



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
Ciclo de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CURSO: TALLER DE TESIS**

TESIS FINAL

Tema:

INGRESO DE RN A NEONATOLOGIA POR HIPERBILIRRUBINEMIA Y SU
RELACION CON LA EDUCACION MATERNA.

AUTORES: Brown, Betiana
Canizzo, Rebeca
Galasso, Lorena

Diciembre de 2014

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACION

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Agradecimientos

Actualmente vivimos en un mundo muy convulsionado, globalizado donde se están perdiendo los buenos valores, lo que lleva a la carencia del contacto con las personas y de las familias que cuidamos.

Por ello se considera que es necesario hacer hincapié en la promoción de salud, en la educación materna como base de un comienzo de vida saludable desde el primer momento que inicie contacto con el recién nacido.

Las autoras de esta Tesina quieren agradecer a la Licenciada María Rosa Reyes, Titular de la cátedra, quien con paciencia, profesionalismo y buena predisposición ha guiado el camino a seguir con esta investigación.

Se hace extensivo para los Docentes que han brindado instrucción para el correcto desarrollo de esta Tesina.

Y a quienes con apoyo incondicional, colaboración y positivismo más allá de los sacrificios realizados, mantuvieron a quienes realizaron esta producción, con espíritu de convicción de logro, infinitas gracias a las familias, amigos y colegas de las autoras.

RESUMEN

Introducción: Para que la enfermería se desarrolle como disciplina, debe utilizar, el conocimiento científico para la práctica profesional, por ello en esta investigación abordaremos el estudio del ingreso del RN por Hiperbilirrubinemia al Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia, tomando como factor de riesgo principal la falta de educación sobre la importancia que tiene la lactancia materna para evitar este problema y así tratar de disminuir complicaciones a futuro y lograr la satisfacción del paciente.

El Objetivo: debe ser encontrar para cada familia la forma adecuada de alimentación de su hijo que satisfaga los requerimientos nutricionales y afectivos del niño y proporcione a los padres una experiencia gratificante. Por ello específicamente se debe identificar el tipo de conocimiento sobre lactancia que tiene la madre del RN, detectar factores que limitan a la madre para el amamantamiento, conocer el tipo de instrucción que brinda enfermería y caracterizar al personal de enfermería.

Resumen: A través de una Investigación Descriptiva, Cuantitativa, de Corte Transversal, Retrospectiva y Prospectiva; tomando como Área de estudio el Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia, teniendo como Universo a todos los RN nacidos en el Hospital Virgen de la Misericordia en el periodo de Mayo a Octubre de 2014, y analizando como Muestra a los RN que ingresan con diagnóstico de hiperbilirrubinemia, al Servicio de Neonatología, nacidos en el Hospital Virgen de la Misericordia en el periodo de Mayo a Octubre de 2014; enfocando como Fuente Primaria una Entrevista estructurada a las madres de los RN, y bibliografía y de Fuentes secundarias datos estadísticos e historias clínicas; se puede decir que según el estudio realizado la edad de la madre, los estudios cursados o el nivel socioeconómico que posean no es de mayor relevancia en la etapa de lactancia de la maternidad, siendo que las madres poseen el 11% menos de 18 años, el 28% entre 18 a 25 años, el 54% entre 25 y

35 años, el 7% más de 35 años; cuando de estudios cursados se encuestó, la investigación arrojó que el 3% posee hasta primario completo, el 13% hasta secundario incompleto, el 52% hasta secundario completo, el 8% curso hasta el terciario incompleto y el 24% hasta el terciario completo; con esta variedad de grupos etarios y de niveles de capacitación escolar las respuestas sobre el conocimiento de cómo atender a su recién nacido fueron muy heterogéneas.

Los datos más evidentes están relacionados con que el 97% de los ingresos a Neonatología por Hiperbilirrubinemia, son de RN que nacen en el Hospital Virgen de la Misericordia, sin patologías e incompatibilidad asociadas, por ende su ingreso se desencadena por inadecuada lactancia materna afectada por la falta de información, el incorrecto posicionamiento, la inadecuada succión del RN, entre otras variables las cuales se corrigen durante la internación en Neonatología del RN que podría ser evitada si la madre fuera capacitada y evaluada correctamente desde el momento del nacimiento en Internación Conjunta.

Prefacio

Sabemos que la leche materna es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida.

Por eso este trabajo está orientado hacia la importancia de dar una buena educación materna puerperal que garantice una buena lactancia, que no sólo aporta protección inmunológica sino que también asegura un peso adecuado del recién nacido y la insustituible interacción entre madre e hijo, desde el mismo momento del nacimiento, con todas las ventajas que esta relación genera y que, sin embargo, el significado de la lactancia y la calidad de vida de las de los bebés raramente se toma en cuenta por parte de la familia.

También está destinado en dar a conocer la importancia de educar y el rol que tienen las enfermeras en acompañar desde el nacimiento a las mamás para que amamanten a sus hijos, y tratar de disminuir por ejemplo la hiperbilirrubinemia que conlleva a la ictericia, originado por la falta de succión muchas veces por debilidad del neonato, pero en la mayoría de las veces por el rechazo a amamantar.

Las herramientas que se utilizaron en esta investigación, fueron, el análisis de los datos estadísticos, como así también la utilización de encuestas dirigidas a las madres de los RN con preguntas claras, precisas, de lenguaje acorde al entrevistado. Una vez recolectados los datos se procede a codificar la información en una tabla de datos general, la información se tabula en una tabla de doble entrada con frecuencia absolutas y relativas de manera de cruzar los datos de las variables en estudio. Todo este proceso se realiza en un periodo de 6 meses, que va desde Mayo hasta octubre del corriente año, donde se pretende identificar las problemáticas que se presume pueden ser causantes de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, esperando comparar la realidad con el marco teórico que se planteó, y dar respuesta al problema.

Índice general

Advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Agradecimientos.....	IV
Resumen.....	V, VI
Prefacio.....	VII
Índice general.....	VIII, IX
Índice de tablas y gráficos.....	X
Introducción.....	1
Descripción del problema.....	2
Planteo del problema.....	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Marco Teorico.....	6
Apartado A.....	6
Apartado B.....	11
Apartado C.....	15
Apartado D.....	28
Operacionalización de variables.....	34
Diseño metodológico.....	38
Conclusión.....	61
Recomendación.....	62
Bibliografía.....	63
Anexos.....	64

• Encuesta.....	65
• Resultados de las encuestas.....	71
• Ingresos por hiperbilirrubinemia.....	72
• Codificación de variables.....	74
Tabla matriz.....	77

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y grafico n°1.....	41
Tabla y grafico n°2.....	42
Tabla y grafico n°3.....	43
Tabla y grafico n°4.....	44
Tabla y grafico n°5.....	45
Tabla y grafico n°6.....	46
Tabla y grafico n°7.....	47
Tabla y grafico n°8.....	48
Tabla y grafico n°9.....	48
Tabla y grafico n°10.....	50
Tabla y grafico n°11.....	51
Tabla y grafico n°12.....	52
Tabla y grafico n°13.....	53
Tabla y grafico n°14.....	54
Tabla y grafico n° 15.....	55
Tabla y grafico n°16.....	56
Tablas bivariadas.....	57
• Tabla y grafico N°1.....	57
• Tabla y grafico N°2.....	58
• Tabla y grafico N°3.....	59
• Tabla y grafico N°4.....	60

INTRODUCCION

La Enfermería como profesión ha ido evolucionando para poder ofrecer cuidados de calidad, de acuerdo con las demandas de la sociedad actual, teniendo en cuenta su ámbito de responsabilidad. Para que la enfermería se desarrolle como disciplina, debe utilizar, el conocimiento científico para la práctica profesional, siendo la aplicación del proceso de atención la forma más racional, lógica y sistemática para la búsqueda de soluciones a problemas que presentan los pacientes a cargo y proporcionar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el enfoque holístico básico de cada persona que responde de forma distinta ante diferentes alteraciones.

Por ello en esta investigación abordaremos el estudio del ingreso del RN por hiperbilirrubinemia al servicio de neonatología del hospital Virgen de la misericordia, tomando como factor de riesgo principal la falta de educación sobre la importancia que tiene la lactancia materna para evitar este problema y así tratar de disminuir complicaciones a futuro y lograr la satisfacción del paciente.

La alimentación específica tiene beneficios no solo para el recién nacido y la madre, sino también para la familia y la comunidad.

El proceso de amamantamiento depende de factores tan diversos como la historia personal de la madre, su medio social y familiar, la técnica de amamantamiento, las particularidades del recién nacido, el asesoramiento recibido durante la instalación de la lactancia y la capacidad de los profesionales de la salud de salvar las dificultades que se presenten, para así evitar posibles complicaciones en el recién nacido, como puede ser la aparición de hiperbilirrubinemia y su posible ingreso a neonatología.

El objetivo final debe ser encontrar para cada familia la forma adecuada de alimentación de su hijo que satisfaga los requerimientos nutricionales y afectivos del niño y proporcione a los padres una experiencia gratificante.

