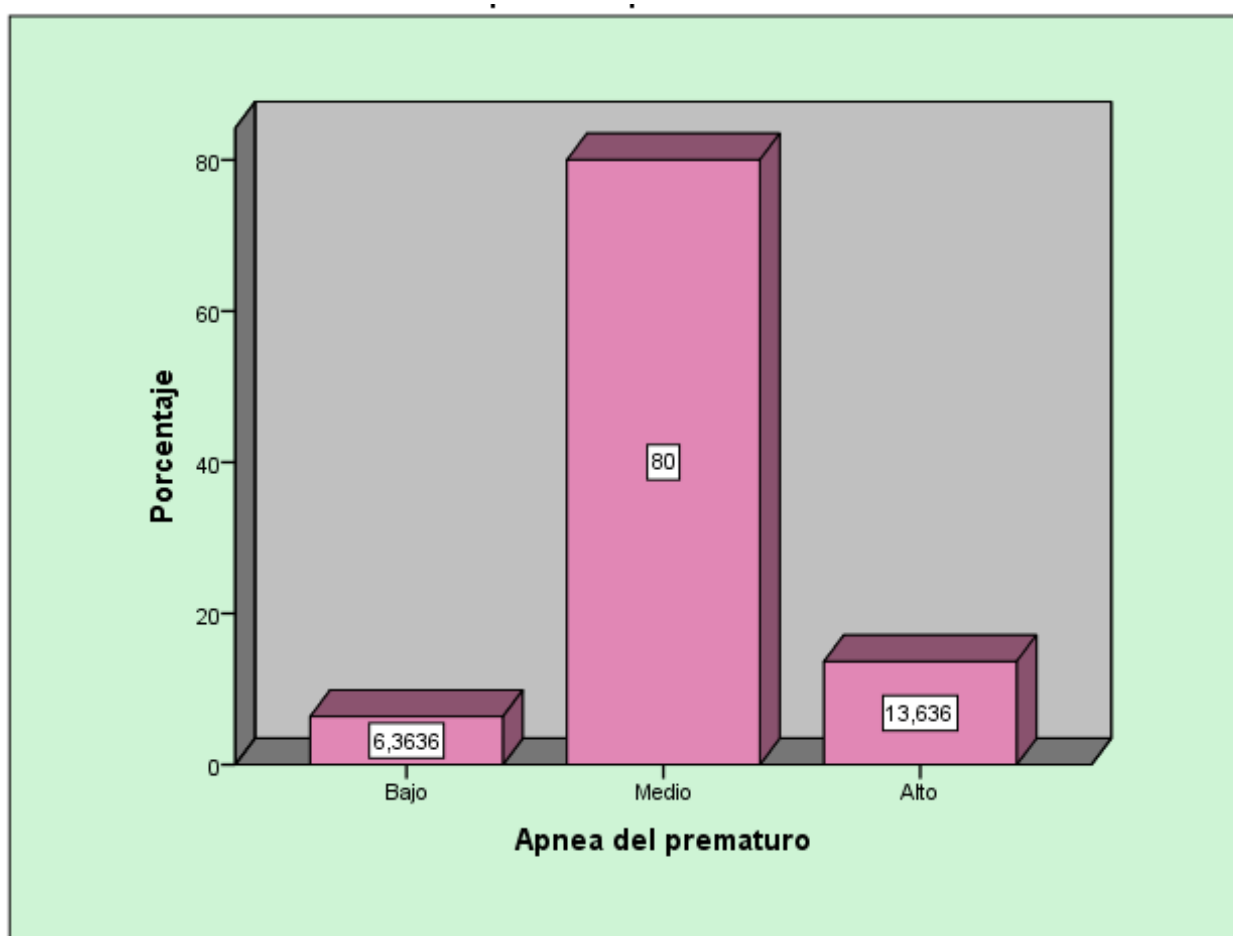
Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 79.09% presenta un nivel de conocimiento medio en relación a la hipotermia, el 18.18% presenta un nivel de conocimiento bajo en relación a la hipotermia y el 2.73% presenta un nivel de conocimiento alto en relación a la hipotermia.

Tabla Nro. 35: Apnea del prematuro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	7	6,4	6,4	6,4
Medio	88	80,0	80,0	86,4
Alto	15	13,6	13,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación

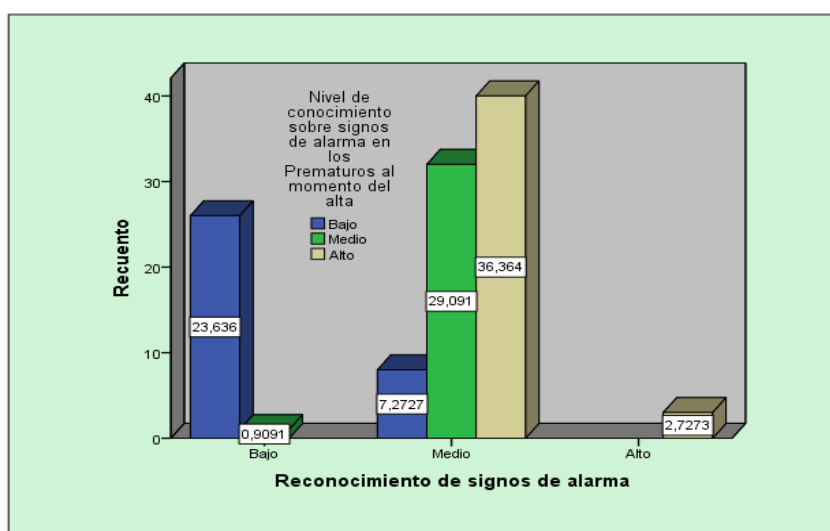
De la encuesta aplicada se tiene que el 80% presenta un nivel de conocimiento medio en relación a la apnea prematura, el 13.63% presenta un nivel de conocimiento alto en relación al apnea prematuro y el 6.36% presenta un nivel de conocimiento bajo en relación a apnea prematuro.

