

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERIA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO CON BAJO
PESO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR.
RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA**

Autora.

Paula Andrea Orjuela Villa

Manta, 9 de abril de 2019

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI.

Facultad de Enfermería.

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Enfermería.**

**Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso en el área de
neonatología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta**

Autora:

Orjuela Villa Paula Andrea

Tutora:

Mg. Mirian Santos Álvarez.

Ecuador – Manabí – Manta

9 de abril 2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Mg. Mirian Santos Álvarez tutora del proyecto de investigación cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso en el área de neonatología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Certifica

Que, de conformidad al establecido en el reglamento de régimen académico desde el 26 de abril del 2018 hasta el 07 de agosto del 2018, he orientado de acuerdo con las directrices y protocolos institucionales de trabajo de titulación a la Sra. PAULA ANDREA ORJUELA VILLA con CI: 0954737185, misma que cumple los requerimientos de fondo y forma para su presentación.

Con este antecedente, solicito a la Sra. Decana Lcda. Estelia García, poner en conocimiento al Consejo de Facultad para la designación de los miembros del tribunal de evaluación del presente trabajo académico de acuerdo con el reglamento de Régimen Académico Interno y además normas y resoluciones que orientan el proceso.

Dado y firmado en la ciudad de Manta, 9 de abril del 2019.

Mg. Mirian Santos Álvarez

Tutora

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, análisis realizados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva, y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Manta, 9 de abril del 2019.

Orjuela Villa Paula Andrea.

CI: 0954737185

APROBACIÓN DEL TRABAJO

A los convocados por el Consejo de Facultad, se dan cita: Lcda. Mirian Santos Mgs. Y lectores imparciales para recibir la sustentación del trabajo de titulación: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON BAJO PESO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA.

Una vez discutida y analizadas las posturas de los miembros del tribunal y previo el cumplimiento de los requisitos de ley, se otorga la calificación de:

Consejo de Facultad	Firma	Calificación
Mg. Estelia García Decana Facultad de Enfermería		
Dra. Yubagni Rezabala Villao		
Mg. Lilia Sánchez Choez		

Lo certifica:

Lcda. Alexandra Hernández.

Secretaria de la Facultad.

DEDICATORIA

Primero que todo a Dios todopoderoso, pilar fundamental en mi vida, quien me da fuerzas para luchar y alcanzar mis metas.

A mis padres Gloria Villa, Juan Carlos Orjuela, por su amor infinito y apoyo incondicional.

A mi hija Salome Rincón mi orgullo mi vida, la personita que me da el aliento para seguir adelante, mi motivación para ser cada día mejor persona, y mama para ti.

A mi esposo Fernando Rincón por ser mi apoyo moral económico e incondicional mi compañero de vida, siempre comprensivo sacrificando muchas cosas y fechas importantes.

A mis hermanas Verónica Orjuela, Alexandra Orjuela, y mi sobrina manuela colorado porque a pesar de la distancia siempre presentes con su apoyo moral, y son fuente de inspiración para ser cada día mejor y servirles como ejemplo.

Paula Orjuela villa

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mi familia, hago extensivo mi agradecimiento, sin el apoyo de cada uno de ustedes esto no hubiera sido posible.

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por abrirme sus puertas y permitir realizarme como profesional y a cada uno de nuestros docentes de la Facultad de Enfermería quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

Así mismo debo expresar mi agradecimiento fraterno a mis queridas amigas Andrea y Maholy quienes fueron mi compañía durante toda esta etapa estudiantil, por su cariño y amistad, por cada momento vivido ofreciéndonos lo mejor la una a la otra, gracias por cada palabra de aliento que ayudó a no desmayar en este largo camino.

De manera especial a mi tutora Lcda. Mirian Santos Mgs, gracias por su valioso tiempo dedicado, por su paciencia y confianza, por haberme guiado en la elaboración de este trabajo investigativo.

Paula Orjuela villa

RESUMEN

Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso

El bajo peso al nacer se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, trayendo consecuencias nefastas que comprometen la salud del recién nacido. Como Objetivo diseñar un programa de capacitación para profesional de enfermería relacionado con cuidado al recién nacido de bajo peso que garantice mayor eficiencia en el proceso asistencial. Tipo de estudio es una investigación descriptiva y bibliográfica. Resultados de 24 enfermeras/os, auxiliares, e internos de enfermería que equivalen al 100% de la población los cuales un 58% (14) de este personal de salud no realizan capacitaciones sobre la atención al recién nacido, por otro lado el 13% (3) enfermeras son magister, en cuanto a los años de experiencia en la sala de neonatos el 38% (9) tiene de 1 a 5 años, el 75% (18) controla la circunferencia cefálica, 17% (4) realizan el control de circunferencia abdominal, 71% (17) mantiene las vías aéreas permeables, 67% (16) administra oxigenoterapia, 71% (17) administra nutrición parenteral del recién nacido con bajo peso. conclusiones existe una deficiencia en la atención al recién nacido, teniendo en cuenta que no todo el personal de enfermería, realiza capacitaciones periódicamente en atención al recién nacido, y no aplican los cuidados correspondientes a la patología del paciente, por esta razón se incrementa la morbimortalidad disminuyendo las probabilidades de vida en el recién nacido con bajo peso.

Palabras claves: Bajo peso al nacer / Recién nacido/ Cuidados de enfermería

Nursing care in the newborn with low weight

Summary

Low birth weight has become a health problem worldwide, bringing dire consequences that compromise the health of the newborn. Objective: To design a training program for nursing professionals related to low birth weight newborn care that guarantees greater efficiency in the care process. Type of study is a descriptive and bibliographical investigation. Results of 24 nurses, assistants, and nursing interns that are equivalent to 100% of the population, 58% (14) of this health personnel do not perform training on newborn care, on the other hand 13% (3) nurses are magister, in terms of years of experience in the neonatal ward, 38% (9) have 1 to 5 years, 75% (18) control the cephalic circumference, 17% (4) perform the control of abdominal circumference, 71% (17) maintains permeable airways, 67% (16) administers oxygen therapy, 71% (17) administers parenteral nutrition of the newborn with low weight. conclusions there is a deficiency in the attention to the newborn, taking into account that not all the nursing staff, conducts training periodically in attention to the newborn, and do not apply the corresponding care to the pathology of the patient, for this reason the morbidity and mortality decreases the probabilities of life in the newborn with low weight.

Key words: Low birth weight / Newborn / Nursing care

ÍNDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
INTRODUCCION.....	- 1 -
Situación Problemática	- 3 -
Problema científico	- 3 -
Objeto de estudio.....	- 3 -
Objetivo general	- 3 -
Campo de acción	- 4 -
Preguntas de investigación	- 4 -
Tareas científicas:	- 4 -
JUSTIFICACIÓN.....	- 5 -
CAPITULO I BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL TEMA.....	- 6 -
I.1. Bases epistemológicas relacionadas con cuidados en recién nacido con al bajo peso.....	- 6 -
I.1.1. Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso. Criterios de autor.....	- 6 -
I.1.2. concepto Características y clasificación del recién nacido con bajo peso.....	- 8 -
I.1.2.1. Definición de bajo peso al nacer	- 8 -
I.1.2.2. Epidemiología	- 9 -
I.1.2.3. Clasificación según la edad de gestación	- 10 -
I.1.2.4. Clasificación del recién nacido según su peso	- 10 -
I.1.2.5. Antropometría del recién nacido.....	- 10 -
I.1.2.6. Factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer	- 12 -
I.1.2.7. Aspectos nutricionales de la embarazada.....	- 14 -
I.1.2.8. Cuidados de enfermería en recién nacidos de bajo peso.....	- 14 -
I.1.3 Adelantos científicos y tecnológicos relacionado con los cuidados de enfermería en el recién con bajo peso.	- 18 -
CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO.....	- 21 -
II.1. Modalidad de la Investigación	- 21 -
II.2. Población y Muestra.	- 21 -
II.2.1. Población.....	- 21 -
II.2.2. Muestra	- 21 -
II.2.3. Métodos y técnicas	- 21 -
II.2.3.1. Del nivel teórico.....	- 21 -
II.2.3.2. Del nivel empírico.	- 22 -
II.2.4. Análisis e interpretación de los resultados.....	- 22 -

II.2.5. Recursos:.....	- 22 -
II.2.6 Análisis e interpretación de resultados	- 23 -
¿Controla los signos vitales	- 36 -
CAPITULO III PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON BAJO PESO.	
III.1. Fundamentación del programa de enfermería.	- 57 -
III.2. Antecedentes	- 58 -
III.3. Objetivo General	- 58 -
III.4. Metodología del Trabajo.....	- 59 -
Presentación	- 63 -
Justificación.....	- 64 -
Introducción	- 65 -
Actividad # 1.....	- 66 -
Actividad # 2.....	- 68 -
Actividad # 3.....	- 72 -
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	- 81 -
ANEXOS	- 85 -

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS ESTADÍSTICOS

Tabla 1 y gráfico N°1 frecuencia de edades	23
Tabla y gráfico N° 2 Nivel de educación	24
Tabla y gráfico N°3 Experiencia laboral	25
Tabla y gráfico N° 4 Ha realizado cursos de capacitación	26

Acciones independientes

Tabla y gráfico N° 1 Medidas de confort	27
Tabla y gráfico N° 2 practica Lavado de manos antes	28
Tabla y gráfico N° 3 practica Lavado de manos después	29
Tabla y gráfico N° 4 Aplica el baño diario	30
Tabla y gráfico N° 5 cambio de ropa al recién nacido	31
Tabla y gráfico N° 6 cambio de posición del recién nacido	32
Tabla y gráfico N° 7 permeabilidad de vía periférica	33
Tabla y gráfico N° 8 curación del cordón umbilical	34
Tabla y gráfico N° 9 medidas de aislamiento	35
Tabla y gráfico N° 10 los signos vitales	36
Tabla y gráfico N° 11 Controla el peso	37
Tabla y gráfico N° 12 Controla la talla	38
Tabla y gráfico N° 13 circunferencia cefálica	39
Tabla y gráfico N° 14 circunferencia abdominal	40
Tabla y gráfico N° 15 vías aéreas permeables	41
Tabla y gráfico N° 16 Administra oxigenoterapia	42
Tabla y gráfico N° 17 control de líquido eliminado	43
Tabla y gráfico N° 18 control de líquidos ingeridos	44
Tabla y gráfico N° 19 líquidos administrados	45
Tabla y gráfico N° 20 proceso de atención de enfermería	46

Acciones interdependientes

Tabla y gráfico N° 21 Administra antibióticoterapia	47
Tabla y gráfico N° 22 Administra líquidos intravenosos	48
Tabla y gráfico N° 23 Administra nutrición parenteral	49
Tabla y gráfico N° 24 Proporciona alimentación oral	50
Tabla y gráfico N° 25 Saca los gases	51
Tabla y gráfico N° 26 funcionalidad de la sonda para alimentación	52
Tabla y gráfico N° 27 alimentación por sondas oro gástrica	53
Tabla y gráfico N° 28 rutina de laboratorio	54
Tabla y gráfico N° 29 heces para realizar examen de laboratorio	55
Tabla y gráfico N° 30 muestra de orina	56

INTRODUCCION

El bajo peso al nacer se considera un problema mundial de salud que determina la probabilidad de vida de un recién nacido, así como su apropiado crecimiento y desarrollo. Bajo la misma perspectiva, los nacidos vivos con peso bajo presentan mayores riesgos en sufrir patologías serias durante el periodo neonatal, además de padecer incapacidades permanentes, y en un mayor porcentaje causar la muerte. (Hurtado y col, 2014).

Investigaciones en la atención médica neonatal, revelan que aproximadamente uno de cada doce niños nace con bajo peso, los cuales manifiestan que los problemas más frecuentes son retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral y la pérdida de la vista y la audición. Se debe tener en cuenta que este problema no solo afecta la salud del nacido, sino que genera un incremento innecesario de la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales. (Hurtado y col, 2014).

El bajo peso al nacer (BPN) constituye en la actualidad una problemática de salud a nivel mundial y una de las causas de morbilidad perinatal. Lo que repercute en la calidad de vida de los niños sobrevivientes y es un indicador que valora los resultados de la atención prenatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el bajo peso al nacer como el recién nacido cuyo peso es inferior de 2500 gramos, independiente de la edad gestacional, cualquiera que sea la causa y constituye un índice predictivo de la mortalidad infantil. Por ello actualmente la tasa de bajo peso al nacer se considera un indicador general de salud. (Quintero y col, 2017).

Actualmente, los neonatos considerados bajo peso son los que nacen a las 37 semanas o más y pesan menos de 2500 gramos, que predomina en países con condiciones socioeconómicas desfavorables y los que nacen antes del término del embarazo y pesan por debajo de 2500 gramos pretérmino. (Quintero y col, 2017).

En Latinoamérica, un estudio en Montevideo, Uruguay, es el más importante de los mencionados. Dicho trabajo se llevó a cabo en dos de las unidades maternas responsables por la atención de más de 80% de los nacimientos del sector público de esa capital. Se encontró que, de 22.990 registros de recién nacidos vivos, 408 (1,8%) correspondieron a muy bajo peso al nacer. Se encontró que había asociación estadísticamente significativa con ausencia de control prenatal, preclamsia, hemorragia y amenaza de parto prematuro, Además, también presentaron asociación estadísticamente significativa con el hábito de fumar, intervalo intergenésico 12 meses y abortos previos en multíparas. (Castro, y col, 2016).

En el Ecuador se muestra que existe una reducción en la tasa de mortalidad infantil, es decir niños menores de un año. Esta cifra pasó de 29 por mil nacidos vivos en el período de 1999- 2004 a 13 por mil nacidos vivos en el 2007-2012. Igual comportamiento ocurre con la mortalidad en niños menores de 5 años que pasa de 35 por mil nacidos vivos en el primer período a 16 por mil nacidos vivos en el segundo período. En lo referente a los controles de salud para el recién nacido durante el primer mes de vida existe un incremento de 1,6 puntos entre el periodo 1999-2004 frente al 2007-2012. El área urbana registra el mayor porcentaje de controles. (INEC, 2018)

En el tema de la salud materna, los partos por cesárea se incrementaron en el Ecuador en alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-2012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. En relación al número total de partos por cesárea atendidos en cada provincia, Los Ríos, Manabí y El Oro es donde más se registra esta práctica. Lo contrario ocurre en Zamora Chinchipe, Carchi y Morona Santiago. (INEC, 2018)

En la provincia de Manabí, en el año 2014 hubo 106 muertes neonatales, de ellos 55 de género masculino (52%), y de 50 de género femenino (48%), de estas muertes 73 (69%) fueron dentro de los primeros 7 días de vida de ellas 20 (28%) fueron dentro de las primeras 24 horas; la mortalidad neonatal tardía fue de 33 neonatos (31%). La tasa de mortalidad neonatal es de 5.43 en Manabí por 1000 nacidos vivos. (INEC, 2014)

Los datos anteriormente expuestos nos hacen pensar la importancia de la intervención de enfermería en el área de neonatología teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes neonatales y maternas que se presentan están relacionadas con el manejo inadecuado del personal de salud.

De acuerdo a los criterios esbozados, el rol que desempeña la enfermera en el área de neonatología es fundamental, partiendo desde el área administrativa hasta el cuidado directo del neonato.

El bajo peso al nacer se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, trayendo consecuencias nefastas que comprometen la salud del recién nacido, presentando una mayor incidencia de problemas motores, sensoriales y otros problemas del desarrollo los cuales pueden ser atribuidos al periodo de gestación o también a los cuidados que han recibido en la unidad de cuidados intensivos neonatales, por lo tanto es indispensable que las enfermeras/os dedicados al cuidado neonatal se capaciten constantemente con el fin de brindar un servicio de calidad a la hora de aplicar los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso teniendo en cuenta cada una de las necesidades de los neonatos.

Situación Problemática

Insuficiente calidad de los servicios de enfermería con el recién nacido de bajo peso que afecta la calidad de salud.

Problema científico

A partir de los criterios citados anteriormente se plantea la siguiente problemática

¿Cómo elevar la calidad de los servicios de enfermería con el recién nacido de bajo peso atendido en el Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, que afecta la calidad de salud?

Objeto de estudio

Cuidados de enfermería al recién nacido de bajo peso.

Objetivo general

Diseñar un programa de capacitación para profesional de enfermería que labora en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, relacionado con cuidado al recién nacido de bajo peso que garantice mayor eficiencia en el proceso asistencial.

Campo de acción

Conocimientos teóricos y prácticos del profesional de enfermería sobre el cuidado al recién nacido de bajo peso corporal

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las bases epistemológicas relacionadas con el cuidado enfermero a recién nacido de bajo peso?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación a los cuidados en recién nacido con al bajo peso corporal?
3. ¿Qué características y contenido debe poseer un programa educativo dirigido al personal de enfermería?

Tareas científicas:

- Elaboración de las bases epistemológicas del tema.
- Aplicación del diagnóstico situacional.
- Identificar las características y contenido que debe poseer un programa educativo para los cuidados de enfermería a recién nacido con al bajo peso corporal.

JUSTIFICACIÓN

Dada la importancia de la presente investigación se enfocará en diseñar un programa de capacitación sobre el bajo peso en el recién nacido al personal de enfermería, con el fin de retroalimentar sus conocimientos teóricos y aplicarlos en la práctica, esta investigación permitirá mejorar condiciones de vida y brindar cuidados de enfermería acorde con las necesidades extrauterinas del recién nacido con bajo peso, teniendo en cuenta que los profesionales desempeñan un papel fundamental para la recuperación y rehabilitación completa del neonato.

También se justifica debido a que cada día hay más evidencia científica sobre los factores de riesgos existentes que disminuyen las probabilidades de vida de los recién nacidos con bajo peso, su importancia no solo radica en la morbimortalidad, si no que estos recién nacidos tienden a presentar diversos problemas después del nacimiento, lo que se quiere lograr es promover acciones de prevención de enfermería con el fin de disminuir estos factores, de tal manera que sean aplicados por enfermería a los recién nacidos con bajo peso.

Desde el punto de vista metodológico esta investigación se encuentra enmarcada en el paradigma positivista del método científico y creará nuevos conocimientos a partir de los resultados que se obtengan, fortaleciendo así el campo de trabajo de futuras investigaciones, sirviendo de referencias en el campo de la enfermería, interviniendo de manera que el recién nacido con bajo peso tenga más probabilidades de supervivencia y la mejora de su calidad de vida. Estableciendo un historial para futuros doctorados de mayor alcance relacionados a la problemática en estudio. (Santos, 2018)

CAPITULO I BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL TEMA

I.1. Bases epistemológicas relacionadas con cuidados en recién nacido con al bajo peso.

I.1.1. Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso. Criterios de autor.

A continuación, se presentará la revisión y recopilación de recientes investigaciones realizadas sobre el tema u objeto en estudio; que serán pertinentes y relevantes para la investigación. El cuidado enfermero es un concepto, incorporado en la naturaleza del ser humano como una necesidad básica que asegura la calidad en el cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico y permite individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Además, considera al paciente cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismo para mantener su salud. (Mata, y col 2009)

Durante años los enfermeros/as se han enfocado en ir profesionalizando su intervención en todos los ámbitos teóricos, prácticos desempeñando roles importantes en la sociedad, mejorando la atención de los pacientes e integrando sus necesidades.