TEMA: INGRESO DE RN A NEONATOLOGIA POR HIPERBILIRRUBINEMIA Y SU RELACION CON LA EDUCACION MATERNA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Las autoras de esta Tesina desempeñan sus actividades profesionales de enfermería en los Servicios de Neonatología y Maternidad, del Hospital Virgen de la Misericordia, donde se observan diferentes tipos de situaciones que vivencian las púerperas y sus recién nacidos con la lactancia materna en Internación Conjunta.

Se ha observado diversas falencias, las cuales se cree que pueden influir en los ingresos de recién nacidos por hiperbilirrubinemia al Servicio de Neonatología.

Se estima que la (escasa y en algunos casos incorrecta) educación materna por parte del personal de enfermería, combinado con la falta de unificación de criterio del personal diagramado en el sector de internación conjunta, la escasez de tiempo necesario para dedicar a la educación y la falta de contención materna; la incompleta estimulación al recién nacido con succión débil, agotable o inordinada agravan la situación.

Además la predisposición insuficiente de las madres para acatar las recomendaciones de los profesionales, el desinterés por la lactancia, en algunos casos limita o cuestiona las explicaciones que se les brinda. Por otro lado mitos y/o creencias que influyen sobre las madres en la atención del recién nacido, desestimando las propuestas de los profesionales idóneos en la materia.

La ictericia se debe valorar en las primeras horas de nacido y evaluar previo a su egreso. Se recomienda al personal profesional que trabaja en los Servicios de Neonatología diferenciar las ictericias fisiológicas de las no fisiológicas, por medio de los procedimientos diagnósticos: recabar correctamente los antecedentes familiares, los del embarazo y parto, el estado y las características del recién nacido, las horas de aparición de la ictericia, el ritmo de ascenso, la edad gestacional y enfermedades agregadas (comorbilidad) con la finalidad de identificar aquellos recién nacidos con riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia severa.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿En qué medida la educación materna sobre lactancia influyó en el ingreso de los recién nacidos al Servicio de Neonatología por Diagnóstico de Hiperbilirrubinemia en el Hospital Virgen de la Misericordia en el periodo de mayo a octubre del año 2014?

JUSTIFICACION

En esta investigación se pretende identificar las problemáticas que se presume pueden ser causantes de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Hoy en día se observa un gran déficit por parte del personal de enfermería en realizar atención de puericultura, ya que se enfoca mas en el manejo de equipamiento y pacientes de alto riesgo, pensando que este es el principal trabajo de enfermería en el Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia; olvidando la importancia que tiene la educación al paciente de internación conjunta para así prevenir diversas patologías asociadas, en este caso, el de hiperbilirrubinemia, como así también deshidratación de moderada a grave, hiperbilis con afecciones neurológicas entre otras.

Parte de la labor de enfermería es la atención primaria, en este caso la correcta instrucción de la atención del recién nacido sano a las madres que se encuentran en la internación conjunta es fundamental ya que no solo hay ingresos por la escasa formación en puericultura sino también por la falta de unificación de criterios, como así también la gran cantidad de mitos respecto de los signos que presenta el recién nacido en los primeros días de vida y las creencias populares en las que las madres confían.

La carencia de entrega de información por escrito fomenta que los problemas anteriormente mencionados se acrecienten.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar en qué medida la educación sobre lactancia influye en el ingreso de recién nacidos al Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia por Diagnóstico de Hiperbilirrubinemia en el periodo de mayo a octubre del año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- *Identificar el tipo de educación sobre lactancia que tiene la madre del RN.
- *Detectar factores que limitan a la madre para el amamantamiento.
- *Conocer el tipo de instrucción que brinda enfermería.
- *Caracterizar a los enfermeros.

HIPOTESIS:

Los Recién Nacidos ingresarían al Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia con Diagnóstico de Hiperbilirrubinemia, debido a la falta de educación sobre la lactancia materna y su importancia.

MARCO TEORICO

APARTADO "A":

EL BINOMIO MADRE- HIJO Y LA LACTANCIA.

Históricamente la lactancia materna ha sido un tema en discusión, cuestionamientos y evolución; desde dos mil años antes de Jesucristo existe constancia del empleo de técnicas de alimentación artificial de lactantes, así como del conocimiento de la imposibilidad de utilizar leche de animales como sustituto, pues acababa frecuentemente con la muerte del bebé. Durante el siglo XIX, todos los tratados médicos coincidían en señalar la superioridad de la leche de mujer sobre la de cualquier animal. A principios del siglo XX se realizaron ciertas modificaciones a la leche de vaca para poder crear sustitutivos seguros de la leche materna. La pasteurización fue un proceso que volvió más segura la leche embotellada e hizo que el biberón fuese haciéndose cada vez más popular en las ciudades, aunque el medio rural se resistía a su introducción. También favoreció la incorporación de la mujer al trabajo, que veía la lactancia materna como un problema para su ocupación laboral. Comienza la producción de sucedáneos y aumentan los intereses económicos industriales de los fabricantes.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron de forma drástica a lo largo del siglo XX. Ya en los albores del siglo XXI, se observa una lenta recuperación en la mayoría de los países de la región europea, pero muchos de ellos no llegan al 70% de lactancia materna exclusiva inicial. Es preciso exceptuar a Suecia y Noruega, con cifras muy altas, más del 60% de lactancia exclusiva al 4º mes, desde hace ya varias décadas. En 1955 fue creado por las Naciones Unidas el Grupo Asesor de Proteínas (GAP) para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a UNICEF en sus programas de ayuda nutricional. En los años setenta, el GAP emite informes sobre el problema de malnutrición infantil derivado del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil. En 1979, UNICEF/OMS organiza una reunión internacional sobre alimentación del lactante y del niño pequeño en la que se elaboró un *Código Internacional sobre Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna*. La recomendación de la OMS no consiguió modificar las tasas de lactancia materna en países con un PIB alto. Por ello, 1989

OMS/UNICEF realizan la declaración conjunta sobre “*Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*” donde se enumeraron los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural que, posteriormente fueron desarrollados por la IHAN (Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños) en 1991. En 1990 se firma la *Declaración de Innocenti* que serviría de referencia para la promoción de la lactancia durante muchos años, entre cuyos objetivos, estaba el lograr que todas las mujeres amamantasen a sus hijos durante cuatro a seis meses y continuasen con la lactancia y otros alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año de vida. En 2006, la Unión Europea publicó las “*Recomendaciones Standard para la alimentación del lactante y el niño pequeño en la Unión Europea*”¹.

Metodología para el manejo de la lactancia:

Está demostrado que la intención de la madre de amamantar o no a su bebe es el factor determinante para el éxito o el fracaso de la lactancia. Y no lo que argumentan algunas madres de (no tener leche). Esto se hace más evidente si la madre percibe un mensaje negativo de los profesionales de la salud.

Los factores para la lactancia exitosa son múltiples y muy variados. Un factor de riesgo para continuar la lactancia, es la falta de experiencia en las primíparas o la mala experiencia en las múltiparas con la lactancia. La promoción de la lactancia materna tiene que hacerse con programas a largo plazo, de lo contrario no se logra modificar la incidencia de la lactancia.

El período puerperal requiere, no obstante, especial atención, ya que múltiples investigaciones han encontrado que la adaptación de la mujer a este período puede verse modificada o alterada por diferentes variables.

En el puerperio inmediato, la percepción que el contacto inicial de succión entre la madre y el recién nacido, es importante, en el establecimiento de lactancia a dado lugar a las recomendaciones actuales de que los recién nacidos se pongan en el seno incluso en la mesa de parto. Probablemente el adecuado agarre al seno es uno de los principales pilares de lactancia adecuada.

Los beneficios de la práctica de la lactancia pueden incluir mejor vinculación del binomio, puede permitir una atención temprana a los problemas potenciales de la lactancia que pueden remediarse con mejores técnicas de lactancia y el paso de factores inmunológicos protectores importantes para la salud infantil. Sin embargo, desde el punto de vista de la regulación fisiológica de la lactogénesis

(proceso hormonal que se da durante el embarazo y postparto, comprende tres etapas de producción y maduración y secreción de calostro y leche materna), la evaluación cuidadosa de la composición de la leche en el seno, mostro que no se requiere remover la leche para activar los cambios fisiológicos programados en el epitelio mamario para desencadenar la fase II de la lactogénesis. Sin embargo, la succión o el remover la leche es necesario antes del tercer día de lo contrario el proceso se revierte. Además si se inicia con leche de fórmula antes de la lactancia, se retrasa la producción de leche materna, demostrando que la succión temprana es un estímulo para la lactación².

En resumen, está claro que no se sabe en forma exacta de cuando es indispensable poner a succionar al recién nacido para garantizar mejorar la producción de la leche, pero podría optimizarlas el ponerlo tempranamente.

La superioridad de la leche de mujer en la alimentación del recién nacido humano es incontestable. La leche humana es un alimento vivo imposible de copiar y está avalado por numerosos argumentos que apoyan su excelencia, tanto biológicos, como antropométricos o económicos. A pesar de ello, en los últimos años ha habido un importante descenso de esta práctica. Actualmente, tanto la OMS como UNICEF intentan impulsar de nuevo la lactancia materna como método exclusivo de alimentación al lactante hasta los 6 meses de vida. Iniciativa como la del Hospital Amigo de los Niños o el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia intentan impulsar el reconocimiento de la lactancia materna como pilar irrefutable para un crecimiento y desarrollo óptimo de nuestros hijos.

