

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



CONOCIMIENTO DE LAS PUÉRPERAS SOBRE EL CUIDADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS. HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA, BAMBAMARCA 2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

AUTORA:

Lic. Enf. Berminda Nuñez Silva

ASESORA:

MCs. Flor Violeta Rafael Saldaña

CAJAMARCA, PERU

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



CONOCIMIENTO DE LAS PUÉRPERAS SOBRE EL CUIDADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS. HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA, BAMBAMARCA 2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

AUTORA:

Lic. Enf. Berminda Nuñez Silva

ASESORA:

MCs. Flor Violeta Rafael Saldaña

CAJAMARCA, PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2017 by
Berminda Nuñez Silva
Todos los derechos reservados

Núñez. B. 2018. Conocimiento de las Puérperas sobre el Cuidado General del Recién Nacido y su Relación con los Factores Sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017/Berminda Nuñez Silva. 111 Páginas.

Asesora: MCs. Flor Violeta Rafael Saldaña

Disertación académica para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Enfermería en Neonatología – UNC 2018.

CONOCIMIENTO DE LAS PUÉRPERAS SOBRE EL CUIDADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS. HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA, BAMBAMARCA 2017.

AUTORA: Lic. Enf. Berminda Nuñez Silva

ASESORA: MCs. Flor Violeta Rafael Saldaña

TESIS EVALUADA Y APROBADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA POR LOS SIGUIENTES JURADOS:

JURADO EVALUADOR

.....
DRA. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

Presidenta

.....
M.Cs. AIDA CISTINA CERNA ALDAVE:

Secretaria

.....
M.Cs. TULIA PATRICIA CABRERA GUERRA

Vocal

A:

DIOS, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido en mi vida mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A Mis Padres, (Zenaida y José Rudorico) por su amor y apoyo incondicional, gracias a ellos soy lo que soy. A mis hermanos por brindarme su apoyo permanente durante mi vida personal y profesional, en especial para mi hermano Edilberto (QEDP), quien desde el cielo me ilumina para seguir por el camino del bien.

A mis familiares, amigos y compañeros de trabajo quienes aportaron con un granito de arena para hacer realidad mis sueños.

A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Segunda Especialidad en Enfermería en Neonatología, mi gratitud por haberme brindado conocimientos y transmitido su experiencia durante mi formación.

A los Profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Regional de Cajamarca. Departamento de Neonatología, por haberme brindado su confianza y enseñanzas lo que me facilitó el desarrollo de las prácticas profesionales y permitió afianzar los conocimientos y ganar experiencia en el campo clínico.

Mi especial agradecimiento a la Asesora de Tesis. MCs. Flor Violeta Rafael Saldaña, por su perseverancia, orientaciones y haber sido guía en el desarrollo de la presente Tesis.

Expreso mi agradecimiento especial a la Directora del Hospital Tito Villar Cabeza, por brindar las facilidades respectivas. Asimismo, a mis Colegas de trabajo por su apoyo incondicional y a las madres que participaron en el presente trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
HOJA, FICHA CATALOGRAFICA	i
HOJA DEL JURADO CON SUS RESPECTIVAS FIRMAS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
GLOSARIO	viii
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
INTRODUCCION	1

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Definición y delimitación del problema.	3
1.2. Formulación del Problema.	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes del Estudio.	10
2.2.	Base teórica conceptual	13
2.2.1.	Conocimiento.	13
2.2.2.	Cuidado general del recién nacido.	14
2.2.3.	Signos de Alarma en el Recién Nacido.	32
2.2.4.	Características Sociodemográficas de la madre.	35
2.3.	Hipótesis.	38
2.4.	Variables de Estudio.	38
2.5.	Operacionalización de Variables.	39

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.	Tipo de estudio.	41
3.2.	Ámbito de estudio.	41
3.3.	Población.	42
3.4.	Muestra.	42
3.5.	Unidad de Análisis.	43
3.5.1.	Criterios de inclusión.	43
3.5.2.	Criterios de exclusión.	43

3.6.	Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.	43
3.7.	Análisis e Interpretación de datos.	44
3.8.	Presentación de datos.	45
3.9.	Criterios éticos.	45

CAPÍTULO IV

Resultados.	47
Conclusiones.	71
Recomendaciones.	72
Referencias Bibliográficas.	73
Anexos.	78

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Características Sociodemográficas de las puérperas atendidas. En el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	47
Tabla 2. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del Recién Nacido en el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	51
Tabla 3. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del Recién Nacido según dimensiones. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	53
Tabla 4. Conocimientos sobre el cuidado general del recién nacido según edad de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	60
Tabla 5. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según ocupación de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	62
Tabla 6. Conocimientos sobre el cuidado general del recién nacido, según estado civil de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	64
Tabla 7. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según nivel de estudios. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	66
Tabla 8. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según procedencia. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	68
Tabla 9. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según paridad de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	70

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado.	78
Anexo 2. Cuestionario.	79
Anexo 3. Calificación del cuestionario.	85
Anexo 4. Tablas. Conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado general del recién nacido en las dimensiones: Alimentación, baño e higiene, comodidad y confort, termorregulación y signos de alarma. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.	87 - 90
Anexo 5. Prueba de Confiabilidad del instrumento.	91

GLOSARIO

PUERPERIO: Se define como la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días (24).

CUIDADO: Para Françoise Collere (1999) cuidar “es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” (25).

CUIDADO NEONATAL: Se refiere al acto del cuidado por parte de la puérpera (madre). El cuidado del recién nacido tiene como objetivo que el proceso de adaptación se realice de manera normal, alertando sobre alguna posible alteración e identificando las características propias de este periodo (26).

CONOCIMIENTO: El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica (22).

RESUMEN

Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Autora : Berminda Nuñez Silva¹

Asesora: Flor Violeta Rafaél Saldaña²

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Analizar el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017. El tipo de investigación es cuantitativo, método descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal y correlacional, la muestra estuvo conformada por 120 puérperas. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Propuesta de Esteban, D (2016), para el procesamiento se empleó el paquete estadístico SPSS V24. Resultados, el mayor porcentaje de puérperas se encuentran entre las edades de 18 a 25 años con 46,7%, de 26 a 35 años, 38,7%. El 72,7% son convivientes, ocupación 90,8% son amas de casa, el nivel de estudios 56,7% tienen primaria, de procedencia rural 65%, paridad 61,7% son multíparas.

El conocimiento de las puérperas es adecuado en 76,7% y no adecuado el 23,3%.

Se encontró relación estadística altamente significativa entre el conocimiento y el nivel de estudios de las puérperas, ($p=0.01$). Así como con la paridad respectivamente, ($P=0.03$). Se concluye que el nivel de estudios y la paridad de las puérperas son factores que influyen significativamente en el conocimiento de las mismas, sobre el cuidado general del recién nacido.

Palabras claves: Puerperio, conocimiento, cuidado del recién nacido, características sociodemográficas.

ABSTRACT

knowledge of postpartum women about the general care of the newborn and its relationship with sociodemographic factors. Tito villar Cabeza Hospital, Bambamarca 2017.

Author: Berminda Nuñez Silva¹

Adviser: Flor Violeta Rafaél Saldaña²

The present investigation work has as an objective: to Analyze the knowledge of postpartum women on the general care of the newborn and your relation with sociodemographic factors. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017. The type of research is Quantitative, descriptive method, non-experimental design, of cross-sectional and correlational, the sample was made by 120 postpartum women. The Technique used was the interview and the instrument a questionnaire. Proposal of Esteban, D's proposal (2016), for processing the statistical package SPSS V24 was used. Results, the highest puerperal women's percentage are between the ages from 18 to 25 years old with 46.7%, of 26 to 35 years old 38.7%. The 72.7% are cohabiting, occupation 90.8% are housewives, the education level 56.7% have primary, rural origin 65%, parity 61.7% are multiparous.

The knowledge of postpartum women is adequate in 76.7% and not adequate the 23.3%.

A significant statistically relation was found between the knowledge and the studies level of postpartum women, ($P = 0.01$). As with the parity respectively ($p = 0.03$). It concluded that the education level and the parity of the postpartum women are factors that significantly influence in the knowledge of the same, about the general care of the newborn.

Key words: Puerperium, knowledge, newborn care, sociodemographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

El mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, el 63% se registra en el primer mes de vida, el mismo que en los últimos veinte años ha disminuido como consecuencia de las estrategias de intervención implementadas por el Ministerio de Salud en el ámbito nacional. Además, en nuestra región se está observando que el porcentaje de mujeres que asisten a los hospitales a atender su parto está aumentando; en la actualidad el 86% de los partos son hospitalarios, lo que facilita una atención oportuna tanto para la madre como para el recién nacido (1).

Los primeros 28 días de vida es la época de transición para el recién nacido, el cual es incapaz de sobrevivir por sí mismo y, por ello, depende de los cuidados y atenciones que le brinden los padres o quienes sustituyan en esta tarea tan importante. Por su condición, necesita cuidados y atenciones que van a evitar una serie de problemas, si los cuidados son adecuados y los signos y síntomas de alarma son detectados a tiempo. El cuidado que brinda la madre al recién nacido es fundamental y depende de varios factores tales como: los culturales y el conocimiento que ella tiene sobre cómo actuar ante cada situación.

El conocimiento de las madres sobre el cuidado general del recién nacido marcan diferencia en relación a la edad; así, Ponce, M (2012) (2), encontró que la madre adolescente no tienen conocimiento suficientes sobre los cuidados básicos del recién nacido, en relación a la alimentación, termorregulación, afecto, sueño, higiene, con falencias en los cuidados del cordón umbilical, precauciones en el cambio del pañal, prevención de accidentes y signos de alarma; influyendo de manera negativa en la calidad de vida del neonato.

En el Perú. Esteban, D, (2016), encontró una prevalencia mayor de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido por parte de las puérperas; aunque la diferencia entre las que conocen y no conocen no es muy distante. Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos en una época con mejor acceso a la información, ésta aún no es brindada en su totalidad (3).

Además las características sociales como demográficos van a influir en cuanto a los conocimientos y las prácticas del cuidado de la madre al recién nacido, así, el mayor nivel de instrucción de la madre cumple un factor protector de la familia, por lo tanto, mejoran las prácticas en cuanto al cuidado. Así mismo a mayor número de hijos la madre va ganando mayor experiencia en el cuidado de los mismos, de igual forma, la ocupación de la madre, si esta trabaja, dedicará menos tiempo al cuidado de los niños, mientras que no tienen un trabajo fuera de casa, serán más asertivas en el cuidado y atención de sus recién nacidos.

La presente investigación se realizó con el propósito de investigar el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos, encontrando que, el mayor porcentaje de puérperas tienen conocimiento adecuado sobre el cuidado general del recién nacido, los cuales tienen relación con los factores sociodemográficos, tales como el nivel educativo y la paridad.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I. El problema: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II. Marco teórico: Antecedentes del problema, bases teóricas conceptuales, hipótesis, variables de estudio, operacionalización de variables.

Capítulo III. Metodología: Tipo y diseño de estudio. Ámbito de estudio, población y muestra, unidad de análisis, técnica de instrumentos para la recolección de datos, procesamiento y análisis e interpretación y criterios éticos.

Capítulo IV. Resultados, interpretación, análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El conocimiento de las puérperas está orientado a: ¿cuánto conocen las madres para cuidar adecuadamente a un recién nacido? Teniendo en cuenta que el recién nacido necesita de cuidados esenciales tales como: Lactancia, baño e higiene, limpieza del cordón umbilical, higiene perianal, vestimenta, termorregulación, sueño, descanso y seguridad; además, que conozca sobre los signos de alarma y, de esta manera contribuir a que, el proceso de adaptación del recién nacido se logre satisfactoriamente. Muchas veces el desconocimiento de estos o la no destreza de los mismos pueden ocasionar complicaciones en el recién nacido (4), toda vez que algunas madres, con poca o ninguna experiencia en el cuidado del niño y por temor e inseguridad, pueden actuar inadecuadamente en la atención de sus hijos poniéndolos en riesgo de enfermar.

El periodo neonatal comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la calidad de la atención médica recibida. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido (5). El adecuado desarrollo físico y psicológico de los niños es el aspecto fundamental para el desarrollo de una adecuada personalidad. Por lo tanto, al promoverse el bienestar desde el nacimiento se incentiva un adecuado crecimiento y desarrollo.

En nuestro país, cerca del 75% de las muertes neonatales son resultado directo de tres causas principales: Los nacimientos prematuros, la asfixia y las infecciones (2) (6); otras causas indirectas son los factores socioeconómicos tales como: pobreza, educación deficiente (especialmente la educación materna), acceso limitado a la atención y prácticas

curativas tradicionales. Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y, que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño.

En países donde la tasa de mortalidad infantil no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos ocurren en el primer mes de vida (7). En el Perú, se registran aproximadamente 646 780 nacimientos cada año, de los cuales, mueren aproximadamente 6.000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida. En los últimos 15 años, estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1.000 recién nacidos (8). Sin embargo, hay lugares donde, por cuestiones culturales o por dificultad de acceso a servicios de salud, los fallecimientos no se registran, existiendo un sub registro.

Además, se observa el incremento de embarazos en adolescentes, los que acrecientan los riesgos de morbimortalidad materna perinatal y, en cuanto a conocimientos sobre los cuidados del recién nacido, por su misma inexperiencia, es un problema en la actualidad tanto en la zona urbana como rural (7) . En el año 2014, se informó que la onfalitis se presentaba en el 0.7% de los recién nacidos en países desarrollados y hasta un 2.3% en países en desarrollo (9). En el Perú, las estadísticas publicadas en el año 2013, nos indican que las principales causas de morbilidad infantil en consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA hasta diciembre del 2013, fueron casos de dermatitis y eczemas en un total de 59,182 lo que hacen un 3.7% del total de todas las causas de morbilidad presentadas para ese año, determinando que la Incidencia va en aumento de año en año (10).

La dermatitis de pañal muy ligada a las prácticas de higiene perineal después de cambiar el pañal al bebé, mientras que las infecciones precoces están estrechamente relacionadas con las condiciones de asepsia durante el parto y los problemas de salud de la madre durante el embarazo. Las infecciones neonatales tardías se presentan con mayor frecuencia a partir de la primera semana de vida y, en recién nacidos con peso adecuado para la edad (superior a 2500 gramos); estas infecciones se relacionan con los cuidados que recibe el recién nacido en su hogar, donde las inadecuadas prácticas de higiene en el

lavado de manos para la manipulación del recién nacido, en particular en el momento del amamantamiento, incrementan el riesgo de muerte del recién nacido (7). (11). A ello se agrega el desconocimiento por parte de las madres sobre signos de alarma en el neonato, tales como: La inactividad, decaimiento, falta de succión, alza térmica, sueño prolongado, piel azulada, piel amarilla, respiración rápida, entre otros (12).

También se ha observado una disminución de las prácticas de la lactancia materna respecto al año 2012; del 54,8% al 50,5% en el 2016, en menores de seis meses. Esta tendencia declinante tiene como principal explicación el deterioro en las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en los establecimientos de salud, tanto público como privado, lo que a su vez, está asociado a la promoción indiscriminada de las llamadas formulas infantiles, lo que se ha venido incrementado en los últimos años (13).

Mamani, Y. (Tacna -2012) , hace referencia que fueron los factores socioculturales como: Etapa de vida, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, información por parte del personal de salud, lugar de procedencia, que se relacionan con el nivel de conocimiento de la madres en el cuidado del recién nacido (17). y Lavado, B. Encontró que existen algunos factores sociodemográficos presentes en las madres como el grado de instrucción, secundaria con 58,3%, estado civil convivientes 51,7%, el nivel de conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido medio con el 56,7%. Concluyendo que las puérperas adolescentes no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para brindar los cuidados a sus recién nacidos (18).

Durante el control prenatal, se debe aprovechar para brindar orientación y consejería a las madres sobre cuidados del recién nacido, motivo por el cual, la atención de la gestante debe ser vista como una intervención integral y multidisciplinaria, con ello lograremos que la mujer se prepare y logre obtener los conocimientos indispensables para dar una atención óptima y de calidad en el momento que nace su hijo. El alojamiento conjunto constituye un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, sobre todo el de enfermería por su previa preparación es la más

indicada para brindar orientación y consejería a los familiares en especial a la madre quienes comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar (1).

En Cajamarca no se ha encontrado estudios con respecto al conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado general del recién nacido; esto no quiere decir que el conocimiento de algunas madres sobre el cuidado general del recién nacido no sea un problema, ya que la deficiencia de este afecte a los recién nacidos, los cuales son muy vulnerables en esta etapa ya que dependen del cuidado materno y, como consecuencia están en riesgo de sufrir algunas complicaciones como resultado de este desconocimiento. Asimismo en la provincia de Chota, Cruzado, M (2014) (14), concluyó que las características socioculturales como: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión tienen un resultado positivo en el conocimiento por parte de las madres adolescentes sobre el cuidado básico del recién nacido.

La Provincia de Bambamarca, lugar donde se ejecutó la presente investigación no es ajena a la problemática, pues, en el Hospital Tito Villar Cabeza, se atienden mujeres referidas de los diferentes establecimientos de salud de los distritos de Hualgayoc, Chugur, así como de las distintas comunidades de Bambamarca. Muchas de ellas de difícil acceso a los servicios de salud, lo que incrementa el riesgo para la atención del parto y del neonato en forma oportuna; asimismo existen factores ambientales y sociales que incrementan los riesgos para la supervivencia del neonato; por lo cual, la madre debe estar preparada para atender al recién nacido, observándose deficiencias en el cuidado de las madres hacia el recién nacido, especialmente en las madres primíparas. Así, durante el año 2015, se atendieron 663 recién nacidos y en el año 2016 nacieron 698 y, de enero a diciembre del presente año (2017) se han atendido 720 recién nacidos (15).

Por las razones mencionadas se planteó la siguiente pregunta de investigación:

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según el Ministerio de Salud, en el año 2013 a nivel nacional la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 9.48% por 1000 nacidos vivos. La mayoría de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 07 días de nacidos, lo cual puede tener relación con las condiciones previas al nacimiento (16), así como, con los cuidados que las madres les brindan de acuerdo al conocimiento que tienen.

Durante el ejercicio profesional, en el Hospital Tito Villar Cabeza; y, estando en contacto con el grupo de puérperas, se observa en el recién nacido lo siguiente: Deficiente ganancia de peso, incremento de niños con ictericia, onfalitis, neumonías, diarreas, rash dérmico; entre otros.