Así como se vienen realizando investigaciones en las intervenciones e enfermería también se han identificado algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer siendo los causales de la morbilidad del recién nacido, en la comunidad de Ma'vieja, perteneciente al municipio San Francisco, en el estado de Zulia, cuyo objetivo fue analizar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el suceso como tal, realizando una evaluación nutricional deficiente de las gestantes que constituyó el factor de riesgo de mayor incidencia, seguido de la infección vaginal. (Gala, y Col, 2010)

Para este estudio fueron constituidos dos grupos: El primero integrado por los recién nacidos con bajo peso, que incluyó a 19 neonatos con peso inferior a 2 500 g y el segundo formado por los normopeso, es decir, los que pesaron al nacer entre 2 500 y 4 000 g en igual período que los anteriores, de los cuales se escogieron 4 por cada caso de forma aleatoria por

el método de la tabla de números aleatorios, hasta sumar 76. Con un total de 95 recién nacidos. (Gala, y Col, 2010)

Esta publicación tiene un aporte significativo para la presente investigación ya que podemos identificar uno de tantos factores causales del bajo peso en el recién nacido, por lo tanto, la mejora de estilos de vida, como el consumo de agua y buenos hábitos de higiene disminuiría un porcentaje estimado de recién nacidos con bajo peso al nacer, como también disminuiría la morbimortalidad perinatal.

Otras investigaciones como en Perú cuyo objetivo era conocer la incidencia y factores de riesgo en el bajo peso al nacer, en la población que fue atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Donde se demostró que la tasa de incidencia de bajo peso al nacer fue de nacidos vivos, con diferencias significativas entre regiones geográficas. Los factores de riesgo fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del tercer trimestre, enfermedad crónica, rotura prematura de membranas, madre con bajo peso al nacer, antecedente de bajo peso al nacer, ausencia o control prenatal inadecuado, analfabetismo o instrucción primaria, región sierra o selva, talla materna menor de 1.50 m e intervalo intergenésico menor de dos años. Estos factores de riesgo tienen 68% de valor predictivo para bajo peso al nacer. (Ticona y col, 2012)

Este estudio es importante teniendo en cuenta que en nuestro país el bajo peso al nacer también está relacionado con la deficiencia del estado nutricional de la gestante teniendo como factor causal la falta de educación maternal, la situación socioeconómica y demográfica y la ausencia de programas alimenticios por parte del ministerio de salud pública para las gestantes.

Después de multidisciplinarios estudios sobre los causales del bajo peso en el nacimiento, otros artículos se han enfocado en los cuidados de enfermería para la atención del recién nacido de bajo peso en los cuales se han realizado avances de los conocimientos médico y de enfermería que han permitido el desarrollo del cuidado al recién nacido, llegando a una realidad en la que niños de muy bajo peso e inmaduros logran sobrevivir. (Rodríguez, 2014).

por lo tanto, el objetivo es estudiar retrospectivamente la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso al nacer dentro del grupo de neonatos atendidos en el área de terapia

intensiva del servicio de neonatología del Hospital Docente Ginecobstetricia "Eusebio Hernández Pérez", analizar las principales causas de morbilidad y rever desde el punto de vista teórico los cuidados de enfermería necesarios para la atención del recién nacido muy bajo peso. Este es un estudio retrospectivo, descriptivo de la morbilidad y mortalidad de los neonatos con un peso menor de 1500 gramos al nacer. (Rodríguez, 2014)

Este trabajo determina la importancia que tiene la participación de la enfermera, en la recuperación del recién nacido con bajo peso aplicando adecuadamente los protocolos establecidos en las entidades de salud, para desarrollando destrezas que estén encaminadas a la recuperación y rehabilitación del recién nacido.

I.1.2. concepto Características y clasificación del recién nacido con bajo peso.

El bajo peso al nacer representa un problema de orden mundial en la salud dado que los recién nacidos con peso deficiente presentan serias limitaciones en su sobrevivencia y posteriormente en su calidad de vida. Globalmente se considera al índice de bajo peso al nacer (BPN) un indicador de la calidad de los servicios de salud y de valor pronóstico en la morbimortalidad neonatal e infantil. (san José, y col, 2011)

El peso al nacer es un aspecto importante en el adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido, lo que influye sobre el desarrollo intelectual de las futuras generaciones, por lo que debe constituir un aspecto primordial en el trabajo de prevención que realiza del médico y la enfermera de la familia, apoyados en la comunidad. Se reporta la influencia del bajo peso al nacer tanto en las tasas de mortalidad infantil, como en la supervivencia y desarrollo de la infancia y se enfatiza que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores es indispensable un menor índice de bajo peso al nacer. (Zulueta, y Padilla, 2015)

I.1.2.1. Definición de bajo peso al nacer

El peso al nacer se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento. Tiene correlación directa con la edad, y puede estimarse durante el embarazo mediante la medición de la altura uterina. Un neonato que se halle dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se considera apropiado para la edad gestacional (AEG); sin embargo, el que

se encuentre por encima o por debajo del límite definido para esta ha sido expuesto a un desarrollo fetal que lo predispone a complicaciones, tanto para su salud como para la de su madre. (Maturell y col, 2014).

Se dice que el peso al nacer es un predictor del futuro del recién nacido. El índice de mortalidad asciende a medida que disminuye dicho peso en cualquier semana de la gestación, lo cual constituye un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como para un crecimiento y desarrollo saludables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. Otros estudios determinan que el bajo peso al nacer es una entidad compleja, que incluye a los neonatos prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de gestación), los neonatos a término pequeños para su edad gestacional, y los neonatos en que se suman ambas circunstancias, en los que suelen darse los resultados más adversos. (OMS, 2017).

I.1.2.2. Epidemiología

La OMS determina la prevalencia del bajo peso al nacer según las regiones e incluso dentro de un mismo país; sin embargo, la gran mayoría de casos de bajo peso al nacer se dan en países de ingresos bajos y medios, especialmente en los grupos de población más vulnerables. Para conseguir la reducción del bajo peso en el recién nacido a nivel mundial, se debe proponer y ejecutar estrategias para mejorar la prevención de enfermedades asociadas al embarazo como la preclamsia, las infecciones vaginales, mejorar el estado nutricional de la gestante, y apoyo psicológico adecuado. (OMS, 2017)

Aunque esta problemática golpea con más fuerza a los países subdesarrollados, no es un fenómeno exclusivo. Por ejemplo, en los Estados Unidos el bajo peso en el momento del nacimiento afecta a uno de cada 14 niños cada año, o sea, aproximadamente el 7%, siendo ésta una cifra importante si tenemos en cuenta que se trata de uno de los países más desarrollados del mundo y una puntera en las investigaciones científicas. (Pérez, y Sánchez, 2010)

I.1.2.3. Clasificación según la edad de gestación

Según (Gómez y col, 2012) De acuerdo a la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en:
Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

I.1.2.4. Clasificación del recién nacido según su peso

Por otro lado (Gómez y col, 2012) también establecieron que de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

Bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.

Peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

Peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

I.1.2.5. Antropometría del recién nacido

Según (Montesinos 2014) el peso al nacer está asociado estrechamente con la mortalidad neonatal y posnatal.

El peso para la edad gestacional determina el crecimiento intrauterino de un niño. La clasificación empleada con más frecuencia es: a) pequeño, b) adecuado y c) grande con

respecto a lo esperado de acuerdo con los parámetros de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

La longitud al nacer: es otro indicador del tamaño neonatal, refleja la tasa media de crecimiento desde la concepción hasta el parto.

El perímetro cefálico: es útil para evaluar el grado de nutrición intrauterina. La periodicidad de las evaluaciones antropométricas abarca entre uno y dos meses.

Antropometría en lactantes y niños: El peso corporal valora la masa del organismo y es el resultado de los cambios producidos en sus diversos componentes: la masa magra o muscular, la masa grasa o adiposa, la masa esquelética, la masa visceral y el agua corporal total. Para su evaluación es necesario considerar edad, sexo y un estándar de referencia. Es recomendable cuantificarlo cada tres a seis meses. El peso se puede evaluar de tres maneras: peso para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal (IMC). (Montesinos 2014)

El peso para la edad: compara el peso del niño con un grupo de referencia representado por niños de la misma edad.

El peso para la talla: cuantifica el peso del niño en relación con su propia talla, evalúa con más precisión la constitución corporal y distingue la consunción (desnutrición aguda) de la atrofia (desnutrición crónica).

El índice de masa corporal: (IMC) se determina dividiendo el peso en kilogramos de la persona por su talla en metros al cuadrado: $IMC = \text{peso (kg)}/\text{talla (m)}$.

Muestra la masa en función de la estatura y es una herramienta de tamizado usada para identificar diferentes grados de nutrición.

La talla: representa la suma de longitud de los segmentos y sus segmentos corporales, puede utilizarse como punto de referencia al analizar la proporcionalidad del cuerpo.

La talla para la edad: evalúa la estatura del niño en relación con la estatura esperada para niños de la misma edad, expresa las consecuencias de una desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal o la existencia de una enfermedad a estudiar.

La longitud en decúbito: expresada en centímetros, se registra desde el nacimiento, en tanto que la estatura de pie a partir de los dos años.

El perímetro cefálico: a menudo se emplea en los exámenes clínicos como parte de la detección de posibles discapacidades neurológicas o del desarrollo en los niños. En los lactantes la medición es útil para determinar el estado nutricional o para vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición. (Montesinos 2014).

I.1.2.6. Factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer

Se superponen de manera significativa al factor de riesgo relacionado con lactantes nacidos prematuramente. La caracterización de un recién nacido debería tomar en cuenta la talla, peso, paridad, edad, etnicidad y ubicación geográfica de la madre. Se debería también determinar la malnutrición materna (aumento insuficiente del peso durante la gestación), tamaño y disfunción de la placenta y la presencia de enfermedades de la madre. El tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de drogas son causas evitables de RCIU, por lo tanto, se deberían registrar los hábitos de la madre relacionados con estos factores. (Boguszewski, y cols 2012).

Principales factores maternos

Ruptura de cuello intrauterino

Según (Soto y cols. 2010) ciertos factores pueden dividirse en:

Preconcepciones: encontramos el bajo nivel socioeconómico-educacional de la mujer, edades extremas (menores de 18 años y mayores de 30), sin gestación previa, talla baja y enfermedades crónicas (hipertensión arterial, nefropatía y diabetes).

Concepcionales: tenemos el embarazo múltiple, aumento de peso materno (menor de 8 kg al término del embarazo), corto intervalo intergenésico (menor de 1 mes), hipertensión arterial inducida por el embarazo, hemorragias frecuentes que producen anemias, infecciones y malformaciones congénitas.

Ambientales y del comportamiento: se hallan el hábito de fumar durante el embarazo, consumo exagerado de alcohol y cafeína, elevada altitud sobre el nivel del mar, estrés, control prenatal inadecuado o ausente y consumo de drogas.

Genéticos específicos: que pueden alterar el crecimiento fetal. Por ejemplo, fetos con trisomías Poseen un peso notoriamente más bajo que fetos sin patologías a igual edad gestacional.

Edad

Una gran cantidad de autores plantean que en las embarazadas que transcurren en los extremos de la edad reproductiva, aumenta la frecuencia de bajo peso al nacer. Varios de los estudios

encontraron un predominio en madres menores de 20 años y otros presentaron un índice de bajo peso mayor en las edades mayores a 35 años. (San José y col, 2011).

Al mismo tiempo a las adolescentes se les asocia su inmadurez biológica-emocional que determina que sus órganos reproductores no hayan llegado todavía a su pleno crecimiento y maduración. Por otra parte, las madres añosas reportan nacimientos de bajo peso con la peor calidad (peso menor de 1 500 g) debido a que se les asocian varios factores de riesgo que pueden tener carácter biológico, psicológico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. (San José y col, 2011).

Hipertensión

Existe un consenso de que uno de los principales trastornos que produce la hipertensión materna es una mayor frecuencia de prematuridad y, por lo tanto, una elevada incidencia de neonatos de bajo peso (BP) y de muy BP al nacer; probablemente causado por una disminución del flujo útero placentario que puede afectar al crecimiento fetal, y en esta entidad el feto puede ser afectado por la enfermedad per se como por los medicamentos que pudieran usarse para lograr su control adecuado. Asimismo, es bien conocido el hecho de que la hipertensión materna retrasa el crecimiento fetal y, por lo tanto, la incidencia de neonatos pequeños para la edad gestacional es mayor que en la población general, por tanto, es un importante factor de riesgo para la obtención de un BP al nacer, cuya morbilidad es mayor que en los de peso normal. (Salazar, y col, 2014)

Anemia

Según (Fernández y col, 2017) se considera como anemia durante el embarazo cuando las cifras de hemoglobina están por debajo de 11,0 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación.

La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia. Afecta la obtención de un producto óptimo. También tiene una alta morbilidad y mortalidad en la madre por el peligro de sangramiento durante el parto y puerperio. También se sabe que la anemia severa de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pretérmino. (Fernández y col, 2017)

El bajo peso al nacer tiene una relación con la presencia de anemia en mujeres gestantes. La anemia constituye un problema de salud pública y, sumada a la malnutrición y a otras afecciones, contribuye a incrementar la morbilidad materna, sin embargo, cuando las mujeres reciben dietas adecuadas y balanceadas la disminución de los valores de hemoglobina durante el embarazo rara vez alcanza una magnitud considerable para causar algún impacto. (Pérez, y col, 2018).

I.1.2.7. Aspectos nutricionales de la embarazada

El peso gestacional es un fenómeno complejo, influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario; está asociado con morbilidad y mortalidad fetal, incluyendo restricción del crecimiento intrauterino, macrostomia fetal y óbito. El desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta se ha relacionado a la desnutrición durante el embarazo y al bajo peso al nacer. (Chávez, y col 2011).

Otros autores han mencionado que la alimentación tiene un papel fundamental en el desarrollo del futuro bebe durante el embarazo y la lactancia. Inmediatamente después de la concepción, el organismo materno inicia una serie de procesos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos de adaptación que requieren el incremento de las necesidades nutricionales para la gestación y lactancia. El no cubrir estas necesidades nutricionales se relaciona a problemas de prematuridad y morbimortalidad neonatal. (Cereceda y Quintana, 2014).

I.1.2.8. Cuidados de enfermería en recién nacidos de bajo peso

Los servicios de Enfermería son cada vez más necesarios para responder a las demandas de salud y calidad de vida de la población. En los cuidados neonatales la Enfermería ha adquirido una importante relevancia ya que debe proporcionar cuidados aplicando conocimientos y técnicas específicas de la profesión en la especialidad. Los neonatos son individuos diferentes a niños de mayor edad y al adulto, tanto fisiológica como psicológicamente y un buen cuidado de enfermería permite atender mejor sus necesidades especiales. (Rodríguez, 2014).

Cuidados para medir signos vitales

- ✓ Preferentemente el recién nacido debe mantenerse cardiomonitoreado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno y tensión arterial).
- ✓ Para el control de la temperatura corporal se colocará un sensor cutáneo. En otros casos cuando no existan sensores cutáneos la medición de la temperatura corporal axilar se va a realizar con termómetro cada 2 horas o según indicación médica. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para proteger la piel

- ✓ Al utilizar esparadrapo debe ser del menor tamaño posible, preferentemente de un tipo especial. Al retirarlo humedecerlo previamente con agua destilada tibia o aceite.
- ✓ Para instalar el sensor del saturómetro de oxígeno colocar protector de gasa previamente a la colocación directa del esparadrapo en piel y así evitar las lesiones.
- ✓ Durante la fijación de la sonda nasogástrica y el tubo endotraqueal se deben utilizar esparadrapos pequeños tratando de dañar la piel lo menos posible.
- ✓ Se deben realizar cambios posturales frecuentes para favorecer la circulación y evitar úlceras.
- ✓ Masajes suaves en los puntos de apoyo del recién nacido favorecen la circulación.
- ✓ Evitar fuentes de calor muy intensas, que pudieran quemar al neonato. Cuidados para (Rodríguez, 2014)

Evitar ruidos e iluminación excesiva

- ✓ Hay que mantener al recién nacido en un ambiente de semioscuridad, para facilitar el sueño y reducir el estrés.
- ✓ Esto se puede conseguir colocando cobertores encima de la incubadora y manteniendo la mínima iluminación necesaria para permitir el trabajo que se esté realizando.
- ✓ Para disminuir la intensidad de los ruidos se realizará como medidas: cerrar las puertas de la incubadora suavemente, disminuir la intensidad del sonido de las alarmas, evitar las conversaciones alrededor del recién nacido; se colocarán mantas sobre las incubadoras, que no sólo lo protegen de la luz, sino que también amortiguan los ruidos para establecer de este modo periodos de horas tranquilas. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para la manipulación mínima

- ✓ Se debe evitar el exceso de estimulación sensorial y la salida de la incubadora innecesariamente, manipulando siempre al recién nacido de forma lenta y suave, los masajes y la estimulación cutánea con golpeteos en el prematuro no deben realizarse pues pueden desencadenar respuestas fisiológicas tan intensas como el propio estímulo doloroso.

- ✓ Es importante intentar que las exploraciones, toma de muestras y otras manipulaciones coincidan en el tiempo y se establezcan así los periodos de sueño, para permitir la organización del sistema nervioso central del recién nacido. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para el posicionamiento adecuado del recién nacido

- ✓ Colocar al recién nacido en posición prona y en flexión, con un soporte alrededor del cuerpo que simule los límites físicos impuestos por las paredes uterinas en el periodo fetal (realizar un nido).
- ✓ Si el recién nacido permanece dentro de la incubadora desprovisto de estos límites, aumenta su irritabilidad, actividad motora y gasto calórico.
- ✓ La posición en extensión, contraria a la que mantiene durante la gestación, dificulta la evolución motora del niño.
- ✓ La posición prona permite la flexión, facilita el sueño, mejora la oxigenación, la ventilación y el patrón respiratorio y facilita el control de la temperatura, ya que la superficie expuesta es menor. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para la alimentación

- ✓ La alimentación de estos recién nacidos se inicia dependiendo de las condiciones en las que se encuentre, preferentemente después de las 24 horas de vida con leche materna exclusiva, debe colocarse una sonda orogástrica fija la cual servirá para alimentarlo.
- ✓ El cambio de la sonda se realizará cada 12 horas.
- ✓ Debe realizarse vigilancia estricta y evaluar los residuos gástricos una vez iniciada la vía oral.
- ✓ Durante la vigilancia de la tolerancia digestiva se debe observar la aparición de distensión abdominal, acumulación de restos gástricos, vómitos, tipo y frecuencia de las deposiciones. (Rodríguez, 2014)

Cuidados a explicar a los Padres

- ✓ Se mantendrá informado a los padres del estado del recién nacido aclarando sus miedos y dudas, utilizando un lenguaje sencillo y claro.
- ✓ El equipo de Enfermería fomenta las relaciones entre el recién nacido y los padres a través del contacto táctil de los padres con el recién nacido y la aplicación del método piel a piel (método realizado por ambos padres). (Rodríguez, 2014)

Cuidados para aliviar el dolor durante los procedimientos

- ✓ El equipo de Enfermería desempeña un papel importante para favorecer el bienestar y el desarrollo de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales

(UCIN), aplicando intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor asociado a los procedimientos.