La leche humana cubre las necesidades del lactante. Es un líquido vivo, es decir que contiene células vivas y sus nutrientes se digieren y absorben de manera adecuada. La composición de la leche materna proporcionada por la propia madre tiene los requerimientos nutricionales que se ajustan a las necesidades del recién nacido y varían según la edad gestacional, sobre todo en las primeras 4 a 6 semanas en el periodo posparto.

Respecto de las necesidades nutricionales en el recién nacido de término, se puede decir que, en el neonato de término el objetivo es mantener el

crecimiento esperado para su edad de acuerdo con las tablas de crecimiento. Entre los nutrientes importantes para promover ese crecimiento se destacan los siguientes contenidos: Calorías: Los requerimientos calóricos del recién nacido de término sano son de alrededor de 105 a 115 cal/kg/día. El progreso ideal de peso es de 15 a 30 g/día. La nutrición inadecuada del recién nacido afecta el crecimiento y el desarrollo de todos los órganos y sistemas. Para que ocurra una ganancia de peso óptima no deben tenerse en cuenta solo las calorías ingeridas. Otros factores que contribuyen para un progreso de peso constante y adecuado son: * Mantener una temperatura neutra: en un ambiente termómetro el consumo de oxígeno y el índice metabólico son mínimos, con un gasto menor de energía para mantener la temperatura estable.* Disminución de las actividades innecesarias: controlar la irritabilidad. La actividad muscular máxima puede aumentar el consumo energético un 70% por encima del valor del gasto en reposo, el llanto puede aumentar el metabolismo en un 49%.* Método adecuado de alimentación. Grasas: La grasa es la mayor fuente de energía en el periodo neonatal. Los requerimientos de grasa son de 4 a 6 g/kg/día. La cantidad de grasa administrada no debe exceder el 55% del total de calorías administradas. Proteínas: La proteína es un elemento importante para el crecimiento óptimo. Los requerimientos son de 2,25 a 4 g/kg/día. El consumo excesivo de proteínas puede causar acidosis metabólica, niveles elevados de urea y amonio. Por otra parte, si la ingestión proteica es inadecuada, puede resultar en un balance negativo de nitrógeno, que afecta el crecimiento y el desarrollo mental y motor. Hidratos de Carbono: Los hidratos de carbono son una fuente directa de energía para las neuronas y para otros tejidos del sistema nervioso. Proporcionan también calorías para la prevención de la proteína utilizada en la síntesis de los tejidos. Los requerimientos son de 11 a 16 g/kg/día (40-60% del aporte calórico total). Vitaminas y Minerales: Las vitaminas y los minerales son importantes para promover el crecimiento normal y la reparación de los tejidos lesionados. Los requerimientos son: * Complejo multivitamínico: 1 ml/día proporciona las cantidades necesarias de vitaminas A, B, C y D.* Vitamina E: cuando el neonato supera los 1500 gr se puede suspender la administración de vitamina E.* Ácido fólico: se administra hasta que el neonato alcanza los 2000 g de peso corporal.* Hierro: 4 a 6 mg/kg/día, continuar con el suplemento durante 3 a 4 meses³.

Para destacar en la lactancia materna: La importancia de la leche humana es bien conocida por su valor nutricional e inmunológico para el recién nacido. Además de estos beneficios, la lactancia materna tiene también beneficios psicológicos para el binomio madre-hijo y contribuye enormemente para el desarrollo del vínculo afectivo. La recomendación actual es que los neonatos reciban exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida y continuar con la lactancia mixta hasta los 2 años. Antes de incentivar la lactancia materna se debe analizar cuál es la perspectiva de la sociedad con relación a este tema, porque este factor influye en la incidencia de la lactancia materna en cada comunidad. Para muchas sociedades y clases socioeconómicas el amamantamiento es una práctica arcaica, “cosa del pasado” y casi incompatible con el estilo de vida moderno y rápido. El uso de leches artificiales es para muchos un signo de poder económico. La falta de conocimiento sobre los beneficios del amamantamiento también influye en estas creencias.

La OMS reconoce que la mayoría de las mujeres (más del 97%) son fisiológicamente capaces de dar el pecho de modo satisfactorio. Las encuestas indican que las madres dejan de lactar a sus hijos en su gran mayoría por “hipogalactia” (escasez de la producción de leche materna), pero la hipogalactia no es una enfermedad ni una deficiencia natural sino la consecuencia de una variedad de razones psicológicas, sociales, económicas, culturales junto al “fallo” de las personas que deben apoyar a las madres. Las normas y rutinas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales deben evaluarse con cuidado y, si es necesario, reestructurarlas para la promoción y el apoyo a la lactancia materna⁴.

APARTADO “B”:

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

La bilirrubina es un producto final del catabolismo de los aminoácidos y hemoproteínas, sobre todo de la hemoglobina. Los lugares más importantes de la formación de bilirrubina son el bazo y el hígado. Aproximadamente el 75% de la bilirrubina deriva del catabolismo de los glóbulos rojos muertos y el 25% de la eritropoyesis ineficiente (destrucción de los precursores de los glóbulos rojos en la médula ósea) y del catabolismo de la hemoglobina y hemo libres del hígado. Un gramo de hemoglobina catabolizada da origen a 35 mg de bilirrubina. Un recién nacido de término sano produce, en promedio, 2,3 mg de bilirrubina/kg/día.

Se debe destacar las funciones del metabolismo y excreción de la bilirrubina, teniendo en cuenta que: * Bilirrubina no conjugada (indirecta): viaja en el plasma ligada a la albumina hacia el hígado; es liposoluble y poco hidrosoluble. * Bilirrubina conjugada (directa): esta forma de bilirrubina es hidrosoluble y no se difunde a través de las membranas celulares. Puede excretarse en la bilis y en el intestino, como también absorberse y excretarse en los riñones en forma de urobilinógeno. Cuando se libera a la circulación, se liga a la albumina. La hiperbilirrubinemia se clasifica en fisiológica y patológica. Dada esta discriminación se dice que la hiperbilirrubinemia fisiológica (ictericia fisiológica): La ictericia fisiológica ocurre cuando existe un aumento de la bilirrubina no conjugada durante la primera semana de vida; llega a alcanzar concentraciones de 7 mg/dl aproximadamente al tercer día de vida. Los niveles de bilirrubina indirecta, en el recién nacido de término, pueden llegar hasta 10 mg/dl y, en los prematuros, a más de 4 a 5 mg/dl. Etiología: 1- Disminución de la oferta de oxígeno al hígado durante la ligadura del cordón umbilical. 2- Aumento de la carga de bilirrubina para las células hepáticas (aumento del volumen de sangre, disminución de la supervivencia de los glóbulos rojos, ineficiencia de la eritropoyesis, aumento de la reabsorción de la bilirrubina en el intestino). 3- Perfusión hepática inadecuada. 4- Aumento de la circulación enterohepática de la bilirrubina. 5- Medicaciones como ocitocina administradas a la madre, y furosemida y lípidos administrados al recién nacido. 6- Excreción hepática

deficiente.7- Bilirrubina proveniente del hemo no hemoglobínico. Y la hiperbilirrubinemia patológica (ictericia patológica): La presentación de ictericia es visible en las primeras 24 horas después del nacimiento, con un aumento de la concentración de bilirrubina total mayor que 5 mg/dl/día. Concentración de bilirrubina directa mayor que 2 mg/dl/día; bilirrubina total en los recién nacidos de término mayor de 5 mg/dl y de 10 a 14 mg/dl en los prematuros, puede llegar hasta un aumento >0,5 mg/dl/día. Etiología y factores de riesgo: Aumento de la carga de bilirrubina: 1- Enfermedades hemolíticas como incompatibilidad sanguínea materno-fetal (Rh, ABO): debido a la hemólisis, ocurre un aumento de la liberación de glóbulos rojos muertos circulantes.2- Colecciones extravasculares de sangre: cefalohematomas, petequias, hemorragia intracraneal, hemorragias ocultas, equimosis.* Policitemia: (transfusión materno-fetal o feto-fetal y ligadura tardía del cordón umbilical).3- Sangre deglutida. Disminución de la eliminación de la bilirrubina. 1- Disminución de la motilidad intestinal (ayuno prolongado, íleo meconial, síndrome del tapón meconial íleo paralítico inducido por medicamentos).2- Lesión celular hepática secundaria a asfixia e hipoxia.3- Galactosemia.4- Hipotiroidismo.5- Hijo de madre diabética.6- Errores congénitos del metabolismo.7- Causas obstructivas: atresia o estenosis biliar, quiste de colédoco, fibrosis quística, obstrucción biliar extrínseca⁵.

En cuanto a la toxicidad de la bilirrubina se resalta que, cuando la bilirrubina está ligada a la albumina sérica es incapaz de atravesar la membrana celular pero, cuando está en su forma libre, es decir, bilirrubina indirecta no ligada a la albumina, puede pasar al sistema nervioso central. Pasa a las neuronas y tiñe el tejido cerebral con un color amarillento conocido como kernicterus. Quienes sobreviven a estos efectos tóxicos de la bilirrubina pueden manifestar diversos niveles de secuelas neurológicas, como trastornos del aprendizaje en los casos leves. En los casos graves quedan secuelas neurológicas como retraso mental, pérdida de audición y disfunciones motoras.