4.6 Tablas cruzadas:

Tabla Nro. 36: Tabla cruzada Reconocimiento de signos de alarma *Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Reconocimiento de signos de alarma	Bajo	Recuento	26	1	0	27
		% del total	23.6%	0.9%	0.0%	24.5%
	Medio	Recuento	8	32	40	80
		% del total	7.3%	29.1%	36.4%	72.7%
	Alto	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0.0%	0.0%	2.7%	2.7%
Total	Recuento	34	33	43	110	
	% del total	30.9%	30.0%	39.1%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



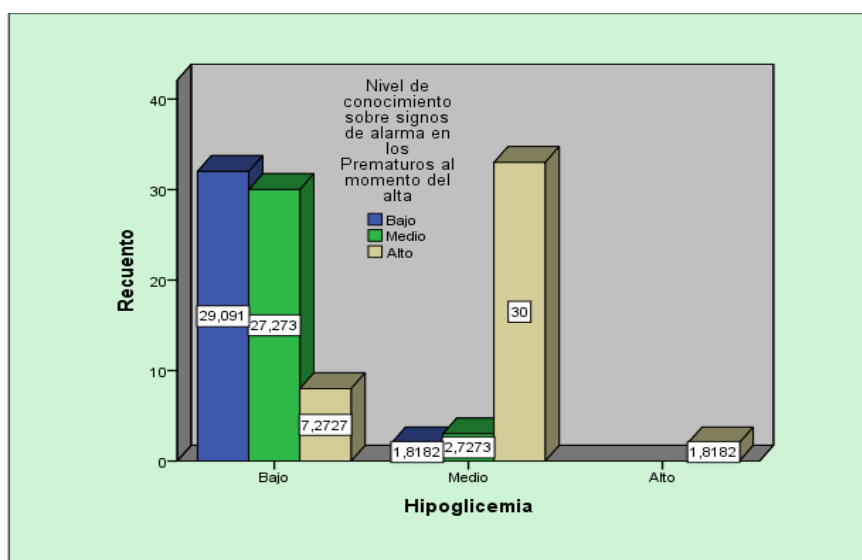
Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 36.364% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es alto su reconocimiento de signos de alarma es medio; el 29.091% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es medio su reconocimiento de signos de alarma es medio y el 23.636% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es bajo su reconocimiento de signos de alarma es bajo.

Tabla Nro. 37: Tabla cruzada Hipoglicemia*Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Hipoglicemia	Bajo	Recuento	32	30	8	70
		% del total	29.1%	27.3%	7.3%	63.6%
	Medio	Recuento	2	3	33	38
		% del total	1.8%	2.7%	30.0%	34.5%
	Alto	Recuento	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	1.8%	1.8%
Total	Recuento	34	33	43	110	
	% del total	30.9%	30.0%	39.1%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



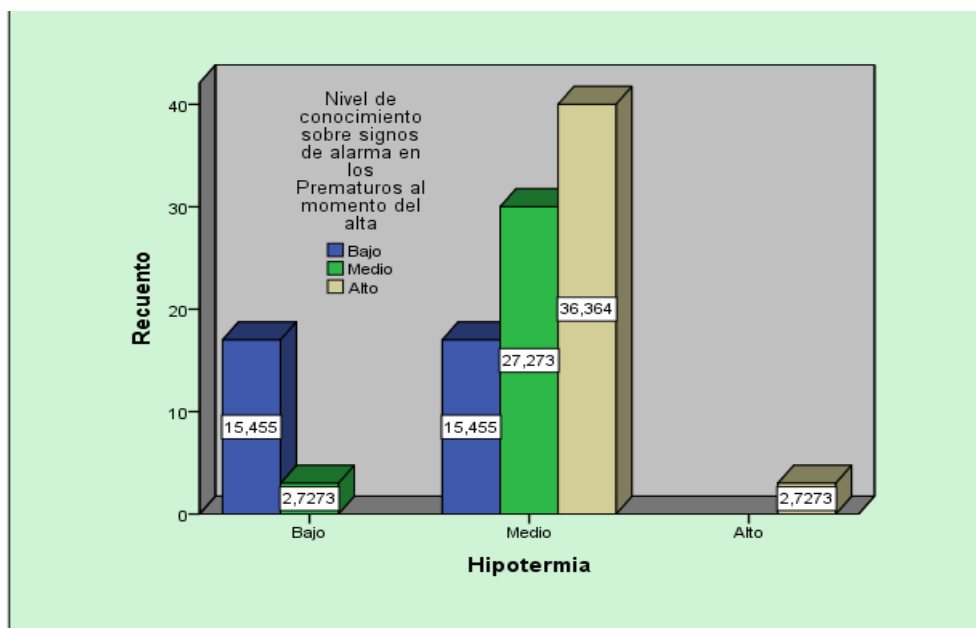
Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 30% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es alto la hipoglicemia es medio; el 29.091% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es bajo la hipoglicemia es bajo y el 27.273% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es medio la hipoglicemia es bajo.