Todo esto está ligado al desconocimiento que tiene la madre sobre los cuidados del recién nacido y, lo que es más complicado, es que estas no reconocen oportunamente algunos signos de alarma, incrementando los riesgos de morbimortalidad neonatal. Las muertes neonatales son prevenibles y, para ello es necesario intensificar las medidas de salud para garantizar la supervivencia de los neonatos.

Motivo por el cual, el presente trabajo de investigación, se desarrolló con el objetivo de determinar el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos, los resultados servirán para implementar estrategias de intervención, educación y promoción por parte del personal de salud del Hospital Tito Villar Cabeza partiendo de la realidad local, enfocaremos nuestro trabajo a fortalecer aquellos aspectos que en las madres son carentes o que falta reforzar.

El aporte científico de la presente investigación se complementará con la información local respecto al problema investigado y, estos resultados constituirán una línea de base en

Bambamarca, ya que, esta es la primera investigación relacionada a este importante tema, las misma que fortalecerá en el conocimiento de los profesionales en la salud involucrados en la atención del recién nacido y servirán para desarrollar diferentes investigaciones.

El aporte social de la presente investigación se evidencia en la labor del personal de salud, en especial de enfermería quienes asumen un rol importante en la promoción de la salud. Conocedores de la realidad, encaminarán sus estrategias a fortalecer e incrementar el conocimiento de las madres sobre los cuidados generales del recién nacido, contribuyendo a disminuir los indicadores de morbimortalidad en los recién nacidos mayor conocimiento de las madres se mejoran las prácticas de los cuidados generales en los recién nacidos, generándose menor riesgo de enfermar y morir de los niños.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. GENERAL

Determinar y analizar el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

1.3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.
- Determinar el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.
- Establecer la relación entre el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y los factores sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Esteban D. (Lima - 2016), en la investigación: “Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016”, los resultados fueron: Puérperas con un nivel de conocimiento “adecuado” 54,3% y el 45,7% con conocimiento “no adecuado” en el cuidado del recién nacido. Según los aspectos básicos; el 60% y el 64,2% presentó un conocimiento “no adecuado” sobre termorregulación y vestimenta respectivamente, mientras que el 78,5%, 60% y el 55,7% obtuvo un “conocimiento adecuado” sobre lactancia materna, baño e higiene perianal en el recién nacido, respectivamente. Dentro de los signos de alarma se observa, que el 70% y el 71,4% no reconocen al llanto débil y llanto fuerte como signos de alarma, obteniendo las siguientes conclusiones: Se encuentra una prevalencia mayor de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido por parte de las puérperas; aunque la diferencia entre las que conocen y no conocen no es muy distante. Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos en una época con mejor acceso a la información, ésta aún no es brindada en su totalidad (3).

Alcarraz, K (Chosica-2014), en la investigación: “Conocimientos que tienen las madres primíparas sobre los cuidados del recién nacido en el hogar del servicio de alojamiento conjunto del C.S. Materno Infantil Miguel Grau Chosica 2014”. Las conclusiones fueron las siguientes: que la mayoría de las madres primíparas (62%), desconoce sobre los cuidados del recién nacido en el hogar y sobre los cuidados del cordón umbilical y termorregulación, esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido (19).

Apaza, H (Moquegua-2013), en la investigación: “Educación de enfermería y su influencia en el nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido en madres primíparas en el

Servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional de Moquegua 2013". Concluyó que, el nivel de conocimiento de las madres al momento de ingreso en el servicio de alojamiento conjunto (pre test) el 55,32% presenta nivel de conocimiento bueno y el 44,68% presenta nivel regular y, después de la educación en enfermería en Alojamiento Conjunto (post test) el 91,49 % presenta nivel de conocimiento bueno y el 8,51 % presenta nivel regular; afirmándonos que la educación de enfermería aumenta el nivel de conocimientos en las madres primíparas. Así mismo, existe un cambio significativo entre el antes y el después, es decir, que la educación de enfermería aumenta el nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido en las madres primíparas que ingresan al servicio de Alojamiento Conjunto (20).

Castro, M (Huancavelica - 2013), en la investigación: "Nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primíparas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Departamental de Huancavelica 2013". Los resultados demuestran, que del total de madres primíparas, el 15% tienen un nivel de conocimiento alto, el 30% tienen un conocimiento medio y el 55% tienen conocimiento bajo. En la dimensión física el 20% tiene un conocimiento alto, el 25% tiene un conocimiento medio y 55% de madres primíparas entrevistadas tiene un conocimiento bajo en cuidados físicos de sus recién nacidos. Respecto a los componentes del cuidado físico, se muestran los siguientes resultados: Alimentación, el 55% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada alimentación de su recién nacido, el 65% de madres tiene un conocimiento bajo en la adecuada higiene de su recién nacido, el 65% tiene un conocimiento bajo en el cuidado de inmunizaciones de su recién nacido y el 55% de madres primíparas tiene un conocimiento bajo en el cuidado de estimulación de su recién nacido (21).

Nieto, P. et. al (Trujillo - 2013). En la investigación. "Factores Biosocioculturales y Nivel de Información sobre el Cuidado del recién nacido a término en primigestas, Moche – 2013", se realizó con la finalidad de determinar la relación entre los factores biosocioculturales tales como: Edad, grado de instrucción, unión conyugal, zona de procedencia y el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido a término. Los resultados obtenidos reflejan que el 55.9% de primigestas estudiadas son mayores de 20 años, el 45.6 % tiene un

grado de instrucción superior, el 69.1 % no cuenta con una pareja, el 60.3 % proceden de la zona rural y un 54.4 % tienen un nivel de información bajo; resultados que muestran que existe relación entre los factores de edad y zona de procedencia con el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido a término de las primigestas en estudio (22).

Mamani, Y (Tacna - 2012), realizó una investigación. “Factores socioculturales y su relación con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna (2012)”, teniendo como objetivo identificar los factores sociales y culturales de las madres primíparas, siendo los resultados los siguientes: gran parte de las madres se encuentra en la etapa de vida adolescente 56%, la mayoría tiene como grado de instrucción la secundaria completa 57, 1%; el estado civil de ellas es la de conviviente 60,7%, respecto a la ocupación en la que más se desempeñan las madres, resaltan las amas de casa 38,1 %, más de la mitad consideran que fueron sus familiares quienes les brindaron información acerca del cuidado del recién nacido 60, 7%. Dentro del análisis de los factores culturales predomina la religión católica 76,2%, la mayoría tiene como lengua materna el castellano 86,9%, en gran porcentaje las madres nacieron en Tacna 66,7%, respecto al primer lugar al que acudirían en caso de enfermedad, la mayoría respondió que a un establecimiento de salud 73,8%, finalmente la mayoría de madres no ha tenido a cargo el cuidado de un bebe 56%. Se determinó el nivel de conocimiento de las madres primíparas, dándonos como resultado que, el mayor porcentaje de madres poseen un nivel de conocimiento regular (60, 7%), mientras que el 21,4%, tienen un nivel alto y, solamente 17,9% poseen un nivel bajo (17).

Cruzado, M (Cajamarca - 2014), "Características socioculturales y conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado básico del recién nacido. Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2014". Es de tipo descriptivo, exploratorio y con diseño transversal. La muestra estuvo constituida por 40 madres adolescentes que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo para el primer y segundo control del recién nacido (7 y 15 días), Se utilizaron dos instrumentos: la encuesta y el cuestionario. Entre los resultados encontrados que, el 90% tiene vida entre 16 - 19 años de edad, su estado civil predominante es la convivencia (60%), el 30% tiene secundaria incompleta, la principal ocupación, ama de casa

(50%); las madres adolescentes, proceden, en su mayoría de la zona urbana (52.5%). Se concluye que las características socioculturales tales como: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión, tienen un resultado positivo del conocimiento por parte de las madres adolescentes sobre el cuidado básico del recién nacido (14).

2.2. Base Teórica Conceptual:

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica (23).

Clasificación del conocimiento:

El conocimiento científico se define como racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia, es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, claro, indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica. Estos conocimientos permite a los profesionales de la salud aplicarlos en el cuidado de las usuarias, así como en las púerperas, a quien se les brinda la orientación y consejería relacionado con el cuidado del recién nacido desde el punto de vista científico (24).

Conocimiento vulgar que se caracteriza porque es vago, inexacto y limitado por la observación, solo satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana, es a metódico, asistemático, no explica el ¿Cómo? ni él ¿Por qué? de los fenómenos. Este conocimiento es adquirido a través de generaciones, por la cultura, lo que también permite a través de las prácticas con sus niños, sin tener la base científica de lo que es adecuado o no adecuado (24).

Conocimiento de las madres púerperas: las madres púerperas se caracterizan por tener un conocimiento vago inexacto y limitado por la observación, sólo satisface

las necesidades prácticas de la vida cotidiana, es ametódico asistemático. No explica el ¿Cómo? ni el ¿Por qué? de los fenómenos (24).

Este conocimiento lo va adquiriendo a través de la experiencia; por tal motivo, cuando son madres por primera vez, su inexperiencia hace que los primeros cuidados los de la madre, la abuela u otra persona mayor por el temor de hacerle daño al recién nacido, especialmente en el baño del bebé o la curación del cordón umbilical. La transmisión cultural muchas veces influyen en forma positiva y otras en forma negativa de allí la importancia de realizar un trabajo de promoción y el saber cuánto saben las madres a cerca de los cuidados del recién nacido.

Los factores socioculturales y familiares pueden influir en los conocimientos previos de las puérperas, si bien nos encontramos en una época con mejor acceso a la información, ésta aún no es brindada en su totalidad.

2.2.2. Cuidado general del recién nacido.

El cuidar es una actividad indispensable para la supervivencia desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyéndose en una actividad primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Sin embargo, a través del tiempo el cuidar se ha convertido en una actividad exclusiva de un gremio que unos llaman profesión u oficio como es la enfermería. Para Françoise Collere (1999) cuidar “es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” (25).

El cuidado del recién nacido se refiere al acto del cuidado por parte de la puérpera (madre), su objetivo principal consiste en que el proceso de adaptación se realice de manera normal, alertando sobre alguna posible alteración e identificando las características propias de este periodo. Por lo tanto, se establece un periodo de adaptación importante en los primeros días entre la madre y el recién nacido, que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales, en este caso es relevante los cuidados que brindan

las madres a los recién nacidos, los cuales deberían ser adecuados, estos aspectos dependen de los conocimientos que estas tengan (26).

A. Alimentación del recién nacido.

Para muchas mujeres, alimentar a un recién nacido, es una tarea Satisfactoria pero que en ocasiones provoca ansiedad, es un mecanismo importante en la formación de la relación de confianza entre el hijo y su madre, por tanto, es importante para el desarrollo emocional de recién nacido (27).

La leche materna, es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 06 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones (27).

Cuidados al amamantar a su hijo.

El pezón debe limpiarse con agua y jabón ya que es donde permanecerán los labios del bebé.

Crear un espacio de amamantamiento tranquilo y cómodo, que le permita relajarse.

Coloque el pulgar en la parte superior de la mama y los demás dedos en la parte inferior para presionar la salida de la leche materna.

Roce los labios del bebé con su pezón hasta que este habrá la boca y comience a succionar, colocarlo en forma correcta para evitar formación de grietas en los pezones.

Supervise que el bebé tenga espacio para respirar, hablele al bebé mientras lo amamanta.

Limpie la boca del bebé con una gasa al terminar de amamantarlo.

Limpie la areola y el pezón al terminar de amamantar.

Luego, en la próxima comida comience a darle por el siguiente seno en forma alternada.

La lactancia se dará a libre demanda cuando el bebé lo pida o llore (27).

Alimentación con leche en polvo.

También conocida como alimentación con fórmula, se da con biberón previamente lavado y esterilizado. Normalmente se prepara por cada onza de agua, entonces agregar una medida de fórmula, si el bebé es alimentado únicamente con biberón, entonces hay que tratar de que sea cada 3 a 4 horas y en la cantidad que el bebé lo requiera, si pide antes, entonces se recomienda intentar entretenerlo con el chupón para que respete ese horario (27).

Alimentación Mixta.

Este tipo de alimentación consta en darle al bebé leche materna y en seguida complementarle con biberón; se recomienda darle cada 3 a 4 horas, durante 10 a 15 minutos de cada pecho y después complementarle con lo que el bebé lo requiera de biberón.

Duración y frecuencia de las mamadas: La primera semana de vida es de aproximadamente 20 a 30 minutos en cada pecho, por su poca experiencia lo que poco a poco se irá incrementando, la succión se hará más vigorosa por lo tanto irá disminuyendo el tiempo que necesita para vaciar y satisfacer su hambre, tal es así que el tiempo de succión será de 10 a 15 minutos en cada pecho. En 24 horas el niño lactará a libre demanda, es decir cada vez que desee, pero es necesario saber que el tiempo entre lactadas no debe exceder entre dos y dos horas y media.

Es importante tener en cuenta la limpieza de los biberones de la siguiente manera:

Lave con agua caliente y jabón, y enjuáguelas bien.

Revise si las tetillas de los biberones están rasgadas, rajadas, pegajosas o se han hinchado, en cualquiera de estos casos, deseche la tetilla, enjuague las botellas antes de ponerlas en el lavavajillas.

Posición del bebé para amamantar

Su bebe debe estar en posición semi-sentada al comer, esto ayuda a evitar que ingrese aire en su estómago.

Nunca apoye el biberón al alimentarlo.

Para evitar que se ahogue y promover la vinculación afectiva madre-hijo, sostenga a su bebé mientras lo alimenta.

El bebé nunca debe quedarse con el biberón en la boca mientras duerme, ya que esto promueve la caries dental.

Cómo hacer eructar a su bebé:

Al comer, los bebés pueden tragar aire sobre todo si están tomando de un biberón, no todos los bebés tienen que eructar, así que, si su bebé no eructa, es probable que no lo necesite, al ir creciendo el bebé, usted no tendrá que hacerlo eructar con mucha frecuencia.

Si alimenta a su bebé con fórmula, hágalo eructar a la mitad y al final de la comida, al principio, esto sería después de cada media onza.

Mantenga el chupón lleno de fórmula durante toda la comida para disminuir la cantidad de aire que traga el bebé.

Si le da pecho, haga eructar a su bebé cuando cambie de pecho y después de cada comida, los bebés que amamantan tragan menos aire, así que el bebé alimentado con leche materna tal vez no eructe.

Tres posiciones eficaces para hacer eructar a su bebe:

1. Por encima del hombro, sostenga a su bebé contra su pecho con la cabeza apoyada en su hombro, dásela palmaditas en la espalda.
2. Sobre su regazo, coloque al bebé boca abajo sobre sus piernas, asegurando sostener la cabeza, frote suavemente su espalda o dásela palmaditas.
3. Sentado en su regazo, siente al bebé en sus piernas, sostenga su barbilla con una mano, incline a su bebé hacia adelante y dásela palmaditas en la espalda (28).

B. Higiene del recién nacido

Baño del bebé.

Durante el primer año de vida, solo es necesario bañar al bebé cada 2 o 3 días, los baños de esponja son una buena manera para que usted y su bebé se acostumbren a la nueva rutina. Límitese a baños de esponja (no lo bañe en tina) hasta que caiga el cordón umbilical.

Durante el baño debe tenerse en cuenta la temperatura del agua, la vigilancia del lactante en todo momento y las corrientes de aire, si se utilizan esponjas, deben secarse por completo entre cada uso, para evitar el crecimiento de microorganismos. Una de las consideraciones más importantes en la limpieza de la piel es el mantenimiento del pH, que es alrededor de 5 después del nacimiento; una superficie cutánea ligeramente acidificada, tiene efectos bacteriostáticos (27).

Precauciones a tener en cuenta:

Bañe al bebé en un medio ambiente cálido y sin corrientes de aire.

Tenga listo los artículos de baño antes de comenzar el baño.

Mantenga la temperatura del agua confortablemente tibia, no caliente.

Antes de meter al bebé en el agua, pruebe la temperatura con el codo.

El baño debe efectuarse en dirección céfalo-caudal, teniendo en cuenta el cuidado de la fontanela, manteniendo una duración máxima de 5 a 10 minutos.

Se inicia por la limpieza de los ojos, la cual debe efectuarse desde el lagrimal (parte interna) hacia la parte externa.

A continuación se limpia la cara, y se inspecciona y limpia con detalle la nariz, con un paño humedecido en dirección hacia abajo.

Luego, las Orejas deben limpiarse con el extremo doblado de un paño, y no con un bastoncillo de algodón, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído, seguidamente se limpia el cuero cabelludo.

El resto del cuerpo debe lavarse en forma similar.

Sin embargo, ciertas zonas como los pliegues del cuello, las axilas y los pliegues de las articulaciones, requieren una atención especial.

El área que rodea al cuello es especialmente propensa a presentar erupciones cutáneas por regurgitación del alimento y, debe ser lavado y secado presionando la toalla contra la piel y no frotando, para evitar así, acúmulo de humedad, lo que facilitaría la irritación.

Cuidar el secado de la cabeza, ya que representa la cuarta parte de la superficie corporal y por ello, un secado incompleto provoca pérdida importante de calor por evaporación.

No olvidar el recorte de las uñas de las manos y de los pies.

Los genitales de ambos sexos requieren de una limpieza cuidadosa.

La limpieza en el caso de las niñas, se realiza en dirección de adelante hacia atrás, la importancia de esta higiene para el lactante genera protección contra infecciones del tracto urinario.

La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto, en ocasiones, el esmergma, debe ser retirado limpiando alrededor de las glándulas; limpiar debajo y alrededor del prepucio, retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. Si el prepucio no es retraído, comprime los vasos sanguíneos que nutren el glande del pene y causa edema.

Las nalgas y el área anal se limpian con cuidado para retirar cualquier material fecal y, como el resto del cuerpo, se secan bien para evitar que queden zonas calientes y húmedas que fomenten el crecimiento bacteriano, también ayuda para mantener caliente al bebé después del baño, cúbrale la cabeza con una toalla seca.

Sólo utilice lociones sin fragancia y sin alcohol (28).

C. Cuidados del cordón umbilical.

El cordón umbilical es una estructura gelatinosa que se forma durante la gestación y que mantiene unidos a la madre e hijo hasta el momento del parto, en su interior está recorrido por dos arterias y una vena, a través de las cuales circula la sangre que sirve de alimento al feto, depurándose ésta a través de la placenta.