Los recién nacido prematuros debido a la hipoproteinemia y la poca albumina con sitio disponible para su unión con la bilirrubina, corren mayor riesgo de desarrollar kernicterus.

Factores como la acidosis y la hipoxia aumentan la producción de iones de hidrogeno y la activación del metabolismo anaerobio, lo que impide que la bilirrubina se ligue a la albumina de forma eficiente. Cuando el pH es de alrededor de 7,1, la capacidad de la bilirrubina para ligarse a la albumina cae un 50% debido al hecho de tener que compartir con los ácidos grasos libres que se producen durante el metabolismo anaeróbico, que también compiten para ligarse a la albumina. Por lo tanto, en presencia de acidosis e hipoxia existe mayor probabilidad de desarrollo de kernicterus aun con niveles más bajos de bilirrubina.

Se puede visualizar como cuadro clínico de la hiperbilirrubinemia a la coloración amarillenta de la piel, llamada ictericia. Puede tener una progresión lenta o rápida.

En la ictericia fisiológica no suele haber compromiso del estado general del recién nacido; en la ictericia patológica puede aparecer succión débil, hipoactividad, hepatoesplenomegalia, anemia y anasarca.

En presencia de kernicterus se pueden observar alrededor del 5° día, signos como letargo, o irritabilidad, hipotonía, llanto neurológico, dificultad para succionar y postura de descerebración.

Teniendo en cuenta que el diagnostico está ligado a: * Antecedentes maternos obstétricos. * Antecedentes neonatales y examen físico. * Análisis de laboratorio: determinación de los niveles séricos de bilirrubina total y fracciones, hemograma completo, y recuento de reticulocitos, tipificación de la sangre materna y del recién nacido, pruebas de Coombs indirecta en la madre y directa en el neonato.

El tratamiento adecuado sería: “Luminoterapia”: La luminoterapia es un tratamiento que puede realizarse con luz convencional, halógena o fibra óptica. El mecanismo de acción de la luminoterapia se basa en la fotoisomerización y la fotooxidación.

* Fotoisomerización: ocurre la fragmentación estructural de la bilirrubina, se producen isómeros geométricos y estructurales que son transportados por el

plasma y excretados en la bilis, parte de esta bilirrubina modificada se elimina a través del meconio.* Fotooxidación: se forman complejos pirrolicos hidrosolubles que se excretan en la orina. La luminoterapia produce algunos efectos colaterales como irritación de la piel, aumento de la pérdida insensible del agua, diarrea, hipertermia y probable lesión de la retina cuando no se la protege de manera adecuada a la exposición de la luz. La indicación sobre cuando comenzar la luminoterapia depende de la edad y del peso del recién nacido.

Las intervenciones de Enfermería adecuadas para los pacientes con tratamiento de luminoterapia serían: * Desnudar al recién nacido; mantener los genitales cubiertos: para que la acción de la luminoterapia alcance una superficie más extensa.* Proteger los ojos con una venda adecuada: la intensidad de la luz puede lesionar la retina.* Encender el aparato y medir la intensidad de la luz con el radiómetro, o mantener el registro de las horas de uso del aparato de luminoterapia. * Controlar las constantes vitales cada 2 horas: es importante controlar la temperatura debido a la tendencia a la hipertermia.* Balance hídrico estricto. * Cambiar el decúbito cada 4 horas: para permitir que el recién nacido reciba la acción terapéutica de la luminoterapia de manera uniforme.* Cada 8 horas, interrumpir la luminoterapia durante 15 minutos y retirar la venda ocular: para promover la interrupción visual.* Incentivar la visita de los padres. * Promover la motilidad intestinal a través de la estimulación de las evacuaciones: promover la eliminación de la bilirrubina más rápidamente por el aparato digestivo.* Controlar los niveles de bilirrubina según indicación⁶.

En casos severos se realiza la exanguinotransfusión: La exanguinotransfusión es la transfusión sanguínea en la que se realizan cambios de sangre total o parcial de la volemia con fines terapéuticos. El objetivo es remover aproximadamente el 63 % en la exanguinotransfusión del volumen único y el 85 a 87% en las de volumen doble. Indicada * En la incompatibilidad Rh o ABO deben reemplazarse los eritrocitos sensibilizados. * En la hiperbilirrubinemia se remueve la bilirrubina indirecta y se corrige la anemia. * En el recién nacido hidrópico con antecedentes de sensibilización materna se corrige la Policitemia.

APARTADO “C”:

ROL DE ENFERMERIA EN CUANTO A LA EDUCACION SOBRE LA LACTANCIA MATERNA:

En cualquier posición las reglas básicas son iguales. La enfermera tiene la tarea de brindar educación sanitaria a la madre y familiares sobre la técnica de la lactancia materna, explicarle las ventajas e importancia que proporciona para la madre y para el RN la lactancia materna exclusiva.

1. Explicar a la madre la técnica correcta para lactar a su bebé: la importancia de lavarse las manos siempre antes de amamantar e higienizarse los senos antes de cada lactada para evitar contaminación. Asegurarse que el neonato tenga el pañal seco y limpio para la comodidad del mismo. También es importante destacar el procedimiento correcto para una lactancia adecuada, explicar que la madre debe estar tranquila y relajada, en una posición cómoda para lactar. Colocarse al niño cerca de los pechos y cerciorarse que esté despierto. En todas las posiciones es necesario tener control de la cabeza del niño para mantenerlo pegado al pecho y evitar que traccione el pezón. Tomar el pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, en forma de C. No con los dedos en tijera. Es importante acercar el neonato al pecho, no el pecho al neonato para evitar molestias en la espalda. Se puede humectar el pezón con leche materna para atraer la atención del RN y para proteger la piel del pezón antes de introducirlo en la boca. Tocar con el pezón el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca, estimulando el reflejo de búsqueda y succión. Cerciorarse que el pezón y la areola queden dentro de la boca del neonato y que no se obstruyan las fosas nasales. Dejar que succione entre 10 a 15 min en cada mama, comenzando por el seno de la última mamada. Comunicar que la lactancia no debe doler, por lo tanto si siente alguna molestia debe retirar el pezón de la boca del niño e intentarlo nuevamente. Para retirar al neonato del pecho se debe introducir el dedo índice entre las encías sujetándolo para que no muerda el pezón.

Para asegurar un buen amamantamiento se debe escuchar la succión del niño, sentir la bajada de la leche o el descongestionamiento de las mamas después de mamar. Cerciorarse del vaciado de cada mama.

Eliminar los gases del RN después de cada mamada.

2. Explicarle las ventajas de la lactancia materna que le proporciona a la madre: La leche materna es más económica, pues es a libre demanda, no requiere preparación alguna por lo que no tiene riesgo de contaminarse, tiene un menor costo en salud al prevenir enfermedades en el niño y la madre. Las madres que lactan usualmente tienen períodos más largos de infertilidad después del parto, lo que le permiten espaciar los embarazos. La succión del pezón produce descargas de oxitocina que contrae el útero, y favorece su involución, disminuyendo el riesgo de hemorragia posparto. Se ha descrito que disminuye la incidencia del cáncer de mamas y del endometrio.

Proporciona a la madre una satisfacción y experiencia agradables.

3. Explicarle a la madre y familiares las ventajas que la lactancia materna le proporciona al RN: Proviene de la misma especie, es un alimento higiénico, carente de antígenos alimentarios, tiene un pH bajo (6,5-6,8), con bajo contenido de sales, lo cual facilita la digestión gástrica. Se encuentra siempre disponible a una temperatura adecuada.

Se ha comprobado que la leche materna es un factor protector contra la constipación durante el primer semestre de vida.

Se pueden destacar otras acciones de enfermería: El contenido de la leche materna y su función fisiológica es especificado para cada especie Y UNA DE LAS FUNCIONES IMPORTANTES DE ENFERMERIA ES HACERLO SABER A TRAVES DE LA EDUCACION⁷.

El calostro tiene elementos inmunitarios que ayudarán a proteger al bebe aún bajo de defensas en la crucial etapa neonatal, inmunidad que es inexistente en la leche artificial.

La composición de la leche materna varía de acuerdo a la edad del recién nacido, teniendo alto contenido de inmunoglobulinas en los primeros días, y aumentando en concentración de líquidos, lactosa y vitaminas hidrosolubles, así como calorías y agua en la segunda y tercera semana post – parto. La educación de la leche también ocurre en el parto prematuro, cuando contiene mayor concentración de proteínas, nitrógeno no proteico, electrolitos y calorías.

La producción de leche varía entre 700 y más de 1.100 ml en 24 horas, como promedio.

La secreción láctea es mejor cuando la lactancia se inicia precozmente dentro de la primera hora del parto y la frecuencia de lactadas es 10 a 12 por 24. Hay evidencia que el recién nacido que no inicia la lactancia dentro de la primera hora de nacido tendrá más dificultad en buscar y encontrar el pezón y succionar adecuadamente.

El estímulo para la producción de leche es la succión del recién nacido.