Tabla Nro. 38: Tabla cruzada Hipotermia*Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Hipotermia	Bajo	Recuento	17	3	0	20
		% del total	15.5%	2.7%	0.0%	18.2%
	Medio	Recuento	17	30	40	87
		% del total	15.5%	27.3%	36.4%	79.1%
	Alto	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0.0%	0.0%	2.7%	2.7%
Total		Recuento	34	33	43	110
		% del total	30.9%	30.0%	39.1%	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



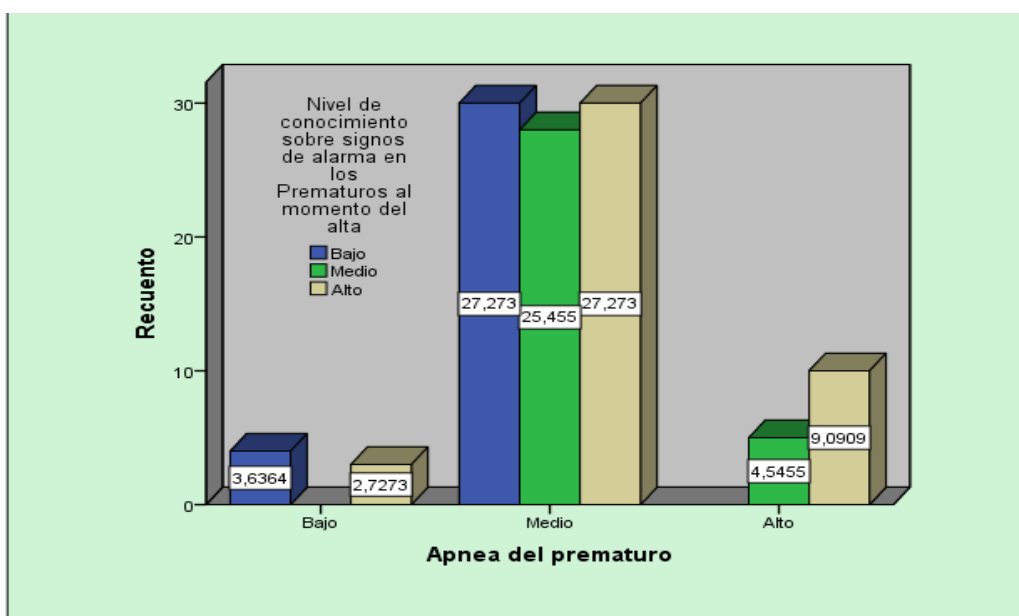
Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 36.364% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es alto la hipotermia es medio; el 27.273% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es medio la hipotermia es medio y el 15.455% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es bajo la hipotermia es medio.

Tabla Nro. 39: Tabla cruzada Apnea del prematuro*Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Apnea del prematuro	Bajo	Recuento	4	0	3	7
		% del total	3.6%	0.0%	2.7%	6.4%
	Medio	Recuento	30	28	30	88
		% del total	27.3%	25.5%	27.3%	80.0%
	Alto	Recuento	0	5	10	15
		% del total	0.0%	4.5%	9.1%	13.6%
Total	Recuento	34	33	43	110	
	% del total	30.9%	30.0%	39.1%	100.0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 27.273% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es bajo la apnea del prematuro es medio; el otro 27.273% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es alta la apnea del prematuro es medio y el 25.455% considera que cuando el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es medio la apnea del prematuro es medio.

4.7 Prueba de Hipótesis:

4.7.1 Prueba de Hipótesis general:

Ho: No existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla cruzada

Recuento

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Reconocimiento de signos de alarma	Bajo	26	1	0	27
	Medio	8	32	40	80
	Alto	0	0	3	3
Total		34	33	43	110

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75.218 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	80.591	4	.000
Asociación lineal por lineal	55.335	1	.000
N de casos válidos	110		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.

Contrastación

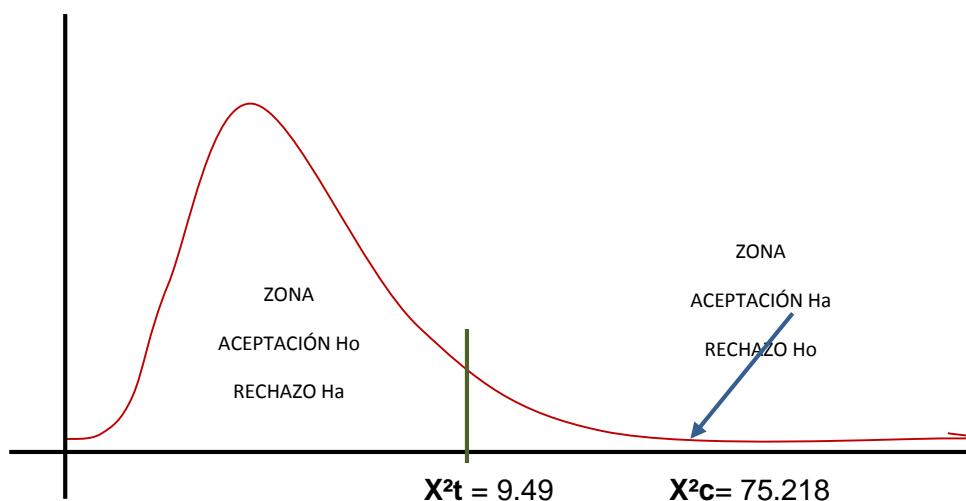
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($75.218 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