Cuando el niño nace, el sistema de circulación fetal cambia para adaptarse a la vida en el exterior, con lo que el cordón deja de ser necesario y hay que pinzarlo, separando a la madre y el bebé. Parte de la gelatina del cordón queda unida al ombligo del bebé

por la pinza, y se desprenderá definitivamente en las dos primeras semanas de vida (aunque hay niños a los que se les cae más tarde). Durante esos primeros días hay que tomar precauciones para evitar que se infecte (28).

La infección se produce por el depósito de bacterias en el muñón umbilical, estas pueden provenir de la propia piel o del ambiente, cuando no se toman las medidas de asepsia e higiene adecuadas. Los principales factores de riesgo de la onfalitis son: parto en casa, infección del líquido meconial (corioamnionitis), rotura prolongada de membranas, parto prematuro, y cuidados inadecuados del cordón umbilical.

Cómo prevenir la onfalitis

Pese a que la onfalitis puede ser una infección grave que puede llegar incluso a comprometer la vida del niño, su prevención es sencilla, ya que sólo basta con seguir unas normas de higiene básicas. Las dos palabras claves son: limpio y seco, y que siga su proceso de desprendimiento natural evitando que se infecte (29).

Los cuidados básicos del cordón umbilical del recién nacido son:

Para mantener el cordón limpio, se debe desinfectar con alcohol de 70° o clorhexidina acuosa, para ello se puede empapar una gasa con una de estas dos soluciones y enrollarlo alrededor y dejarlo así hasta que la gasa se seque o hasta el siguiente cambio del pañal. Otra opción es poner clorhexidina o alcohol directamente en la herida del cordón, y poner encima una gasa seca y limpia. No está indicado verter gran cantidad de alcohol o antiséptico directamente en la piel, ya que puede enfriar al bebé demasiado y producir erosión cutánea (29).

Lo principal es mantener el cordón seco, ya que la humedad y la maceración son el caldo de cultivo ideal para el crecimiento de microorganismos. Por eso, se suele enrollar en una gasa limpia y seca después de haberlo desinfectado con alcohol, manteniéndolo así aislado de las humedades del pañal. Es importante cambiar con frecuencia los pañales en el bebé, si la gasa se ha mojado con la micción del niño, habrá que sustituirla por otra nueva.

No está contraindicado el baño en el bebé al que aún no se le ha desprendido el cordón, sólo hay que tener cuidado con la zona y secarla bien con una gasa después del baño. Cuando el cordón cae, puede producirse un pequeño sangrado, que es normal y no debe alarmar a los padres, se debe curar unos días más, impregnando un bastoncillo (los que utilizamos para las orejas) con alcohol, aplicándolo en pequeños toques dentro del ombligo (29).

D. Cuidado de áreas específicas (facies, ojos, boca, nariz, oído y zona perianal)

Asimetría facial: La cara de su bebé podría verse encorvada, si la falta de espacio en el útero ha causado que la cabeza haya quedado durante algún tiempo en una posición fuertemente flexionada (con el hombro presionando firmemente contra la mandíbula). Esta desigualdad desaparece por sí sola en unas pocas semanas o meses (28). Y es necesario cambiar de posición con frecuencia y así evitaremos posibles deformidades.

Higiene de los ojos. Los ojos se limpian de la comisura interna hacia la externa con un trozo de algodón humedecido en agua, sin utilizar jabones, ni líquidos especiales para cada ojo, no se requiere cuidados adicionales. Además de esta limpieza, a menos que hay evidencia de inflamación o infección, cualquier enrojecimiento, inflamación o descarga debe reportarse al profesional de salud (27), es muy probable que usted pase mucho tiempo mirando a los ojos de su recién nacido.

Boca. Se limpia la parte interna: Paladar, encías y lengua, donde se almacena resto de la leche materna con la finalidad de evitar el crecimiento bacteriano y micótico. Un trozo de gasa mediano humedecido en agua hervida es suficiente para la higiene. La madre antes de este procedimiento debe tener las manos limpias.

Nariz y oído. No es conveniente emplear aplicadores con punta de algodón (hisopos) para limpiar el interior de la nariz o los oídos del Recién nacido, porque pueden dañar los delicados tejidos. En general, la nariz no requiere limpieza porque el niño estornuda para limpiar las vías nasales. En caso que sea necesario retirar moco seco de la nariz, es conviene utilizar una torunda de algodón que se retuerce y humedece

con agua, un trozo mediano de algodón o una toalla de baño suave también puede emplearse para limpiar sólo el oído externo, no debe introducirse nada al interior del oído (28).

Cuidado perianal. Se refiere a la limpieza perianal para evitar posibles infecciones, al igual que otras regiones del cuerpo, esta zona requiere una limpieza cuidadosa para retirar restos fecales, así como un buen secado para evitar la formación de zonas húmedas; por lo tanto, la profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca. El aseo consiste en lavar con agua tibia por arrastre o con algodón humedecido y, en caso de usar jabones, elegir los que no tienen colorantes, perfumes y con pH neutro (30).

En el caso de los genitales masculinos, el aseo consiste en el lavado del pene, escroto y el prepucio se limpia retrayéndolo con suavidad hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. En los genitales femeninos, la limpieza de la vulva se realiza en dirección de adelante hacia atrás para evitar la contaminación de la vagina o la uretra con materia fecal (27).

Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, al comienzo es de color café verdoso oscuro, casi negro, haciéndose claro, hasta llegar a las típicas deposiciones color dorado de alimentación con leche materna, entre el 3er y 4º día (con frecuencia 4-6 deposiciones). A partir del 2º y 3er día es frecuente que el niño realice deposiciones cada vez que es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas. La orina puede aparecer de tono anaranjado resultado de la eliminación transitoria y fisiológica de uratos (17).

Después de haber lavado y secado cuidadosamente al niño puede aplicarse unguento con vitaminas A y D, óxido de zinc, si se utiliza pañales desechables, el niño puede desarrollar rozaduras en los lugares donde la piel entra en contacto con el plástico del pañal. La profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca (28).

Dermatitis del pañal. Se entiende por dermatitis del pañal, como el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con la orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal durante un periodo muy concreto de la edad del individuo (31). Los principales factores que influyen en el desarrollo del proceso parecen ser la fricción, la oclusión, la excesiva humedad, la capacidad irritante de las orinas y las heces y el aumento del pH en la piel del área del pañal. El resultado final es el daño a la epidermis, con la consiguiente pérdida de la función barrera de la piel y una mayor susceptibilidad a la irritación cutánea.

Prevención.

Se sugiere realizar una buena higiene de la zona, que debe permanecer siempre seca y limpia. La limpieza de la zona se realizará con agua tibia o con un jabón ácido o neutro, los perfumes no deben ser utilizados

Se efectuarán cambios frecuentes de los pañales, e incluso en niños con episodios repetidos puede ser útil mantenerlos unas horas al día sin pañales, si es posible. Parece claro que el factor crucial en la prevención de la dermatitis irritativa del pañal parece ser el número de cambios de pañal al día.

La maceración puede evitarse con polvos de talco o óxido de zinc, aunque estos polvos no están recomendados en erosiones de la piel, pues podrían producirse granulomas por cuerpo extraño.

No se utilizarán de modo profiláctico corticoides, antifúngicos ni antibióticos tópicos, por el riesgo de sensibilización, se debe aplicar a cada cambio de pañal, un producto protector que aísle la piel del contacto con el pañal. Para este fin, son adecuadas las pastas o pastas al agua con óxido de zinc.

Los pañales actuales desechables extra-absorbentes contienen un material absorbente en gel dentro del núcleo de celulosa. El material absorbente en gel es un poliacrilato sódico con uniones cruzadas, que tiene la capacidad de absorber varias veces su

propio peso de orina. Además, posee una capacidad de tampón que reduce el pH elevado de la zona del pañal. Los pañales extra-absorbentes difieren, según los distintos fabricantes, en composición, cantidad y distribución del material en gel dentro del núcleo de celulosa (31).

Recomendaciones para el cambio del pañal.

Lo primero que se debe tener en cuenta es todo el material necesario para cambiar el pañal o y al alcance de la mano, así no abandonaremos al bebé en ningún momento (32).

Material necesario:

Pañal nuevo.

Para limpiar la zona del pañal se necesita agua tibia y algodón (para recién nacidos de piel sensible), o bien una manopla suave limpia o toallitas limpiadoras húmedas.

Crema o pomada protectora para la piel del bebé: Existen marcas mucho más suaves para prevenir y disminuir o calmar las irritaciones y la dermatitis que puede causar el pañal.

Si no estamos en casa o no tenemos un lugar específico donde colocar al bebé, nos hará falta una tela o gasa de algodón amplia que hacen las veces de cambiador sobre cualquier superficie. Existen cambiadores plegables que caben perfectamente en el bolso del bebé y que tienen al menos una parte impermeable.

Limpieza de la piel por presencia de meconio.

El meconio: las primeras heces del bebé es más espeso y pegajoso y manchan la piel de un modo más intenso que las heces siguientes, por lo que la limpieza habrá de ser más concienzuda. El algodón funciona bastante bien para limpiar estas y, una vez eliminadas en su mayor parte se puede humedecer el algodón o usar una toallita húmeda para eliminar los restos pegados que ensucian la piel del bebé. El resto del proceso de cambio de pañal es igual que con las heces posteriores.

Limpieza de las deposiciones posteriores del recién nacido

En las deposiciones habituales posteriores al meconio, que llegan alrededor del tercer o cuarto día, utilizaremos una manopla suave, algodón mojado en agua o, toallitas limpiadoras para bebés.

El proceso a seguir es: se limpia suavemente las partes íntimas del lactante de delante a atrás, nunca al revés, sobre todo en las niñas, para evitar diseminar las bacterias procedentes del recto, que pueden provocar infecciones en el aparato urinario.

Evidentemente, colocamos al bebé apoyado sobre su espalda y resulta muy útil levantar las piernas del pequeño para acceder mejor a sus partes íntimas (ano y genitales). Para ello, cogemos con una mano sus pies y lo elevamos ligeramente de modo que podamos sacar el pañal cómodamente, lo volvemos a apoyar en el cambiador para limpiarlo; se le puede haber colocado el pañal nuevo ya debajo, aunque corremos el riesgo de que haga sus necesidades en ese preciso momento.

Procedemos a la limpieza de la zona, No hay que olvidar limpiarle los pliegues que se forman entre los muslos y las nalgas para evitar que queden restos de heces. En las niñas, hay que prestar especial atención a los restos de deposición que, al ser tan líquida se puede quedar entre los labios o incluso en el interior de la vagina, zonas que se habrán de limpiar delicadamente, Sin dejar que queden húmedos los pliegues, se secan al aire en un momento o podemos aplicar un poco de papel higiénico, ya que podemos aplicar la crema protectora para prevenir irritaciones y dermatitis.

Colocar el pañal nuevo

Volvemos a levantarle las piernas al bebé para poder colocar el pañal nuevo, abrimos el pañal limpio y lo deslizamos suavemente bajo el cuerpo del bebé. A los niños, conviene colocarles el pene hacia abajo para que la orina no se les salga por encima del pañal hacia el ombligo y la cintura.

Los elásticos están en la parte de la espalda y se ajustan delante hacia el ombligo, las tiras elásticas son muy cómodas, pero hacen que corramos el riesgo de apretar demasiado. Se debe dejar la suficiente holgura como para que, si cambiamos de postura al bebé, siga sin oprimir.

Precauciones a tener en cuenta con el cordón umbilical: Hay que tener un cuidado especial, sobre todo, debemos procurar que el cordón no se ensucie con las heces ni la orina para evitar la onfalitis. Tras la caída del cordón, el riesgo de infección persiste hasta que el ombligo no haya cicatrizado completamente, por lo que se debe seguir con los mismos cuidados y vigilancia hasta que el ombligo seque (32).

Aunque existen pañales especiales que aseguran protección y sujeción para el cordón, no hay demasiada diferencia con los pañales normales. Lo ideal es que el cordón quede bien sujeto y firme, puede ser por debajo del pañal o por encima, pero bastante por encima (el pañal debería quedar bajito), que no quede justo en la base del pañal porque podría empujar el cordón con el riesgo de desprenderlo. Una prenda ajustada (no apretada) sobre el pañal ayuda a que el cordón y la pinza se mantengan fijos si no están bajo el pañal.

Micción durante el cambio de pañal.

Los papás que ya hayan cambiado pañales conocerán por experiencia propia que, es habitual que los bebés miccionen mientras les cambiamos el pañal ya que, la exposición al aire de los genitales, o el sentir la toallita limpiándolos puede provocarlo.

Con las niñas se manchará el cambiador, pero con los niños este hecho es más "peligroso", ya que amplían su "radio de acción". Por ello, es necesario cubrirles el pene con un pañal limpio mientras le cambiamos los pañales. Siempre se debe tener a mano papel higiénico o pañuelitos de papel para proceder a "la contención y secado de emergencia" si el bebé se orina durante el cambio de pañal (32).

Orientaciones sobre algunos cuidados a tener en cuenta en el cambio del pañal:

Esté preparada antes de comenzar a cambiarle los pañales, tenga los artículos necesarios a su alcance (28).

Tenga cuidado si utiliza una mesa para cambiar pañales, ésta debe ser resistente y contar con una correa de seguridad. También compruebe que tenga espacio suficiente

para contener todos los artículos que necesita para cambiar al bebé, incluso con correa de seguridad, nunca debe darle la espalda al bebé mientras lo está cambiando.

Limpie a fondo la piel con suavidad Si es niña, (limpie sus genitales de adelante hacia atrás). Durante las primeras 04 semanas de nacidas, no es raro que las niñas secreten una sustancia blanca y lechosa que podría estar matizada de sangre.

Si es niño, limpie debajo del escroto si no le han hecho la circuncisión, no empuje ni jale el prepucio del pene.

Cuidado con los impermeables: Si utiliza pañal de tela, tenga cuidado con los impermeables, siempre apúntelos hacia afuera, alejados del bebé.

Evite el talco para bebé, tal vez huelan bien, pero puede irritar los pulmones de su bebé así como la piel rozada.

E. Termorregulación, descamación fisiológica.

Después del establecimiento de la respiración, la regulación térmica constituye el factor más crítico para la supervivencia del recién nacido. La regulación térmica es la habilidad del recién nacido para producir calor y mantener una temperatura corporal normal (28). Es una función metabólica vital y constituye un desafío constante. Antes del nacimiento, el feto se mantiene a una temperatura estable ideal dentro del útero. En contraste, al nacer, el medio ambiente del neonato puede cambiar rotundamente.

Cuando se le expone a un ambiente frío, el recién nacido requiere de calor adicional. Los mecanismos fisiológicos que elevan la producción de calor se denominan termogénesis. Estos incluyen aumento del metabolismo basal, actividad muscular y termogénesis química también llamada termogénesis sin estremecimiento (27). Los recién nacidos son susceptibles a la pérdida de calor por su gran superficie corporal en relación con su peso. Su piel delgada, los vasos sanguíneos están cerca de la superficie, y hay poca grasa subcutánea que se aisle.

Las madres deben conocer las características normales de sus hijos recién nacidos, ya que así podrían detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar de manera oportuna llevándolos a un establecimiento de salud.

Algunos signos de peligro que la madre puede detectar:

Temperatura axilar superior a 37.5 °C o rectal superior a 38 °C; o temperatura axilar inferior a 36 °C y rectal inferior a 36.5 °C.

Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante más de 15 segundos.

Cambios en el color de la piel; si el niño se ve cenizo, si muestra cianosis alrededor de los labios o si la esclerótica se ve amarillenta. Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo.

Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.

Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.

Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.

Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras e infrecuentes (27).

F. Comodidad y confort del recién nacido.

El sueño del Recién Nacido. La mayoría de los recién nacidos dormirán la mayor parte del día (de 15 a 20 horas). Aquellos que reciben suficiente alimento y no tienen problemas digestivos suelen dormir más entre comidas, Su sueño no es profundo como el del adulto, más bien los recién nacidos se mueven mucho, se estiran y a intervalos despiertan en forma momentánea, pueden acostarse a cualquier lado o sobre el abdomen, en especial cuando se van a dormir. Es necesario insistir en la importancia de evitar colocar al niño de espaldas para que duerma (las aspiraciones son más frecuentes cuando se producen en esta posición (27).

A la mayoría de los padres les preocupa que su recién nacido duerma toda la noche. Cuando sucede esto, ¡se trata de un momento de gloria!, Pero sea paciente, pues puede tomar tiempo, cada bebé es diferente y no hay un horario fijo, al principio, los padres deben adaptar sus patrones de sueño a los del bebé, cuando el bebé esté listo, va a dormir toda la noche.

Boca arriba para dormir. Siempre acueste al bebé boca arriba para dormir, Si su bebé tiene necesidades especiales, el pediatra podría recomendar otras posiciones para

dormir. Los estudios demuestran que dormir boca arriba disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante.

Darle un chupete también puede ayudar a prevenir la muerte súbita, pero si usted está amamantando, espere hasta que la lactancia esté bien establecida antes de darle un chupete. Tenga en cuenta que el bebé NO debe dormir en columpios para bebés ni asientos de seguridad del automóvil (28).

Sueño y seguridad en la cuna.

La mayoría de las personas que cuidan de un bebé suponen que siempre está seguro mientras duerme, sin embargo, hay ciertas situaciones del sueño que pueden causar lesiones o la muerte. Hay bebés que se han asfixiado con materiales blandos de cama, otros han fallecido al quedar atrapados entre el colchón y el armazón de la cama, algunos incluso se han ahogado aplastados bajo un padre que se dio la vuelta mientras dormía en la misma cama. Estas situaciones se pueden evitar (28).

Recomendaciones, sobre lo que no debe hacer para dormir al recién nacido

No ponga a dormir al bebé sobre una superficie suave, con relleno blando, como sería un edredón, almohada, piel de oveja o cojín relleno de bolas de polietileno, de igual manera tenga cuidado con los colchones de espuma que se amoldan a la persona que duerme; estas superficies pueden amoldarse a la cara del bebé y afectar su respiración (28).

No use protectores acolchados en la cuna del bebé, mantenga alejados de la cama otros objetos blandos o ropa de cama (almohadas, mantas, peluches).

No cuelgue sobre la cuna juguetes (móviles, gimnasios de cuna) que queden al alcance del bebé, retire cualquier juguete de cuna suspendido cuando el bebé comience a levantarse empujándose con las manos y rodillas, o cuando cumpla 5 meses de edad, lo que ocurra primero. Estos juguetes pueden estrangular al bebé.