- ✓ El objetivo de realizar estas intervenciones radica en mejorar el confort, reducir el estrés, aliviar el dolor de los recién nacidos y ofrecer cuidados específicos ante situaciones que pueden provocar dolor en el recién nacido.
- ✓ Las Medidas no farmacológicas para el manejo del dolor se refieren a las intervenciones ambientales, preventivas y conductuales que realiza el equipo de Enfermería.
- ✓ Las medidas preventivas incluyen aquellas dirigidas a evitar procedimientos dolorosos innecesarios o minimizarlos.
- ✓ Las Medidas ambientales incluyen aquellas destinadas a modificar el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para permitir el desarrollo emocional del niño, la organización de su sistema nervioso y la vinculación afectiva con sus padres.
- ✓ Las medidas conductuales incluyen aquellas que van desde administrar solución de sacarosa hasta aplicar el método piel a piel por los padres y calmar al neonato durante un proceder que origine dolor. (Rodríguez, 2014)

Otras de las técnicas que son aplicadas por el equipo de Enfermería (medidas conductuales) para favorecer la disminución del dolor y calmar al neonato después de la realización de un proceder doloroso incluyen:

- ✓ **Succión no nutritiva:** La colocación de un chupete en la boca del niño para estimular la conducta de succión lo cual también disminuye la respuesta al dolor en el recién nacido. Se cree que el mismo podría estar relacionado con la liberación de serotonina que modula la transmisión y procesamiento de los estímulos dolorosos.
- ✓ **Restricción del recién nacido:** La técnica se basa en limitar los movimientos del neonato, manteniendo los brazos y las piernas en una posición flexionada, cerca del tronco, simulando el ambiente uterino lo cual proporciona contacto físico y evita la activación de los reflejos del recién nacido que le causan sobresalto y malestar. Esta técnica es muy útil para inducir la relajación y aliviar el dolor en los neonatos.
- ✓ **Técnica de Harrison:** El objetivo a alcanzar por Enfermería al realizar esta técnica es la de proporcionar una interacción táctil con el niño. Al colocar una mano en la cabeza y otra en la parte inferior de la espalda y nalgas o el abdomen del recién nacido se procura proporcionar solamente contacto y no estimulación intermitente. Se ha demostrado que esta técnica disminuye la actividad motora y favorece el sueño tranquilo. (Rodríguez, 2014)

I.1.3 Adelantos científicos y tecnológicos relacionado con los cuidados de enfermería en el recién con bajo peso.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las diversas corrientes del pensamiento a través de la historia. El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional. Aproximadamente en el siglo XIX Nightingale define al cuidado como "un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él" y da comienzo a la profesionalización de enfermería. (Rodríguez, 2012)

Durante años se han venido realizando adelantos científicos que enmarcan los avances tecnológicos sobre los cuidados de enfermería del recién nacido con bajo peso, mediante estudios, y proyectos de investigación que están dirigidos a reducir la tasa de morbimortalidad, plasmando cuidados asistenciales de enfermería para mejorar la calidad de vida del recién nacido.

Los cuidados de enfermería en el recién nacido han tenido avances importantes. Uno de los primeros avances ocurrió en 1935 en los Estados Unidos en donde se ha definido con fines estadísticos, al niño bajo peso como el prematuro que pesa menos de 2500g. Esta definición fue adaptada en Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Policlínico Área II. Cienfuegos. 1950 Por la World Health Organization, pero su Expert Committee on Maternal Child Health recomendó en 1961 que el término prematuro fuera reemplazado por el más apropiado de recién nacido bajo peso y que aquel fuera empleado sólo para referirse a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación contando a partir de la última menstruación de la madre. (Águila y col, 2011)

A partir de 1960 se comenzaron a desarrollar los servicios neonatales, se introdujeron nuevas tecnologías e innovaciones, se inició el perfeccionamiento en los profesionales de ese campo y se logró disminuir la tasa de mortalidad infantil de 37,3 en 1960, a 10,7 en el año 1990. Así mismo se estableció la historia clínica para todos los niños nacidos en las

instituciones de salud, incluida la valoración de la puntuación de Apgar, y se inició la profilaxis con vitamina K, la vacunación con el bacilo de Calmette Guérin (BCG) y la profilaxis ocular mediante el método de Credé. Ya al principio de la década de los 70, se creó la primera unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital Pediátrico "William Soler" de la Ciudad de La Habana, que sirvió para el entrenamiento de numerosos médicos neonatólogo y enfermeras especializadas. (Sierra, 2014)

Se realizó un estudio de estrategia de intervención de enfermería en recién nacidos con bajo peso en el Policlínico Universitario 13 de marzo del municipio Bayamo, cuyo objetivo fue el de elevar el nivel de conocimiento de las enfermeras en el cuidado del recién nacido de bajo peso en la comunidad, con el fin de reducir la tasa del bajo peso al nacer. tomando como universo 60 enfermeras que corresponden al plan del médico de la familia del policlínico y la muestra estuvo conformada por 25 enfermeras pertenecientes a los consultorios médicos. Se utilizaron tablas abiertas, información estadística, prácticas demostrativas, conferencias y encuestas. (Fonseca y col, 2012).

El mencionado artículo es un antecedente importante para la presente investigación ya que el rol que desempeña la enfermera en los cuidados al recién nacido con bajo peso es vital para garantizar su supervivencia, por esta razón la enfermera siempre debe estar en constante capacitación incorporando nuevos conocimientos a su la labor diaria.

Se han realizado grades avances empleando de cierta manera un sistema de atención integrado por procesos que han llevado al logro de objetivos de cuidados en esta población, por lo tanto, es perentorio hacer uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), iniciando por la fase de valoración por dominios de salud. Los métodos utilizados en este estudio fueron Presentación de un caso clínico de un RNPT al que se le aplicó el formato de valoración por dominios de salud de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) compuesto por trece (13) dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International) y adaptado para el recién nacido. (Valbuena, y Aceros, 2017).

El nombrado estudio es un antecedente importante para esta investigación ya que podemos realizar una intervención utilizando como medio el diagnóstico de enfermería haciendo uso del proceso de atención de enfermería (PAE) indicando la fase de valoración por dominios, orientada a mejorar el estado de salud y la calidad de vida del recién nacido con bajo peso.

CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

II.1. Modalidad de la Investigación

La presente es una investigación explicativa ya que pretende explicar el efecto de los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso. Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables (Hernández y col, 2010).

II.2. Población y Muestra.

II.2.1. Población

La población estará representada por 16 licenciadas de enfermería, 4 auxiliares y 4 internos de enfermería del área de neonatología en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

II.2.2. Muestra

Se realizará el tipo de diseño muestral no probabilístico toda la población, basado en los siguientes criterios de inclusión: enfermeras, internos de enfermería, auxiliares de enfermería del área de neonatología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, sin novedades que ameriten para no participar en el estudio.

II.2.3. Métodos y técnicas

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fue la encuesta con cuestionarios estructurado con preguntas cerradas orientadas a identificar los cuidados de enfermería adecuados para el recién nacido con bajo peso.

II.2.3.1. Del nivel teórico.

Análisis y síntesis: Porque el trabajo está dirigido a profundizar y sensibilizar al personal de enfermería en la problemática de este tema, basándose en criterios e investigaciones científicas, se analizarán guías de práctica educativas, estudios de otros autores e información que justifique este estudio, obtenida a través de revistas, artículos, internet, etc.

Histórico – lógico: Se utiliza para establecer las bases epistemológicas y progresivas consideradas en los últimos tiempos para medir el cumplimiento del personal de enfermería en el recién nacido con bajo peso.

II.2.3.2. Del nivel empírico.

Investigación de campo: Ya que el investigador asiste al lugar para compilar información, estando en contacto directo con las enfermeras, auxiliares, e internos de enfermería, en el cual se descubre, analiza e interpreta las falencias acerca que tiene el personal en la aplicación de los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso.

II.2.4. Análisis e interpretación de los resultados

Para el análisis estadístico se usará estadística descriptiva para las distintas variables del estudio y dichos datos serán presentados de forma cuantitativa en tablas y gráficos tanto en cifras absolutas como relativas con la ayuda de ambos programas tanto Microsoft Excel y Microsoft Word 2016.

II.2.5. Recursos:

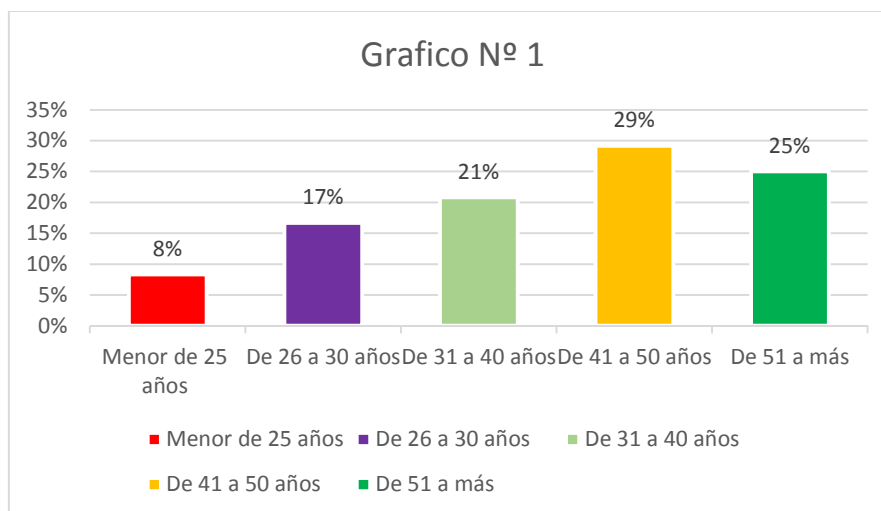
Humanos	Investigadora, egresada de la facultad de enfermería. Tutora de tesis. Personal de enfermería que la labora en la institución
Materiales	Materiales de escritorio, audiovisuales, internet, impresiones, e implementos de oficina serán solventados por el investigador.
Institucionales	Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí. Facultad de Enfermería.
Financieros	La investigación tuvo un costo de \$200 dólares americanos, mismos que fueron financiados con recursos propios de investigador.

II.2.6 Análisis e interpretación de resultados

Tabla No. 1 Edad.

¿Qué edad tiene usted?

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25 años	2	8%
De 26 a 30 años	4	17%
De 31 a 40 años	5	21%
De 41 a 50 años	7	29%
De 51 a más	6	25%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

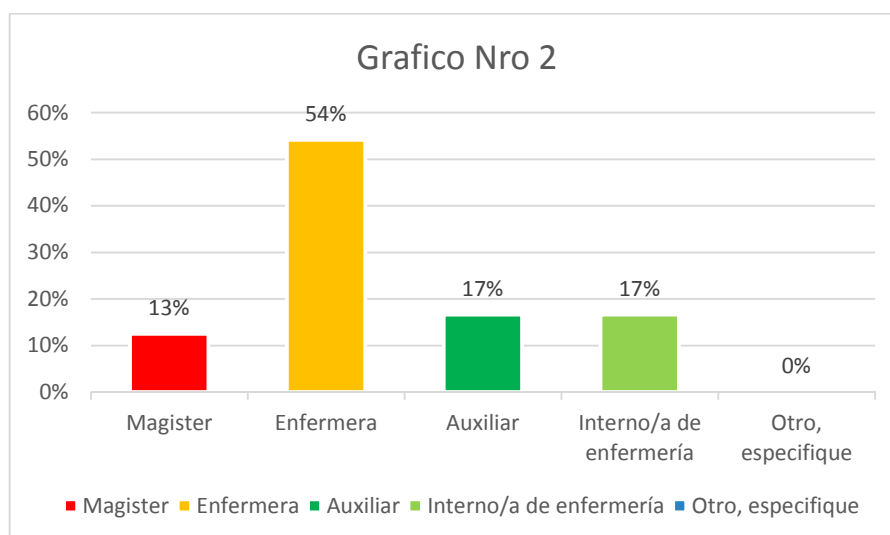
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo a los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 8% de las edades del personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología son (Menor de 25 años), el 17% son de (26 a 30 años), el 21% son de (31 a 40 años), el 29% son de (41 a 50 años) y el 25% es de (50 años a más). Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología oscilan entre 41 a 50 años de edad.

Tabla N° 2 Educación

Nivel Académico:

Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Magister	3	13%
Lcda. Enfermería	13	54%
Interno/a de enfermería	4	17%
Auxiliar de enfermería	4	17%
Otro, especifique	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

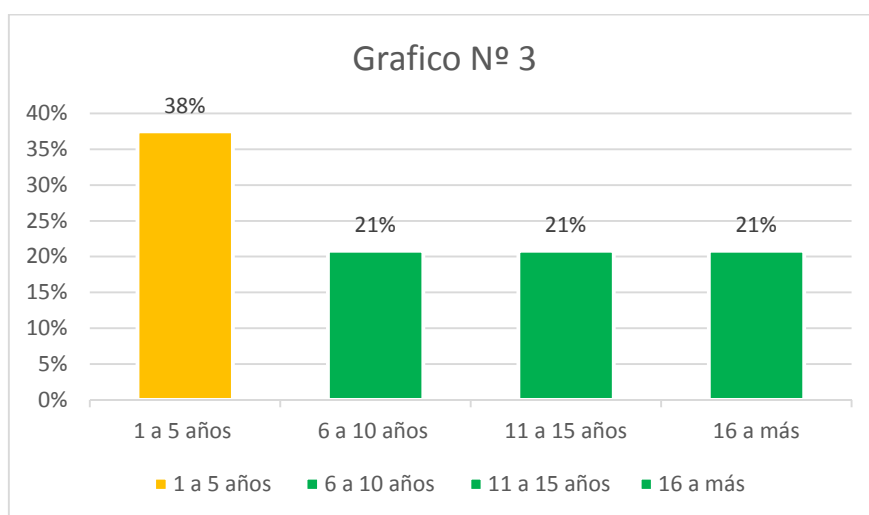
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo a los datos obtenidos podemos observar que el 13% de la población estudiada tienen maestría no concerniente a la especialidad, 54%, enfermeras, el 17% son internos de enfermería y auxiliares, Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal que labora en el área de neonatos son enfermeras, hecho que concuerda con (Lozano 2017) en su aportación que manifestó la importancia del cuidado de enfermería en el recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales UCIN.

Tabla N° 3. Experiencia laboral

¿Cuántos años de experiencia tiene laborando en sala de neonatos?

Años de experiencia	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	9	38%
6 a 10 años	5	21%
11 a 15 años	5	21%
16 a más	5	21%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

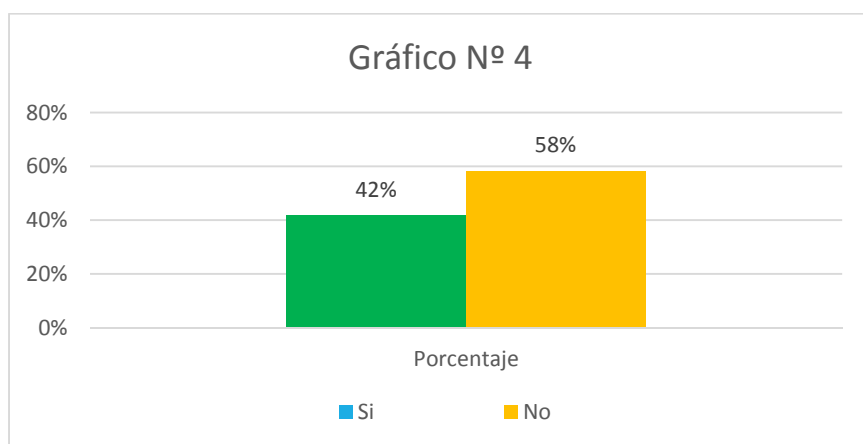
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Mediante encuesta podemos observar que el 38% de la población de estudio llevan de (1 a 5 años) laborando en la sala de neonatos, el 21% de (6 a 10 años), el 21% (11 a 15 años) y el otro 21% de (16 a mas). Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje de enfermeras tiene de 1 a 5 años de experiencia laborando en la sala de neonatología y por lo tanto de acuerdo a los datos obtenidos, el personal de enfermería es relevado constantemente del área, siendo negativo debido a la experiencia que se adquiere con los años.

Tabla N° 4 Capacitaciones

¿Ha realizado cursos de capacitación atención a recién nacido?

capacitaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	42%
No	14	58%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

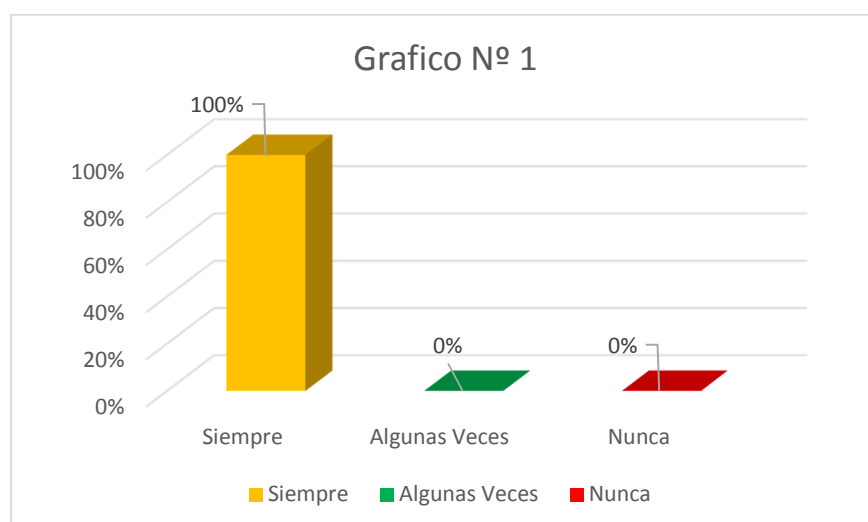
Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos se pudo observar que el 58% del personal de enfermería no se capacita, y el 42% si se capacita. Este dato es preocupante ya que es alto el porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología que no realiza ningún tipo de capacitación, por lo que se debe tener en cuenta que los cuidados que realizan al recién nacidos con bajo peso no serían los adecuados.

Acciones independientes

Tabla N^o 1. Medidas de confort

¿La enfermera ejecuta medidas de confort al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

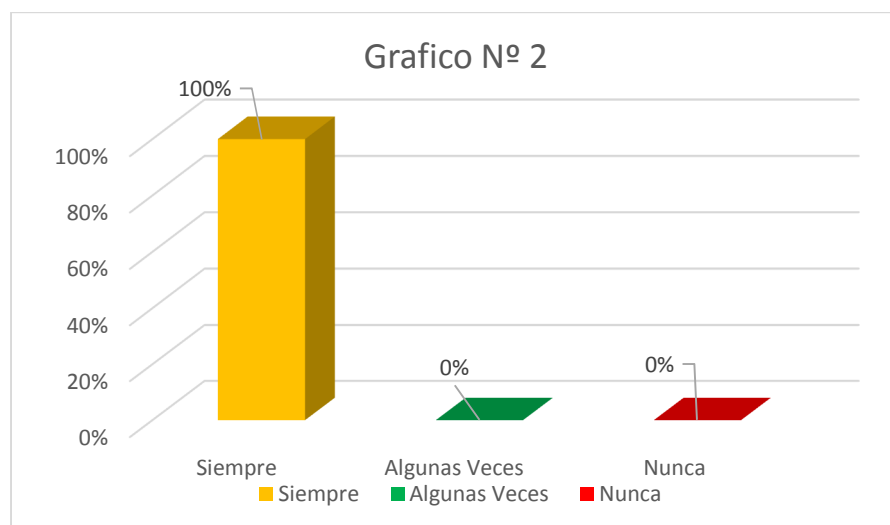
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100% del personal de enfermería ejecuta medidas de confort al recién nacido de bajo peso. Dato que nos permite concluir que todo el personal de enfermería que labora en el área de neonatología, aplican las medidas de confort en el recién nacido, manteniendo necesidades y su seguridad.