No hay madre que no tenga leche, sino que el estímulo para la lactancia ha sido insuficiente o hay tensión psíquica.

La lactancia materna otorga gran satisfacción a la madre, aumenta la relación afectiva entre la madre y el infante disminuye la posibilidad de desequilibrios emocionales en el niño.

La lactancia materna disminuye la incidencia de hemorragias puerperales.

No contraindicación a la lactancia materna, salvo casos de madre gravemente enfermas o chocadas o que reciben tratamiento para cáncer.

La cantidad de agua que contiene la leche materna hace totalmente innecesaria la administración de agua, sueros o soluciones extrañas al recién nacido.

La leche materna no necesita ser esterilizada, calentada o refrigerada, no cuesta y viene en un precioso envase.

La ingesta artificial está asociada con la aparición de alergias en el niño.

El tracto gastrointestinal de recién nacido no está preparado para recibir alimentación que no sea la leche materna. El biberón es virtualmente nocivo al no poder ser limpiado totalmente aun esterilizándolo, lo que permite el ingreso de gérmenes ofensivos al tracto gastrointestinal del infante, esto aumenta la incidencia de diarreas y desnutrición. Por lo mismo, aumenta la posibilidad de infecciones digestivas y respiratorias y muerte neonatal.

La lactancia materna tiene una acción anticonceptiva al prolongar la anovulación por varias semanas, siempre que la lactancia sea exclusiva⁸.

Charla educativa para la realización de una lactancia materna.- * Examinar los senos y pezones durante la visita inicial del control pre – natal.

* En caso de encontrar pezones desarrollados o algo umbilicado, se enseñará ejercicios de preparación de los pezones consistentes en traccionar con los dedos la aureola a cada lado del pezón, hacia la periferia y en sentido opuesto, para romper las adherencias que puedan existir en su base. Así mismo, hacer ejercicios de leve tracción y torsión del pezón.

* Educar ampliamente sobre los aspectos de la lactancia materna a la gestante y su pareja, así como enseñar las bases de una buena nutrición durante la gestación y la lactancia.

* Practicar el alojamiento conjunto, inmediatamente después de producido el parto, lo que estimulará la relación madre – hijo y la lactancia materna precoz.

Producido el parto, se considerará los siguientes aspectos:

* La primera lactada será dentro de la primera hora, siendo no mucho más tarde en la cesareada.

* Ayudar a la madre en caso que encuentre dificultad en las primeras mamadas o tenga inquietudes. La familia jugará rol importante, por lo que el padre o un familiar cercano podrán estar al lado de la madre en cualquier momento. * La madre puede dar de lactar en la posición más cómoda para ella, aún en su

cama hospitalaria, cuidando que él bebe esté algo inclinado, su cabeza por encima del resto del cuerpo.

* Enseñar a la madre que la boca de bebe coja no solamente el pezón sino también la aureola y su base, para lo cual ella alargará la parte distal de seno apretándolo ligeramente y dirigiéndolo a la boca del infante.

* Cuando la mamá quiera retirar la boca del infante del pezón deberá meter un dedo por un lado de la boca del bebe o aplicar presión sobre su mentón con suavidad de manera de eliminar el vacío.

* Explicar a la madre que, al inicio de la lactancia, el calostro viene en poca cantidad pero concentrado, de manera que no sienta temor de no estar alimentando adecuadamente al bebe.

* Indicarle que, conforme pasen los días, habrá mayor producción de leche, lo que hará que los senos aparezcan congestionados y algo dolorosos al tercer o cuarto día, para después encontrar equilibrio y disminuir la congestión.

* La frecuencia de las mamadas no tiene un horario en las primeras semanas (él bebe no nace con el reloj en la mano) y serán a demanda del bebe, alrededor de 10 a 12 tetadas en 24 horas. Como él bebe generalmente mama durante cinco a ocho minutos y vuelve a interesarse en mamar; se considerará cada vez que mame como una tetada separada.

* No permitir que él bebe mame de un seno más de 12 a 15 minutos, pues aumentará la posibilidad de grietas del pezón.

* En caso de grietas, la madre no deberá eliminar la leche residual sobre el pezón y, más bien, la aplicará sobre las grietas, ya que ella es buen cicatrizante. Lavar suavemente con agua y jabón sólo antes de administrar la próxima tetada.

* No administrar agua, suero o soluciones. No tienen lugar.

* Jamás usar un biberón, el lactante eventualmente podrá recibir leche materna o líquidos, cuando sean indicados por el médico, directamente de taza de

plástico de cuchara o de gotero. * En caso de bebés prematuros o en cuidados intensivos, recomendar la administración de la leche materna, aún por sonda, cuando los bebés no pudieran deglutir o gotero.

* Se utiliza el método " Madre Canguro " en bebés prematuros de muy bajo peso, una vez que puedan salir de la incubadora, el cual les permite conservar calor por el contacto piel a piel con su madre, dentro de sus ropas y a la altura de sus senos para tener lactancia a discreción.

* La madre que trabaja puede extraerse la leche y guardarla en envase de plástico o vidrio hervido para después administrarla al recién nacido. * En casos de Mastitis Puerperal, el germen más frecuente es el Estafilococo Áureas, el que se trata con penicilinas sintéticas resistentes a las penicilinas o vancomicina 1 mg. Cada 12 horas. No detener la lactancia, salvo caso de absceso, el cual requerirá incisión y drenaje; en este caso, se podrá extraer la leche del otro seno y administrarla al bebé. * La madre con tuberculosis pulmonar puede dar lactancia materna, mientras reciba tratamiento específico.

* Se aconseja la lactancia materna exclusiva durante cuatro a seis meses, después de lo cual se puede continuar la lactancia con alimentación complementaria durante dos años.

Demostración de una posición correcta para amamantar Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la posición de la madre, como la del niño. a) Posición de la Madre.- Con el tiempo, la mayoría de las mamás y sus hijos se convierten en verdaderos expertos y son capaces de llevar a cabo el amamantamiento en las circunstancias más difíciles. Ello es producto de la confianza, que sólo se logra con la experiencia, y con la pérdida de los miedos y las inhibiciones. Sin embargo hay algunas reglas básicas, que deben ser seguidas con mucho cuidado, especialmente al comienzo, lo principal es que la madre debe estar cómoda, ya sea que esté acostada o sentada. Al comienzo es mucho más fácil dar de mamar estando sentada, sobre todo si los pechos son grandes, pesados y difíciles de mantener a la altura que el niño los necesita. Después de algún tiempo, la madre aprende a amamantar estando acostada, lo cual facilita mucho las cosas en las horas de la noche. Para que el

cuerpo de la madre esté cómodo, debe tener apoyo adecuado. Si está sentada: Ojalá lo haga en una silla baja, con los pies colgados sobre una butaca y, si es necesario, para que los brazos estén cómodos, se pueden colocar

Una almohada o una cobija sobre sus rodillas, para que el niño le quede a la altura requerida. Si está acostada: si la madre está acostada, en posición lateral, y utiliza una almohada que se dé apoyo a la espalda, ello le quitará las tensiones y dolores y la hará relajar. El mismo efecto tendrán almohadas, toallas o cobijas usadas para elevar al bebé, o colocadas entre las rodillas flexionadas. Es importante usar la imaginación y el sentido común, para que estas sugerencias prácticas no se conviertan en reglas estorbosas. El niño debe ser sostenido en forma tal, que quede mirando de frente el pecho materno y su abdomen debe quedar en contacto con el de la madre. La cabeza no debe estar, ni muy flexionada, ni muy extendida. La madre debe ofrecerle todo el pecho, y no solamente el pezón; los dedos de la madre no deben convertirse en un obstáculo para que el niño tome suficiente cantidad de tejido dentro de la boca. Si el pecho está muy tenso, y el niño muestra alguna dificultad para formar una tetilla adecuada, puede ser necesario extraer un poco de leche con técnicas de ordeñar. Así, con pecho más " flojo ", el niño lo podrá agarrar más cómodamente y ponerse a mamar.

b) Posición del Niño.- El niño debe tener la boca completamente abierta antes de agarrar el pezón y la aureola. No debe dejar que el niño introduzca el pezón con la boca semiabierta. La madre debe tocar con su pezón la mejilla del niño, o un lado de la boca, o los labios, para estimular el reflejo de búsqueda y así hacérsela abrir. Algunas personas, equivocadamente, le aconsejan a las mamás colocar un dedo sobre el pecho materno, cerca de donde está la nariz del niño. Tiene miedo de que el niño deje de respirar al colocar la cara tan pegada al pecho materno. En realidad, el niño puede respirar perfectamente, sin necesidad de que se coloque sobre el pecho ningún dedo. Este podría, por el contrario, interponerse entre la madre y el niño y romperse el sello que el niño hace con su boca alrededor de la aureola y con el cual ayuda a que se creen las presiones necesarias para extraer la leche⁹.

Factores que influyen en la cantidad de leche materna

Factores psicológicos, fisiológicos y sociológicos pueden influir sobre la cantidad de leche materna. Estos factores están con frecuencia relacionados entre sí, lo que dificulta la determinación de la importancia de cada uno de ellos en las variaciones observadas en la producción de leche.