No deje que el bebé duerma en una cama de agua. El bebé puede quedar atrapado y asfixiarse.

No use un posicionador de sueño infantil. Los posicionadores son tapetes con orillas blandas y en forma de cuña, cuya intención es mantener al bebé boca arriba durante el

sueño. Trágicamente, los posicionadores han causado varias muertes. Agencias gubernamentales y de protección del consumidor advierten contra el uso de posicionadores del sueño infantil.

No use plásticos para envolver, como bolsas de limpieza o de basura como cubiertas de colchón, no permita que estas cosas estén cerca de su bebé, el bebé ya que puede asfixiarse si estos artículos se encuentran cerca de su cara.

No permita que la cabeza del bebé quede cubierta durante el sueño, mantenga las mantas a nivel de la axila o debajo.

No permita que haya cordones de cortinas cerca de la cuna, no coloque objetos con cuerdas o piezas pequeñas cerca de la cuna, estas cosas pueden estrangular o ahogar al bebé.

No deje al bebé solo en un sofá o una cama.

No use un asiento de automóvil o silla mecedora como cuna del bebé, debido a que, si el bebé pasa demasiado tiempo en este tipo de asiento, su cabeza se puede aplanar (28).

Recomendaciones a tener en cuenta para hacer dormir al recién nacido:

Ponga siempre a su recién nacido a dormir boca arriba (a menos que tenga necesidades especiales y el médico se lo haya prohibido). Cada vez, alterne el lado de la cabeza que queda abajo. Cuando el bebé pueda darse la vuelta por su cuenta, él elegirá su posición para dormir (28).

Considere alternativas a las cobijas, como mamelucos u otra ropa para dormir. Evite sobrecalentar al bebé.

Mantenga la temperatura de la habitación a una temperatura adecuada.

Si utiliza una cobija, asegúrese de que no esté más arriba del pecho del bebé (para evitar que la cabeza del bebé se cubra o que el bebé se sobrecaliente). Ajuste los extremos de la cobija bajo el colchón.

Asegure que la cuna del bebé esté en buenas condiciones y no tenga barandilla plegable, sino fija.

Coloque la cuna contra una pared interior, y no contra una pared exterior o ventana. Mantenga la cuna lejos de radiadores y conductos de aire caliente o frío. El bebé se puede quemar con un radiador. Los conductos de aire forzado pueden secarle la nariz y la garganta al bebé, aumentando su susceptibilidad a problemas respiratorios (28).

Habitación del Recién Nacido:

Al bebé deberá asignársele un sitio limpio, cómodo y bien resguardado. Necesitará una camita, cuna o cochecito para dormir. Los recién nacidos prefieren dormir en espacios reducidos, con bordes donde pueden arrimarse tratando de sentirse como cuando estaban en el útero. Un cochecito o cuna de mecer sería ideal por ser fácil de transportar y porque le permite mecer a su bebé para dormirlo. Un colchón firme es conveniente para la buena postura del bebé (27).

Vestimenta del recién Nacido.

Se debe recomendar a las madres que vistan al niño de manera cómoda y adecuada al clima, con ropa no muy ajustada para que él bebe pueda moverse libremente.

La ropa debe ser abrigadora o caliente en tiempo cálido no muy ligero en tiempo de frío. Es importante saber que la ropa del recién nacido debe estar confeccionada de tela de algodón, por ser un material natural y prevenir las irritaciones, alergias en su delicada piel.

En tiempo de verano cuando se le exponga al sol. Debe ponérsele un gorro y cuidar su delicada piel del niño pues podría quemarse debido a la textura fina y por su delgadez.

Durante las primeras semanas, el recién nacido podría preferir sentirse bien sujeto, para hacerlo se coloca una cobija en forma de diamante sobre una superficie segura. La esquina de arriba se dobla ligeramente hacia abajo y se pone al niño sobre ella con la cabeza en la orilla de arriba. La esquina derecha se pasa sobre el niño, envolviéndolo y se mete bajo su lado izquierdo, la esquina de abajo se jala hacia su pecho y la esquina izquierda se enrolla alrededor del niño y se pone bajo el lado derecho (27).

G. Eliminación intestinal y vesical del recién nacido.

Los pequeños orinan de seis a ocho veces al día. Si lo hacen menos de cinco veces al día, podría ser necesario darle más líquidos (lactancia materna), la orina debe ser inodora e incolora. Los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces. Las primeras heces son verde oscuro lo que podría alarmar a los padres (27).

El recién nacido pasa de deposiciones de meconio los primeros días de vida, después de alrededor del tercero o cuarto día las heces comienzan a cambiar de forma gradual y toman un color verde amarillento. Estas heces de transición son menos pegajosas que el meconio y contiene algunos coágulos de leche.

Los niños alimentados con leche materna tienen heces más suaves y frecuentes (amarillo mostaza) y tener un olor característico que en ocasiones se describe como “dulce”. Los niños amantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida Nunca debe presentarse un “círculo de agua” alrededor de los sólidos de las heces, esto indica la posibilidad de diarrea; los niños pueden deshidratarse muy rápidamente por la pérdida de líquidos.

2.2.3. Signos de alarma en el recién nacido.

Son las señales que indican la presencia de un riesgo repentino en el neonato observándose lo siguiente:

1.- Color de la piel anormal.

Piel azulada (cianosis), que se define como la coloración azul de la piel debido a fenómenos circulatorios (33) (34).

Con respecto a la piel, en las primeras 24 horas y después de las primeras 2 horas de vida, es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo, es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color azulado (acrocianosis), al segundo o tercer día suelen aparecer manchas eritematosas no patológicas y la presencia de la mancha mongólica, milium y descamación de la piel.

Recién nacido presenta dificultad para respirar.

Síntomas de esta dificultad son un ritmo elevado de la respiración, 60 respiraciones por minuto o pausas sin respirar de más de 20 segundos, piel azulada, ruidos al respirar y quejidos.

Ictericia: Es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al incremento de la bilirrubina en sangre (28). Es un fenómeno que ocurre en diversos grados en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida, que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica. Si la ictericia es intensa y las cifras de bilirrubina se acercan a valores potencialmente de riesgo el tratamiento es usar la fototerapia (33) (34).

La ictericia fisiológica. La mayoría de los recién nacidos desarrolla niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2mg/dl durante la primera semana de vida. Este valor crece normalmente en los recién nacidos a término un promedio de 6-8 mg/dl a los tres días de vida y disminuye a menos de 1,5 mg/dl al décimo día en el recién nacido normal.

Criterios de ictericia fisiológica en recién nacidos:

Aparición a partir del 2º día.

Su comienzo después de las 24 horas de vida.

Tener una duración máxima de 7 días en el recién nacido a término y de 10 días en el pretérmino.

Tener un aumento diario inferior a 5 mg/dL

No llegar a cifras mayores de 13 mg/dl de bilirrubina total en niños con alimentación artificial y 15 mg/dl. En niños con leche materna.

Tener una bilirrubina directa menor a 2 mg/dl, o en todo caso, inferior al 15 % de la bilirrubina total (33) (34).

2.-Temperatura del bebé.

Hipertermia: Es la temperatura axilar superior a 37.5 °C o rectal superior a 38 °C y cuya primera causa en el servicio de alojamiento conjunto es el insuficiente aporte de leche materna (conocida también como fiebre de sed) (35).

Hipotermia: La hipotermia se define como una temperatura central < 35 a $35,5^{\circ}\text{C}$, puede deberse a una causa exclusivamente ambiental o representar una enfermedad intercurrente (36).

A pesar de sus mecanismos de compensación, los recién nacidos, en particular los lactantes de bajo peso al nacer, tienen una capacidad limitada para regular la temperatura y son propensos a una temperatura central disminuida, incluso antes de que la temperatura disminuya, el estrés por frío ocurre cuando la pérdida de calor requiere un aumento en la producción de calor metabólico. La temperatura rectal normal en los recién nacidos a término y prematuros es de $36,5$ a $37,5^{\circ}\text{C}$ Aunque la hipotermia es una temperatura central $< 35-35,5^{\circ}\text{C}$, hay estrés por frío a temperaturas más altas cuando la pérdida de calor requiere un aumento en la producción de calor metabólico. Los recién nacidos, en particular los lactantes de muy bajo peso al nacer, son susceptibles a la hipotermia ambiental; la enfermedad (hemorragia intracraneana, sepsis, etc) aumenta el riesgo (36).

La hipotermia puede prevenirse secando de inmediato y envolviendo después al recién nacido (incluida la cabeza) con una manta tibia para prevenir las pérdidas por evaporación, conducción y convección. Los lactantes prematuros con muy bajo peso al nacer también se benefician de un envoltorio de polietileno oclusivo en el momento del parto. Un recién nacido expuesto para reanimación u observación debe ser colocado bajo una fuente de calor radiante para prevenir las pérdidas por radiación. Los recién nacidos enfermos deben permanecer en un ambiente térmico neutro para minimizar el metabolismo. La temperatura apropiada de la incubadora varía según el peso al nacer y la edad posnatal del recién nacido y la humedad de la incubadora. Alternativamente, el calentamiento se puede ajustar a través de un servomecanismo regulado para mantener la temperatura de la piel en $36,5^{\circ}\text{C}$ (36).

3.-Vómitos frecuentes.

Es importante actuar inmediatamente y acudir al pediatra para evitar que se deshidrate.

4.-La textura y color de las deposiciones.

Si son acuosas es diarrea y si hay presencia de moco o sangre, puede tratarse de una deshidratación. Si no presenta deposiciones de manera regular, puede tratarse de estreñimiento u otro padecimiento.

5.-Cambios en el comportamiento.

Llanto frecuente: si el bebé está irritable, llora sin control aún después de haberle dado de comer, bañado, cambiado, etc., es mejor hablar con el médico.

Recién nacido muy adormilado, débil, si llora débilmente, si no se despierta para alimentarse, si no tiene tono muscular y se mueve menos de lo normal.

6.-Convulsiones.

Las convulsiones son movimientos involuntarios del cuerpo, bruscos, generalmente mirada perdida y temblores. La atención debe ser inmediata.

7.-Cordón umbilical infectado (onfalitis).

Si tiene inflamación de la piel alrededor del cordón umbilical o enrojecimiento, pus o sangre que sale de allí, mal olor.

8.-Recién nacido no lacta o lacta poco.

Presenta dificultad o falta de fuerza en la succión de la leche, intolerancia y rechazo al alimento.

9.-Recién nacido no orina u orina muy poco.

Los recién nacidos orinan 5 veces al día o más.

10. Llanto débil, llanto fuerte, decaimiento, sueño prolongado, respiraciones rápidas, vómitos frecuentes (intolerancia a la leche): Son síntomas producidos por cuadros como la hipoglucemia, hiponatremia, apneas y deshidratación (33) (34).

2.2.4. Características Sociodemográficas de la Madre.

A.- Características Sociales:

1.- Estado civil. Es la situación jurídica concreta que tiene la persona con respecto a la familia el Estado o nación a la que pertenece (37).

Según los reportes estadísticos de ENDES 2014, indican que el estado conyugal de convivencia va en aumento, y si se analiza como factor de riesgo las

referencias, en cuanto a mortalidad materna tenemos que esta se presenta indistintamente en las casadas, convivientes y solteras; pero que la mayor frecuencia últimamente se ha presentado en las solteras, probablemente al encontrarse solas no cuentan con el apoyo de la pareja o familiares en el momento de la emergencia, aumentándose el riesgo (38).

2.- Grado de instrucción. Nivel de estudios más elevado que haya alcanzado una persona (39).

La formación básica formal según Álvarez, et al (2009), es un factor básico asociado a la mortalidad materna, pues indica que a mayor nivel de instrucción de la madre los riesgos de enfermar y morir disminuyen no solo de ella sino de su familia, interiorizan aspectos fundamentales de autocuidado tanto en conocimiento como en prácticas, pues la mujer analfabeta no tiene conocimientos necesarios para tener prácticas saludables por sí misma (40).

3.- Ocupación. Es la labor que desempeña la persona dentro o fuera de hogar (39).

Las complicaciones materno-perinatal se asocian a la pobreza, los cambios económicos, sociales y culturales condicionan a la mujer que tenga que trabajar también fuera del hogar, generándose una sobrecarga de actividad puesto que las obligaciones que demanda el hogar no pueden descuidarse, el cuidado de los hijos, lo cual va a influir en la propia salud de la mujer aumentando los riesgos de ella y de sus hijos.

B.- Características Demográficas:

1.-Edad. Es el tiempo que ha vivido una persona desde que nació (40).

A medida que la mujer avanza de edad mayor es el riesgo para presentar una complicación durante el parto, los límites tomados en cuenta como factor de riesgo, están en menores de 18 años y mayores de 35 años (41).

La edad materna influye en el cuidado del recién nacido cuan mayor sea la madre las prácticas de cuidados serán mejores, puesto que las madres jóvenes van

aprendiendo según la experiencia vivida y con la ayuda de sus familiares cercanos especialmente de su madre.

2.- Procedencia. Es el lugar de residencia habitual donde vive la persona sea esta zona urbana o rural (42).

El lugar de residencia de la madre es importante en cuanto signifique la atención de una emergencia; pues mayor riesgo de morir tienen las mujeres con residencia en el ámbito rural por la inaccesibilidad, dentro de ellos los medios de comunicación, muchos lugares en nuestra realidad no cuentan con carretera lo que dificulta el traslado oportuno, como es sabido en caso de una hemorragia los minutos cuentan y muchas de las muertes por esta causa han podido ser salvadas si se hubiese actuado en forma oportuna e inmediata.

Así, podemos observar que en el conocimiento como las prácticas del cuidado en los recién nacidos en las mujeres de la zona urbana existe una diferencia influenciada probablemente por el acceso a la información y a los servicios de salud que se encuentran más inmediatos.

3.- Paridad. Es la clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos por más de 28 semanas de gestación, habitualmente la paridad se designa con el número total de embarazos.

Referido al número de hijos que tiene la mujer, el riesgo de la salud de la mujer se incrementa en medida que esta tenga un mayor número de partos (43).

2.3. Hipótesis.

H₁. Existe relación entre el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido con los factores sociodemográficos. Hospital tito villar cabeza, Bambamarca 2017.

H₀. No existe relación entre el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido con los factores sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

2.4. Variables de estudio

2.4.1. Variable Dependiente:

Conocimiento de las puérperas en el cuidado general del recién nacido.

2.4.2. Variable Independiente:

Factores Sociodemográficos.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	Instrumento
<p>Conocimiento de las puerperas sobre el cuidado general del recién nacido.</p>	<p>Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que posee la puérpera sobre el cuidado del recién nacido (25).</p>	<p>Conocimiento</p>	<p>Asignándosele dos alternativas para cada criterio: enunciado correcto (1 punto) y enunciado incorrecto (0 puntos)</p> <p>De: 12 – 22 puntos (Adecuado)</p> <p>De: 0 – 11 puntos (No adecuado)</p>	<p>Cuestionario</p>

VARIABLE: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Conjunto de características sociales y demográficas que presenta una población que permite conocer la distribución y progresión del estado de salud y enfermedad (44).	Características Sociales	Estado civil <ol style="list-style-type: none"> 1. Solteras 2. Casadas 3. Conviviente 4. Viuda 	Cuestionario
		Nivel de instrucción <ol style="list-style-type: none"> 1. Ilustrada 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior Técnica 5. Superior universitaria 		
		Ocupación <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudia 2. Ama de casa 3. Independiente 4. Otras. 		
		Características Demográficas	Edad materna <ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 15 años. 2. De 16 a 25 años. 3. De 26 a 35 años. 4. De 36 a más años. 	
		Procedencia <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural. 		
		Paridad <ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara (1 parto) 2. Multípara (2-5 partos) 3. Gran multípara (mayor de 5 partos) 		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación es cuantitativa, el método es descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal y correlacional.

Cuantitativa, porque genera datos o información numérica que implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas y matemáticas para obtener resultados. Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor (45).

Descriptivo, porque describe situaciones y eventos, es decir, cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, va a permitir describir y analizar de manera independiente sobre el conocimiento de las puérperas en el cuidado general del recién nacido.

Transversal, porque la información se recogió en un solo momento, el instrumento, se aplicó por única vez (45), sobre el nivel de conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido en el Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca.

Correlacional, porque se analizó la relación entre dos variables. Determinando la relación existente entre la variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba de chi cuadrado para determinar la significancia estadística del conocimiento de las puérperas sobre los cuidados generales del recién nacido y los factores sociodemográficos.

3.2. Ámbito de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca, el mismo que se encuentra ubicado en la zona central del departamento de Cajamarca, entre la cordillera central y oriental de los andes.

Con capacidad resolutive Nivel II-I, que brinda atención de salud dirigida a contribuir a mejorar la calidad de vida de la población comprendida en la Provincia de Hualgayoc. En este, se brinda atención en las 07 principales áreas de atención: Medicina, Cirugía, Neonatología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Emergencia y consultorios externos. Esta Institución cuenta con profesionales médicos (9), de enfermería (20), Odontología (2), Obstetricas (13), Téc. Enf (39), Administrativos (10), Tecnólogo Médico (1), Psicólogo (1), Química farmacéutica (1) y otros (8).

La investigación se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia en puérperas que se encontraron en alojamiento conjunto hasta el momento del alta, en donde el promedio mensual de puérperas y de recién nacidos es de 60 por mes.

3.3. Población:

La población para el estudio estuvo conformada por 720 puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca, Obtenidas en un periodo de enero a diciembre del 2017.

3.4. Muestra:

La muestra fue un total de 120 (puérperas), de los recién nacidos en los meses de Junio-Julio del 2017, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca 2017.

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$\text{Muestra (n)} = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$\text{Calculandon} = \frac{(720)*(1.96)^2*0.50*0.50}{(0.08)^2*119+(1.96)^2*0.50*0.50}$$

$$n = \frac{(720 * (3.84 * 0.25))}{((0.0064 * 719) + (3.84 * 0.25))}$$

$$n = \frac{(720 * 0.96)}{(5.024 + 0.96)}$$

$$n = \frac{691.2}{5.56}$$

$$n = 125$$

Muestra: 125 recién nacido en el año 2017

En donde:

N = 125 (Población de recién nacidos en junio y julio del 2017, de los cuales 05 fueron para la prueba piloto, quedando la muestra en 120 recién nacidos)

3.5. Unidad de Análisis.

La constituye cada una de las puérperas que se encontraron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

3.5.1. Criterios de inclusión

Puérperas atendidas en los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Puérperas que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.5.2. Criterios de exclusión

Puérperas con enfermedad mental.