Tabla N^o 2 Lavado de manos

¿Practica el lavado de manos antes de la manipulación proporcionando cuidados antisépticos al recién nacido?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

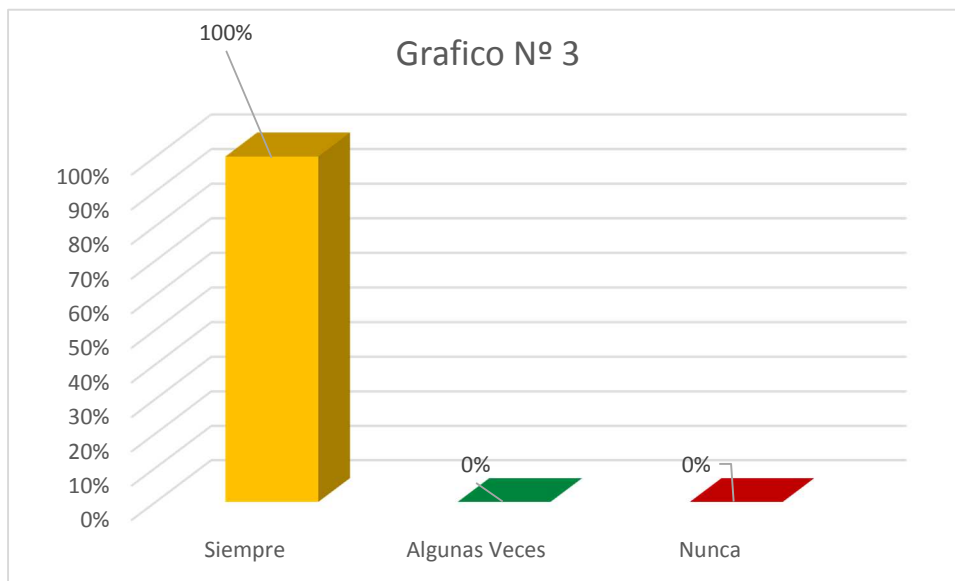
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Observamos que el 100%, del personal de enfermería practica el lavado de manos. antes de la manipulación proporcionando cuidados antisépticos y evitando transmitir infecciones al paciente.

Tabla N° 3 Lavado de manos.

¿Practica el lavado de mano después de la manipulación del recién nacido?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

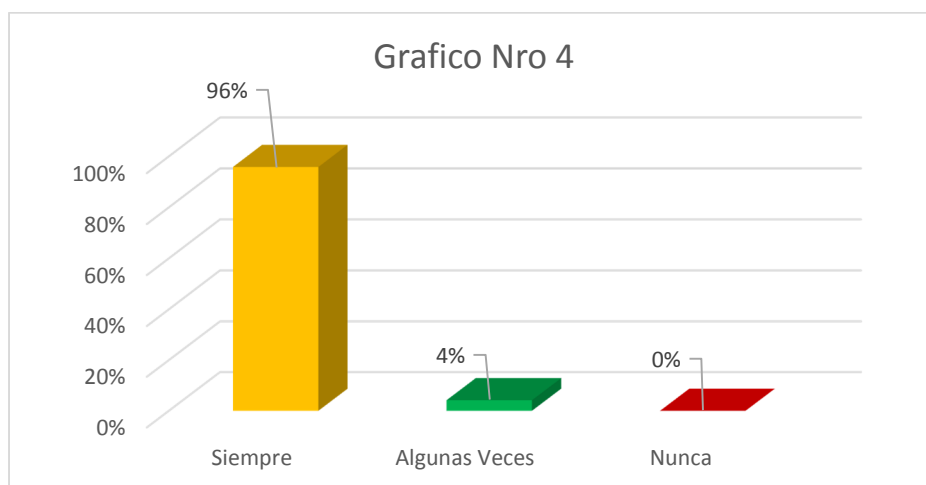
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100%, del personal de enfermería practica el lavado de mano después de la manipulación del recién nacido proporcionando cuidados antisépticos y evitando transmitir infecciones de un paciente a otro.

Tabla N^a 4. Medidas de confort

¿Aplica el baño diario al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

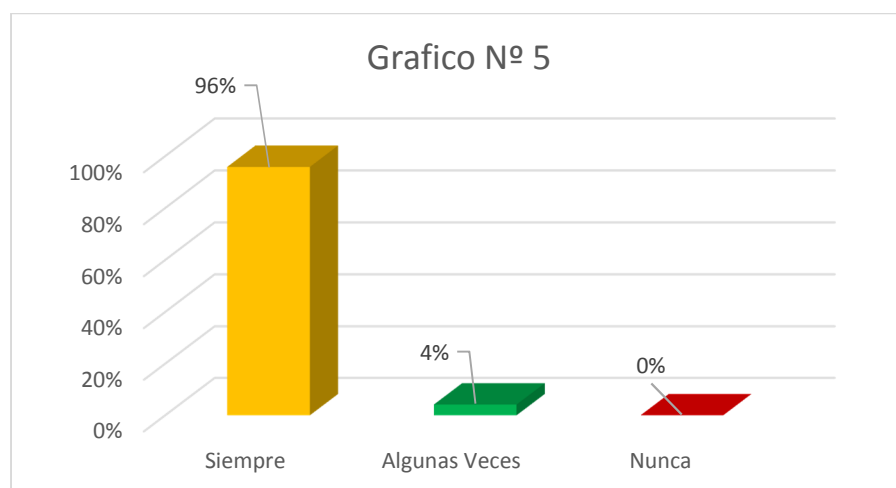
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 4% del personal de enfermería aplica el baño diario al recién nacido de bajo peso algunas veces, mientras el 96% lo aplica siempre, brindándole al recién nacido las medidas de confort adecuadas para la recuperación de su salud.

Tabla N° 5

¿Practica el cambio de ropa al recién nacido de bajo peso considerando las condiciones ambientales?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

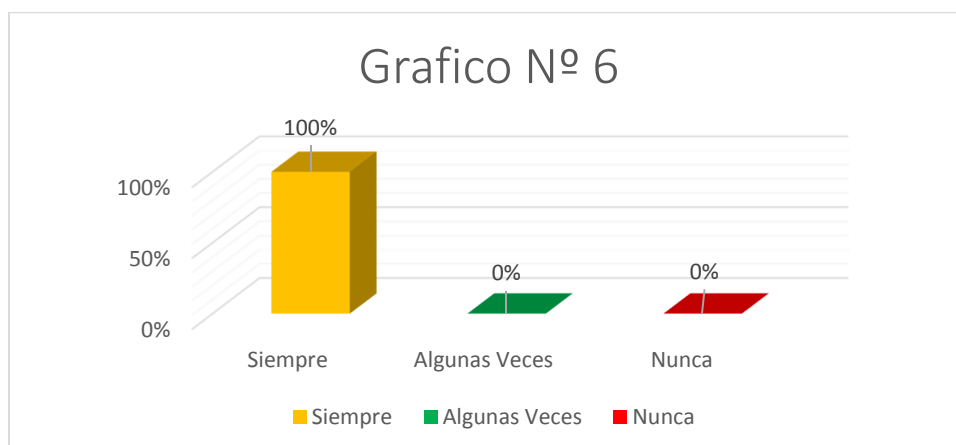
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Mediante encuesta podemos observar que el 4% del personal de enfermería practica el cambio de ropa al recién nacido de bajo peso algunas veces, mientras el 96% lo aplica siempre. Dato que nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología aplica el cambio de ropa al recién nacido, considerando las condiciones ambientales con el fin de brindar medidas de confort adecuadas para el paciente.

Tabla N° 6

¿Realiza el cambio de posición del recién nacido de acuerdo con las Condiciones clínicas del mismo?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

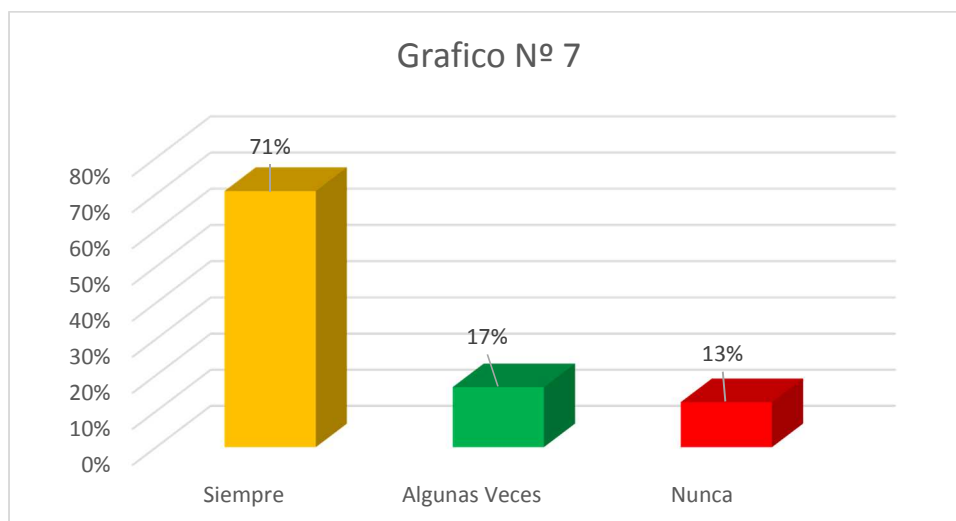
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100%, del personal de enfermería realiza cambios de posición al recién nacido con bajo peso de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, hecho que (Rodríguez, 2014) plantea ya que facilita el sueño, mejora la oxigenación, la ventilación, el patrón respiratorio facilitando el control de la temperatura, ya que la superficie expuesta es menor.

Tabla N° 7

¿Verifica la permeabilidad de vía periférica administrando solución fisiológica?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	71%
Algunas Veces	4	17%
Nunca	3	13%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

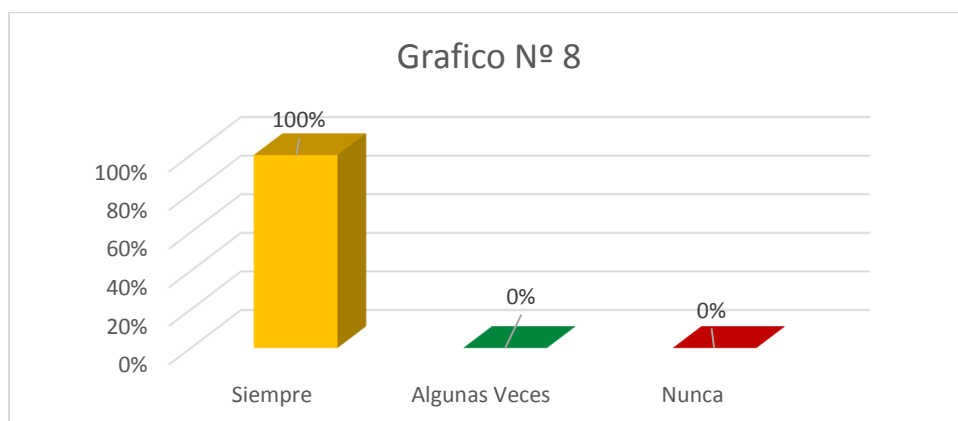
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 71% del personal de enfermería siempre verifica la permeabilidad de vía periférica administrando solución fisiológica, el 17% algunas veces, y el 13% nunca. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología verifica la permeabilidad de vía periférica evitando obstrucción del flujo de la venoclisis, y complicaciones como la flebitis.

Tabla N° 8

¿Realiza la curación del cordón umbilical del recién nacido de bajo peso con cada cambio de pañal?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

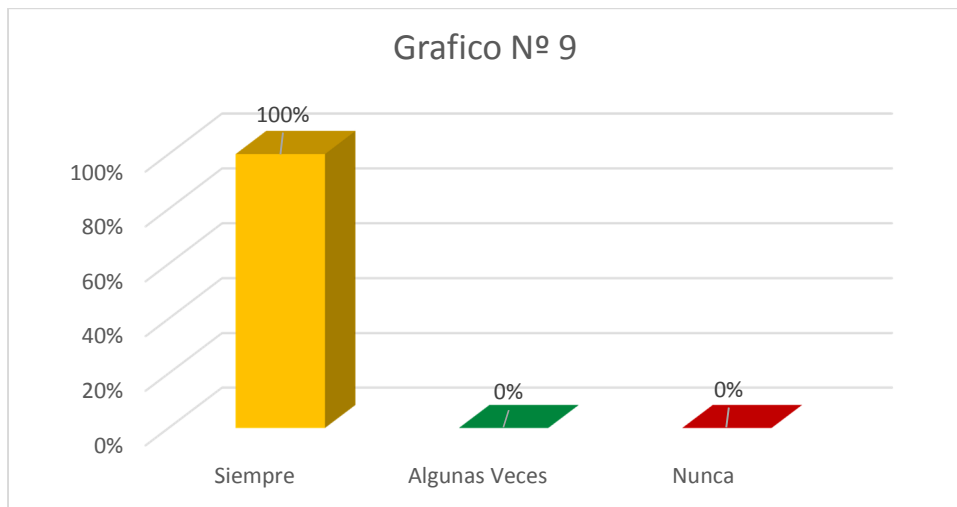
Fuente Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100%, del personal de enfermería siempre realiza la curación de cordón umbilical del recién nacido de bajo peso con cada cambio de pañal. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología realiza curación umbilical en cada cambio de pañal para evitar algún tipo de infección.

Tabla N° 9

¿Mantiene el confort térmico utilizando medidas de aislamiento (incubadora) proporcionándole calor?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

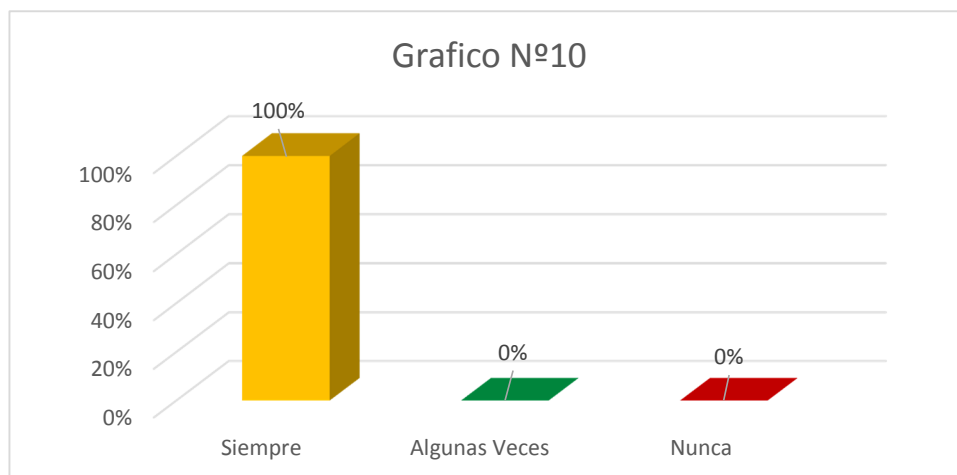
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados De acuerdo a datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100%, del personal de enfermería siempre mantiene el confort térmico en el recién nacido con bajo peso. Concluyendo que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología mantiene el confort térmico utilizando medidas de aislamiento (incubadora) proporcionándole calor.

Tabla N° 10

¿Controla los signos vitales del recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

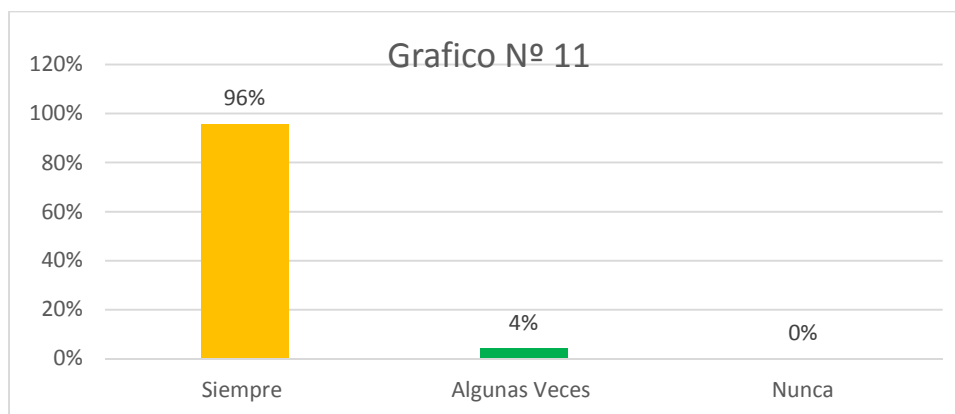
Fuente Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100%, del personal de enfermería siempre Controla los signos vitales del recién nacido de bajo peso, hecho que (Rodríguez 2014) plantea manifestando que el recién nacido debe mantenerse cardiomonitoreado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno y tensión arterial).

Tabla N° 11

¿Controla el peso del recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

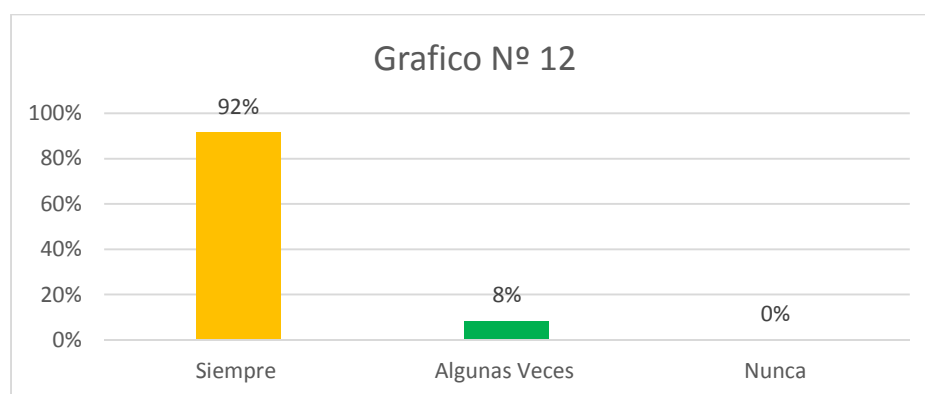
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre Controla el peso del recién nacido de bajo peso, y el 4% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre controla el peso, calcula el IMC adecuado para su edad, previniendo una muerte prematura; autores como (Montesinos 2014) plantea que el peso al nacer está asociado estrechamente con la mortalidad neonatal y posnatal.