* Factores Psicológicos.-

Entre todos los factores que influyen en el volumen de leche materna, el efecto de los factores psicológicos es quizá el que se conoce desde hace más tiempo. Como han señalado Jeliffe y Jeliffe, es un antiguo conocimiento popular que el sobre salto causado por una noticia desagradable puede hacer que se le retire la leche a la madre. Es bien sabido que los trastornos emocionales y la ansiedad perturban así una disminución de la secreción láctea.

* Factores Fisiológicos.-

Los factores fisiológicos que influyen en la cantidad de leche materna comprenden la capacidad de la madre para producir y excretar la leche y la capacidad del lactante para ingerirla, así como para estimular el pezón, de manera que haya una mayor secreción láctea. La frecuencia, la duración y el vigor de la succión del lactante influyen en la cantidad de leche materna, Belavady y Athavale han señalado que los niños de menor tamaño necesitan menos leche para mantener un crecimiento adecuado y, en consecuencia, succionan menos, permitiendo que la mama produzca y segregue menos leche, al succionar más, los niños recién nacidos de mayor peso hacen que se produzca y secrete una mayor cantidad de leche. Esto está de acuerdo con la teoría de que la cantidad de leche secretada por la glándula puede verse considerablemente afectada por la demanda.

* Factores Sociales.-

Los factores sociales pueden influir en la cantidad de leche materna, aunque generalmente a través de mecanismos psicológicos o fisiológicos, o de una combinación de unos y de otros. Por ejemplo, una sociedad en la que no se

Considera de buen gusto amamantar a los niños puede hacer que la madre lactante se sienta incómoda, lo que puede causar inhibición de reflejo de " subida de la leche" Una sociedad en la que la madre debe trabajar fuera de hogar y no dispone de facilidades especiales para dar el pecho en el lugar de trabajo puede ejercer una influencia negativa sobre la capacidad de la madre de secretar leche, sobre la cantidad de leche materna que ingiera el niño, o sobre ambas cosas. La madre trabajadora que cría a sus hijos al pecho se ve forzada, con frecuencia, a darles sucedáneos de la leche materna o alimentos suplementarios mientras está fuera del hogar. Esta utilización de sucedáneos de la leche materna o la introducción temprana de alimentos suplementarios puede también repercutir en la cantidad de leche ingerida por el lactante. Cuando sus necesidades nutricionales son satisfechas parcialmente con alimentos diferentes de la leche materna, el niño succionará el pecho con menor frecuencia y vigor y, en consecuencia, la madre producirá menos leche¹⁰.

LA ALIMENTACION DEL RN

Es indiscutible el papel que juega la alimentación en la supervivencia del RN, garantiza no solo su crecimiento, sino su desarrollo tanto físico como psíquico, lo cual va a determinar un estado de salud óptimo, que lo acompañará hasta su edad adulta.

Son los alimentos los que van a dotar al organismo de sustancias nutritivas o nutrientes, tales como los carbohidratos, las proteínas, las grasas o lípidos, las vitaminas y minerales y el agua.

Sustancias que son vitales para el mantenimiento de la vida, y de las actividades propias del organismo, como las diferentes funciones, el crecimiento y renovación de tejidos, y la actividad diaria propiamente dicha, tanto física como mental. Ya que van a aportar las calorías y energías necesarias para todos estos procesos, al permitir un funcionamiento equilibrado, y garantizar así la artificial.

El neonato se alimenta exclusivamente con leche materna y/o artificial. Su elección va a estar dada por diferentes factores, como: el vínculo madre-hijo, la actitud de los padres, el ambiente socioeconómico y cultural de la familia.

Lactancia materna

La madre tiene la capacidad natural de alimentar a su hijo, la leche materna es la ideal para el RN. Se recomienda que se realice de forma exclusiva, por lo menos los primeros 4 meses de vida. Es precisamente para este tipo de leche que tiene el RN adaptados y preparado su metabolismo y su sistema digestivo para asimilarla.

Composición de la leche materna

- * Agua 87 %.
- * Energía 700 Kcal/L.
- * Proteínas aproximadamente 0,8-0,9 %.
- * Grasa. La mayoría en forma de triglicéridos.
- * Carbohidratos 50 %.
- * Calcio / fósforo.
- * Hierro.
- * Enzimas. Lipasa, peroxidasa, amilasa y fosfatasa.
- * Todas las vitaminas.

Posiciones para la lactancia materna

- * Sentada clásica (Fig.3.1).
- * Acostada en decúbito lateral (Fig.3.2).

* Balón de fútbol (el cuerpo del neonato se coloca debajo de la axila de la mamá, se sostiene con el brazo del mismo lado y con la mano se aguanta la cabeza).

Concepto. De ictericia

Es la coloración amarillenta de la piel mucosas relacionadas un exceso de bilirrubina en la sangre del niño.

Fisiopatogenia

Una vez que el niño nace, él debe encargarse del metabolismo completo de la bilirrubina que produce. Su metabolismo se lleva a cabo en cuatro etapas importantes: Producción de la bilirrubina, transporte, captación y conjugación de la bilirrubina en el hepatocito y excreción y recirculación de la bilirrubina.

En la producción de la bilirrubina el 75% se deriva de la hemoglobina liberada en la destrucción del eritrocito, el 25% se deriva de la hematopoyesis fallida y de otras moléculas heme de los tejidos. La producción es mayor en el neonato que en otras edades, porque tiene un número mayor de eritrocitos y estos son más lábiles que los del adulto. En la fase del catabolismo de la bilirrubina interviene la enzima heme-oxigenasa microsomal del retículo endotelio del hígado, el bazo, la médula ósea y los ganglios linfáticos. En la segunda fase interviene la enzima reductora NADPH. El producto final es un anión liposoluble y tóxico en su estado libre.

Transporte: Una vez formada la bilirrubina indirecta es captada por la albúmina para poder circular en el plasma. Cada molécula de albúmina puede captar dos moléculas de bilirrubina, la primera molécula se une fuertemente a la albúmina pero la segunda unión es muy lábil y puede afectarse en presencia de deshidratación, acidosis, hipoxia, etc. La afinidad de los tejidos influye también en la facilidad con que la bilirrubina se desprenda de la molécula de albúmina.

Captación y conjugación de la bilirrubina en el hepatocito: Al llegar la bilirrubina al semisoide del hígado se desprende de la albúmina por la gran afinidad que

tiene el hepatocito por la bilirrubina. En el hepatocito es captada en sitios específicos por las proteínas "Y" y "Z"

Estas proteínas están en cantidades muy deficientes en el neonato durante los 3 a 5 días primeros días de vida, éstas proteínas especialmente la "Y" transportan la bilirrubina indirecta dentro del hepatocito hacia el retículo endoplasmático liso llevándose a cabo la conjugación y como producto final se obtiene la bilirrubina directa o glucoronato de bilirrubina que es un producto soluble en agua. La cantidad de glucosa en el organismo es importante para la formación del ácido glucoronico por lo que es necesaria una reserva adecuada de glucosa para que el sistema funcione normalmente.

Excreción y recirculación de la bilirrubina: La bilirrubina directa tomada por los lisosomas y el aparato de Golgi es sacada activamente hacia los canículos biliares, de los canículos la bilirrubina para a la vesícula biliar ay luego al intestino delgado en donde se transforma en urobilinógeno por la acción de las bacterias intestinales. En el neonato debido a la ausencia de un aflora bacteriana normal en los primeros días de vida parte de la bilirrubina es desconjugada por medio de la enzima β -glucoromidasa de la pared intestinal. El producto final de ésta desconjugación es bilirrubina indirecta la cual es absorbida por el intestino y unida a la albúmina, es llevada a través de la circulación antineopática hacia el hígado, por su nueva captación y conjugación¹¹.

PLANIFICACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

Evaluar al niño por colocación amarilla de la piel y mucosas, respuesta al estímulo, reflejos presentes.

* Tener preparada una cuna con fototerapia.

* Tome medidas antropométricas: Peso, tallas, c.c., c. torácica, C. Abdominal y temperatura.

* Colocar al niño completamente desnudo bajo la fototerapia.

- * Colocar antifaz en ojos para protección de la retina.
- * Cambio de antifaz diario.
- * Colocar pañal para protección genital.
- * Hacer cambios de posición cada 2 horas para garantizar la exposición de la luz.
- * Vigilar por signos de deshidratación: piel seca, saliva filante, llanto sin lágrima, fontanelas deprimidas, signo de pliegue.
- * Ofrecer suero oral entre tomas de leche.
- * Observación y controles seriados de bilirrubinas.
- * Evaluar al niño por posibles complicaciones a la exposición de la fototerapia: rash generalizado en piel, deposiciones líquidas verdosas.
- * Evaluar características de la orina: cantidad y color.
- * Evaluar por signos de kernicterus: hipotonía, letargia, reflejo de succión disminuido, convulsiones, apneas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

II. Riesgo potencial de infección relacionado con el recambio de sangre cuando la bilirrubina indirecta es mayor de 15% mg, en las primeras 48 horas de vida de 18 mg en la primera semana de vida¹².

RESULTADOS ESPERADOS

Bilirrubina indirecta menor de 15 mg% en niños de 48 horas de vida, Bilirrubina indirecta menor de 18 mg % en las primeras semanas de vida¹³.