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica a utilizar fue la entrevista, a través de la cual se aplicó un cuestionario, tomando como propuesta el cuestionario sugerido por Esteban D, (3), la misma que consta de dos partes: La primera comprende los datos socio-demográficos: Estado civil, grado de instrucción, ocupación, edad, procedencia y paridad (6 ítems) y la segunda: Comprende datos específicos sobre el cuidado general del recién nacido: Alimentación, baño e higiene, cuidado del cordón umbilical, higiene perineal, termorregulación, sueño y descanso y signos de alarma. Tales como (fiebre, llanto fuerte, llanto débil, sueño prolongado y decaimiento, no quiere lactar y vomita, piel azulada, piel amarilla, respiración rápida, entre otros), (7 ítems), con preguntas que contienen alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las puérperas sobre los cuidados generales del recién nacido:

Asignándosele dos alternativas para cada criterio: Enunciado correcto (1 punto) y enunciado incorrecto (0 puntos).

PUNTUACIÓN TOTAL. De tal manera que se considera el siguiente valor:

- Conocimiento adecuado : 12 – 22 puntos
- Conocimiento no adecuado : 0 – 11 puntos

La pregunta 22: constituida por 9 enunciados dicotómicos: Se calificó si la madre contesta:

- De 0 -4 interrogantes correctas : 0 puntos.
- De 5-9 interrogantes correctas : 1 punto.

Validez y confiabilidad del instrumento:

Respecto a la validez del instrumento este no fue sometido a juicio de expertos, porque se utilizó un instrumento validado por Esteban Marca, D (3), el mismo que realizó una investigación similar al tema investigado.

Confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto a madres puérperas, en un total de 05, considerando el 4% de la muestra; las mismas que no constituyen parte de la muestra, siendo el valor de alfa de Cronbach 0,78 lo que significa que el resultado está dentro de los rangos aceptables; por tanto se procedió a la aplicación del instrumento.

3.7. Análisis e interpretación de datos:

El análisis de la información se realizó, basándose en el procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo, luego del procesamiento de la información, para la medición de las variables, se utilizó la estadística descriptiva, frecuencia absoluta y porcentaje; los datos fueron ingresados, procesados y analizados por medio del paquete estadístico SPSS versión 24.

Se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tal como el chi cuadrado, como prueba de independencia de criterios de clasificación (escala nominal), para determinar la relación entre el conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficas: Procedencia, ocupación y estado civil. Se empleó la Prueba: D de Somers (escalas

Ordinales), para determinar el conocimiento vs Edad materna, nivel de instrucción y paridad. Teniendo la siguiente regla de decisión. Si el nivel de significancia coeficiente de Pearson ($P \leq 0,05$), se rechaza la hipótesis. Y se acepta H_1 , Caso contrario se acepta H_0 .

El análisis se realizó con otros estudios, se demuestra su similitud y diferencia lo cual trata de dar una explicación fundamentándose en el conocimiento existente, teniendo en cuenta los objetivos planteados.

3.8. Presentación de datos

La información se presenta en tablas simples y de doble entrada; asimismo la interpretación y el análisis se realizaron de acuerdo a los resultados obtenidos. Para el análisis se tuvo en cuenta los antecedentes el marco teórico y los objetivos.

3.9. Criterios éticos.

Para la realización de la presente investigación se contó con la firma del consentimiento informado de los sujetos de estudio (puérperas), salvaguardando la confidencialidad de las respuestas y anonimato de las participantes.

Además se consideraron los siguientes criterios:

Rigor Ético.

Principio de autonomía: Obligación ética de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen.

La participación de las investigadas fue necesaria, porque la información se recolectó a través de la aplicación del cuestionario, se tuvo en cuenta el consentimiento de ellas.

Principio de Beneficencia. Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

El presente trabajo de investigación es de beneficio a las puérperas, ya que se aportará la información sobre el conocimiento (adecuado o no adecuado) que ellas tienen respecto a los cuidados del recién nacido, de tal forma que con esta información o conocimiento les

permita reducir o controlar la frecuencia de muertes neonatales como consecuencia de posibles infecciones o complicaciones generadas en el hogar después del alta.

Principio de no maleficencia. Se refiere a la obligación de no producir daño intencionadamente.

En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no habrá riesgo de hacer daño a la persona, ya que solo se buscó obtener información. Al conocer el conocimiento que tienen las puérperas respecto al cuidado de los recién nacidos. Así los prestadores de servicios de salud implementaran medidas preventivas como de intervención para la prevención de las complicaciones que generan como consecuencia del desconocimiento por parte de la madre al atender al recién nacido los mismos que rápidamente se complican generando la muerte del neonato.

Principio de justicia: Reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

En la investigación la población estuvo conformada por todas las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca (46).

Rigor Científico.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de investigación, para la confianza de la información la aplicación del instrumento fue aplicado por la investigadora para que sea lo más fidedigno.

Confirmabilidad: Los resultados fueron determinados por la información luego de la aplicación del instrumento, dejando de lado los prejuicios e inferencias del investigador en la investigación, lo que fue evitado en todo momento para que la opinión del investigador no influya en los resultados (46).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca, 2017.

Característica Sociodemográficas	N°	%
Edad:		
< 16 años	1	0,8
18 – 25 años	56	46,7
26 – 35 años	46	38,3
36 a más años	17	14,2
Estado Civil:		
Soltera	5	4,2
Conviviente	87	72,5
Casada	28	23,3
Ocupación:		
Estudia	2	1,7
Ama de casa	109	90,8
Independiente (Trabaja en casa)	3	2,5
Otros (negocio)	6	5,0
Nivel de estudio		
Iletrada	10	8,3
Primaria	68	56,7
Secundaria	27	22,5
Superior Técnica	14	11,7
Superior Universitaria	1	0,8
Procedencia:		
Urbana	42	35,0
Rural	78	65,0
Paridad:		
Primípara	45	37,5
Múltipara	74	61,7
Gram Múltipara	1	0,8
Total	120	100,0

En la tabla 1, se observa que el mayor porcentaje de puérperas se encuentran en los grupos etarios de 18 a 25 años con el 46,7% y de 26 a 35 años el 38,3%.

Los resultados encontrados guardan cierta similitud con el trabajo realizado por Apaza, H (20), donde el 38,3% de las puérperas se encontraban entre los 20 a 34 años de edad. Los resultados de la presente investigación evidencian que la mayoría son puérperas jóvenes, edad en la que la madre todavía no tiene ni la experiencia ni el conocimiento suficiente para el cuidado del recién nacido, los cuales lo adquiere por diferentes medios ya sea por la madre, abuela o familiares y esto se complica aún más cuando son adolescentes; toda vez que la mayoría no tienen un nivel de maduración ni física ni emocionalmente, por lo que al tener un bebé, pues no saben de los cuidados que deben brindar lo que pone en riesgo el normal crecimiento y desarrollo del bebé.

Siendo necesario que el profesional de Enfermería aproveche todos los espacios para educar a las madres, el alojamiento conjunto es un espacio idóneo el cual se debe aprovechar para brindar educación sanitaria sobre aspectos del cuidado del recién nacido teniendo en cuenta que luego saldrá de alta y que si no tiene los conocimientos necesarios para cuidar a su niño va a tener serios problemas.

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría 72,5% presentan estado civil conviviente, el 23,3% de las puerperas son casadas y el resto 4,2% son solteras. Resultados que concuerdan a lo referido por Mamani, Y (17), quien encontró que el 60,7% de las puerperas tienen un estado civil de convivientes, asimismo Apaza, H (20), con un porcentaje mayor al 50% de las puerperas con estado civil de convivientes.

Tal como lo informa el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014) (47), el estado civil de convivencia cada día va en aumento en relación a años anteriores, situación que incrementa los riesgos en la familia al no tener una estabilidad conyugal; el cual es otorgado por un documento legal de matrimonio y además aún sigue predominando la existencia del machismo siendo este un factor negativo para la estabilidad familiar; una madre sola difícilmente puede cubrir todas las necesidades básicas de una familia, mucho más si la puérpera es una mujer joven ella opta por quedar dentro del seno materno, no teniendo una independencia especialmente económica lo que acrecienta el nivel de pobreza. Y tal como se observa en los resultados el mayor porcentaje de las puérperas son convivientes.

Respecto a la ocupación, los resultados indican que la ocupación más frecuente de las puérperas en el 90,8 % son amas de casa, el 1,7% estudian y 7,5% mostraron tener otra ocupación independiente o dedicarse a otras actividades. Los resultados encontrados guardan relación con las referencias de Esteban, D (3), donde el 90% de las puérperas también tenían como ocupación amas de casa.

ENDES 2014 (47), indica que las mujeres a parte de sus labores del hogar se dedican a otras actividades productivas. En Bambamarca se dedican a tejer, trenzar sombreros, crianza de animales menores, los mismos que los comercializan el día de mercado local; pero la actividad principal es la agrícola y las tareas del hogar. Las mujeres que se dedican a otras actividades muchas veces dejan al cuidado de terceras personas a los niños menores por lo que no reciben el cuidado directo de su madre, generalmente son las abuelas o las tías directas las que se hacen cargo; por lo que es importante que cuando se brinde educación sanitaria se involucren a los familiares para que ellos también tengan los conocimientos respecto a los cuidados a tener en cuenta durante el crecimiento y desarrollo de los niños y especialmente los cuidados del recién nacido.

En relación al nivel de estudios, los resultados muestran la tendencia tradicional o típica relativa a la zona de donde se enmarca el estudio, es decir el nivel de educación prevalente es primaria con el 56,7%, y solo el 12,5% con nivel superior técnica o universitaria y existe un 8,3% sin ningún nivel de estudios iletrados o analfabetos, lo que impacta es que aún existe analfabetismo. Los resultados de la presente investigación guardan similitud con lo referido por Bustios K, Arbulú P. et.al. (48), quienes concluyeron que el 50% de las puérperas tenían como grado de instrucción primaria. Y que el 50% recibió información sobre el cuidado del recién nacido de sus familiares y amigos y solo el 2% por el profesional de enfermería. Asimismo nuestros resultados difieren de Esteban, D (3), quien encontró que el 82,8% de las puerperas tenían secundaria y solo el 5,7% primaria.

Estos resultados evidencian que en esta zona existe un gran trabajo por hacer en lo que a educación se refiere, los diferentes estudios lo sustentan y la Organización Mundial de la Salud lo respalda, que el mayor nivel de educación alcanzado sobre todo por la mujer es un factor

protector en cuanto a la salud de la familia y de ella misma, a mayor nivel de educación de la mujer dará mejor atención al cuidado de la salud y menores serán las tasas de morbilidad materna perinatal.

La zona de procedencia, los resultados indican que predominantemente las puérperas proceden de la zona rural siendo el 65%, el resto tienen como residencia habitual la zona urbana con el 35%. La procedencia de las puérperas responde a la característica de la zona, ya que el área territorial es campiña, así mismo el incremento de la cobertura de puérperas se debe al Sistema integral de Salud y la Estrategia de atención del parto institucional, asegurando la atención del parto en óptimas condiciones y la atención adecuada del recién nacido; además propicia la atención inmediata ante alguna complicación materna perinatal.

Respecto a la paridad, la mayoría de puérperas son multíparas con un 61,7% y el 37,5% son primíparas solo un caso de gran multípara, sin embargo la tendencia en paridad para esta zona es de multípara, estos están condicionados un tanto por la edad de la puérpera. Los resultados encontrados difieren con los referidos por Esteban, D (3), el que indica que el 75,7 % eran primíparas el 17,1% su segundo parto y el tercer parto el 4, 2%.

En relación a la paridad, los conocimientos de la madre se incrementarán en medida que tenga mayor número de hijos, irá ganando experiencia en los cuidados de los mismos; sin embargo existen puérperas que son primíparas ellas están en su primera experiencia de ser madres generándose una experiencia nueva, acogiéndose a las orientaciones de la madre o dejándola que ella lo cuide desde el cambio del pañal, el baño del recién nacido hasta que ella poco a poco pierda el temor y brinde los cuidados a su bebe. Por ello es fundamental que el profesional de Enfermería tome especial atención en las primíparas y mucho más si son adolescentes o jóvenes es necesario que la puérpera observe los cuidados que practica la enfermera y así ella irá aprendiendo, la comunicación es importante pues la madre absolverá sus dudas ante la respuesta de la enfermera o del personal de salud.

Tabla 2. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido en el Hospital Tito Villar cabeza. Bambamarca, 2017.

Conocimiento	Nº	%
Conocimiento no adecuado	28	23,3
Conocimiento adecuado	92	76,7
Total	120	100

En la presente tabla se observa que del total de la muestra en estudio el 76,7% de las puérperas tienen conocimiento adecuado respecto al cuidado general del recién nacido y el 23,3% conocimiento no adecuado. Los resultados encontrados no guardan relación con lo referido por Esteban, D (3), y Apaza, H (20) quien menciona que, el 54,3% de las puérperas tenían un nivel de conocimiento adecuado, el 55,32% de las puérperas tenían un nivel de conocimiento bueno. Así, mismo Mamani, Y (17), refiere que el 17, 9% de las mujeres puérperas tenían un nivel de conocimiento bajo.

Según los resultados, las puérperas tienen un conocimiento adecuado, esto probablemente se deba a que las mujeres acudieron a control prenatal por tanto recibieron información, además, los familiares le transmitieron información o tienen acceso a medios de comunicación todo ello contribuye a que las mujeres obtengan información y tengan un nivel adecuado de conocimientos respecto al cuidado del recién nacido. El conocimiento de las puérperas va a influir en la calidad de atención que le brinde al recién nacido, las madres multíparas estarán en mejores condiciones en cuanto a conocimiento se refiere, de brindar una atención adecuada al recién nacido; conocimiento propio de la experiencia en relación a las madres en edad adolescente o jóvenes primíparas, siendo para ellas una experiencia desconocida desde el propio embarazo, parto y tener que brindar cuidados a un recién nacido.

Los cuidados del recién nacido mejoraran a medida que la madre adquiriera conocimiento y experiencia. En el presente estudio se encontró un porcentaje considerable de 23,3% de puérperas con conocimiento no adecuado, situación que debería ser un reto en la labor de enfermería y del personal de salud involucrado en la atención materno infantil, toda vez que

estos resultados van a repercutir en el normal desarrollo y crecimiento del niño por lo que se debe implementar estrategias que permitan tener mayor contacto con las madres, reforzar los conocimientos respecto a los cuidados del niño, aprovechando todos los espacios de contacto con la madre y el niño.

Tabla 3. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido según dimensiones. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Cuidados generales del RN	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Alimentación del Recién Nacido	53	44,2	67	55,8
Baño e Higiene	67	55,8	53	44,2
Higiene Perineal	46	38,3	74	61,7
Limpieza del Cordón	67	55,8	53	44,2
Vestimenta	84	70,0	36	30,0
Comodidad y confort	38	31,7	82	68,3
Termorregulación	47	39,2	73	60,8
Signos de Alarma	47	39,2	73	60,8

En la tabla 3, se observa que del total de la muestra en estudio, el 70% tuvo conocimiento adecuado en relación a la vestimenta, baño e higiene con el 55, 8% y limpieza del cordón umbilical. Sin embargo, el 68, 3% tuvo conocimiento no adecuado en lo que corresponde a comodidad y confort; así mismo en higiene perineal con el 61,7%, termorregulación 60, 8% y signos de alarma respectivamente y el 55, 8% respecto a la alimentación del recién nacido.

Respecto a la vestimenta del recién nacido, el 70% de las puérperas tenían conocimiento adecuado. Resultados encontrados contradictorios a lo referido por Esteban, D (3), quien afirma que el 64,2% de puérperas de su estudio tenían conocimiento “no adecuado” en cuanto a la vestimenta del recién nacido y con Alcarraz (19), existe similitud quien encontró que el 86% de las puérperas tienen conocimiento “adecuado” sobre la vestimenta del recién nacido.

Además, según los resultados respecto al material de la ropa del bebé se observa, que el 90,8% de las puérperas el conocimiento es adecuado, y en cuanto a la frecuencia del cambio de ropa el 75,8% su conocimiento adecuado (anexo 4).

El conocimiento sobre la vestimenta del recién nacido es de suma importancia teniendo en cuenta que la piel del bebé es muy delicada y frágil a las rozaduras, por lo que la ropa tiene que ser muy suave de preferencia de algodón. El conocimiento adecuado de las puérperas en cuanto a la frecuencia del cambio de ropa, es significativo porque ello previene de posibles infecciones del recién nacido ya que si no se efectúa este cambio los gérmenes se acumulan y son fuente de contaminación para el recién nacido, pudiendo generar infecciones a la piel entre otras.

En referencia al Baño e higiene del recién nacido, el 55,8% de las puérperas tienen conocimiento adecuado, resultados encontrados que guardan similitud con lo referido por Esteban, D (3), quien en su investigación refiere que el 60% de las puérperas tenían conocimiento adecuado en cuanto al baño e higiene del recién nacido. Asimismo, los resultados encontrados en la presente son contrarios a los referidos por Castro, M (21), quien referente a la higiene del recién nacido encontró que el 65% de las puérperas de estudio el nivel de conocimiento era bajo es decir no adecuado.

Respecto a la frecuencia del baño del recién nacido, se observa que el 100% de las puérperas su conocimiento es adecuado. En relación a los materiales del baño el 94,2% la mayoría tiene conocimiento adecuado. Y duración del mismo el 60,8% el conocimiento es adecuado; sin embargo, en el 39,2% no es adecuado. Así mismo el 90,8% de las puérperas poseen conocimiento adecuado sobre los cuidados a tener en cuenta durante el baño del recién nacido (anexo 04).

Como se puede observar los resultados precisan que en su totalidad las puérperas tienen un conocimiento adecuado en cuanto a la frecuencia del baño, por lo que este aspecto se tiene que hacer conocer a las madres futuras porque de ello va a depender el cuidado que estas tengan con sus hijos en las diferentes actividades de higiene por lo que es fundamental que la enfermera sea consecuente en cuanto a la enseñanza de los procedimientos de higiene correctos; haciéndoles referencia sobre el equipo que resulta adecuado para el baño del bebé y de adoptar medidas de

seguridad sobre todo en relación a la temperatura del agua, así como la frecuencia del baño el cual debe ser interdiario y la duración no debe exceder de 5 a 10 minutos; asimismo las condiciones del ambiente donde se bañe al recién nacido, libre de corrientes de aire para evitar el enfriamiento y posibles problemas respiratorios como consecuencia.