Tabla N°. 12

¿Controla la talla del recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	92%
Algunas Veces	2	8%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

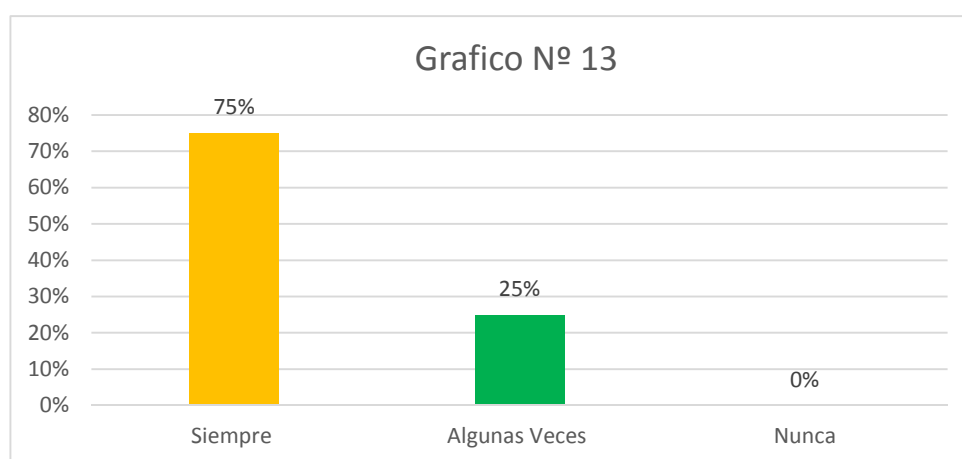
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre controla la talla del recién nacido de bajo peso, y el 4% algunas veces. Hecho que evalúa la estatura del niño en relación con la estatura esperada para niños de la misma edad, expresa las consecuencias de una desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal o la existencia de una enfermedad a estudiar. (Montesinos 2014)

Tabla N^o. 13

¿Controla circunferencia cefálica al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	75%
Algunas Veces	6	25%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

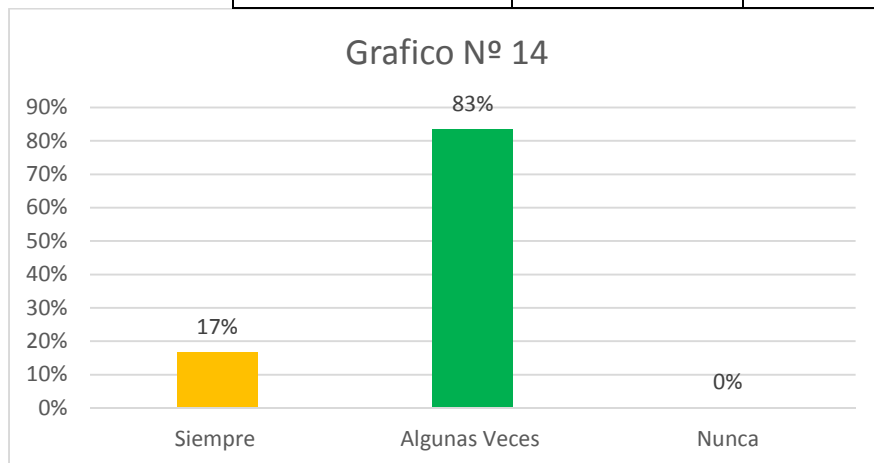
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Se pudo observar que el 75% del personal de enfermería controla la circunferencia cefálica al recién nacido de bajo peso siempre, el 25% algunas veces. Dato que permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre controla la circunferencia cefálica; según (Montesino 2014) plantea que detecta posibles discapacidades neurológicas o del desarrollo en los niños. En los lactantes la medición es útil para determinar el estado nutricional o para vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición.

Tabla N°. 14

¿Realiza control de circunferencia abdominal al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	17%
Algunas Veces	20	83%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

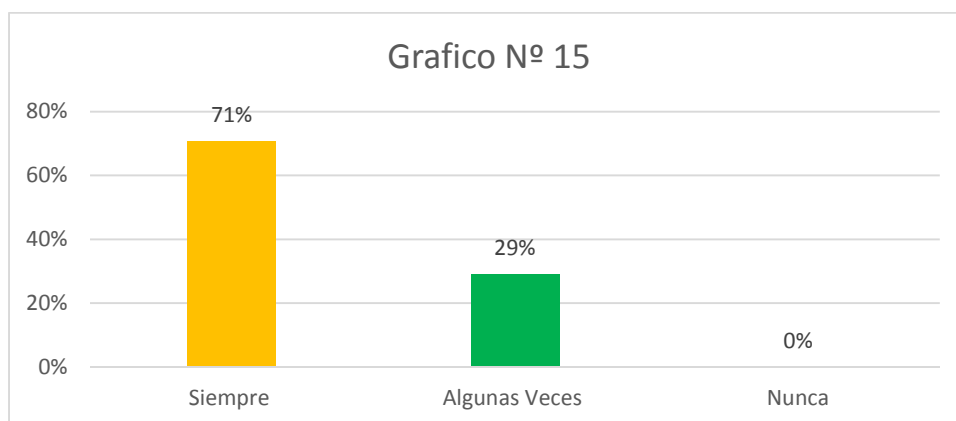
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta se pudo observar que el 17% del personal de enfermería Controla la circunferencia de circunferencia abdominal al recién nacido de bajo peso siempre, el 83% algunas veces. Dato que permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología algunas veces controla la circunferencia abdominal al recién nacido.

Tabla N°. 15

¿Mantiene las vías aéreas permeables utilizando aspirador neonatal al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	71%
Algunas Veces	7	29%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

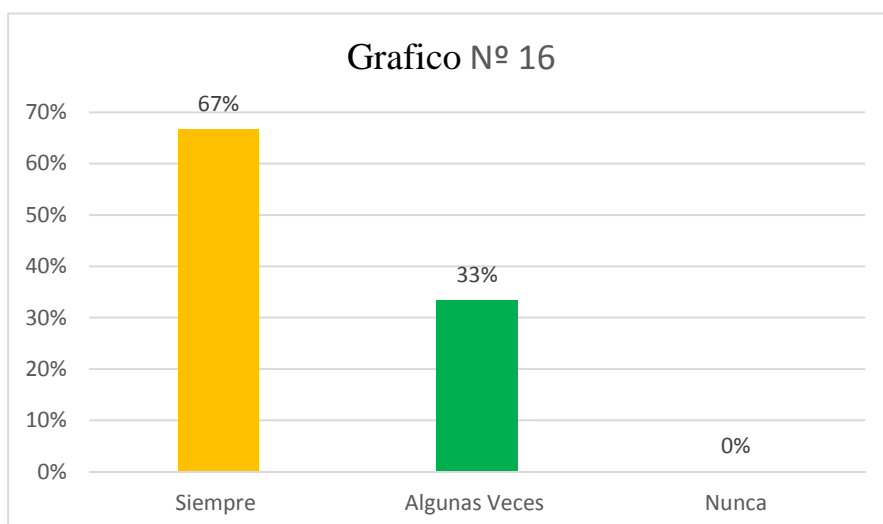
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Mediante encuesta podemos observar que el 71% del personal de enfermería siempre mantiene las vías aéreas permeables utilizando aspirador neonatal en el recién nacido con bajo peso, el 29% algunas veces. Dato que nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre mantiene las vías aéreas permeables utilizando aspirador neonatal al recién nacido.

Tabla N°. 16

¿Administra oxigenoterapia al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	67%
Algunas Veces	8	33%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

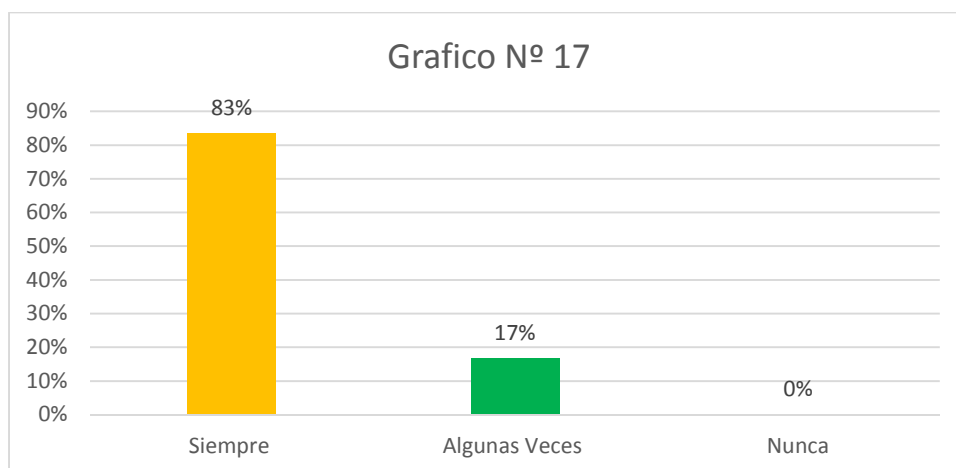
Fuente Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Se pudo observar que el 67% del personal de enfermería siempre Administra oxigenoterapia al recién nacido de bajo peso, el 33% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre administra oxigenoterapia al recién nacido proporcionando las cantidades de oxígeno necesarias para el organismo.

Tabla N°. 17

¿Realiza control de líquido eliminado (orina, residuos gástricos) al recién nacido bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	20	83%
Algunas Veces	4	17%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

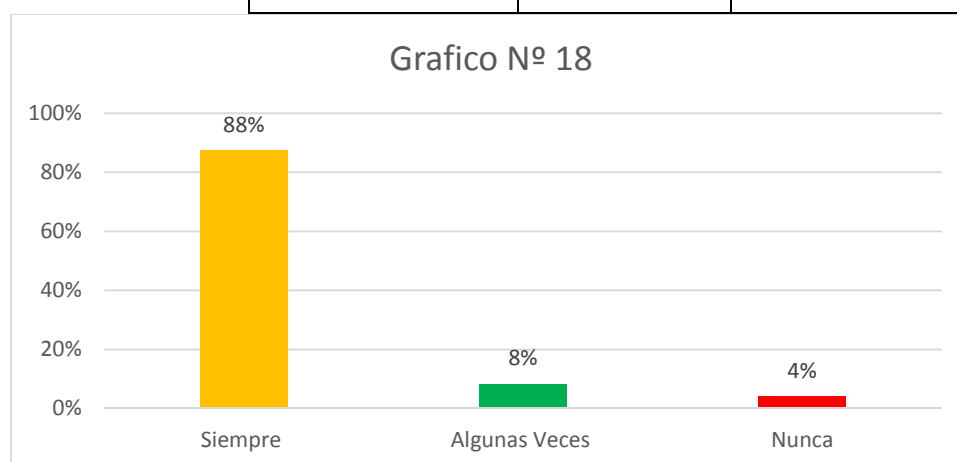
Fuente Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Mediante encuesta podemos observar que el 83% del personal de enfermería siempre realiza control de líquido eliminado al recién nacido bajo peso, el 17% algunas veces. Cabe mencionar que en el control de líquido eliminado se toma en cuenta orina y residuos gástricos.

Tabla N° 18

¿Realiza control de líquidos ingeridos (leche, agua) en el recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	21	88%
Algunas Veces	2	8%
Nunca	1	4%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

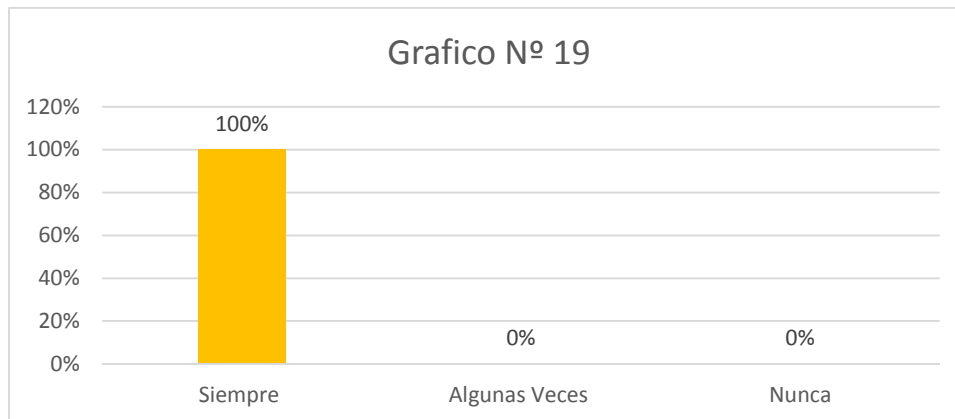
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 88% del personal de enfermería siempre realiza control de líquidos ingeridos en el recién nacido de bajo peso, el 8% algunas veces, y el 4% nunca. Este dato nos permite contribuir al tratamiento médico.

Tabla N°. 19

¿Controla medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

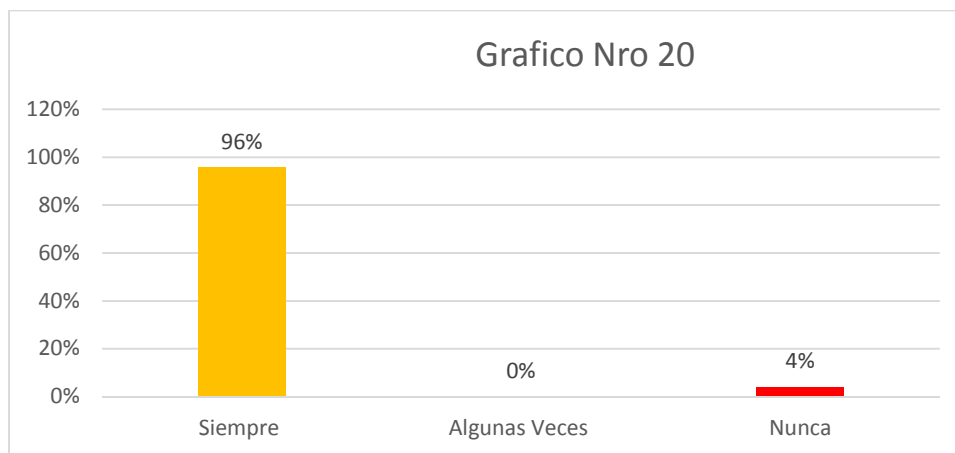
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100% del personal de enfermería siempre controla medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso.

Tabla N° 20

¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	1	4%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

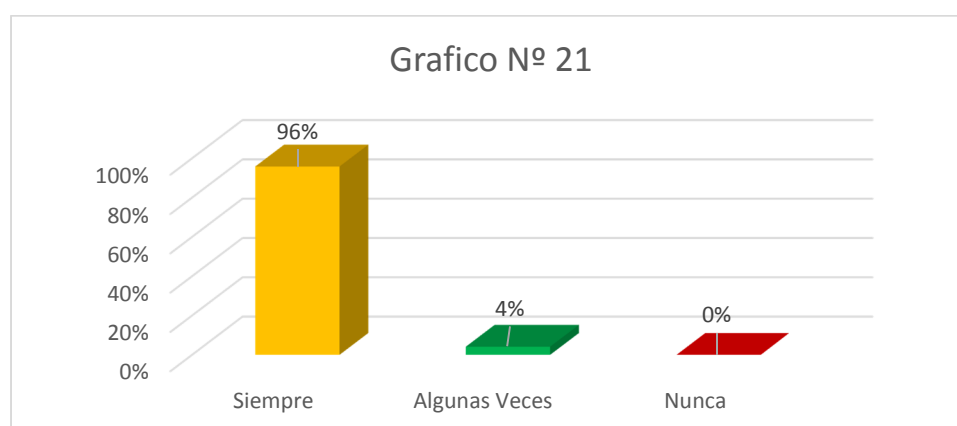
Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) al recién nacido de bajo peso, y el 4% nunca. Valbuena, y Aceros en año 2017 plantean que es perentorio hacer uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), iniciando por la fase de valoración por dominios de salud.

Acciones interdependientes

Tabla N^o. 21

¿Administra antibióticoterapia al recién nacido de bajo peso según indicaciones médicas?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

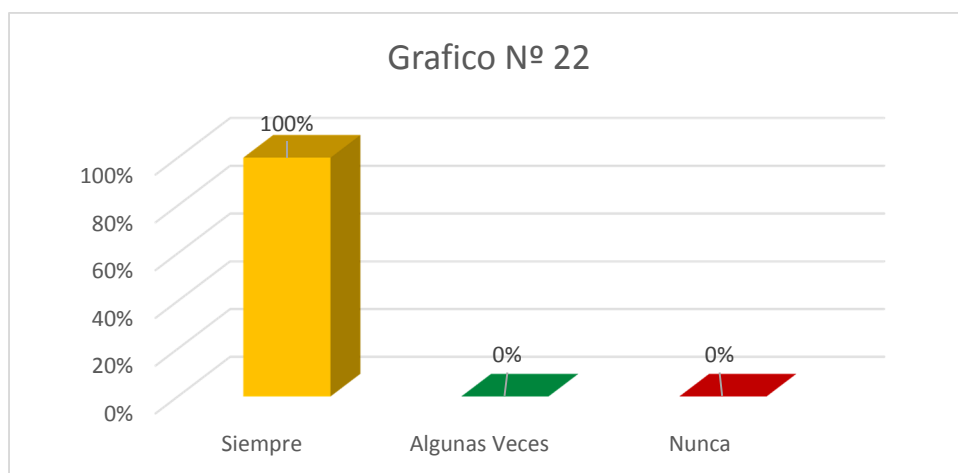
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: Datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre administra antibióticoterapia al recién nacido de bajo peso, y el 4% algunas veces. Dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre Administra antibióticoterapia al recién nacido, teniendo en cuenta las precauciones necesarias para administrar esta medicación y aplicando los 5 correctos, según indicaciones médicas.

Tabla N°. 22

¿Administra líquidos intravenosos según indicaciones médicas?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	100%
Algunas Veces	0	0%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

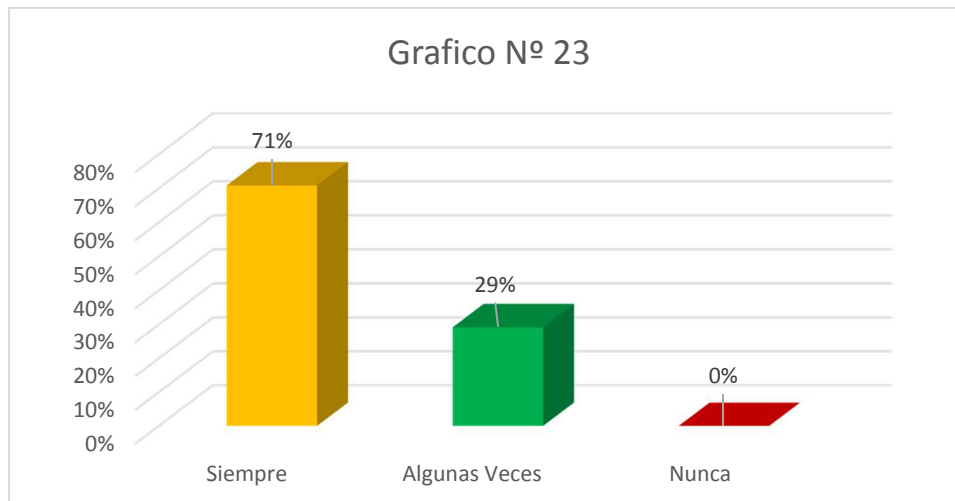
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 100% del personal de enfermería siempre administra líquidos intravenosos según indicaciones médicas en el recién nacido con peso, Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre administra líquidos intravenosos según indicaciones médicas.

Tabla N°. 23

¿Administra nutrición parenteral del recién nacido bajo peso según indicaciones médicas?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	71%
Algunas Veces	7	29%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

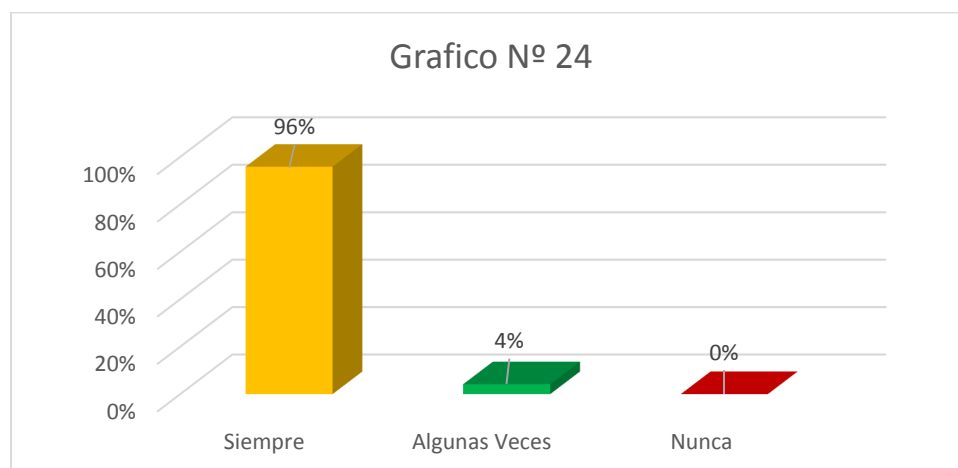
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 71% del personal de enfermería siempre administra nutrición parenteral del recién nacido bajo peso según indicaciones médicas, el 29% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre administra nutrición parenteral del recién nacido bajo peso según indicaciones médicas.