		Correlaciones		
			Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta	Reconocimiento de signos de alarma
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta	Coeficiente de correlación	1,000	0,725**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	110	110
	Reconocimiento de signos de alarma	Coeficiente de correlación	0,725**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	110	110

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.725; es decir a mayor el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta mejor es el reconocimiento de signos de alarma. Así mismo comprobamos que existe una relación de 72.5% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

4.7.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECIFICA 1

Ho: No existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la fórmula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla cruzada

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Hipoglicemia	Bajo	32	30	8	70
	Medio	2	3	33	38
	Alto	0	0	2	2
Total		34	33	43	110

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62.081 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	68.118	4	.000
Asociación lineal por lineal	47.521	1	.000
N de casos válidos	110		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Contrastación

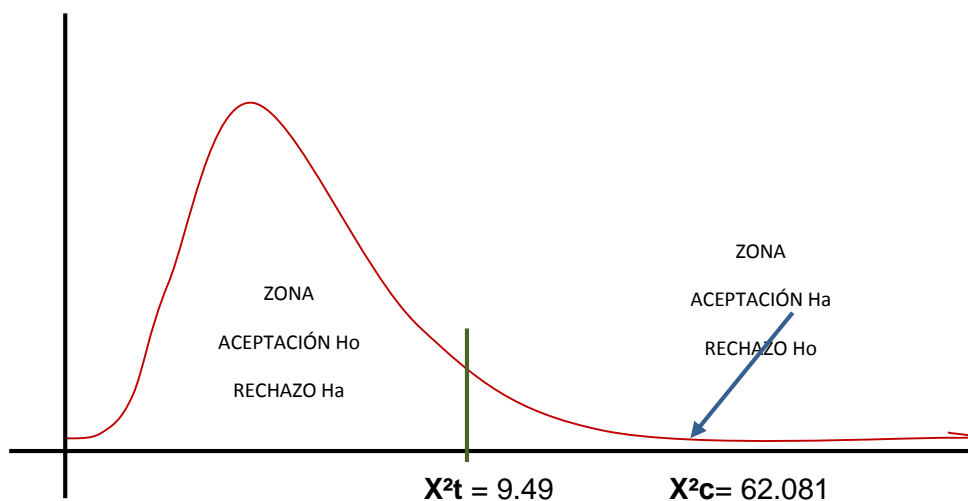
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($62.081 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones				
			Prematuros Leves, Moderados, Extremos	Hipoglicemia
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	1,000	,857**
	Prematuros Moderados, Extremos	Leves, Sig. (bilateral)	.	,000
		N	110	110
		Coeficiente de correlación	,857**	1,000
	Hipoglicemia	Sig. (bilateral)	,000	.
		N	110	110

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de hipoglicemia, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.857; es decir a mayor el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta mejor es el reconocimiento del signo de alarma de hipoglicemia. Así mismo comprobamos que existe una relación de 85.7% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

4.7.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Ho: No existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla cruzada

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Hipotermia	Bajo	17	3	0	20
	Medio	17	30	40	87
	Alto	0	0	3	3
Total		34	33	43	110

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38.201 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	41.616	4	.000
Asociación lineal por lineal	32.101	1	.000
N de casos válidos	110		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.

Contrastación

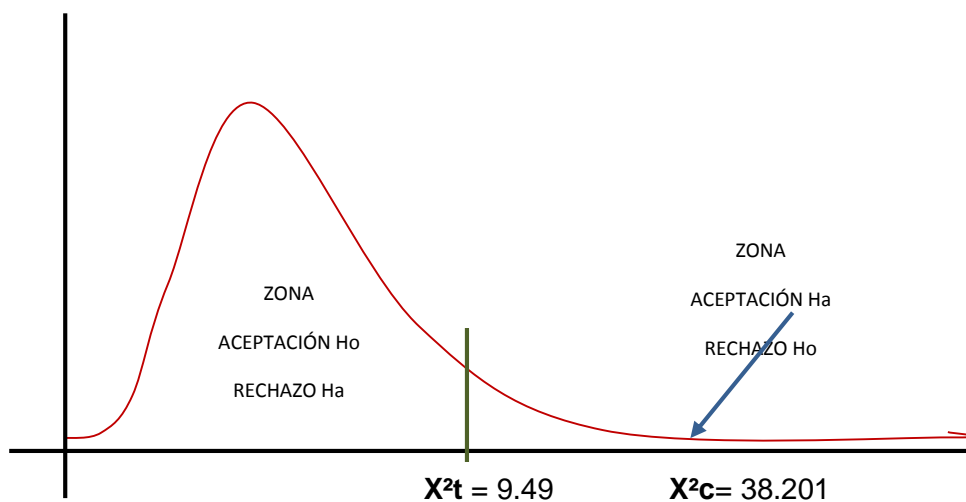
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($38.201 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

		Correlaciones	
		Prematuros Leves, Moderados, Extremos	Hipotermia
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	1,000
			0,371**
	Prematuros Leves, Moderados, Extremos	Sig. (bilateral)	.
			0,000
		N	110
		Coeficiente de correlación	0,371**
			1,000
	Hipotermia	Sig. (bilateral)	0,000
			.
		N	110
			110

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de hipotermia, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.371; es decir a mayor el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta mejor es el reconocimiento del signo de alarma de hipotermia. Así mismo comprobamos que existe una relación de 37.1% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

4.7.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

Ho: No existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla cruzada

		Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Apnea del prematuro	Bajo	4	0	3	7
	Medio	30	28	30	88
	Alto	0	5	10	15
Total		34	33	43	110

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.242 ^a	4	.016
Razón de verosimilitud	18.160	4	.001
Asociación lineal por lineal	7.142	1	.008
N de casos válidos	110		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,10.