En cuanto a la Limpieza del cordón umbilical, el 55,8% de las puérperas tienen conocimiento adecuado. Así, los resultados encontrados guardan cierta relación con los resultados de Esteban, D (3), quien halló que el 51,4% de su muestra el conocimiento era adecuado en cuanto a la limpieza del cordón umbilical.

Al respecto de la forma de limpiar el cordón umbilical, el 54, 2% de las puérperas tiene conocimiento adecuado; sin embargo, en el 40,8% es no adecuado. Sobre los materiales de limpieza del cordón umbilical el 77,5% tienen conocimiento no adecuado y únicamente el 22,5% su conocimiento es adecuado, el 83,3% el conocimiento es adecuado en cuanto a la frecuencia de limpieza el cordón umbilical (anexo 04).

Según los resultados existe un porcentaje importante que tiene conocimiento no adecuado en cuanto a la limpieza del cordón umbilical, es de suma importancia que la puérpera esté preparada en cuanto al cuidado del cordón umbilical pues el cordón umbilical representa tras el nacimiento una vía de riesgo de colonización e infección para el recién nacido, no solo en el momento mismo del pinzamiento y de la sección del cordón, sino posteriormente hasta la caída y cicatrización final (26). Es prioritario, por lo tanto, la sección de este con material estéril y la colocación de un sistema seguro de cierre, igualmente en condiciones de asepsia para prevenir el riesgo de hemorragia; Sin embargo, existen dudas de cuál es el mejor cuidado posterior de éste en los primeros momentos del nacimiento.

Ha sido una práctica habitual la colocación de soluciones antibióticas o antisépticas para prevenir la infección del cordón umbilical tras el nacimiento; sin embargo, existe evidencia que indica que estas prácticas no son mejores que mantener el cordón limpio y seco desde el nacimiento y además es probable que la aplicación de soluciones antisépticas retrase la caída del cordón umbilical que por lo general se da entre el sexto u octavo día. Se ha indicado que en los

ambientes donde el cuidado no es higiénico del cordón, es un factor de riesgo en el desarrollo de las infecciones umbilicales; sin embargo, es probable que el empleo de medidas de asepsia en el cuidado del cordón umbilical como el lavado de manos, la colocación de una gasa limpia para recubrirlo y el cambio de pañal frecuente del recién nacido sean prácticas superiores al uso de soluciones antisépticas.

En relación al conocimiento general sobre la alimentación del recién nacido, el 55,8% de las puérperas tiene conocimiento adecuado referente a la alimentación; sin embargo existe un porcentaje representativo que no es adecuado y corresponde al 44,2%. Los resultados encontrados no concuerda con lo referido por Esteban, D (3), manifiesta que el 78,5% de puérperas tenían conocimiento “adecuado” referente a la alimentación. Así, mismo con los resultados de Castro, M (21), quien muestra que en el 55% de puérperas el conocimiento era no adecuado sobre la alimentación del recién nacido.

En relación al conocimiento sobre la dimensión de alimentación del recién nacido, se observa que el 99, 2% tienen conocimiento adecuado en cuanto a que la alimentación del recién nacido que debe ser lactancia materna exclusiva, en cuanto a la frecuencia el 53, 3%, su conocimiento es adecuado; es decir cuando el niño quiera, sin embargo en el 46, 7% el conocimiento no es adecuado y sobre los beneficios el 82, 5% su conocimiento es adecuado y solo el 17,5% tienen conocimiento no adecuado (anexo 04).

Es importante que las puérperas tengan conocimiento sobre las ventajas de una alimentación exclusiva con lactancia materna hasta los 6 meses; pues la lactancia a libre demanda es la recomendada para el recién nacido, la leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los 6 primeros meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, vitaminas, proteínas, grasas entre otros por lo que influye en un adecuado crecimiento y desarrollo. También el niño requiere, de anticuerpos que pueden ayudar a contrarrestar las infecciones. Diversos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna exclusiva por un mínimo de seis meses tienen menos infecciones respiratorias y menos episodios de diarreas.

Respecto a la comodidad y confort, el 68,3% de las puérperas su conocimiento no es adecuado. Resultados que guardan similitud con lo encontrado por Alcarraz (19), que manifiesta que el 66%, de las puérperas desconocen sobre los cuidados del recién nacido en lo que corresponde a sueño y descanso, indicando el desconocimiento del tiempo de sueño que debe dormir un recién nacido, así como la posición adecuada para dormir.

En cuanto a la frecuencia de dormir del recién nacido el 79,2% tienen conocimiento no adecuado; así mismo en cuanto a la posición adecuada el 97, 5% tienen conocimiento no adecuado (anexo 04).

Por tanto, sería prioritario tener que orientar a las madres sobre el sueño y descanso del recién nacido, así conociendo sobre estos aspectos podrán detectar alguna anomalía que no es favorable, como el sueño prolongado y lactar entre intervalos amplios especialmente los primeros 10 días donde se presenta una ictericia fisiológica en el recién nacido.

Respecto a la higiene perineal, en el 61,7% de las puérperas tienen conocimiento no adecuado. Resultados contradictorios a los referidos por Esteban, D (3), quien señala que el 55, 7% de su muestra, tenían un nivel adecuado en cuanto a la higiene perineal del recién nacido.

Respecto a los materiales de limpieza de los genitales, se observa que en el 91,7% su conocimiento es adecuado, en cuanto a la importancia del cambio del pañal el 59, 2% su conocimiento es adecuado y en el 40, 8% no es adecuado (anexo 04).

Es importante que las puérperas tengan conocimiento adecuado sobre la higiene perineal, pues si el área del pañal no se realiza la higiene adecuada, se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación por el amoníaco y si se usa pañales desechables, el niño puede presentar laceraciones en piel que está en contacto con el plástico del pañal. La profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca y lo más adecuado es después de cada cambio de pañal hacerles una higiene con agua a fin de evitar los problemas de escaldaduras de pañal que causan muchas molestias y vuelven irritables a los bebés.

Sobre la termorregulación, en el 60,8% de las puérperas el conocimiento no es adecuado. Los resultados encontrados concuerdan con lo referido por Esteban, D (3) quien en su estudio halló que un 60% de su muestra, no conoce sobre termorregulación y Alcarraz (19), refiere que el

40%, de las puérperas desconocen la identificación de cuándo el recién nacido presenta fiebre, así como la utilización del termómetro para ayudar a determinar la temperatura del recién nacido. Aun siendo el resultado que la mayoría de puérperas no conoce sobre la termorregulación del recién nacido; sin embargo, se observa que el 89,2% de las puérperas tienen conocimiento adecuado del uso del termómetro, instrumento que sirve para medir la temperatura del recién nacido, así mismo en 89,2% tienen un conocimiento adecuado en cuanto a la pérdida de color (anexo 04).

Esto es importante en la medida que la madre conoce cómo puede saber que un niño tiene fiebre que no solamente es tocarlo con la mano para saber si está caliente, u observar la cara del niño para decir que está con fiebre; sino que se necesita de un medio que es el termómetro para saber precisamente que el niño tiene fiebre, es importante enseñar a la madre sobre el uso del termómetro teniendo en cuenta que mayormente las madres son de la zona rural y que algunas viven muy distante del establecimiento de salud más cercano; asimismo muestran tener un conocimiento adecuado en lo que corresponde a la pérdida de calor.

Sobre los signos de alarma, el 60,8% de las puérperas el conocimiento no es adecuado. Resultados que no guardan similitud con lo encontrado por Esteban, D (3), quien refiere que el 71, 4% de las puérperas de su estudio tenían conocimiento “adecuado”. Respecto a los signos de alarma algunos de los resultados encontrados concuerda con el estudio de Esteban, D (3), quien refiere que las puérperas reconocen como signos de alarma la piel azulada 97, 1%, fiebre 95,7%, deposiciones líquidas 95,7%, no quiere lactar 91,4%, piel amarilla 78,5% sueño prolongado y decaimiento 91,4%. Asimismo, que el 71, 4% de las puérperas no reconocen al llanto fuerte como un signo de alarma en el recién nacido.

Al respecto se observa que las puérperas poseen conocimiento no adecuado en reconocer a la fiebre como un signo de alarma y corresponde 95,5%, sueño prolongado 90%, llanto fuerte 86,7% y llanto débil 65%. Además, indican los resultados que su conocimiento es adecuado en cuanto a reconocer como signos de alarma cuando el recién nacido no quiere lactar y vomita 97,5%, piel azulada 96,7%, piel amarilla 98,3%, respiración rápida 95,8% y deposiciones líquidas 92,5% (anexo 04).

Los resultados muestran que si bien es cierto las puérperas tienen conocimiento adecuado en reconocer los signos de alarma, su desconocimiento se da en aspectos que podrían llevar a la muerte como corresponde el no reconocer la fiebre, sueño prolongado, llanto fuerte y débil de recién nacido; probablemente para ella resulte muy normal que el recién nacido duerma muchas horas o que su llanto sea fuerte o débil. De ahí la importancia que la mujer conozca y sepa reconocer los signos y síntomas de alarma del recién nacido primordiales para preservar la vida del recién nacido, teniendo en cuenta que el periodo de tiempo que la madre pasa en el centro de atención después del parto es muy momentáneo, salvo complicaciones de la madre o del recién nacido que amerita tener una estancia hospitalaria más prolongada.

Se recomienda que los recién nacidos de partos vaginales sean hospitalizados al menos 48 horas y 96 horas para las cesareadas, cuando el alta es precoz antes de las 48 horas el recién nacido será evaluado, especialmente en relación a la ictericia, cardiopatías, alimentación, peso entre otros. La hospitalización del recién nacido sano (alojamiento conjunto) debe ser lo suficientemente larga para permitir la detección precoz de problemas y asegurar que la familia sea capaz de cuidar al niño en su casa y esté preparada para ello. Factores que afectan a esta decisión incluyen la salud de la madre, la salud y estabilidad del niño, la capacidad y confianza de la madre para el cuidado en casa y el acceso apropiado a los cuidados de seguimiento. Es importante que todos estos criterios se conozcan antes de las 48 horas (49).

Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. En países donde la tasa de mortalidad no es extremadamente alta, cerca de las dos terceras partes de las defunciones ocurren en el primer mes de vida (7). Por lo que el profesional de Enfermería debe hacer participar a la madre en las decisiones sobre su salud, y brindar la atención respetando sus creencias, su cultura y sus derechos, desarrollando la función de educadora aprovechando el tiempo de la madre que pasa en alojamiento conjunto o previamente antes del parto, cuando llega al control prenatal o en las visitas domiciliarias preparándola para este momento del nacimiento de su hijo, así estaremos contribuyendo a que los indicadores de morbimortalidad neonatal se reviertan o disminuyan especialmente en el ámbito de la provincia de Bambamarca.

Tabla 4. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según edad de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Edad	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.				Nº	%
	No Adecuado		Adecuado			
Nº	%	Nº	%			
< 16 años	0	0,0	1	100,0	1	100,0
16 – 25 años	4	7,1	52	92,9	56	100,0
26 – 35 años	7	15,2	39	84,8	46	100,0
36 a más años	3	17,6	14	82,4	17	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0
D = 0.077		P=0.128				

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio el 88,3% tienen conocimiento adecuado incluidos todos los grupos etarios, sobresaliendo el grupo de edad entre 16-25 años con 92,9%. El 11,7% poseen conocimiento no adecuado en los grupos de 16 años a 36 años a más.

Al establecer la relación estadística entre el conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado del recién nacido y el grupo de edad, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de Somers $D= 0.077$, puesto que $P=0.128 > \alpha=0.05$. En consecuencia la edad cronológica de las puérperas no condiciona significativamente el conocimiento de las mismas, sobre el cuidado del recién nacido.

Los resultados encontrados difieren de los reportados por Esteban, D (3), quien refiere que las puérperas de 25 a 34 años su conocimiento era adecuado. A diferencia de un 42,5%, que el conocimiento era no adecuado. Asimismo Nieto, P et.al (22), quienes encontraron que las menores de 20 años el 80% el nivel de información sobre los cuidados del recién nacido era bajo o no adecuado y en las mayores de 20 años su información era mediano representado por el

57,9% y bajo en un 34,2%, se encontró que la variable edad en las primigestas representa una relación altamente significativa ($p=0.0007$).

La edad es un factor fundamental que significa la maduración tanto física como psicológica en la mujer. Según los resultados en la presente investigación el conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido en un alto porcentaje es adecuado; probablemente se debe a que en la actualidad hay mayor acceso a la información y además depende de cada madre el aprovechar la orientación y consejería que le brindan cuando asisten al establecimiento de salud, también influye considerablemente la familia o amigos que conversan sobre el tema, recordemos que el conocimiento se adquiere por diversas fuentes, por la experiencia de la vida; lo importante es que las púerperas tienen conocimiento adecuado en su gran mayoría.

Tabla 5. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según ocupación de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Ocupación	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.					
	No Adecuado		Adecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Estudia	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Ama de casa	14	12,8	95	87,2	109	100,0
Trabaja independiente	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Otros	0	0,0	6	100,0	6	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0

$$\chi^2 = 1.599 \quad P=0.66$$

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio el 100,0% de las que trabajan independientes y en otras labores tienen conocimiento adecuado sobre el cuidado del recién nacido, seguido del 87,2% que son amas de casa; y el 12,8% de la misma ocupación tienen conocimiento no adecuado.

Al establecer la relación estadística los resultados nos muestran que el conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado del recién nacido y la ocupación, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica $\chi^2 = 1.599$, puesto que $P=0.66 > \alpha=0.05$. Por lo que la ocupación de la puérpera no es condicionante significativo del conocimiento de la misma sobre el cuidado del recién nacido.

Los resultados encontrados difieren con los referidos por Esteban, D (3), en donde el 48% de las puérperas en estudio el conocimiento es no adecuado y su ocupación era ama de casa. Así mismo con el estudio de Bustios, K et.al (48), donde el 74% de las puérperas eran amas de casa y el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido era deficiente en el 42% de las

puérperas. La ocupación que desempeña la mujer es importante por el tiempo que ella puede disponer para cuidar de su familia especialmente al recién nacido.

Estos resultados amerita apoyo por parte de la familia, además el estar en casa le da la posibilidad de encargarse directamente de los cuidados de su hijo favoreciendo el desarrollo y crecimiento además de que este tenga la parte afectiva lo que va a fortalecer su estado emocional del niño. El mayor porcentaje de madres puérperas con ocupación su casa el conocimiento es no adecuado; probablemente se debe a que son adolescentes, o sea su primer parto, lo cual justifica su desconocimiento de los cuidados generales del recién nacido.

Tabla 6. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según estado civil de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Estado civil	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.				Nº	%
	No Adecuado		Adecuado			
Nº	%	Nº	%			
Solteras	0	0,0	5	100,0	5	100,0
Convivientes	11	12,6	76	87,4	87	100,0
Casadas	3	10,7	25	89,3	28	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0

$$\chi^2 = 0.766 \quad P=0.682$$

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio, el 100% de las madres son solteras y tienen conocimiento adecuado sobre los cuidados del recién nacido, seguido del 87,4% de las puérperas que son convivientes; mientras que el 10,7% de las casadas el conocimiento es no adecuado.

Al establecer la relación estadística entre el conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado del recién nacido y el estado civil, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica $\chi^2 = 0.766$, puesto que $P=0.682 > \alpha=0.05$. En consecuencia se concluye que el estado civil de la puérpera no es condicionante significativo del conocimiento sobre el cuidado del recién nacido.

Los resultados encontrados difieren con los reportados por Esteban, D (3), quien encontró que las puérperas convivientes el 28,6% su nivel de conocimiento era adecuado. También con los referidos por Mamani, Y (17), donde el 60% de las puérperas tenían como estado civil,

convivientes y el nivel de conocimiento en el 60, 7% era regular o no adecuado. El estado civil influye en la estabilidad familiar, el compartir las tareas del hogar y las responsabilidades como familia a la mujer le va a permitir brindar mayor cuidado a su familia especialmente a los pequeños ello permite que la madre al cuidar a su recién nacido vaya adquiriendo mayor conocimiento en su cuidado y experiencia.

El tener un estado civil de convivencia va a influir en el bienestar familiar porque en ocasiones la madre tiene que salir a trabajar para poder cubrir las necesidades básicas de la familia, porque en algunos hogares muchas veces el padre no asume su responsabilidad, descuidando a sus hijos los que quedan al cuidado de terceras personas o familiares directos y en el caso del recién nacido la madre comienza a trabajar muy pronto salvo que tenga derecho a un seguro de salud, lo que en la realidad del estudio no se da, las madres no trabajan para ninguna institución pública ni privada por cuanto no tienen este beneficio.

Tabla 7. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según el nivel de estudios de la madre. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Nivel de estudios	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.				Nº	%
	No Adecuado		Adecuado			
Nº	%	Nº	%			
Iletrada	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Primaria	8	11,8	60	88,2	68	100,0
Secundaria	1	3,7	26	96,3	27	100,0
Superior técnica	0	0,0	14	100,0	14	100,0
Superior universitaria	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0

D = 0.17 P=0.01 < α =0.05

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio, el 100, 0% con grado de instrucción superior técnica y universitaria tienen conocimiento adecuado sobre el cuidado del recién nacido; seguido de las puérperas con nivel de estudios secundarios con el 96, 3%, mientras que el 50% de las iletradas o analfabetas tienen conocimiento no adecuado, seguido de las que tienen primaria con el 11, 8%.

Al establecer la relación estadística entre el conocimientos de las puérperas, sobre el cuidado del recién nacido y su nivel de estudios, muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de Somers $D = 0.17$, puesto que $P=0.01 < \alpha=0.05$. En consecuencia existe una relación estadística significativa ($p=0.01$) con el conocimiento, se concluye que el nivel de estudios de la puérpera es un factor que condiciona significativamente el conocimiento de las mismas, sobre el cuidado del recién nacido.

Los resultados encontrados difieren de los reportados por Esteban, D (3), en que el 45,7% de puérperas el nivel de conocimiento era adecuado y tenían como nivel de estudios secundaria. Asimismo Nieto, P et.al (22), observándose que las puérperas con educación superior representan el nivel de información bajo en un 45,2%, las que tienen grado de instrucción secundaria predomina el nivel de información bajo con 55,6%, las madres con primaria el 100% tienen nivel de información bajo y las que no tenían instrucción (iletradas) el 54,5% de ellas presentaban nivel de información mediano y el 45,5% nivel bajo. La relación de las variables no fue significativa.