Tabla N° 24

¿Proporciona alimentación oral verificando buena succión del recién nacido bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

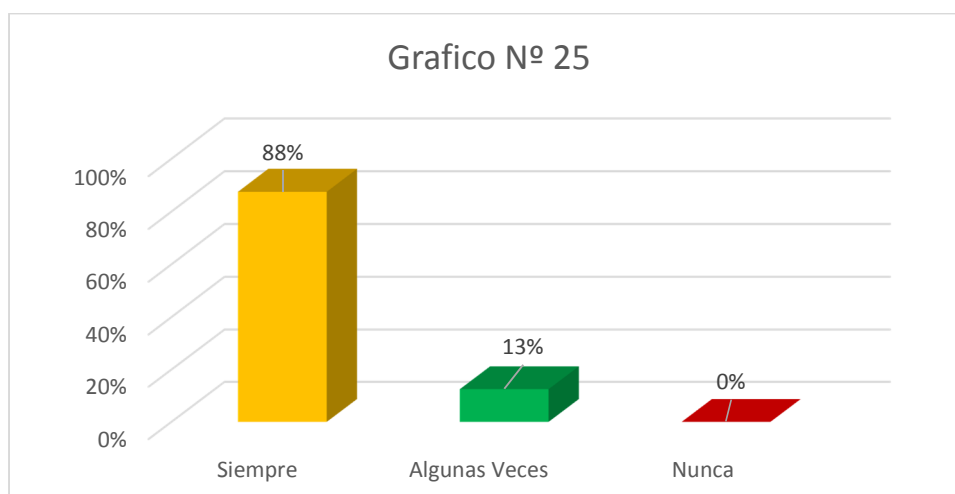
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre proporciona alimentación oral verificando buena succión del recién nacido bajo peso, el 4% algunas veces. Cereceda y Quintana en el 2014 plantean que el no cubrir estas necesidades nutricionales se relaciona a problemas de prematuridad y morbilidad neonatal.

Tabla N°. 25

¿Saca los gases al recién nacido de bajo peso luego de la alimentación?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	21	88%
Algunas Veces	3	13%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

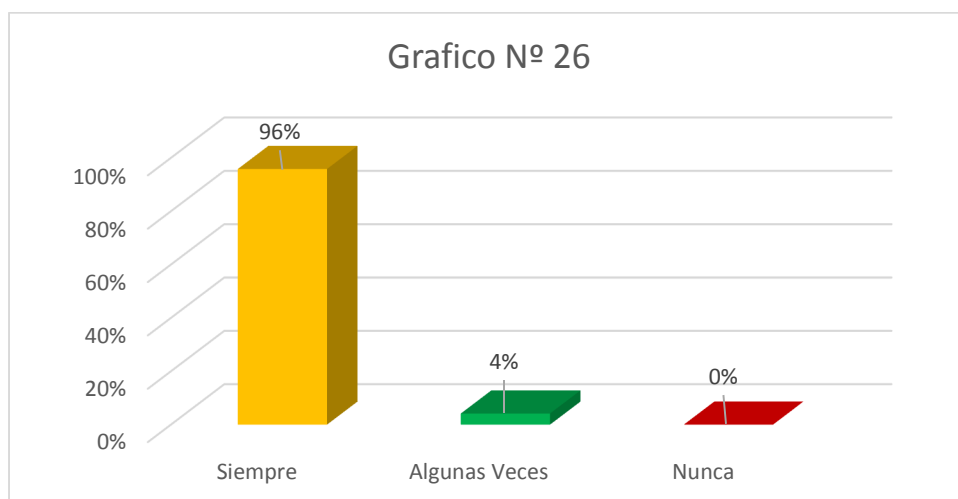
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 88% del personal de enfermería siempre saca los gases al recién nacido de bajo peso luego de la alimentación, el 13% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre saca los gases al recién nacido de bajo peso luego de la alimentación.

Tabla N°. 26

¿Verifica la permeabilidad y funcionabilidad de la sonda cuando la alimentación es por gravedad?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	96%
Algunas Veces	1	4%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

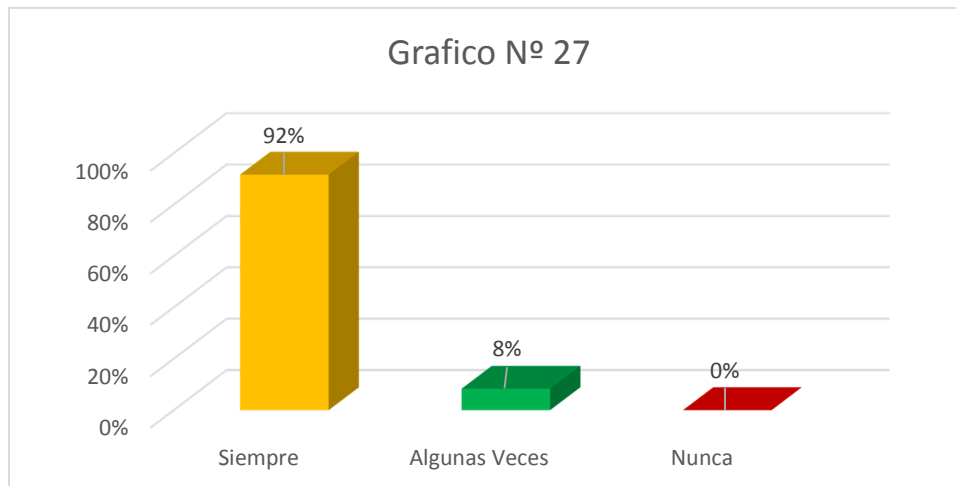
Fuente Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 96% del personal de enfermería siempre verifica la permeabilidad y funcionabilidad de la sonda cuando la alimentación es por gravedad el 4% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre Verifica la permeabilidad y funcionabilidad de la sonda cuando la alimentación es por gravedad para evitar bronca aspiración.

Tabla N°. 27

¿Administra alimentación por sondas oro gástrica por gravedad?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	92%
Algunas Veces	2	8%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

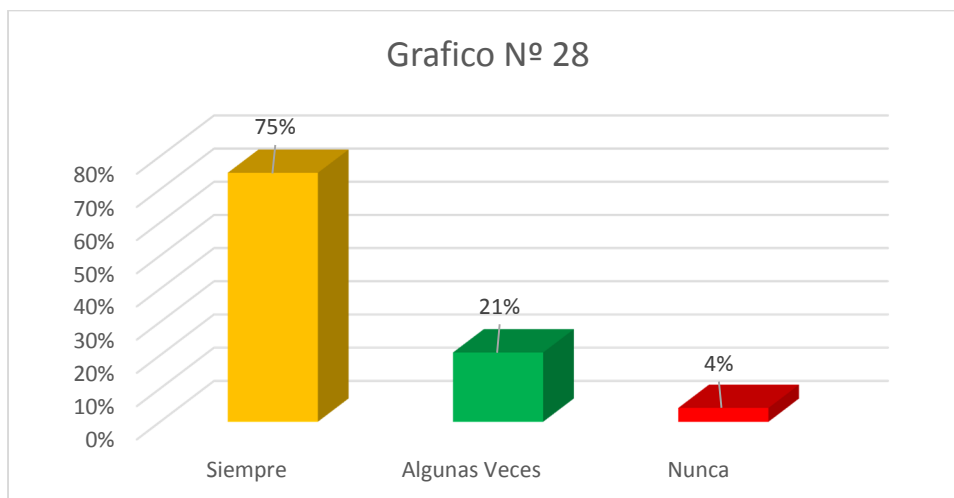
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 92% del personal de enfermería siempre administra alimentación por sondas oro gástrica por gravedad, el 8% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre administra alimentación por sondas oro gástrica por gravedad, verificando la permeabilidad de la sonda y los residuos gástricos, de hecho (Rodríguez, 2014) plantea que la vigilancia y tolerancia digestiva se debe observar la aparición de distensión abdominal, acumulación de restos gástricos, vómitos, tipo y frecuencia de las deposiciones.

Tabla N°. 28

¿Aplica usted rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	75%
Algunas Veces	5	21%
Nunca	1	4%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

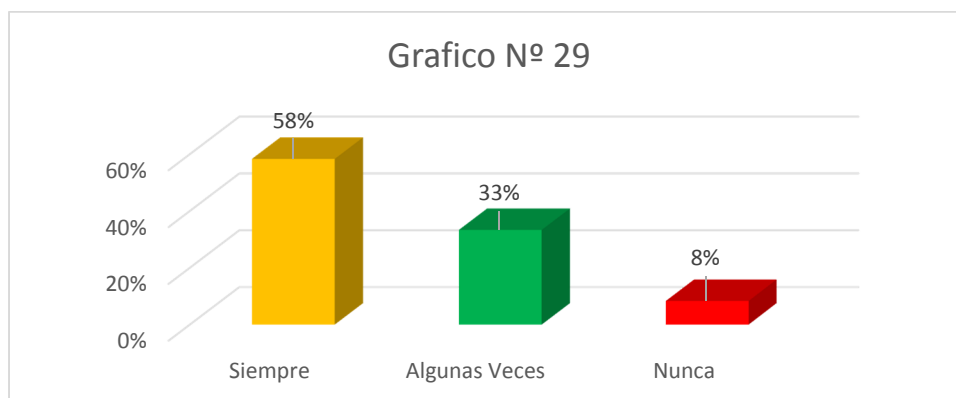
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Análisis e interpretación de resultados Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 75% del personal de enfermería siempre aplica usted rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso, el 21% algunas veces y el 4% nunca. Es de mencionar que el personal de enfermería que labora en el área de neonatología es el que toma las muestras de laboratorio al recién nacido de bajo peso.

Tabla N°. 29

¿Toma muestra de heces para realizar examen de laboratorio “coprocultivo” al recién nacido de bajo peso?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	14	58%
Algunas Veces	8	33%
Nunca	2	8%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

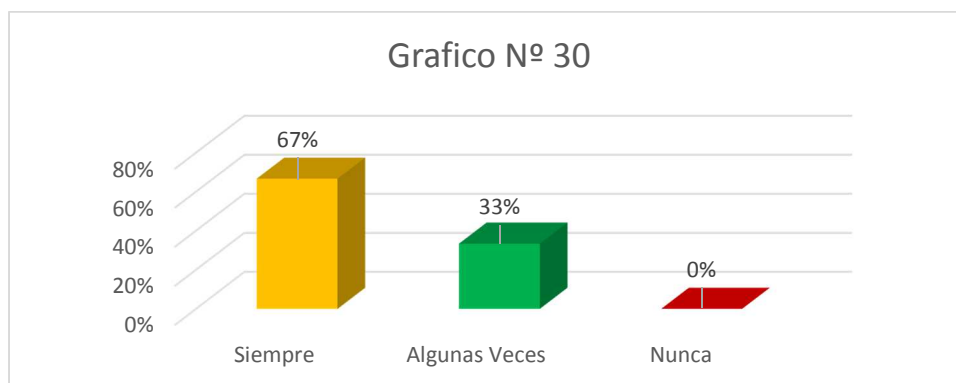
Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 58% del personal de enfermería siempre toma muestra de heces para realizar examen de laboratorio “coprocultivo” al recién nacido de bajo peso, el 33% algunas veces y el 8% nunca. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre toma muestra de heces para realizar examen de laboratorio “coprocultivo” al recién nacido de bajo peso.

Tabla N°. 30

¿Toma muestra de orina al recién nacido de bajo peso con bolsa recolectora para examen de orina?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	67%
Algunas Veces	8	33%
Nunca	0	0%
Total	24	100%



Elaborado por: Orjuela Villa Paula Andrea

Fuente: Servicio de neonatología del HRZ

Interpretación de resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante encuesta podemos observar que el 67% del personal de enfermería siempre toma muestra de orina al recién nacido de bajo peso con bolsa recolectora para examen de orina, el 33% algunas veces. Este dato nos permite concluir que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el área de neonatología siempre toma muestra de orina al recién nacido de bajo peso con bolsa recolectora para examen de orina porque son ellas quienes tienen mayor contacto con los recién nacidos.

CAPITULO III PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON BAJO PESO.

Acciones para elaborar un programa de capacitación relacionado con los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso, dirigido a las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería que labora en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

III.1. Fundamentación del programa de enfermería.

El peso al nacer es uno de los principales factores predictores de la mortalidad infantil y se asocia a cifras elevadas de morbilidad. En los países en desarrollo, los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500g) tienen 200 veces más riesgo de morir, en comparación con los recién nacidos de peso adecuado. El muy bajo y el extremadamente bajo peso al nacer (menos de 1.000g) son causas de secuelas en los niños y de perturbaciones en sus familias. (Castro y col, 2016).

La prevención del bajo peso al nacer (BPN) constituye una prioridad de la salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil. El peso de un niño al nacer es la condición más importante en la posibilidad de sobrevivir, puesto que por debajo de 2500 gramos suele causar la muerte de muchos menores de un año y repercutir en su calidad de vida futura; sin embargo, el número de defunciones aumenta en los países en desarrollo, donde no siempre se realiza la estimación ponderal al nacimiento. (Arzuaga y col, 2012).

La muerte neonatal o materna afecta de manera individual, familiar, social y económica a un sin número de mujeres que están en periodo de gestación, incrementando las pocas probabilidades de vida de cada una de ellas sin tener en cuenta que son una pérdida importante para la sociedad, la mayoría de complicaciones en el embarazo pueden ser evitadas si la gestante y su familia conocen las señales de peligro y es atendida por el equipo de salud de manera inmediata y oportuna de esta manera podemos tener buenos resultados y se van a prevenir más muertes neonatales y maternas.

Tipo de participantes y beneficiarios del programa

El programa de capacitación se dirige a todas las enfermeras/os que laboran en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Lugar de desarrollo y aplicación de la propuesta

La propuesta se plantea en el en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta correspondiente a la zonal 4.

Tiempo

Tiempo de inicio: Cuando sea aprobada por la institución de salud.

Tiempo de fin: Sistematizada.

Equipo técnico responsable: Está formado por el investigador.

III.2. Antecedentes

Mediante encuestas aplicadas en el proceso investigativo del proyecto se comprueba que un alto porcentaje del personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología aplican los cuidados de enfermería adecuados en el recién nacido con bajo peso al nacer, atribuible a los factores de riesgo, factores nutricionales y prenatales relacionados con la gestación, pero esta situación cambiaría mayormente si las capacitaciones al personal que labora en la sala fuera periódica.

III.3. Objetivo General

- Capacitar a las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería que laboran en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, sobre los cuidados de enfermería que se deben aplicar en los recién nacidos con bajo peso.

Objetivos Específicos

- Proporcionar orientación e información al personal de enfermería sobre el manejo del recién nacido con bajo peso.
- Proveer conocimientos y desarrollar habilidades sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso para cumplir con las necesidades requeridas por el neonato.
- Contribuir a elevar y mantener un buen nivel de eficiencia individual y rendimiento colectivo del personal de enfermería en la aplicación de las intervenciones.

Metas

Capacitar al 100% de enfermeras, auxiliares e internos de enfermería que laboran en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Estrategias.

Se utiliza, la metodología bidireccional o directa dirigidos en general a individuos o grupos, entre los que existe un intercambio activo entre el emisor y el receptor, generalmente utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o recursos técnicos, con un enfoque educativo – participativo en el cual las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería una capacitación sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso.

III.4. Metodología del Trabajo

Se elabora la capacitación sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso, dirigido a las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería que deseen participar y acepten firmar un acta de asistencia a la capacitación.

Medios y Materiales Educativos

Medios Y Materiales	Cantidad
Hojas Papel Bond	80
Computadora	1
Proyector	1
Impresora	1
Papelografos	1
Lapiceros	1 Caja
Marcadores	1 Caja

Cronograma de actividades sobre el programa de capacitación dirigido al personal de enfermería sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso.

Cronograma de actividades del programa de capacitación

Cronograma de actividades	Enero				Febrero				Marzo			
	Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Generalidades del bajo peso al nacer												
Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso												
Importancia y manejo de la situación nutricional del recién nacido con bajo peso												

Para la realización del contenido de los temas 1, 2, y 3 se tomó como base el resultado de conocimientos en relación a los cuidados de enfermería del bajo peso al nacer por parte de las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería que laboran en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Cabe mencionar que la capacitación no se logra dar una vez por semana o cada 15 días, en razón que el personal es poco para la demanda de pacientes y no pueden reunirse más seguido, que fuera lo satisfactorio para poder brindar mejores cuidados al recién nacido de bajo peso.



PROGRAMA DE CAPACITACION

**RELACIONADO CON EL BAJO PESO AL NACER PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
LABORA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO DE MANTA.**



CONTENIDO

Presentación

Justificación

Introducción

Actividad # 1

Generalidades del bajo peso corporal de neonatos.

Actividad # 2

Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso

Actividad # 3

Importancia y manejo de la situación nutricional de la materna y el recién nacido con bajo peso

Presentación

Las capacitaciones de salud son estrategias utilizadas dado que estos poseen un efecto beneficioso sobre el personal de salud a quien va dirigido ya que adquieren conocimientos habilidades y destrezas sobre los cuidados que estos aplican a los recién nacidos.

La asistencia prenatal es un factor esencial para prevenir nacimientos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud de la madre y del feto. Dado que la nutrición materna y el aumento de peso están relacionados con el aumento de peso del feto y el peso al nacer, es esencial tener una dieta saludable y ganar una cantidad de peso adecuada durante el embarazo. Las madres también deben evitar el alcohol, cigarrillos y drogas ilegales, que puede contribuir a un crecimiento fetal deficiente, entre otras complicaciones. (Lucile, 2018)

Dicho programa de capacitación constituye factor importante para que las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería, brinden intervenciones de calidad dirigidas a la recuperación de la salud en el medio de trabajo asignado, ya que es un proceso constante que busca la eficiencia y la mayor productividad en el desarrollo de sus actividades, así mismo contribuye a elevar el rendimiento, la moral y el ingenio creativo del personal de salud.

Justificación

Teniendo en cuenta que el bajo peso en el recién nacido constituye un problema de salud pública, por las complicaciones que provoca, siendo uno de los principales factores con mayor prevalencia en la mortalidad infantil, por lo tanto está asociada a cifras elevadas de morbilidad infantil disminuyendo las probabilidades de súper vivencia en el neonato, se realiza un programa de capacitación educativo en donde el personal de enfermería tiene un protagonismo importante en el desarrollo del mismo.

Cuando se pierde la vida de un neonato y una madre son pérdidas irreparables para su familia y la sociedad, por lo tanto, es de suma importancia la intervención oportuna del personal de enfermería aplicando sus conocimientos y saberes orientados a mejorar la calidad de vida y aumentar la probabilidad de supervivencia con el fin de disminuir cifras estadísticas sobre la muerte materna y fetal que directa e indirectamente afecta a toda la sociedad.