APARTADO “D”:

ICTERICIA Y SU RELACION CON LA LACTANCIA MATERNA

Ictericia del recién Nacido Durante la Lactancia Materna

Ha existido cierta polémica en relación a si la lactancia se relaciona con ictericia neonatal.

En 1963 fue documentada por primera vez la asociación de ictericia con lactancia por dos grupos de investigadores independientemente. Los reportes iniciales se refieren a ictericia de tipo no conjugada que se caracteriza por inicio al final de la primera semana de vida y de curso prolongado. Luego apareció la descripción de ictericia exagerada durante los primeros 5 días de vida.

La ictericia relacionada con la lactancia puede ser dividida en dos síndromes bien diferenciados, pero que en ocasiones puedan sobreponerse.

Ictericia de inicio precoz, también ha sido llamada ictericia fisiológica exagerada ictericia por falta de leche materna, o ictericia del amamantamiento

Ictericia de inicio tardío, es la clásica ictericia por leche materna¹⁴.

Ictericia de Inicio Precoz

Existe consenso en que la lactancia materna se asocia con un incremento en las concentraciones sérica de bilirrubina al 3-6 día de vida.

Incidencia

En 1983 Maisels observó a 2414 neonatos a término. De estos 147 neonatos (6.1%) tuvieron bilirrubina sérica mayor de 12.9 mg/dl. 66 neonatos con causa identificable (3%). De este 3%, 83% fueron amamantados. Todos estos niños eran normales sanos y no mostraban otra causa de ictericia. El propone doble estándar para evaluar la hiperbilirrubinemia. El bebe alimentado con fórmula, una concentración superior de 12.9 mg/dl se considera patológico no obstante

en un bebe amamantado, la hiperbilirrubinemia no se considera patológica hasta ser mayor de 15.7 mg/dl. La condición es que los bebes sean saludables y nacidos a término.

Relación con alimentación suplementaria

Un factor relacionado con los niveles de hiperbilirrubinemia en recién nacidos amamantados es la administración de suero con glucosa. Seis autores han demostrado que el uso de agua con glucosa causa niveles de bilirrubina más altos en los bebés amamantados. La reducción del ingreso calórico se asocia con incremento en la concentración de bilirrubina en los primeros días independientes de otros factores.

El ayuno, ingreso calórico reducido y una marcada reducción de lípidos en la dieta, incrementa la bilirrubina sérica de 1 a 10 mg/dl en pacientes adultos con desordenes funcionales del metabolismo de la bilirrubina en pacientes con enfermedad hepática y en adultos normales y muchos animales, el mecanismo no se conocen bien.

Relación con la frecuencia de las mamadas

En 1982 la obra clásica de Carvalho y Klaus demuestra una correlación entre el número de lactadas y el nivel de bilirrubina.

Recién nacidos a término de madres primípara, de parto vaginal eutócico con lactancia materna exclusiva, sin suplemento.

La frecuencia de lactadas es un factor determinado en el volumen de leche materna producida.

Si bien la pérdida de peso es mayor en el grupo con lactancia materna exclusiva en relación al grupo con suplemento con fórmula esto no se correlaciona con el incremento de bilirrubina. La osmolaridad sérica fue igual en ambos grupos, por lo tanto no estaban deshidratados.

Relación con el pasaje de meconio

Otro factor a considerar es el pasaje del meconio y la frecuencia en el patrón de defecación. En 1985 el trabajo de Carvalho, Robertson y Klaus, comprobaron que los bebés alimentados con fórmulas eliminan más heces durante los primeros tres días y su excreción de bilirrubina es mayor.

El meconio contiene gran cantidad de bilirrubina, la retención del mismo conlleva a un aumento de la circulación enterohepática. Alimentación temprana y frecuente reduce la concentración de bilirrubina. Acortando el tránsito intestinal e incrementando los volúmenes de defecación.

Prevención

Medidas preventivas para la ictericia del amamantamiento:

- Iniciar precozmente la succión dentro de los primeros 30 minutos de vida
- Incrementar la frecuencia de las lactadas 10 a 12 veces en 24 horas (o más)
- Técnica de amamantamiento adecuada, lactancia eficaz de ambas mamas durante un periodo suficiente de tiempo observada por personal experto
- Vigilar la regularidad de las evacuaciones intestinales
- Prohibir líquidos complementarios o suplementarios.

Manejo

El tratamiento principal de la ictericia del amamantamiento es la prevención. Si por alguna razón el bebé no puede mamar con la frecuencia deseada durante las primeras 48 horas de vida, es aconsejable extraer la leche materna para alimentarlo usando otros métodos (cucharita, gotero) hasta que pueda amamantar.

Ictericia de Inicio tardío o Síndrome de Ictericia de la Leche Materna

Incidencia

Aproximadamente 2-4% de los recién nacidos a término normales alimentados con lactancia materna, tienen concentraciones sérica de bilirrubina indirecta mayor de 10 mg/dl durante la tercera semana de vida, cuando la ictericia fisiológica de recién nacido normalmente está en descenso.

El pico ocurre entre el 5 a 15 d., persiste de 4 a 10 d y luego declina lentamente, llegando al valor normal en la 3-12 semanas de vida.

Interrumpir parcial o completamente la lactancia materna se asocia con disminución de las concentraciones de bilirrubina. Al volver a amamantar el nivel aumenta, pero no alcanza el nivel anterior¹⁵.

Mecanismos Etiológicos

La mayor controversia no está en la existencia de éste síndrome si no en el mecanismo por el cual la leche materna produce ictericia.

Las siguientes han sido algunas de las teorías propuestas, algunas de las cuales actualmente son solamente de interés histórico. En 1963 Arias y Gartner, aíslan un metabolismo esteroide inusual de la progesterona 3 alfa 20 beta pregnanediol de las leches maternas de madres con hijos con ictericia exagerada de curso prolongado. Este metabolito in vitro demostró ser un potente inhibidor de la enzima glucoronil transferasa. Estudios posteriores en preparaciones de hígado humano y de ratas mostraron que tanto el metabolito usual 3 alfa 20 alfa y el 3 alfa 20 beta pregnanediol alteraban la excreción de la bilirrubina y no la conjugación, por lo tanto esto producía un aumento de la bilirrubina directa no de la indirecta que es lo que se observa en la ictericia por la leche materna.

Otros estudios no pudieron reproducir los hallazgos iniciales de arias y Gartner. No hallaron el metabolito en la leche materna de madres de recién nacidos con el síndrome de ictericia por leche materna.

Al administrar vía oral el metabolito 3 alfa 20 beta pregnanediol a recién nacidos al término normales no se produjo hiperbilirrubinemia.

En 1970 Bevan y Levillain encontraron concentraciones elevadas de ácido grasos no esterificados libres que inhiben la glucoronil transferasa in vitro.

Trabajos posteriores no encontraron diferencias entre leches humanas de madres con neonatos con el síndrome de ictericia por leche materna y neonatos sin ictericia en relación a la concentración de ácidos grasos no esterificados libres.

En 1985 Jalili encontró que algunas leches humanas tienen gran actividad de lipasa que causa hidrólisis de triglicérido de la leche materna y neonatos sin ictericia en relación a la concentración de ácidos grasos libres que inhiben la glucoronil transferasa. Esto ha sido cuestionado ya que requeriría un nuevo mecanismo para la absorción de ácidos grasos libres, las cuales normalmente son re-esterificados antes de entrar a la circulación.

En 1971 Takimoto y Matsuda reportaron con concentraciones de beta glucoronidasa en heces de recién nacidos con ictericia más altas que en recién nacidos sin ictericia.

En 1986 Gourley y Arend reportaron actividad beta glucoronidasa en la leche materna y niveles elevados de esta enzima de correlacionaron con las concentraciones sérica de bilirrubina en neonatos de 21 días de vida. En las heces, la beta glucoronidasa está elevada en aquellos neonatos alimentados con leche materna en relación a neonatos alimentados con fórmula y la actividad de ésta enzima es mayor en neonatos con ictericia.

Se desconoce el factor específico en la leche humana madura que incrementa la absorción intestinal de la bilirrubina, pero estudios indirectos que este factor está ausente del calostro y que aparece en la leche transicional y en la leche madura¹⁶.

Manejo

El síndrome de ictericia por leche materna debe ser diferenciado de otras causas de ictericia prolongada en el recién nacido como enfermedades hemolítica, hipotiroidismo, hijos de madres con diabetes, diferencia congénita de glucoronil transferasa, hiperbilirrubinemia neonatal transitoria, obstrucción intestinal.

El hallazgo clínico esencial que diferencia ictericia por leche materna de otras causas de ictericia por leche materna de otras causas de ictericia es que el neonato luce en buen estado general, vigoroso, con buena tolerancia oral y ganancia de peso adecuada. El diagnóstico de ictericia por leche materna es un diagnóstico por exclusión de otras causas

El manejo conservador es no llegar a concentraciones mayores de 20-25 mg/dl se puede interrumpir parcial o total de lactancia materna por 48 horas y suplementar la alimentación con leche artificial (utilizando el método de relactación).

Si la concentración de la bilirrubina es mayor de 25 mg/dl o un valor menor pero el neonato nace letárgico o con mala tolerancia oral, emplear una terapia más intensa y replantear el diagnóstico.