El grado de estudios en la madre le genera un mejor nivel de vida a la familia, a mayor nivel de instrucción tendrá mayor posibilidades de continuar estudios y llegar a ser profesional esto le permitirá adquirir mayores conocimientos y brindar un mejor cuidado al recién nacido y a la familia en general. Tal como se refirió anteriormente el nivel de instrucción de la madre cumple un rol protector, la madre estará en mejor condición de brindar cuidados a su familia que una madre iletrada o con estudios primarios, como es el caso de las puérperas participantes un poco más de la mitad solo tienen primaria; sin embargo su nivel de conocimiento es adecuado.

Los resultados revelan que a mayor nivel de instrucción el conocimiento para el cuidado del recién nacido es adecuado, lo que beneficia al recién nacido, a mayor nivel de instrucción mayor conocimiento en diversos aspectos especialmente en salud, lo que beneficia a la familia especialmente a los niños. Al respecto se afirma que existe una estrecha relación entre el nivel de instrucción y la tasa de mortalidad, observándose que las madres con bajo grado de instrucción restan importancia a los cuidados que el recién nacido requiere. Mientras que el mayor grado de instrucción materno, está más propensa a obtener información de diversas fuentes para cumplir mejor su rol (50).

Tabla 8. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según procedencia. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Procedencia	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.				N°	%
	No Adecuado		Adecuado			
N°	%	N°	%			
Urbano	3	7,1	39	92,9	42	100,0
Rural	11	14,1	67	85,9	78	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0

$$\chi^2 = 1.283 \quad P=0.205$$

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio, el 92,9% de puerperas que tienen conocimiento adecuado sobre el cuidado del recién nacido y proceden de la zona urbana; mientras que el 14,1% tienen conocimiento no adecuado y proceden de la zona rural.

Al establecer la relación estadística entre el conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado del recién nacido y la procedencia, no muestra una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica $\chi^2 = 1.283$, puesto que $P=0.205 > \alpha=0.05$. En consecuencia la procedencia de las puérperas no condicionan significativamente el conocimiento de las mismas, sobre el cuidado del recién nacido.

Los resultados encontrados difieren de lo hallado por Nieto, P et.al (22), quienes encontraron que el 68,3% de las primigestas procedentes de la zona rural presentaron un nivel bajo de información, el 26,8% mediano y sólo el 4,9% un nivel alto; mientras que las de la zona urbana el 33,3% tienen un nivel bajo de información, el 63% tienen un nivel mediano y el 3,7% un nivel alto y la relación entre ambas variables fue significativa ($p=0.0119$), lo que constituye un factor que se relaciona estrechamente con el nivel de información que puedan poseer sobre el cuidado del recién nacido. Los resultados demuestran que las puérperas que viven en la zona urbana

tienen conocimiento adecuado respecto a los cuidados del recién nacido, esto debido al acceso que tienen las madres a los servicios de salud, ya que cuentan con mayor información, acceso a los medios de comunicación y también favorece que las mujeres sigan estudiando a diferencia de las mujeres de la zona rural.

Los resultados obtenidos se deben probablemente a que en la zona urbana, posee mayor accesibilidad tanto a los medios de comunicación como a la atención en salud; medios que permiten obtener información en diversos aspectos relacionados a la salud del recién nacido, por el contrario en las primigestas procedentes de la zona rural, la información que poseen están relacionadas con las creencias y costumbres arraigadas y transmitidas de generación en generación, las cuales ponen en riesgo la salud y el bienestar del recién nacido. Además los indicadores de salud, revela que los mayores riesgos de morbilidad materna infantil se dan en la zona rural por la inaccesibilidad a los servicios de salud, educación, entre otros que van a propiciar la dificultad de una atención inmediata

Tabla 9. Conocimiento sobre el cuidado general del recién nacido, según paridad. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Paridad	Conocimiento				Total	
	Cuidado general del RN.				Nº	%
	No Adecuado		Adecuado			
Nº	%	Nº	%			
Primípara	2	4,4	43	95,6	45	100,0
Múltipara	12	16,2	62	83,8	74	100,0
Gran múltipara	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Total	14	11,7	106	88,3	120	100,0

D= 0.11 P=0. 03 < α =0.05

En la presente tabla encontramos que del total de la muestra en estudio se observa que el 100% de puerperas son gran múltiparas, seguidas de las primíparas, con el 95,6% tienen conocimiento adecuado; mientras que el 16,2% de las múltiparas tienen conocimiento no adecuado.

Al establecer la relación estadística entre el conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado general del recién nacido y la paridad, muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de Somers $D= 0.11$, puesto que $P=0.03$.

Los resultados encontrados difieren de los referidos por Esteban, D (3), quien encontró que el 32,9% de las primíparas tienen un nivel de conocimiento adecuado. La paridad en la mujer le dará la oportunidad de ganar experiencia en el cuidado del recién nacido y en la atención a la familia; sin embargo los resultados muestran que tanto las primíparas como las múltiparas tienen conocimiento adecuado respecto a los cuidados del recién nacido, en el caso de las primíparas probablemente tengan mayor acceso a información, acudan a los controles prenatales o correspondan a la zona urbana, que son las que tienen mayor posibilidad de mejorar sus niveles de información. Así mismo a mayor número de hijos las madres irán mejorando en cuanto a la experiencia en el cuidado del recién nacido y de su familia, el acudir a los establecimientos de salud y relacionarse con los profesionales en salud también les brinda la posibilidad de recibir información e ir adquiriendo conocimientos y mejorar en la atención de sus hijos

CONCLUSIONES

1. En relación a las características sociodemográficas de la muestra en estudio la mayoría de las puérperas se encuentran entre las edades de 18 a 35 años. En el estado civil predomina la convivencia, ocupación ama de casa, más de la mitad tienen estudios primarios y la procedencia es rural en las tres cuartas partes de las puerperas.
2. Respecto al conocimiento de las puérperas, las tres cuartas partes tienen conocimiento adecuado en cuanto al cuidado general del recién nacido.
3. En relación al conocimiento de las puérperas según las características sociodemográficas tenemos: que las puérperas de 16 a 36 años el conocimiento casi en su totalidad es adecuado, a la ocupación (amas de casa) el conocimiento es adecuado en la mayoría de ellas. Respecto al estado civil, en la totalidad de solteras y en la mayoría de convivientes el conocimiento es adecuado, según la procedencia (urbana) casi en su totalidad es adecuada, en cuanto a la paridad en la totalidad de la gran múltipara y en la mayoría de las primíparas el conocimiento es adecuado.
4. Al contrastar la hipótesis se encontró relación estadística altamente significativa con el nivel de estudios de las puérperas, ($p=0.01$). y la paridad ($p=0.03$). En consecuencia se concluye que el nivel de estudios y la paridad de las puérperas son factores que influyen el conocimiento de las mismas, sobre el cuidado general del recién nacido, dando respuesta a dos componentes de la hipótesis.

RECOMENDACIONES

1. Al Personal de Salud que atiende a la puérpera inmediata del Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca.

Implementar Programas de Educación para la Salud en el establecimiento de salud, donde se incluya la información sobre los cuidados del recién nacido y también en aspectos de autocuidado para la madre.

Utilizar las estrategias de intervención eficientemente en la Consejería a la madre en el momento del control prenatal, brindándole información sobre cuidados del recién nacido y reforzar estos en el puerperio.

Enfatizar las sesiones educativas y demostrativas, donde se refuercen la información en aquellas dimensiones en que las madres tienen un nivel de conocimiento no adecuado: sueño y descanso, higiene perineal, termorregulación, reconocimiento de signos de alarma y en alimentación del recién nacido.

2. A la Universidad Nacional de Cajamarca: Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Neonatología.

Enfatizar al desarrollo de investigaciones en esta área, sobre otros factores que puedan relacionarse con el conocimiento de las madres en el cuidado general del recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas Machuca JA. Epidemiología de la morbilidad fetal y neonatal en el Perú. [En línea].; 2016-2021 [citado 24 septiembre 2017 septiembre.Disponible en URL:
<http://www.cdn2.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Jeannette-Avila-Vargas-Machuca.pdf>.
2. Ponce, M. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados del recién nacido en el momento del alta. Unidad de Hospitalización posparto. Hospital Universitario "Virgen de Valme". Sevilla. *Matronas Prof.*; 2005;6(3):14-19.
3. Esteban Marca D. Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero 2016. [Tesis], para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima-Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2016.
4. Soria, R. "Educación a los padres en alojamiento conjunto". [En línea].; Lima- Perú, agosto 2012 [citado 04 Abril 2018. Disponible en URL: <http://www.fundasemini.org.ar>.
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [En Línea].; (ENDES-2013) [citado 04 Marzo 2017. Disponible en URL:
http://www.inei.gob.pe/MenuRcursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib115/Index.html.
6. Fuente, F y Colaboradores. Caracterización del nivel educativo y control prenatal de las mujeres adolescentes que asisten al mercado central zona 1 de la unidad de Guatemala. [Tesis].; para optar el Título de Ciencias Médicas. 2012.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. [En línea].2012 [citado 17 Junio 2017. Disponible en URL:
http://www.int/pmnch/activities/sintesis_situaciónmortalidad_en_act.pdf.
8. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico N°36.
9. Guanuche, K. "Onfalitis en recién nacido que ingresan al área de neonatología del Hospital Teófilo Dávila".Machala; 2014.
10. Ministerio de Salud(MINSA). Estadísticas de indicadores del Minsa. [En línea].; 2016

[citado 23 Junio 2018. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/>.

11. Ministerio de Salud (MINSA). La respuesta del Estado para el cuidado del recién nacido. Vol.24-Semana epidemiológica N°03-MINSA-2015.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Infecciones respiratorias en el Perú. Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas. [En línea].; 2014 [citado 09 Junio 2017]. Disponible en URL:
<http://www.users.abanto/desktop/downloads/stories/FtOage/2014/PDF/iras.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud (OPS). Los bebés y las madres del mundo sufren efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. [En línea].; 2017 [citado 23 Junio 2018]. Disponible en URL:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo.
14. Cruzado, M. Características socioeconómicas y conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidado básico del recién nacido. Hospital José Soto Cadenillas-Chota. [Tesis].; para optar Título Profesional de Lic. Enfermería. Cajamarca- Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2014.
15. Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Oficina General de Estadística e Informática. 2017.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [En línea].; 2013 [citado 04 abril 2017]. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/INEI-Estado-Población-Peruana-2013.pdf>.
17. Mamani, Y. Factores socioculturales y su relación con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del HHUT-Tacna 2012. [En línea].; [Tesis].; 2012 [citado 23 septiembre]. Disponible en URL:
http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/59_2013_Mamani_Flores_YC_FACS_Enfer.
18. Lavado, B. Nivel de conocimiento sobre cuidados básicos del recién nacido en las madres adolescentes del Hospital Sergio E. Bernales- Comas. [En línea].; 2016 [citado 23 Junio 2018]. Disponible en URL:
<http://www.repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/19>
19. Alcarraz Cortez KJ. Conocimientos de madre primíparas sobre los cuidados del recién nacido

- en el hogar del servicio de alojamiento conjunto del C.S. Materno Infantil Miguel Grau-Chosica. [En línea].; 2014 [citado 20 septiembre 2017. Disponible en URL:
<http://www.ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/12456789/4943?mode=full>.
20. Apaza, H. Educación de Enfermería y su influencia en el nivel de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en madres primíparas en el servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional de Moquegua 2013. [Tesis].; para optar el Título de Segunda especialidad en: Cuidado Enfermero en Neonatología Tacna- Perú 2014. [En línea].; Universidad Jorge Basadre Grahmann. Facultad Ciencias de la Salud. [citado 07 Mayo 2017. Disponible en URL:
<http://www.unjbg.edu.pe/bistream/handle/UNJBG/479/TG0335.pdf?sequence=1&sAllowed=y>.
 21. Castro, Taype M, Llancar Anyaipoma LM. Nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en madres primiparas atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Departamental Huancavelica. [En Línea].; 2014 [citado septiembre 2017. Disponible en URL:
<http://www.repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/832>.
 22. Nieto Salinas Pea. [En línea].; 2013 [citado 22 septiembre 2017. Disponible en URL:
<http://www.dspace.unitru.edu.pe/bistream/handle/UNITRU/7627/1520%20Nieto%20Polo%20Salinas/Mar%C3%AD>.
 23. Rossental, L. (1985-90). [En línea].; Disponible en URL:
<http://www.clubensayos.com/M%C3%ADstica-YSine/El-Consentimiento/264940.html>.
 24. Colliere, M. Promover la vida. España: McGraww-Hill, Interamericana; 1993.
 25. Mijares Carmelita. Cuidado del recién nacido en el hogar. Prioridad de la enfermera. [En línea]. [citado 08 Junio 2017. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com>.
 26. Reeder, S. Enfermería Materna Infantil. 17th ed. Interamericana , editor. México: Mc-Graw-Hill; 1995.
 27. Childrens, J. Atención primaria del recién nacido. Segunda edición ed. Madrid: S.A; 1999.
 28. Intermountain Halhcare. Una guía para el cuidado de su recién nacido. [En línea]. [citado 09 Junio 2017. Disponible en URL: <http://www.Intermountainhelthcare.org/mombaby>.
 29. Zapata, Mendo P. Infección del cordón umbilical u onfalitis. [En línea].; 2016 [citado 09

- Junio 2017. Disponible en URL:
<http://www.cotorpercyzapata.blaqspot.pe/2016/04/infeccion-del-cordon-umbilical-u-html>.
30. Soria, R. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Revista Enfermería Neonatal N° 13. Argentina 2012.
 31. Zambrano, E; Torrelo, A;Zambrano, Z. Dermatitis de pañal. [En línea].; 2016 [citado 23 Junio 2018. Disponible em URL:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf>.
 32. Ruiz, G. La Pediatría es más que ver niños. [En línea].; 2016 [citado 23 Junio 2018.Disponible en URL:<https://pediatragabiruibz.com/como-cuidar-area-del-panal/>.
 33. Gamella T. Neonatología, tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos. 6th ed. México: Mac-Graw-Hill; 2011.
 34. Tapia,J. Neonatología. 3rd ed. Chile: Editorial Mediterraneo; 2011.
 35. Cardozo,J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Localidad de Ciudad Bolivar. Bogotá D.C. Primer semestre. Pontífica Universidad Javeriana Facultad de Enfermería; 2008.
 36. Kendig, J. Hipotermia en recién nacidos. [En línea].; 2017 [citado 23 Junio 2018. Disponible en URL:
[ttps://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/problemas-perinatales/hipotermia-en-recién-nacidos](https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/problemas-perinatales/hipotermia-en-recién-nacidos).
 37. Kraus, Kopt, Dina. Adolescentes y educación. 2da edición EUNED, Editorial Boixxaren Universitaria 2007. [En línea].; 2014 [ciado 13 Julio 2017.Disponible en URL:
<http://www.scielo.org.pe/php?Scrip=arttex&172859172011100040001111>.
 38. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). [En línea].; 2014 [citado 26 Noviembre 2016. Disponible en URL:
<http://www.inei.gob.pe/media/Menu/Recursiud/publicaciones/digitales/Est/Lib21211/pdt/Libro.Pdf>.
 39. Rodriguez, V. Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero 2013. Incidencia del embarazo. [Tesis].; para optar el Título de Obstetra. Universidad de Guayaquil. facultad Ciencias Médicas. escuela de Obstetricia-

Guayaquil-Ecuador, 2013.

40. Becerra, S. Factores de riesgo obstétricos frecuentes en las mujeres con parto pretérmino. Hospiatl José Soto Cadenillas- Chota 2014. [Tesis].; Para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca.Facultad. Ciencias de la Salud.; Cajamarca- Chota- Perú. 2014.
41. Quesada, N. Factores de riesgo asociados a la asfixia perinatal en el servicio de neonatología del Hospital Nuevo Amanecer, en el Periodo Comprendido de junio 2013 a junio 2014. [Tesis].; Para optar el título de Médico y Cirujano. Nicaragua.; 2013-2014.
42. Curiel,T. Familia disfuncional entre los factores de embarazo adolescente. Unidad de Investigación en servicios de Salud de Adolescentes (UIESSA) del IMSS. Guadalajara, Jalisco, 2013.
43. Diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A.1999.
44. Cruz,M Romero,M. Manual de Salud Reproductiva. [En línea].; Managua 2010 [citado 22 Mayo 2017.Disponible en URL:
[http://www.minsa.gob.ni/enfermería\(PDF/37.pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermería(PDF/37.pdf).
45. Hernández R, Hernández CB. Metodología de la Investigación. Quinta edición ed. Lima-Perú; 2010.
46. Cácer, P. Ética y Deontología. Primera edición ed. Perú: De Filipis; 2010.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014 Lima Perú.
48. Bustios,K. Los factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido primiparas de la Victoria. [En línea].; 2010 [citado 20 septiembre 2017. Disponible en URL:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>.
49. Domench, N Gonzales y Rodriguez Alarcón, J. Cuidados generales del recién nacido sano. Servicio de Neonatologia del Hospital Universitario de Canaus. Facultad de Mdicina. Universidad de la Logiua. Asociación Española de Pediatría, 2008.
50. Papalia, D. Desarrollo humano. 8th ed. Hill EMG, editor. Colombia, 2015

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conocimiento, de las puérperas sobre el cuidado general del Recién Nacido y su relación con los Factores Sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Estimada señora; Buenos días Soy _____. Investigadora del proyecto titulado. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del Recién Nacido y su relación con los Factores Sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017. Este estudio nos brindará información valiosa sobre el conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado del recién nacido. Es por ello, que solicito su valiosa participación en el presente estudio. Su participación en el estudio es voluntaria y no alterará sus beneficios ni su atención, si se niega a participar o decide dejar de hacerlo. Al completar y firmar este documento significa que el estudio de investigación, ha sido explicado a usted oralmente, y que usted está de acuerdo en participar voluntariamente. Los resultados son confidenciales, es decir solo será para uso del investigador y es anónimo por lo que no dejará escrito su nombre y en pleno uso de mis facultades, acepto participar en este estudio por las razones ya expuestas y comprendidos por mi persona.

Investigador

Participante

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
NEONATOLOGÍA

CONOCIMIENTO DE LAS PUÉRPERAS SOBRE EL CUIDADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS. HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA, BAMBAMARCA 2017.