Introducción

A través de esta investigación se plantea una capacitación con la finalidad de reforzar la formación de conocimientos sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso, desarrollando habilidades y destrezas para mejorar la calidad de trabajo aumentando la calidad de vida y salud del recién nacido con bajo peso.

Reforzando los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso, permite que el personal de enfermería mejore sus técnicas de intervención desarrollando destrezas y habilidades enfocadas única y exclusivamente en la salud y supervivencia del neonato, teniendo en cuenta que en la recuperación del recién nacido también está comprometida la madre aportando su amor y lactancia materna para satisfacer las necesidades alimentarias que requiere el neonato.

Además, se toma en cuenta la revisión de varios conceptos que determinan que el personal de enfermería debe estar actualizando periódicamente sus conocimientos, teniendo en cuenta que estos influyen en la capacidad de participación e intervención en la aplicación de los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso, modificando cada vez más nuevas técnicas que se adopten para mejorar la salud y calidad de vida de los neonatos.

Actividad # 1

Tema: Generalidades del bajo peso corporal de neonatos.

Duración: 35 minutos

Objetivos:

1. Proporcionar información acerca del bajo en el recién nacido, en que consiste, su evolución, sus riesgos y pronóstico.
2. Explicar las diferentes consideraciones generales como: cuál es el peso normal del recién nacido, cuándo se considera bajo peso al nacer, y las categorías de clasificación de recién nacidos de bajo peso.



Contenido: Consideraciones generales sobre el bajo peso en el recién nacido.

Desarrollo

Bajo peso al nacer

Según la Organización Mundial de la Salud, el recién nacido de bajo peso es aquel niño con un peso menor de 2,500 gramos al nacer; esta medición debe realizarse al momento de nacer o



dentro de las primeras horas de vida para que sea válido.

Los niños prematuros muchas veces tienen bajo peso al nacer, pero hay niños que, aunque nacen a término, por algún problema del crecimiento fetal, pesan menos de 5 libras y 7 onzas y tienen una

longitud menor de la que se esperaba para su edad gestacional.

Un bebé con bajo peso al nacer puede correr un mayor riesgo de complicaciones. El pequeño cuerpo del bebé no es tan fuerte y puede ser más difícil que coman, ganen peso, y combatan infecciones. Dado que tienen tan poca grasa en el cuerpo, los bebés con bajo peso al nacer normalmente tienen dificultades para mantenerse calientes en temperaturas normales. (Stanford Lucile, 2018)

Dado que muchos bebés con bajo peso al nacer también son prematuros, puede ser difícil separar los problemas debido a la prematuridad de los problemas de solo ser tan pequeño. Generalmente, cuánto menor es el peso al nacer, mayor es el riesgo de complicaciones.

Los siguientes son algunos de los problemas más comunes de los bebés de bajo peso al nacer:

- ✓ Bajos niveles de oxígeno al nacer
- ✓ Incapacidad de mantener la temperatura corporal
- ✓ Dificultad para alimentarse y ganar peso
- ✓ Infecciones
- ✓ Problemas para respirar, como el síndrome de insuficiencia respiratoria en bebés (una enfermedad respiratoria de la prematuridad causada por pulmones inmaduros)
- ✓ Problemas neurológicos, como hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro)
- ✓ Problemas gastrointestinales, como enterocolitis necrotizante (una enfermedad grave del intestino que es común en bebés prematuros)
- ✓ Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (Stanford Lucile., 2018)

Clasificación del recién nacido

Según (Gómez y col, 2012) De acuerdo a la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en:

- ✓ **Recién nacido pretérmino:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- ✓ **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- ✓ **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- ✓ **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- ✓ **Recién nacido postérmino:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Clasificación del recién nacido según su peso

Por otro lado (Gómez y col, 2012) también establecieron que de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

- ✓ **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

- ✓ **De bajo peso (hipotrófico):** Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- ✓ **De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- ✓ **De peso alto (hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

Actividad # 2

Tema: Cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso

Duración: 30 minutos.

Objetivos:

1. Actualizar los conocimientos del personal de enfermería con el fin de que sean aplicados en el recién nacido con bajo peso, aumentando su calidad de vida y salud.



2. Favorecer la participación de las enfermeras, auxiliares e internos de enfermería en el proceso de recuperación del recién nacido.

Contenido: cuidados de enfermería que deben aplicarse al recién nacido con bajo peso.

Desarrollo

Los servicios de Enfermería son cada vez más necesarios para responder a las demandas de salud y calidad de vida de la población. En los cuidados neonatales la Enfermería ha adquirido una importante relevancia ya que debe proporcionar cuidados aplicando conocimientos y técnicas específicas de la profesión en la especialidad. Los neonatos son individuos diferentes a niños de mayor edad y al adulto, tanto fisiológica como psicológicamente y un buen cuidado de enfermería permite atender mejor sus necesidades especiales. (Rodríguez, 2014).

Cuidados para medir signos vitales

- ✓ Preferentemente el recién nacido debe mantenerse cardiomonitoreado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno y tensión arterial).
- ✓ Para el control de la temperatura corporal se colocará un sensor cutáneo. En otros casos cuando no existan sensores cutáneos la medición de la temperatura corporal axilar se va a realizar con termómetro cada 2 horas o según indicación médica. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para proteger la piel

- ✓ Al utilizar esparadrapo debe ser del menor tamaño posible, preferentemente de un tipo especial. Al retirarlo humedecerlo previamente con agua destilada tibia o aceite.
- ✓ Para instalar el sensor del saturómetro de oxígeno colocar protector de gasa previamente a la colocación directa del esparadrapo en piel y así evitar las lesiones.
- ✓ Durante la fijación de la sonda nasogástrica y el tubo endotraqueal se deben utilizar esparadrapos pequeños tratando de dañar la piel lo menos posible.
- ✓ Se deben realizar cambios posturales frecuentes para favorecer la circulación y evitar úlceras.
- ✓ Masajes suaves en los puntos de apoyo del recién nacido favorecen la circulación.
- ✓ Evitar fuentes de calor muy intensas, que pudieran quemar al neonato. Cuidados para (Rodríguez, 2014)

Evitar ruidos e iluminación excesiva

- ✓ Hay que mantener al recién nacido en un ambiente de semioscuridad, para facilitar el sueño y reducir el estrés.
- ✓ Esto se puede conseguir colocando cobertores encima de la incubadora y manteniendo la mínima iluminación necesaria para permitir el trabajo que se esté realizando.
- ✓ Para disminuir la intensidad de los ruidos se realizará como medidas: cerrar las puertas de la incubadora suavemente, disminuir la intensidad del sonido de las alarmas, evitar las conversaciones alrededor del recién nacido; se colocarán mantas sobre las incubadoras, que no sólo lo protegen de la luz, sino que también amortiguan los ruidos para establecer de este modo periodos de horas tranquilas. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para la manipulación mínima

- ✓ Se debe evitar el exceso de estimulación sensorial y la salida de la incubadora innecesariamente, manipulando siempre al recién nacido de forma lenta y suave, los masajes y la estimulación cutánea con golpeteos en el prematuro no deben realizarse pues pueden desencadenar respuestas fisiológicas tan intensas como el propio estímulo doloroso.



- ✓ Es importante intentar que las exploraciones, toma de muestras y otras manipulaciones coincidan en el tiempo y se establezcan así los periodos de sueño, para permitir la organización del sistema nervioso central del recién nacido. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para el posicionamiento adecuado del recién nacido

- ✓ Colocar al recién nacido en posición prona y en flexión, con un soporte alrededor del cuerpo que simule los límites físicos impuestos por las paredes uterinas en el periodo fetal (realizar un nido).
- ✓ Si el recién nacido permanece dentro de la incubadora desprovisto de estos límites, aumenta su irritabilidad, actividad motora y gasto calórico.
- ✓ La posición en extensión, contraria a la que mantiene durante la gestación, dificulta la evolución motora del niño.
- ✓ La posición prona permite la flexión, facilita el sueño, mejora la oxigenación, la ventilación y el patrón respiratorio y facilita el control de la temperatura, ya que la superficie expuesta es menor. (Rodríguez, 2014)

Cuidados para la alimentación

- ✓ La alimentación de estos recién nacidos se inicia dependiendo de las condiciones en las que se encuentre, preferentemente después de las 24 horas de vida con leche materna exclusiva, debe colocarse una sonda orogástrica fija la cual servirá para alimentarlo.
- ✓ El cambio de la sonda se realizará cada 12 horas.
- ✓ Debe realizarse vigilancia estricta y evaluar los residuos gástricos una vez iniciada la vía oral.

- ✓ Durante la vigilancia de la tolerancia digestiva se debe observar la aparición de distensión abdominal, acumulación de restos gástricos, vómitos, tipo y frecuencia de las deposiciones. (Rodríguez, 2014)

Cuidados a explicar a los Padres

- ✓ Se mantendrá informado a los padres del estado del recién nacido aclarando sus miedos y dudas, utilizando un lenguaje sencillo y claro.
- ✓ El equipo de Enfermería fomenta las relaciones entre el recién nacido y los padres a través del contacto táctil de los padres con el recién nacido y la aplicación del método piel a piel (método realizado por ambos padres). (Rodríguez, 2014)



Cuidados para aliviar el dolor durante los procedimientos

- ✓ El equipo de Enfermería desempeña un papel importante para favorecer el bienestar y el desarrollo de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), aplicando intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor asociado a los procedimientos.
- ✓ El objetivo de realizar estas intervenciones radica en mejorar el confort, reducir el estrés, aliviar el dolor de los recién nacidos y ofrecer cuidados específicos ante situaciones que pueden provocar dolor en el recién nacido.
- ✓ Las Medidas no farmacológicas para el manejo del dolor se refieren a las intervenciones ambientales, preventivas y conductuales que realiza el equipo de Enfermería.
- ✓ Las medidas preventivas incluyen aquellas dirigidas a evitar procedimientos dolorosos innecesarios o minimizarlos.
- ✓ Las Medidas ambientales incluyen aquellas destinadas a modificar el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para permitir el desarrollo emocional del niño, la organización de su sistema nervioso y la vinculación afectiva con sus padres.
- ✓ Las medidas conductuales incluyen aquellas que van desde administrar solución de sacarosa hasta aplicar el método piel a piel por los padres y calmar al neonato durante un proceder que origine dolor. (Rodríguez, 2014)

Otras de las técnicas que son aplicadas por el equipo de Enfermería (medidas conductuales) para favorecer la disminución del dolor y calmar al neonato después de la realización de un proceder doloroso incluyen:

- ✓ **Succión no nutritiva:** La colocación de un chupete en la boca del niño para estimular la conducta de succión lo cual también disminuye la respuesta al dolor en el recién nacido. Se cree que el mismo podría estar relacionado con la liberación de serotonina que modula la transmisión y procesamiento de los estímulos dolorosos.
- ✓ **Restricción del recién nacido:** La técnica se basa en limitar los movimientos del neonato, manteniendo los brazos y las piernas en una posición flexionada, cerca del tronco, simulando el ambiente uterino lo cual proporciona contacto físico y evita la activación de los reflejos del recién nacido que le causan sobresalto y malestar. Esta técnica es muy útil para inducir la relajación y aliviar el dolor en los neonatos.
- ✓ **Técnica de Harrison:** El objetivo a alcanzar por Enfermería al realizar esta técnica es la de proporcionar una interacción táctil con el niño. Al colocar una mano en la cabeza y otra en la parte inferior de la espalda y nalgas o el abdomen del recién nacido se procura proporcionar solamente contacto y no estimulación intermitente. Se ha demostrado que esta técnica disminuye la actividad motora y favorece el sueño tranquilo. (Rodríguez, 2014)

Actividad # 3

Tema: Importancia y manejo de la situación nutricional materna y el recién nacido con bajo peso

Duración: 30 minutos.

Objetivos:

1. Favorecer un adecuado aumento de peso fetal y materno, mediante una alimentación adecuada durante el periodo de gestación.
2. Aplicar un manejo adecuado al recién nacido según su necesidad alimentaria

Contenido: Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo

Desarrollo

La alimentación tiene un papel fundamental en el desarrollo del futuro bebé durante el embarazo y la lactancia. Inmediatamente después de la concepción, el organismo materno inicia una serie de procesos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos de adaptación que requieren el incremento de las necesidades nutricionales para la gestación y lactancia. El no cubrir estas necesidades nutricionales se relaciona a problemas de prematuridad y morbimortalidad neonatal. (Cereceda y Quintana, 2014).

Energía: La alimentación de la gestante debe proveer la energía para asegurar el parto a término de un recién nacido saludable de tamaño adecuado y de una composición corporal adecuada para una mujer cuyo peso, composición corporal y nivel de actividad física son consistentes con la buena salud y bienestar a largo tiempo. Por otro lado, la OMS recomienda una ingesta adicional de 285 kcal/día para las mujeres que conservan su grado de actividad física, y para aquellas que reducen dicha actividad es 200 kcal/día ⁽⁴⁾. Las necesidades de energía van a depender de los depósitos de grasa materna al momento de la concepción. (Cereceda y Quintana, 2014)



Proteínas: La FAO/OMS/NU, 1985, recomiendan un incremento de 1,3, 6,2 y 10,7 g/día de dosis inocua de proteínas, durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente, o un promedio de 6 g/día para todo el embarazo. Las proteínas deben representar entre el 15 y 25% del aporte calórico total, lo que no es difícil cubrir. Lo difícil de cubrir son las proteínas de alto valor biológico, por lo que se hace necesario el incremento del consumo de alimentos de origen animal que brindan un aporte significativo de aminoácidos esenciales. (Cereceda y Quintana, 2014).

Grasas: El consumo de grasas es importante no solo como fuente energética y de ácidos grasos esenciales, sino también para facilitar el transporte de las vitaminas liposolubles. Se estima que las grasas aporten entre 20 y 25% a la energía dietaria de la gestante. La dieta de la gestante debe asegurar un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, incluyendo los ácidos linoléico y linolénico, los cuales se encuentran principalmente en el aceite de semillas, yema de huevo, carne, pescado y mariscos. (Cereceda y Quintana, 2014).

Carbohidratos: Se estima que los carbohidratos aportan entre 50 y 70% de la energía dietaria. En el país no se presenta déficit en su ingesta. Todo lo contrario, los alimentos fuentes como pan, fideos, galletas, arroz y otros cereales son de consumo masivo y en algunos grupos de población supera el 70%, como lo señala el estudio realizado por el CENAN-INS 2003. Es importante que los alimentos sean ricos en carbohidratos complejos (almidones y fibra) y menos del 10% en forma de azúcares simples. Son fuentes en carbohidratos complejos los cereales como quinua, kiwicha, arroz, maíz; tubérculos como la papa, camote, yuca; las leguminosas como lentejas, frejol, garbanzos. (Cereceda y Quintana, 2014).

Fibra dietaria: El incremento en los niveles de progesterona durante el embarazo provoca una relajación en la musculatura del tubo digestivo, que explica la presencia de síntomas como las náuseas, los vómitos, la pirosis postprandial y el estreñimiento. Por lo que el consumo de alimentos fuente de fibra es recomendable durante este período que, aunado a la ingesta incrementada de agua, estimulan la evacuación intestinal. Los alimentos fuente de fibra dietaria son las verduras y frutas crudas; los cereales y leguminosas con sus envolturas o cáscaras. (Cereceda y Quintana, 2014).

Hierro: La ingesta dietética recomendada (IDR) de hierro es de 27 mg/día, que usualmente no puede ser cubierta con aporte dietario, haciéndose necesaria su suplementación. La OMS recomienda la suplementación diaria con hierro durante el embarazo, como parte de los cuidados estándar en la población con riesgo de deficiencia en hierro. Estudios nacionales revelan que el consumo de hierro es deficitario en las dietas de la mujer peruana y que en su mayor parte es de origen vegetal. A esto se suma que la absorción de hierro se ve interferida por el acompañamiento en las comidas de bebidas como té café, mates e infusiones, que actúan como inhibidores de la absorción de hierro. (Cereceda y Quintana, 2014).

La deficiencia de hierro está asociada con parto prematuro, peso bajo al nacer y mayor riesgo de la mortalidad materna. Es sumamente importante elevar las reservas férricas del feto, quien almacena el hierro durante los dos últimos meses de gestación, de tal manera que le permita utilizar dichas reservas hasta los primeros seis meses de nacido, y no se agote antes ocasionándole deficiencia de este mineral y posterior anemia, enfermedad carencial con consecuencias irreversibles. El Dr. Richard Horton, Jefe Editor de la Revista TheLancet, añade que: "Lo que se hace correcta o incorrectamente en la nutrición de los niños y las niñas en los primeros 1 000 días que van desde la concepción hasta los dos años, tiene implicaciones permanentes e irreversibles en la vida. (Cereceda y Quintana, 2014).

Calcio: Durante el embarazo se producen modificaciones que ayudan a satisfacer las necesidades de calcio, incrementando la absorción intestinal, disminuyendo las pérdidas por orina y heces y facilitando su paso a través de la placenta, así como incrementando la movilización ósea. Pero, si la dieta es deficitaria en calcio, el feto puede tomar el calcio de los huesos de la madre. La madre menor de 25 años y principalmente la adolescente, tienen mayor riesgo, dado que sus huesos no han alcanzado la densidad apropiada. El calcio que se recomienda durante el embarazo en adultas son de 1 000 mg/día, y para las adolescentes de 1 300 mg/día. Es recomendable que el aporte extra sea cubierto con productos lácteos, en lugar de suplementos medicamentosos. (Cereceda y Quintana, 2014).

Zinc: La ingesta insuficiente de zinc está asociada con peso bajo al nacer y parto prematuro. Durante el embarazo hay mayor absorción intestinal. Pero, algunas madres tienen riesgo de deficiencia cuando, además de tener un consumo bajo del mismo, la dieta es alta en fibra, o si paralelamente tiene un alto consumo de calcio o de hierro suplementario o sufre de enfermedades gastrointestinales que van a disminuir su absorción. Los alimentos fuentes de este mineral son principalmente mariscos, carnes, vísceras rojas, huevos y cereales integrales. (Cereceda y Quintana, 2014).

Vitamina D: Es esencial en el metabolismo del calcio. La placenta produce vitamina D que favorece el transporte transplacentario del calcio. Las IDRs son similares a la de la mujer normal, 5 µg/ día. No olvidar que la fuente principal de esta vitamina es la luz solar, por lo que, con una exposición regular al sol, se puede aportar cantidades suficientes. Hay pocos alimentos fuentes naturales ricas en vitamina D, como los pescados grasos y la yema de huevo; también se encuentra en la leche. Actualmente, las leches evaporadas son enriquecidas con esta vitamina. (Cereceda y Quintana, 2014).

Vitamina A: Sus funciones están relacionadas con el sostenimiento de la reproducción humana, con el mecanismo de la visión y la función inmune. Es muy importante en el desarrollo embrionario y es esencial para el crecimiento y protección de las mucosas. En la deficiencia subclínica habría una alteración inmunológica que predispone a adquisiciones de infecciones respiratorias y diarreas. Su deficiencia se asocia con incremento de la mortalidad materna. Son fuentes de esta vitamina el hígado, huevo y leche; y, como beta caroteno (provitamina A), las frutas y verduras de colores amarillo, anaranjado y verde oscuro. (Cereceda y Quintana, 2014).