4.7.5 PRUEBA DE HIPOTESIS Y CONTRASTACIÓN

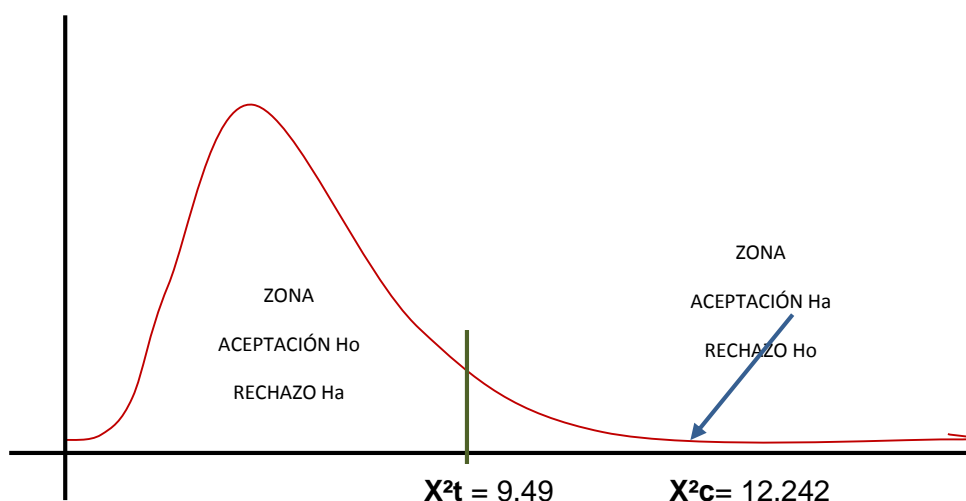
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($12.242 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones			Prematuros Leves, Moderados, Extremos	Apnea del prematuro
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	0,524
	Prematuros Leves, Moderados, Extremos	Sig. (bilateral)	.	0,001
		N	110	110
		Coefficiente de correlación	0,524	1,000
	Apnea del prematuro	Sig. (bilateral)	0,001	.
		N	110	110

De los resultados anteriores comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de apnea del prematuro, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.524; es decir a mayor el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta mejor es el reconocimiento del signo de alarma de apnea del prematuro. Así mismo comprobamos que existe una relación de 52.4% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.001$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tienen las madres del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Grados libertad	Probabilidad de un valor superior - Alfa (α)				
	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80
16	23,54	26,30	28,85	32,00	34,27
17	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72
18	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16
19	27,20	30,14	32,85	36,19	38,58
20	28,41	31,41	34,17	37,57	40,00
21	29,62	32,67	35,48	38,93	41,40
22	30,81	33,92	36,78	40,29	42,80
23	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18
24	33,20	36,42	39,36	42,98	45,56
25	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93
26	35,56	38,89	41,92	45,64	48,29
27	36,74	40,11	43,19	46,96	49,65
28	37,92	41,34	44,46	48,28	50,99
29	39,09	42,56	45,72	49,59	52,34
30	40,26	43,77	46,98	50,89	53,67
40	51,81	55,76	59,34	63,69	66,77
50	63,17	67,50	71,42	76,15	79,49
60	74,40	79,08	83,30	88,38	91,95
70	85,53	90,53	95,02	100,43	104,21
80	96,58	101,88	106,63	112,33	116,32
90	107,57	113,15	118,14	124,12	128,30
100	118,50	124,34	129,56	135,81	140,17

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Comprobamos que entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.725, es decir a mayor el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta es mejor el reconocimiento de los signos de alarma.
2. El nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **hipoglicemia**, existe una relación **alta directa y significativa** al obtener un valor de 0.857.
3. El Conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **hipotermia**, existe una relación **baja directa y significativa** al obtener un valor de 0.371.
4. El nivel de Conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros leves, moderados y extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de **apnea del prematuro** existe una relación **directa y significativa media** al obtener un valor de 0.524.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la creación en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora un PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO EDUCATIVO a las madres de estos recién nacidos de alto riesgo como son los prematuros desde su ingreso a la hospitalización mediante asesoría y consultoría de Enfermería Neonatal.
2. Se Recomienda desarrollar investigaciones de Enfermería con respecto a los resultados de un programa de acompañamiento educativo a las madres de los recién nacidos prematuros y su impacto en el desarrollo y crecimiento de estos neonatos.
3. Se Recomienda que en el Establecimiento del tercer nivel de salud como el Hospital María Auxiliadora se establezca una red integrada de seguimiento de los prematuros, esta debe interconectarse con los establecimientos de salud de menor complejidad del área geográfica en este caso LA RED INTEGRADA DE SALUD NEONATAL DEL SUR.