CUESTIONARIO

PRESENTACION:

Buenos días, el instrumento que se muestra a continuación tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos de las madres puérperas sobre el cuidado general del recién nacido. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017. Para lo cual se solicita su colaboración. Este cuestionario es ANÓNIMO por lo que se solicita a usted responder con la verdad a todas las preguntas, agradezco anticipadamente su colaboración.

I. DATOS GENERALES.

1. Edad :
2. Estado civil : Soltera () Conviviente () Casada () Viuda ()
3. Ocupación : Estudia () Ama de casa () Independiente () Otros ()
4. Nivel de Estudios : Iltrada () Primaria () Secundaria () Estudios superiores técnicos ()
Estudios superiores universitarios ()
5. Procedencia : Urbano () Rural ()
6. Paridad :

INSTRUCCIONES

A continuación, se le presenta una lista de preguntas, cada una de ellas con 04 alternativas de respuesta, léalas y/o escuche detenidamente y luego responda marcando la respuesta correcta.

A. ALIMENTACION: LACTANCIA MATERNA:

1. EL ALIMENTO QUE DEBE RECIBIR EL BEBÉ ES:
 - a) Lactancia materna (PECHO)
 - b) Leche de vaca
 - c) Leche maternizada (ejemplo. NAN, ENFRAGROW)
 - d) Leche comercial (ejemplo. Gloria)

2. CUÁNTAS VECES AL DÍA DEBE LACTAR SU BEBÉ:
 - a) 3 veces al día
 - b) Cada 5 horas
 - c) Cada 2 horas
 - d) Cuando el recién nacido quiera

3. LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PECHO) PARA SU BEBÉ ES:
 - a) No deja que salga embarazada. (Sirve como un método anticonceptivo)
 - b) Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo
 - c) No ocasiona gasto
 - d) No se prepara.

B. BAÑO E HIGIENE:

4. SEÑALE CUÁNTAS VECES DEBE DE BAÑAR A SU BEBÉ.
 - a) Cada dos días
 - b) Cada siete días
 - c) Todos los días
 - d) Cada 15 días.

5. LOS MATERIALES QUE DEBEN USARSE PARA EL BAÑO DE SU BEBÉ SON:

- a) Champú para bebe, agua tibia y toalla
- b) Champú, pañal y agua muy caliente
- c) Champú para bebe y agua fría
- d) Champú y agua tibia.

6. EL TIEMPO QUE DEBE DURAR EL BAÑO DEL BEBÉ ES:

- a) Media hora
- b) Cuarenta y cinco minutos
- c) Una hora
- d) De cinco a diez minutos.

7. EL CUIDADO QUE DEBE TENER EN CUENTA DURANTE EL BAÑO DEL BEBÉ ES:

- a) Lavarse las manos y bañarlo en un ambiente cerrado
- b) Tenerlo solo con el pañal y en el patio
- c) En un ambiente abierto
- d) En un ambiente oscuro.

C. HIGIENE PERIANAL:

8. EN CADA CAMBIO DE PAÑAL PARA LIMPIAR LAS PARTES INTIMAS DEL BEBÉ SE UTILIZA:

- a) Agua tibia, algodón en trozos y jabón sin olor
- b) Agua fría, papel higiénico y jabón con olor
- c) Agua caliente, gasa limpia y jabón con olor
- d) Agua fría, gasa limpia y jabón sin olor.

9. EL CAMBIO ADECUADO DEL PAÑAL Y LA LIMPIEZA DE LAS PARTES INTIMAS DEL BEBÉ ES IMPORTANTE PARA:

- a) Prevenir malos olores
- b) Prevenir que se escalde

- c) Prevenir que el recién nacido lllore
- d) Prevenir aparición de granitos en su potito (sarpullido).

10. EL BEBÉ HACE DEPOSICIONES APROXIMADAMENTE DURANTE EL DÍA:

- a) 1 vez
- b) 1 a 2 veces
- c) 3 a 4 veces
- d) 10 a 12 veces.

D. LIMPIEZA DEL CORDON UMBILICAL:

11. LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL DEL BEBÉ SE REALIZA:

- a) En forma circular alrededor del cordón, de abajo hacia arriba del cordón
- b) De cualquier forma
- c) De arriba hacia abajo del cordón
- d) De derecha a izquierda del cordón.

12. PARA LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL SE NECESITA:

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

13. CADA CUÁNTO TIEMPO DEBE LIMPIAR EL CORDON UMBILICAL DE SU BEBÉ:

- a) 2 días
- b) 15 días
- c) Todos los días
- d) 5 días.

14. DESPUÉS DE CUÁNTO TIEMPO SE CAE EL CORDÓN UMBILICAL DE SU BEBÉ:

- a) De 1 día de nacido
- b) 3 días de nacido
- c) 1 mes de nacido
- d) 6 a 8 días de nacido.

E. VESTIMENTA:

15. LA ROPA QUE DEBE DE PONER A SU BEBÉ DEBE ESTAR HECHA DE:

- a) Tela sintética (nailon)
- b) Cualquier tela
- c) Tela de algodón
- d) Lana gruesa.

16. LA ROPA DEL BEBÉ DEBE CAMBIARSE:

- a) Cada 7 días
- b) Cada 2 días
- c) Cada 15 días
- d) Todos los días.

F. TERMORREGULACIÓN:

17. CON QUE MIDE USTED SI SU BEBÉ ESTA CON FIEBRE:

- a) Con la mano tocando la frente del bebe
- b) Con un termómetro
- c) No sabe
- d) Ve la coloración enrojecida en la cara del bebé.

18. EL BEBÉ SUDA O TRANSPIRA CUANDO:

- a) Está mucho tiempo al aire libre
- b) Se le baña todos los días
- c) Tiene mucho abrigo al dormir
- d) Lloro demasiado.

G. SUEÑO Y DESCANSO:

19. SU BEBÉ DEBERIA DORMIR:

- a) Solo en la cuna o solo en una cama
- b) En la cama con su mamá
- c) En cama entre sus padres
- d) En la cama con su papá.

20. LA POSICION MÁS ADECUADA PARA QUE SU BEBÉ DUERMA ES:

- a) Echado boca arriba
- b) Echado boca abajo
- c) De costado
- d) En cualquier posición.

21. EL PROMEDIO DE HORAS QUE SU BEBÉ DEBE DORMIR DURANTE TODO EL DÍA ES:

- a) 20 horas
- b) 8 horas
- c) 5 horas
- d) 2 horas

H. SIGNOS DE ALARMA:

22. LOS SIGNOS DE ALARMA QUE INDICAN RIESGO PARA LA SALUD DE SU BEBÉ SON:

A. Fiebre	SI	NO
B. Llanto fuerte	SI	NO
C. Llanto débil	SI	NO
D. Sueño prolongado y decaimiento	SI	NO
E. No quiere lactar y vomita todo	SI	NO
F. Piel azulada	SI	NO
G. Piel amarilla	SI	NO
H. Respiración rápida	SI	NO
I. Deposiciones líquidas	SI	NO

ANEXO 3

CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido y su relación con los factores sociodemográficos en el hospital tito villar cabeza. Bambamarca, 2017.

N°	RESPUESTA	
PREGUNTA	CORRECTA	PUNTAJE
01	A	1 Punto
02	C	1 Punto
03	B	1 Punto
04	A	1 Punto
05	A	1 Punto
06	D	1 Punto
07	A	1 Punto
08	A	1 Punto
09	B	1 Punto
10	C	1 Punto
11	A	1 Punto
12	C	1 Punto
13	C	1 Punto
14	D	1 Punto
15	C	1 Punto
16	D	1 Punto
17	B	1 Punto
18	C	1 Punto
19	A	1 Punto
20	A	1 Punto
21	A	1 Punto
22	Puntaje 0 -4	0 puntos
	Puntaje 5 -9	1 punto

PUNTUACIÓN TOTAL

Conocimiento adecuado : 12 – 22 puntos

Conocimiento no adecuado : 0 – 11 puntos

Pregunta 22: constituida por 9 enunciados dicotómicos:

0 puntos (puntaje 0-4)

1 punto (puntaje 5-9)

ANEXO 4

Tabla 1. Conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado general del recién nacido, según dimensión alimentación. Hospital Tito Villar cabeza, Bambamarca 2017.

Alimentación del R.N.	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Alimentación del RN con lactancia materna	119	99,2	1	0,8
Frecuencia de lactancia materna	64	53,3	56	46,7
Beneficios de la lactancia materna	99	82,5	21	17,5

En la tabla 1, se observa que el 99, 2% tienen conocimiento adecuado en cuanto a la alimentación del recién nacido que esta debe ser lactancia materna. En cuanto a la frecuencia el 53, 3%, tienen conocimiento adecuado; es decir cuando el niño quiera, sin embargo el 46, 7% su conocimiento no es adecuado y en cuanto a los beneficios el 82, 5% su conocimiento es adecuado y solo el 17, 5% tienen conocimiento no adecuado.

Tabla 2. Conocimiento de las puérperas, sobre el cuidado general del recién nacido, según dimensión baño e higiene. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Baño e higiene del R.N.	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Frecuencia de baño	120	100,0	0	0,0
Materiales de baño	113	94,2	7	5,8
Duración del baño	73	60, 8	47	39,2

Cuidados a tener en cuenta durante el baño	109	90,8	11	9,2
Materiales de limpieza de genitales	110	91,7	10	8,3
Importancia de cambio de pañal	71	59,2	49	40,8
Limpieza de cordón umbilical	65	54,2	55	45,8
Materiales de limpieza de cordón umbilical	27	22,5	93	77,5
Frecuencia de limpieza de cordón umbilical	100	83,3	20	16,7

En la tabla 2, se observa que el 100% de las puérperas tienen conocimiento adecuado en cuanto a la frecuencia del baño del recién nacido. Respecto a los materiales del baño el 94, 2% la mayoría tiene conocimiento adecuado. En cuanto la duración del baño el 60, 8 conocimiento es adecuado; sin embargo, el 39, 2% no es adecuado. Así mismo el 90, 8% de las puérperas tienen conocimiento adecuado sobre los cuidados a tener en cuenta durante el baño del recién nacido, también el 91, 7% tienen conocimiento adecuado sobre sus materiales de limpieza de los genitales en cuanto a la importancia del cambio del pañal el 59, 2% su conocimiento es adecuado y en el 40, 8% no es adecuado. Respecto a la limpieza del cordón umbilical el 54, 2% tiene conocimiento adecuado; sin embargo, en el 40, 8% es no adecuado. Sobre los materiales de limpieza del cordón umbilical el 77, 5% tienen conocimiento no adecuado y solamente el 22,5% su conocimiento es adecuado, el 83, 3% su conocimiento es adecuado en cuanto a la frecuencia de limpieza el cordón umbilical.

Tabla 3. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido, según dimensión comodidad y confort. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Comodidad y confort del R.N.	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Material de la ropa del RN.	109	90,8	11	9,2

Frecuencia de cambio de ropa	91	75,8	29	24,2
Frecuencia de dormir	25	20,8	95	79,2
Posición adecuada de dormir	3	2,5	117	97,5

En la tabla 3 se observa que el 90, 8% de las puérperas tiene conocimiento adecuado sobre el material de la ropa del bebe, el 75,8% su conocimiento es adecuado en cuanto a la frecuencia de cambio de ropa en relación al 24, 2% que su conocimiento no es adecuado.

En cuanto a la frecuencia de dormir del recién nacido el 79, 2% tienen conocimiento no adecuado; así mismo en cuanto a la posición adecuada el 97, 5% tienen conocimiento no adecuado.

Tabla 4. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido, según dimensión termorregulación. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Termorregulación y signos de alarma.	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Con que mide si su bebé esta con fiebre	6	89,2	13	10,8
Perdida de calor	107	89,2	13	10,8

En la tabla 4 se observa que el 89,2% de las puérperas tienen conocimiento adecuado en cuanto a conque medir la temperatura (termómetro) del recién nacido, así mismo en 89, 2% se observa que el conocimiento es adecuado en cuanto a la perdida de color.

Tabla 5. Conocimiento de las puérperas sobre el cuidado general del recién nacido, según dimensión signos de alarma. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Signos de Alarma	Conocimiento			
	Adecuado		No Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
Fiebre	6	5,0	114	95,5
Llanto fuerte	16	13,3	104	86,7
Llanto débil	42	35,0	78	65,0
Sueño prolongado	12	10,0	108	90,0
No quiere lactar y vomita	117	97,5	3	2,5
Piel azulada	116	96,7	4	3,3
Piel amarilla	118	98,3	2	1,7
Respiración rápida	115	95,8	5	4,2
Deposiciones líquidas	111	92,5	9	7,5

Respecto a los signos de alarma el 95,5% su conocimiento en reconocer cuando el niño tiene fiebre, llanto fuerte 86, 7%; así mismo se deberá que el 65% su conocimiento no es adecuado en el reconocimiento como signo de alarma al llanto débil y el sueño prolongado 90, 0%.

Además, los resultados muestran que las puérperas tienen conocimiento adecuado en cuanto a reconocer como signo o síntoma de alarma cuando no quiere lactar el 97, 5%, piel azulada 96, 7% piel amarilla 98, 3%, respiración rápida 95,8% y deposiciones líquidas 92, 5%.

ANEXO 5

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Título: Conocimiento de las Puérperas sobre el Cuidado General del Recién Nacido y su Relación con los Factores Sociodemográficos. Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca 2017.

Instrumento: Cuestionario

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	5	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	5	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,649	,780	21

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	Nº
LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PECHO) PARA SU BEBE ES	2,60	,894	5
SEÑALE CUANTAS VECES DEBE BAÑAR A SU BEBE	1,80	1,095	5
LOS MATERIALES QUE DEBEN USARSE PARA EL BAÑO DE SU BEBE SON	1,60	1,342	5
EL TIEMPO QUE DEBE DURAR EL BAÑO DEL BEBE ES	2,20	1,643	5
EL CAMBIO ADECUADO DEL PAÑAL Y LA LIMPIEZA DE LAS PARTES INTIMAS DEL BEBE ES IMPORTANTE PARA	2,20	1,095	5
EL BEBÉ HACE DEPOSICIONES APROXIMADAMENTE DURANTE EL DIA	2,40	,548	5
LA LIMPIEZA DEL CORDON UMBILICAL DEL BEBÉ SE REALIZA	1,60	1,342	5
PARA LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL SE NECESITA	3,20	,837	5
CADA CUANTO TIEMPO DEBE LIMPIAR EL CORDON UMBILICAL EN SU BEBÉ	2,40	,894	5
DESPUÉS DE CUANTO TIEMPO SE CAE EL CORDÓN UMBILICAL EN SU BEBÉ	3,80	,447	5
CON QUE MIDE USTED SI SU BEBÉ ESTÁ CON FIEBRE	2,20	1,095	5
SU BEBÉ DEBERÍA DORMIR	2,20	,837	5
EL PROMEDIO DE HORAS QUE SU BEBÉ DEBE DORMIR DURANTE TODO EL DÍA SON	2,80	1,643	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LA FIEBRE?	1,20	,447	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LLANTO FUERTE?	1,60	,548	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LLANTO DÉBIL?	1,60	,548	5

SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES SUEÑO PROLONGADO Y DECAIMIENTO?	1,60	,548	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ PIEL AZULADA?	1,40	,548	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES PIEL AMARILLA?	1,20	,447	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES RESPIRACIÓN RÁPIDA?	1,20	,447	5
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES DEPOSICIONES LIQUIDAS?	1,40	,548	5

Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N° de elementos
Medias de los elementos	2,010	1,200	3,800	2,600	3,167	,482	21
Varianzas de los elementos	,867	,200	2,700	2,500	13,500	,628	21
Covarianzas inter-elementos	,044	-1,350	1,800	3,150	-1,333	,196	21
Correlaciones inter-elementos	,090	-,919	1,000	1,919	-1,089	,251	21

Estadísticos total-elemento

ITEMS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PECHO) PARA SU BEBE ES	39,60	42,300	-,550	.	,620
SEÑALE CUANTAS VECES DEBE BAÑAR A SU BEBE	40,40	26,300	,819	.	,372
LOS MATERIALES QUE DEBEN USARSE PARA EL BAÑO DE SU BEBE SON	40,60	28,300	,462	.	,443
EL TIEMPO QUE DEBE DURAR EL BAÑO DEL BEBE ES	40,00	29,500	,252	.	,500
EL CAMBIO ADECUADO DEL PAÑAL Y LA LIMPIEZA DE LAS PARTES INTIMAS DEL BEBE ES IMPORTANTE PARA	40,00	43,500	-,554	.	,641
EL BEBÉ HACE DEPOSICIONES APROXIMADAMENTE DURANTE EL DIA	39,80	31,200	,850	.	,449
LA LIMPIEZA DEL CORDON UMBILICAL DEL BEBÉ SE REALIZA	40,60	28,300	,462	.	,443
PARA LA LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL SE NECESITA	39,00	38,500	-,241	.	,574
CADA CUANTO TIEMPO DEBE LIMPIAR EL CORDON UMBILICAL EN SU BEBÉ	39,80	27,700	,871	.	,391
DESPUÉS DE CUANTO TIEMPO SE CAE ELCORDÓN UMBILICAL EN SU BEBÉ	38,40	35,300	,226	.	,516
CON QUE MIDE USTED SI SU BEBÉ ESTÁ CON FIEBRE	40,00	27,000	,747	.	,390
SU BEBÉ DEBERÍA DORMIR	40,00	38,000	-,194	.	,568
EL PROMEDIO DE HORAS QUE SU BEBÉ DEBE DORMIR DURANTE TODO EL DÍA SON	39,40	37,300	-,164	.	,615
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LA FIEBRE?	41,00	34,500	,381	.	,503
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LLANTO FUERTE?	40,60	36,300	,015	.	,534

SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES LLANTO DÉBIL?	40,60	38,800	-,352	.	,567
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES SUEÑO PROLONGADO Y DECAIMIENTO?	40,60	36,300	,015	.	,534
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ PIEL AZULADA?	40,80	36,200	,030	.	,532
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES PIEL AMARILLA?	41,00	34,500	,381	.	,503
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES RESPIRACIÓN RÁPIDA?	41,00	34,500	,381	.	,503
SIGNO DE ALARMA PARA LA SALUD DEL BEBÉ ES DEPOSICIONES LIQUIDAS?	40,80	31,200	,850	.	,449

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
42,20	36,700	6,058	21