Ácido fólico: La deficiencia de folato durante el período temprano del embarazo está asociada con la incidencia incrementada de defectos del tubo neural y con anomalías cardíacas congénitas. Actualmente, se considera que toda mujer que está planeando un embarazo debería tomar suplementos de ácido fólico. Se recomienda un adecuado consumo de ácido fólico al menos un mes antes de la gestación y durante los tres meses siguientes, en un embarazo planificado. Sus fuentes son carnes y vísceras rojas, pescados, yema de huevo, leguminosas, hojas verde oscuras, brócoli, maní, betarraga cruda, palta. La biodisponibilidad del folato de diferentes fuentes dietarias también es diferente, va desde 2,9 a 72,2%; depende de la acidez gástrica, de la preparación del alimento y de la exposición a la oxidación. (Cereceda y Quintana 2014).

Requerimientos nutricionales en el recién nacido con bajo peso al nacer

Cada año nacen más de 20 millones de niños con un peso inferior a 2500 g, el 96% de ellos en países en desarrollo. Estos lactantes con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morbilidad neonatal. El bajo peso al nacer se debe en la mayoría de los casos al parto



prematureo, a un tamaño pequeño para la edad gestacional, o a ambos. Las intervenciones dirigidas a mejorar la alimentación de los lactantes con bajo peso al nacer tienden a mejorar su salud y bienestar inmediatos y a largo plazo, y repercuten considerablemente sobre los niveles de mortalidad neonatal e infantil en la

población. La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. (OMS, 2019)

La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de

Aporte de proteínas requerido según peso corporal	500-1200 g	1201 - 1500 g	1501-1800 g
Parenteral	3,5 g/kg/día*	3,4 g/kg/día*	3,2 g/kg/día*
Enteral	4 g/kg/día*	3,9 g/kg/día*	3,6 g/kg/día*
Gramos de proteínas/100 kcal Parenteral	3,9 - 3,5	3,1	2,9
Gramos de proteínas/100 kcal Enteral	3,8 - 3,4	3,1	2,8

la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo

para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. Los datos indican que si la lactancia materna comienza el primer día de vida produce una reducción significativamente mayor del riesgo de mortalidad neonatal que si comenzara más de 24 horas después del nacimiento.

Aportes de proteína y energía necesarios para lograr una ganancia de peso semejante a la del feto de referencia

Implicancias prácticas en la administración parenteral de aminoácidos

- Iniciar con dosis de 2 a 3 g/kg/día dependiendo del acceso venoso. Si se dispone de una vía central, aportes de 3 g/kg/día se toleran bien desde el primer día de vida.²⁸
- Incrementar hasta una dosis máxima de 4,5 g/kg/día, hasta llegar a la dosis máxima sugerida antes del quinto día de vida.

Estos aportes, en general, no aumentan las alteraciones metabólicas, como acidosis e hiperamoniemia con las soluciones disponibles actualmente. Los niños de menor edad gestacional pueden presentar niveles mayores de nitrógeno ureico, indicando una función renal más inmadura y/o alteraciones en el estado de hidratación. En pacientes con compromiso de la función renal se deben considerar aportes menores de aminoácidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cereceda y Quintana (2014) Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.2 obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a09v60n2.pdf>
- Organización Mundial De La Salud OMS (2017) obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial De La Salud OMS (2019) Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/supplementary_feeding/es/
- Rodríguez, (2014). Cuidados de Enfermería para la atención del recién nacido de bajo peso, Revista Uruguaya de Enfermería, mayo de 2014, 9(1) 23 <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/36/0>.
- Stanford, Lucile (2018) obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bajopesoalnacer-90-P05491>
- Soto y cols (2010) Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer Vol. II, no. 3 obtenido de www.medigraphic.org.mx
- Nutricion del niño prematuro (2015) obtenido de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000709cnt-2015-10_nutricion-del-ninio-prematuro.pdf

CONCLUSIONES

- En relación a los criterios teóricos, epistemológicos de este trabajo investigativo, se identifica que el recién nacido con bajo peso está expuesto a diversos cambios en la atención dependiendo de la patología de base con la que haya nacido o con los factores predisponentes que haya tenido su progenitora en la etapa de gestación.
- En base a los resultados obtenidos en la encuesta se pudo constatar que existe un déficit en la atención del recién nacido con bajo peso por parte del personal de enfermería teniendo en cuenta que no actualizan sus conocimientos, y no tiene establecido un protocolo donde estén instaurados los cuidados de enfermería por cada patología que este asociado al bajo peso del recién nacido.
- Mediante la propuesta planteada del programa de capacitación dirigido al personal de enfermería se busca realizar una retroalimentación sobre los cuidados que deben aplicar en el recién nacido de bajo peso, con el fin mejorar su calidad de vida y motivar al personal de enfermería para que se capaciten constante mente y poder brindar una atención de calidad al paciente.

RECOMENDACIONES

- Realizar programas de capacitación constantemente dirigidas al personal de enfermería sobre la atención al recién nacido.
- Requerir una especialidad al personal de enfermería que labore a las áreas de neonatología para mejorar el manejo del recién nacido con diferentes patologías.
- Evaluar periódicamente los conocimientos del personal de enfermería y asignar funciones de acuerdo a ellos.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Aguila Abreu Claudia* Dunia Martínez Díaz ** Mariam Manzanarez 2011. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, obtenido de <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2012/03/bajo-peso-al-nacer.pdf> consultado el 7 de enero 2019
2. Boguszewski; M, V, Meric; Ignacio Bergada; D, Damiani; A, Belgorosk, P, Gunczler; Teresa, Ortiz; Mauricio, Llano; Horacio M. Domene; Raúl Calzada León; Armando Blanco; M, Barrientos; P, Procel; Lanes; O, Jaramillo; (2012) Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional Revista Chilena de Pediatría Volumen 83 - Número 6 obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v83n6/art14.pdf> Consultado el 20 de octubre 2018
3. Castro D; Salas D; Acosta A; Delgado-N; Calvache, (2016) Muy bajo y extremo bajo peso al nacer: Vol. 49 Núm. 1 Obtenido de <http://revista.pediatria.org/rp/article/view/29>. Consultado el 25 de noviembre 2018.
4. Cereceda B; Quintana S; (2014) Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.2 obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a09v60n2.pdf>. Consultado el 30 de octubre 2018.
5. Chávez Á; Smeke B; Rodríguez M; Bermúdez R; Restrepo; (2011) Estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido Vol. 56, Núm. 3 obtenido de www.medigraphic.org.mx. Consultado el 31 octubre 2018.
6. Fernández G; Rodríguez P; González de la Oliva; Pérez V; Ortega F; (2017) Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo Vol. 43, Núm. 2 obtenido de <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/203/147>. Consultado el 13 de enero 2019.
7. Fonseca, G; Reyes, G; Álvarez, S; (2012) Estrategia de Intervención de Enfermería en recién nacidos bajo peso. Multimed 2012; 16(1). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2012/mul1211.pdf>. Consultado el 29 noviembre 2018.
8. Gala V; Crespo Me; García D; Bertrán B; Valón R; (2010), Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, MEDISAN v.14 n.2. obtenido de

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201000020001 consultado el 5 enero 2019.
9. Gómez G; Danglot Banck; Aceves G; (2012) Clasificación de los niños recién nacidos Vol. 79, Núm. 1 Obtenido de www.medigraphic.org.mx Consultado el 20 de octubre 2018.
 10. Hernández R., Fernández, C., Baptista, P., Metodología de la investigación. (2017) p 374. México. Editorial McGraw-Hill. Interamericana de México. 9 de febrero consultado el 2019.
 11. Hurtado I; Rodríguez C; Navarro M; Camacho C; Nieves V; (2014) Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico revista prospectiva Vol. 13, núm. 1 obtenido de <http://dx.doi.org/10.15665/rp.v13i1.362> consultado el 11 de noviembre 2018.
 12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2014) <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-201/> consultado el 23 de octubre 2018.
 13. Marina Mata, M; Salazar B; Herrera P; (2009) Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (1): 45-54 Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24958>. Consultado el 8 de diciembre 2018.
 14. Maturell C; Muñoz V; Cuevas A; Lalondrys P; Maceira V; (2014) Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer MEDISAN vol.18 no.11 Santiago de Cuba obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029 consultado 5 enero 2019.
 15. Montesinos, C; (2014) Crecimiento y antropometría Acta pediatri. Méx vol.35 no.2 obtenido http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-2391201400020001. Consultado el 12 de diciembre 2018.
 16. Organización Mundial De La Salud (OMS, 2017) obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua= consultado el 17 de diciembre 2018.
 17. Pérez R; Sánchez A; (2010) Consideraciones epidemiológicas del recién nacido vivo de bajo peso. Vol 37. Núm. 3. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-consideraciones-epidemiologicas-del-recien-nacido-S0210573X0900152>. Consultado el 25 enero 2019.

18. Pérez M; Basain V; Calderón Ch; (2018) Factores de riesgo del bajo peso al nacer Acta Médica del Centro / Vol. 12 No. 3 obtenido de <http://www.revactamedicacentro.sld.cu> Consultado el 24 enero 2016.
19. Quintero P; Pérez M; Quintero R; (2017) Comportamiento del bajo peso al nacer. Vol. 43, Núm. 1 Obtenido de: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/152/118>. Consultado el 14 de enero de 2019
20. Rodríguez, R; (2014). Cuidados de Enfermería para la atención del recién nacido de bajo peso, Revista Uruguaya de Enfermería, mayo de 2014, 9(1) <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/36/0> consultado el 6 de enero 2019.
21. Rodríguez Campo, y Valenzuela Suazo (2012) Enferm. glob. vol.11 no.28 Murcia oct. 2012 obtenido de http://semiinconscientes/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000400016 consultado el 10 de diciembre 2018.
22. Salazar T; Gómez H; Bequer M; Heredia R; Fernández C; Díaz R; (2014) El bajo peso como consecuencia de la hipertensión inducida por el embarazo Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 33, núm. 1 obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91230859003> consultado el 11 de febrero 2019.
23. San José P; Mulet B; Rodríguez N; Legrá G; (2011) Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer, Rev Cubana Obstet Ginecol vol.37 obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400006. consultado el 5 marzo 2019.
24. Santos, (2018) autocuidado como promoción de la salud en grupos gerontológicos en centros ambulatorios consultado el 5 de diciembre 2018.
25. Sierra Yudelkys Clairat (2014) MEDISAN vol.18 no.12 obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001200013 consultado el 17 de febrero 2019.
26. Soto R; Ávila E; Gutiérrez G; (2010) Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer Vol. II, no. 3 obtenido de www.medigraphic.org.mx Consultado el 17 enero 2019.

27. Ticona RM; Huanco AD; (2012). Incidencia y factores de riesgo de bajo peso. Ginecol Obstet Mex Volumen 80, núm.2 Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom122b.pdf> consultado el 11 noviembre 2018.
28. Valbuena D; Aceros L; (2017). Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. Obtenido de [File:///C:/Users/USUARIO/Downloads/12315-Texto%20del%20artículo-65951-1-10-20170113%20\(1\).pdf](File:///C:/Users/USUARIO/Downloads/12315-Texto%20del%20artículo-65951-1-10-20170113%20(1).pdf) consultado el 27 de diciembre 2018.
29. Zulema Zulueta Torres, Ariniuska Padilla Moplessi. 2017 enfermería XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería obtenido de <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/622>, consultado el 13 enero 2019.



ANEXOS

ANEXO N° 1 SOLICITUD DE PERMISO PARA EL PROYECTO AL HRZ



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Decanato
Facultad de Enfermería

Manta, 16 de Noviembre del 2018
Oficio N°580-DEC-FAC-ENF-EGADE

Economista
Fernando Rivera
GERENTE DEL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO
Ciudad

De mi consideración:

Con un atento saludo, solicito a usted comedidamente facilitar la apertura para que realice su proyecto de Tesis en el Hospital Rafael Rodriguez Zambrano de la ciudad de Manta con el tema: "Cuidado de Enfermería del recién nacido con bajo peso", a la Srta. Orjuela Villa Paula Andrea C.I. N° 095473718-5 estudiante de IX nivel de la Facultad de Enfermería, bajo la tutoría directa de la Mg. Mirian Santos Álvarez docente de esta Unidad Académica.

Segura de contar con su aprobación y colaboración me suscribo de usted, reiterando mi consideración y estima.

Atentamente,


Mg. Estrella García Delgado
DECANA FACULTAD DE ENFERMERIA



Alexandra Hernández de Santos





ANEXO N° 2 RESPUESTA DE SOLICITUD DEL HRZ

MINISTERIO DE SALUD



EL
GOBIERNO
DE TODOS

Hospital General "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano"
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-HRZ-GH-2018-0789-O

Manta, 23 de noviembre de 2018

Asunto: RESPUESTA / Oficio N°580-DEC-FAC-ENF-EGADE, proyecto de tesis la estudiante ORJ VIL PAU AND.

Señora Magíster
Estelia Laurentina García Delgado
UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Oficio N°580-DEC-FAC-ENF-EGADE, por medio del cual solicita facilitar la apertura para que realice su proyecto de tesis la estudiante ORJ VIL PAU AND.

La Subdirección de Docencia e Investigación previo a la autorización de lo requerido solicita se adjunte el proyecto de tesis, especificación de tiempo de duración del proyecto y Tutor que pertenezca a esta Institución de Salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Econ. Fernando Rivera Prado
**GERENTE HOSPITALARIO, HOSPITAL DR. RAFAEL RODRIGUEZ
ZAMBRANO**

Referencias:
- MSP-HRZ-VUA-2018-1154-E

Anexos:
- 62.uleam.pdf

Copia:
Señorita
Flor María Andrade Meza
Asistente Administrativo 1

Manabí – Ecuador • Código Postal: 130803 Teléfono: 593 (5) 2612014, Ext: 3001 • Email:
gerencia@hrz.gob.ec / web: www.hrz.gob.ec

ANEXO N° 3 ENCUESTA

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
CARRERA DE ENFERMERÍA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO

Objetivo: Diseñar un programa de capacitación relacionado con el bajo peso al nacer, al personal de enfermería que labora en el servicio de Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

**ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA**

Instrucciones:

- Marque con una X la respuesta correcta
 - Su respuesta es confidencial para el estudio
 - Lea detenidamente cada pregunta antes de contestar
- 1. ¿Qué Edad tiene usted?**
- Menor de 25 años
 - De 26 a 30 años
 - De 31 a 40 años
 - De 41 a 50 años
 - De 51 a más
- 2. Nivel Académico**
- Magister
 - Enfermera
 - Auxiliar
 - Interno/a de enfermería
 - Otro., especifique
- 3. Cuántos años de experiencia tiene laborando en sala de neonatos**
- 1 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 a más
- 4. ¿Ha realizado cursos de capacitación atención a recién nacido?**
- Si
 - No

ÍTEMS ACCIONES INDEPENDIENTES	Puntuación		
	Siempre	Algunas Veces	Nunca
1 ¿La enfermera ejecuta medidas de confort al recién nacido de bajo peso?			
2 ¿Practica el lavado de manos antes de la manipulación proporcionando cuidados antisépticos al recién nacido?			
3 ¿Practica el lavado de mano después de la manipulación del recién nacido?			
4 ¿Aplica el baño diario al recién nacido de bajo peso?			
5 ¿Practica el cambio de ropa al recién nacido de bajo peso considerando las condiciones ambientales?			
6 ¿Realiza el cambio de posición del recién nacido de acuerdo con las condiciones clínicas del mismo?			
7 ¿Verifica la permeabilidad de vía periférica administrando solución fisiológica?			
8 ¿Realiza la cura de cordón umbilical del recién nacido de bajo peso con cada cambio de pañal?			

9 ¿Mantiene el confort térmico utilizando medidas de aislamiento (incubadora) proporcionándole calor?			
10 ¿Controla los signos vitales del recién nacido de bajo peso?			
11 ¿Controla el peso del recién nacido de bajo peso?			
12 ¿Controla talla del recién nacido de bajo peso?			

13 ¿Controla circunferencia cefálica al recién nacido de bajo peso?			
14 ¿Realiza control de circunferencia abdominal al recién nacido de bajo peso?			
15 ¿Mantiene las vías aéreas permeables utilizando aspirador neonatal al recién nacido de bajo peso?			
16 ¿Administra oxigenoterapia al recién nacido de bajo peso?			
17 ¿Realiza control de líquido eliminado (orina, residuos gástricos) al recién nacido bajo peso?			
18 ¿Realiza control de líquidos ingeridos (leche, agua) en el recién nacido de bajo peso?			
19 ¿Controla medidas de líquidos administrados del recién nacido de bajo peso?			
20 ¿Aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) al recién nacido de bajo peso?			
ACCIONES INTERDEPENDIENTES			
21 ¿Administra antibióticoterapia al recién nacido de bajo peso según indicaciones médicas?			
22 ¿Administra líquidos intravenoso según indicaciones médicas?			
23 ¿Administra nutrición parenteral del recién nacido bajo peso según indicaciones médicas?			
24 ¿Proporciona alimentación oral verificando buena succión del recién nacido bajo peso?			
25 ¿Saca los gases al recién nacido de bajo peso luego de la alimentación?			
26 ¿Verifica la permeabilidad y funcionalidad de la sonda cuando la alimentación es por gravedad?			
27 ¿Administra alimentación por sondas oro gástrica por gravedad?			
28 ¿Aplica usted rutina de laboratorio al recién nacido de bajo peso?			

29¿Toma muestra de heces para realizar examen de laboratorio “coprocultivo” al recién nacido de bajo peso?			
30¿Toma muestra de orina al recién nacido de bajo peso con bolsa recolectora para examen de orina?			

ANEXO N° 4 CAPACITACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE NEONATOS





REUNIÓN CON LA LCDA. MIRIAN SANTOS, TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.





ANEXO N° 5 ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CAPACITACION



**ASISTENCIA A CAPACITACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
EL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO**

APELLIDOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Quica Alvarado	Dyegela Jirilla	130585421-6	
Florencia Delgado	Juana Valbuena	1304805716	
Melina Pusme Porras		131046316-9	
Orlando Hermoso	Mauricio del Rocio	1307491766	
Bazulto Totivén	María José	131102935-7	
Pérez Luis	Fabio Luis	131515509-0	
Kasavero Pineda	Genaro Valentín	1350223507	
Siceth Herrera	Siceth Amarilis	1312031469	
Marcosquin Leonas	Andrea Belen	131625625-2	
Bonito Lucan	Graciela Margarita	1303601718	
Palacios Amen	Karla Pamela	1310312762	
Suelto Jago	Diana Katerine	131203789-6	
Edo Méica	Kelli	130402830-9	
Melina Pusme Porras		1310463169	
Pesoto Marlene	Mirfa del Rocio	130426490-0	

ANEXO N° 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INVESTIGACION CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON BAJO PESO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2018 - 2019																											
ACTIVIDADES	TIEMPO 2018 - 2019																										
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril		
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Formulación del tema de investigación																											
Estructura del plan de trabajo y revisión bibliográfica																											
Objetivos de la investigación																											
Realización de tareas científicas. revisión																											
Realización del planteamiento del problema. revisión																											
Realizar la introducción de la investigación. revisión																											
Revisión de bibliografía y realizar marco teórico. revisión																											
Entrega de oficio para realizar estudio en el hospital rodríguez Zambrano																											
Aplicación del instrumento																											

Realización del marco metodológico revisión																											
Elaboración de la propuesta (Programa de capacitación). revisión																											
Ejecución de la propuesta programa de capacitación																											
Elaboración de tabulación de las encuestas. revisión.																											
Elaboración del análisis de las tabulaciones. revisión.																											
Elaboración de la conclusión y recomendación. revisión.																											
Elaboración de resumen, abstract, índice de referencias y portada, organizar anexos revisión.																											
Revisión final por tutor																											
Entrega y presentación de proyecto de investigación																											