BIBLIOGRAFIA

1. Pava L. Carolina, (2013) “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar”.
Universidad Nacional de Colombia, facultad de Enfermería, programas de Maestrías en Enfermería, Bogotá Colombia, 2013.
2. Araque S. Sonia, Ariza Nelly, Valderrama S. Mery L. (2013) “Estrategia Educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia” Revista Cuidarte Programa de Enfermería UDES.
3. Higuera de Q. Marina, Christiansen Heydi, Cifuentes Claudia, DIANA Contreras Diana, Cubillos Paola, Gutiérrez Diana, Martínez Yeimi, Triana Edhit. (2005) “Cuidados del Recién Nacido Prematuro en Casa: Intervención educativa aplicando el modelo del autocuidado de Dorothea Orem. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía Vol. 14 N°2.2005
4. Ocampo G. Melba P, Castillo E. Edelmira (2014)
“Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza
“Texto y contexto de Enfermería vol. 23 N.º 4 Florianópolis Oct/Dic 2014
Artículo Original.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003280013>
5. Sánchez Leisy. (2012) “Nivel de conocimiento de madres de recién nacidos pretérmino sobre los cuidados que amerita a su egreso. Servicio de patología Neonatal. Hospital Central “Antonio María Pineda” Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado” Decanato de Ciencias de la Salud “Dr. Pablo Acosta Ortiz”. Revista Electrónica REDINE- UNCLA. Vol. 2 N° 2 octubre 2012.
6. Castiblanco L. Nubia, Muñoz Lucy. (2011). “Visión de las madres del hijo prematuro en el hogar” Universidad Nacional de Colombia. Artículo de investigación av. Enferm, XXIX (1): 120-129,2011
7. Gómez R. Lady D, Sandoval M. María C, Uribe E. Adriana (2015)
“Preparación de los padres para brindar cuidado en el hogar de los Recién Nacido Pretérmino egresado de la unidad Neonatal de un hospital II Nivel en

- Bogotá” Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería, dirección de posgrado Bogotá.
8. Noruega O. Norma J, Rodríguez R. María R. (2008) “Aprendiendo a cuidar al Recién Nacido: Un cuidado congruente con la cultura” Artículo derivado de una investigación Revista Avances de Enfermería, XXVI (1); 103-111, 2008.
 9. Barrientos S. Tania, Figueroa P. Daniela. (2013). “Percepción de madres de Recién Nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el periodo de Hospitalización en la unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo 2012” Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.
 10. Delgado N. Mario F, Calvacho E. José A, Tabares T. Rosa E, Del Carpio S. Carolina, Bedoya I. Luz M. (2007). “Percepciones de Signos de Alarma en enfermedad neonatal de los cuidadores y trabajadores de la salud en Guapi, Colombia” Universidad del Cauca Colombia, Revista Salud Publica Vol. N.º 9, (1); 39-52 2007.
 11. Gómez C. Esther (2013) “Seguimiento del Recién Nacido Prematuro atendidos en el servicio de Neonatología del hospital obstétrico Ángela Loayza de Ollague del Canton Santa Rosa de Enero a marzo del 2013” Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de ciencias químicas y de la Salud. Machala-EI Oro- Ecuador.
 12. Magalhaes F. Geovana, Mara Monti F. Luciana, Morales L. Adriana, Firmino D. Mariana, Souza A. Carolina, Grancida S. Carmen (2009). “Percepciones de madres de prematuros acerca de la vivencia en un programa de educación en salud” Artículo Original, Acta Paul Enfermería. 2009; 22(3): 250-6
 13. Cabrera R. Rosalía, Rodríguez CH. Katya. (2013). “Relación entre factores socioculturales y prácticas maternas sobre el cuidado del prematuro en el hogar en el Hospital de Belén Trujillo 2013”
Universidad privada Antenor Orrego –UPAO

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/266>
 14. Robles Carol, Ochoa V. Katia. (2014) “Efectividad de una intervención educativa en la identificación de signos de alarma y morbilidad del Recién

- Nacido” Universidad Ricardo Palma Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Artículo Original Cuidando y Salud Jul-Dic 2014,1 (2o
15. Melgarejo S. Giannina. (2011). “Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado del prematuro en el servicio de Neonatología: Hospital Chancay-SBS 2011” Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado. Lima Perú 2012
 16. Jiménez M. Elizabeth, Sosa S. Alejandra. (2014).
“Educación de las Enfermeras para la adopción del rol materno de madres primerizas con hijos prematuros Chiclayo 2012” Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Facultad de Medicina Chiclayo- Perú 2014.
 17. Organización Mundial de la salud (OMS)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
 18. MINSA –PERU Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012.
 19. Kerlinger “Bases conceptuales de la Psicología Profesional” México 1995, Pág. 160.
 20. Ceriani C, Fustiñana, Mariani, Jenik y Lupo. Neonatología Practica 4ta Edición-Editorial Medica Panamericana.
 21. Solaesa María J, Apuntes de Enfermería Materno-Infantil 2009-2010 páginas del 3-5
 22. Avalos Luis M. (2004) Neonatólogo Egresado del Instituto nacional de Perinatología Manual de Neonatología, Capítulo N.º 9 Recién Nacido de pretérmino
 23. Urquiza A. Raúl. Revista Pediátrica. Asociación de Médicos Residentes del Instituto de Salud del Niño. Volumen 4, N.º 3, abril 2002- diciembre 2002 Pág. 42-43.
 24. Martínez De La Barrera. Leslie I. “Hipoglicemia Neonatal” CCAP Vol. 12, N° 2
 25. Mulul I. Willy O. (octubre 2013) Universidad San Carlos de Guatemala Tesis “Hipoglicemia Neonatal y factores de riesgo en Recién nacidos”
 26. Cullen B. Pedro J. Apnea en los niños Prematuros, Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 79, N° 2 marzo-abril 2012 Pág. 86-91

27. GUIA PRACTICA CLINICA, Diagnóstico y Tratamiento del Apnea del Prematuro. Gobierno de la Republica de México, Ministerio de Salud 2014.
28. Cravedi Verónica, Goldsmit Gustavo, Comité de estudios Fetoneonatales (CEFEN) Artículo Pediátrico Argentino 2006 Pág. 560-662
29. Romero M. Silvia, Arroyo C. Leyla M, Reyna R. Edna, Revista Perinatología y Reproducción Humana, abril-junio 2010 Vol. 24 N.º 2, Pág.124-130.
www.medigrafic.org.mx
- 30.. Del Moral Teresa, Bancalari Eduardo.” Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro” Boletín de la sociedad de Pediatría de Austrias, Catambria, Castilla y León. 2010. Vol. 50 Pág. 39-42.

ANEXOS

ANEXO N.º 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si desea participar en este estudio conteste la encuesta que nos permitirá valorar, “EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN LOS PREMATUROS AL MOMENTO DEL ALTA Y EL RECONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE ALARMS QUE TIENEN LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL 2015”, para mejorar e implementar un programa de educación y acompañamiento a las madres de los prematuros desde su ingreso a la hospitalización.

No existiendo ningún riesgo para usted ni su recién nacido solicitamos su participación en esta investigación. La información obtenida será de tipo confidencial y solo para fines de estudio.

He leído la información referente a esta investigación y he entendido que formare parte de este estudio.

Nombre y Apellidos.....

DNI.....

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN LOS PREMATUROS AL MOMENTO DEL ALTA

Para la validez del instrumento se utilizó el KR20, que se encarga de evaluar la fidelidad del indicador (consistencia interna)

Formula:

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

Donde:

- p, q: proporción de aciertos y desaciertos de los ítems.
- σ_t^2 : es la varianza de la suma de todos los ítems.
- n : es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 14 ítems, siendo el tamaño de muestra 110 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el KR-20 se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.

Resultados:

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluido ^a	0	,0
Total		110	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
KR-20	N de elementos
0,837	14

Discusión:

El valor del alpha de cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del KR-20 a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de KR-20 para nuestro instrumento es 0.837, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE RECONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE ALARMA

Para la validez del instrumento se utilizó el KR20, que se encarga de evaluar la fidelidad del indicador (consistencia interna)

Formula:

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

Donde:

- p, q: proporción de aciertos y desaciertos de los ítems.
- σ_t^2 : es la varianza de la suma de todos los ítems.
- n : es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 10 ítems, siendo el tamaño de muestra 110 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el KR-20 se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.

Resultados:

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	110	100,0
	Excluido ^a	0	,0
Total		110	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
KR-20	N de elementos
0,888	10

Discusión:

El valor del alpha de cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del KR-20 superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de KR-20 para nuestro instrumento es 0.888, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

HOSPITAL "MARIA AUXILIADORA"
SERVICIO DE NEONATOLOGIA

ENCUESTA Y/O ENTREVISTA

APELLIDOS DEL

RN:.....FI.....FA.....

PESO AL NACER.....EG

NACER:.....

PESO AL ALTA:.....EG AL

ALTA:.....

EDAD DE LA MADRE:.....TIEMPO DE

HOSPITALIZACION:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN

.....

DISTRITO:.....

.....

PUESTO DE SALUD

DERIVADO:.....DISTRITO:.....

N °	NIVEL CONOCIMIENTOS	SI	NO
	CONOCIMIENTO SOBRE CLASES DE PREMATUROS: LEVE, MODERADO Y EXTREMO		
1	SABE UD. QUE SIGNIFICA SER UN BEBE PREMATURO		
2	DURANTE LA HOSPITALIZACION DE SU BEBE RECIBIO INFORMACION QUE CLASE DE PREMATURO ES: LEVE, MODERADO O EXTREMO.		
3	TIENE IDEA DE LO QUE SIGNIFICA SER PREMATURO LEVE, MODERADO Y EXTREMO.		
4	CONOCE UD. SIGNOS DE ALARMA QUE PUEDE PRESENTAR SU BEBE PREMATURO.		
	CONOCIMIENTO ACTITUDINAL		
5	DESPUES DE ALTA UD. LLEVARA FRECUENTEMENTE A SU BEBE A SUS CONTROLES		
6	PARTICIPARIA USTED EL METODO MAMA CANGURO		
7	SU ESPOSO Y/O PAREJA PARTICIPA EN EL CUIDADO DE SU BEBE		
	CONOCIMIENTO PROCEDIMENTAL		

8	CONOCE USTED DE QUE TRATA EL METODO MADRE CANGURO		
9	REALIZO USTED EL METODO MADRE CANGURO EN EL SERVICIO.		
10	SE LAVA LAS MANOS ANTES Y DESPUES DEL CAMBIO DE PAÑALES DE SU BEBE		
11	SABE USTED TOMAR LA TEMPERATURA AXILAR DE SU BEBE		
12	SABES QUE HACER SI SU BEBE DEJA DE RESPIRAR.		
13	DURANTE LA HOSPITALIZACION RECIBIO USTED CONSEJERIA SOBRE LA TECNICA CORRECTA PARA DAR DE LACTAR		
14	DURANTE LA HOSPITALIZACION RECIBIO ASESORIA SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN LOS BEBES PREMATURO		

	RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
	HIPOTERMIA		
1	SABE QUE SIGNIFICA HIPOTERMIA		
2	CONOCE USTED LA TEMPERATURA ADECUADA QUE DEBE TENER SU BEBE		
3	ES NECESARIO ABRIGAR LA CABEZA DE TU BEBE PREMATURO		
	HIPOGLICEMIA		
4	SABE QUE SIGNIFICA HIPOGLICEMIA		
5	LA LECHE MATERNA ES LA ALIMENTACION UNICA PARA SU BEBE		
6	SABE USTED QUE SU BEBE PREMATURO NECESITA LACTAR A DEMANDA Y COMO MINIMO CADA DOS HORAS		
7	ES NORMAL QUE SU BEBE DUERMA MUCHO		
	APNEA DEL PREMATURO		
8	CONOCE USTED COMO ES LA RESPIRACION DEL BEBE PREMATURO		
9	TE ALARMAS Y LLEVIARAS AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO SI TU BEBE SE PONE AZUL Y DEJA DE RESPIRAR		
10	CONOCES LA POSICION CORRECTA PARA DORMIR DE TU BEBE		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tienen las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS. P1. ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Leves al momento de alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tienen las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?</p> <p>P2 ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Moderados al momento de alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tienen las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?</p> <p>P3. ¿Cómo se viene dando la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Extremos al momento de alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tienen las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS O1. Describir la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Leves al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015</p> <p>O2. Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Moderados al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015</p> <p>O3. Verificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta y el reconocimiento de signos de alarma que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS H1. Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Leves al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipoglicemia que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015 . H2. . Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Moderados al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Hipotermia que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015. H3. Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros Extremos al momento del alta y el reconocimiento del signo de alarma de Apnea del prematuro que tiene las madres del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora en el 2015</p>	<p>V. INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en los Prematuros al momento del alta</p> <p>V. DEPENDIENTE Reconocimiento de signos de alarma.</p>	<p>Prematuros Leves</p> <p>Prematuros Moderados</p> <p>Prematuros Extremos</p> <p>Conocimiento Actitudinal</p> <p>Conocimiento Procedimental</p> <p>Hipoglicemia</p> <p>Hipotermia</p> <p>Apnea del prematuro</p>	<p>Definición de prematuro</p> <p>Clasificación de prematuros</p> <p>Características de los diversos tipos de prematuros</p> <p>Conocimientos según actitud, costumbres y tradiciones</p> <p>Conocimiento de prácticas: Lavado de manos Control de temperatura Madre Canguro</p> <p>Concepto de hipoglicemia hipoglicemia en los prematuros Complicaciones Signos de alarma</p> <p>Concepto de Hipotermia Hipotermia en prematuros y sus complicaciones Signos de alarma</p> <p>Concepto de Apnea del prematuro reconocimiento del Apnea del prematuro Signos de alarma</p>	<p>Questionario con respuestas : Afirmativa o negativa</p> <p>Questionario con respuestas: Afirmativas o negativas</p>

NOTA BIOGRÁFICA

Lic. Inga Paz Lucia Angelica, nacida en la ciudad de Lima distrito de Jesús María en el año 1967, sus estudios de Educación primaria los realizo en el colegio parroquial “Nuestra Señora de Guadalupe” en el distrito de la Perla- Callao, los estudios secundarios en el Colegio Particular “Señor de los Milagros” del Callao, sus estudios universitarios fue realizado en la Universidad Particular San Martin de Porras, en la Facultad de Enfermería, obteniendo el titulo de Licenciada en Enfermería, prosiguiendo estudios de segunda especialidad en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, con mención en Enfermera especialista en Neonatología. Con 28 años de experiencia profesional, desarrollo cargos de jefa del servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora y de Supervisora de Enfermeras de la misma Institución en mención.

Continuando estudios de Maestría en Administración y Gerencia en Salud en la escuela de posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio del Hospital Daniel Alcides Carrión, sito en el Jr. Guardia Chalaca S/N, Callao, siendo las **18:00 hs.**, del día sábado **10.JUNIO.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Reynaldo Marcial OSTOS MIRAVAL	Presidente
Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS	Secretaria
Mg. Jesús Omar CÁRDENAS CRIALES	Vocal

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña, Lucia Angélica INGA PAZ.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN LOS PREMATUROS AL MOMENTO DEL ALTA Y EL RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA QUE TIENEN LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA AÑO 2015".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Dieciséis (16)

Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las 18:50 horas del 10 de junio de 2017.

.....
PRESIDENTE	SECRETARIO	VOCAL
DNI N° <u>22920101</u>	DNI N° <u>22412106</u>	DNI N° <u>23292443</u>

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres:

LUCÍA ANGÉLICA INGA PAZ

DNI: 25778485

Correo electrónico: luciainp@hotmail.com

Teléfonos Casa _____ Celular: 965138070 Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

POSGRADO	
Maestría:	_____
Mención:	ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD

Grado Académico obtenido: Maestro

Título de la tesis:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN LOS PREMATUROS AL MOMENTO DEL ALTA Y EL RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA QUE TIENEN LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA AÑO 2015”

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 22/04/2014


Firma del autor