No hay razón para suprimir la leche materna parcial o totalmente, para hacer el diagnóstico, considerando que los beneficios de la lactancia materna son mayores que el simple hecho de confirmar un diagnóstico. Interrumpir la leche materna parcial o totalmente sólo debe hacerse con fines terapéuticos¹⁷.

Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
Educación Materna	Lactancia	Correcta
		Incorrecta
	Posición y manejo del RN	Correcta
		Incorrecta
	Formación de los pezones y areolas	Si
		No
		Umbilicados
		Planos
	Existencia de calostro	Si
		No
	Rutina de alimentación del RN	Cada 1 hora o menos.
		Cada 3 Hs o menos.
Más de 4 Hs.		
Valoración de la piel	Coloración	Rosado con fondo icterico.
		Leve ictericia.
		Ictérico
	Turgencia	Buena
		Escasa
		Muy escasa.
	Aspecto	Hidratado Reseco Pliegue positivo
Detección precoz de	Congestión mamaria	Si
		No
		A veces
		Nunca

signos que limitan a la madre a amamantar	Inexistencia o escasas de calostro.	Si
		No
		A veces
		Nunca
	Fisuras en los pezones	Si
		No
		A veces
		Nunca
	Madre trabajadora	Si
		No
		A veces
	Nacimientos múltiples	Si
		No
	Edad de la madre	Menor de 18
		Entre 18 y 25 años
		Entre 25 y 35 años
Mayor de 35		
Estudios cursados de la madre	Primario	
	Secundario	
	Terciario	
	Universitario	
S y S que llevan al RN a ingresar a Neonatología Por Hiperbilis.	Succión incoordinada	Si
		No
		A veces
		Nunca
	Succión débil	Si
		No
		A veces
		Nunca

	Succión agotada	Si
		No
		A veces
		Nunca
	Patologías de base (labio leporino-síndromes)	Si
		No
	Infección urinaria	Si
		No
	Incompatibilidad sanguínea	Si
		No
	Intolerancia a la alimentación	Si
		No
Mayor o igual a 38 SEG sin factores de riesgos.	Nacimiento	Mayor a 7 mg/dl
	24 hs de vida	Mayor a 12 mg/dl
	48 hs de vida	Mayor a 15 mg/dl
	72 hs de vida	Mayor a 18 mg/dl
	96 hs de vida	Mayor a 20 mg/dl
	5 a 7 días de vida	Mayor a 21 mg/dl
Mayor de 38 SEG con factores de riesgo.	Nacimiento	Mayor a 5 mg/dl
	24 hs de vida	Mayor a 10 mg/dl
	48 hs de vida	Mayor a 13 mg/dl
	72 hs de vida	Mayor a 15 mg/dl
	96 hs de vida	Mayor a 17 mg/dl
	5 a 7 días de vida	Mayor a 18 mg/dl
	Nacimiento	Mayor a 4 mg/dl
	24 hs de vida	Mayor a 8 mg/dl

Mayores de 35 SEG con factores de riesgo	48 hs de vida	Mayor a 11 mg/dl
	72 hs de vida	Mayor a 14 mg/dl
	96 hs de vida	Mayor a 14,4 mg/dl
	5 a 7 días de vida	Mayor a 15 mg/dl

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación:

Descriptivo: Porque se realiza una descripción de los factores influyentes en el aumento del ingreso de RN con hiperbilirrubinemia en el servicio de neonatología del hospital Virgen de la Misericordia.

Cuantitativa: Porque se medirán los indicadores de las variables a tratar, basándonos en datos estadísticos que nos refleja la problemática citada.

Corte transversal: Porque se determina el tiempo en el que se recabaran los datos con los que se realizara la investigación.

Retrospectivo: Se estudian las variables tal cual surgieron en el momento de la investigación, basándonos en datos estadísticos.

Prospectivo: Se determinara la competencia del personal de enfermería y conocimientos maternos a través de encuestas.

Área de estudio: El área donde realizaremos la investigación es en el Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia.

Universo: El trabajo tiene como universo a todos los RN nacidos en el Hospital Virgen de la Misericordia en el periodo de Mayo a Octubre de 2014.

Muestra: Se toma como muestra a los RN que ingresan con diagnóstico de hiperbilirrubinemia, al Servicio de Neonatología, nacidos en el Hospital Virgen de la misericordia en el periodo de Mayo a Octubre de 2014.

Unidad de análisis: La unidad de análisis es el RN con Hiperbilirrubinemia que ingresa al Servicio de Neonatología en el año 2014.

Métodos para recolección de datos

Técnicas: Censos diarios (ingresos y egresos).

Fuentes primaria: Entrevista estructurada a las madres de los RN, y bibliografía.

Fuentes secundarias: Nos basamos en datos estadísticos e historias clínicas.

Instrumentos: Encuestas a las madres de los RN internados en servicio de neonatología, para valorar los conocimientos que han adquirido sobre la lactancia materna y técnicas utilizadas para la misma durante su internación en el servicio de internación conjunta.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Empezando con el análisis de los datos estadísticos, como así también la utilización de encuestas dirigidas a las madres de los RN con preguntas claras, precisas, de lenguaje acorde al entrevistado. Una vez recolectados los datos se procede a codificar la información en una tabla de datos general, la información se tabula en una tabla de doble entrada con frecuencia absolutas y relativas de manera de cruzar los datos de las variables en estudio.

El análisis es uní y bivariado de manera de comparar la realidad con el marco teórico que se planteó, y dar respuesta al problema.

Tablas y Gráficos

Tablas y Gráficos

Tabla N°1

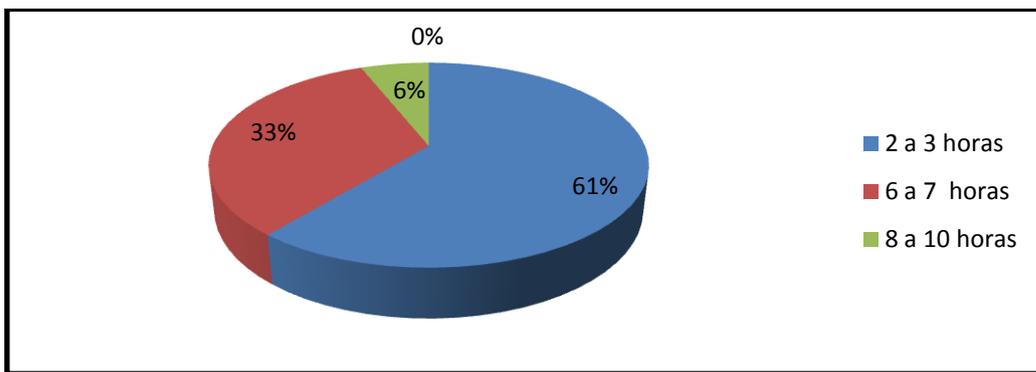
Cantidad de veces que colocan al recién nacido al pecho las madres en estudio del Hospital Virgen de la Misericordia

Respuesta correcta A

Cantidad de veces que debe colocar a su hijo al pecho materno.	f.a.	f.r.
2 a 3 horas	61	61%
6 a 7 horas	33	33%
8 a 10 horas	6	6%
Total	100	100 %

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°1



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 61% de las encuestadas, pone el niño al pecho cada 2-3 horas, el 33% cada 6-7 horas y el 6% cada 8-18 horas

Tabla N°2

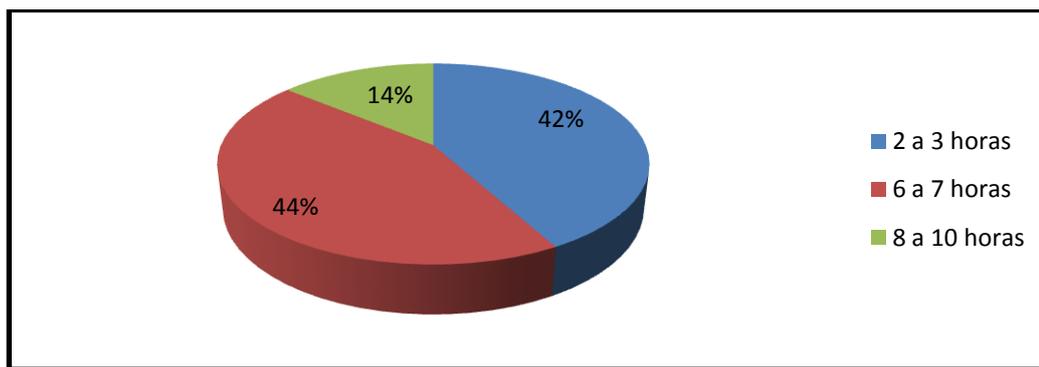
Cada cuanto despiertan al recién nacido si está dormido las madres encuestadas en el Hospital Virgen de la Misericordia.

Respuesta correcta A

Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada:	f.a.	f.r.
2 a 3 horas	42	42%
6 a 7 horas	44	44%
8 a 10 horas	14	14%
Total	100	100 %

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°2



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 44% de las encuestadas, despierta, alimenta y cambia a su hijo cada 6-7 horas, el 42% lo hace cada 2-3 horas y el 14% lo hace cada 8-10 horas.

Tabla N°3

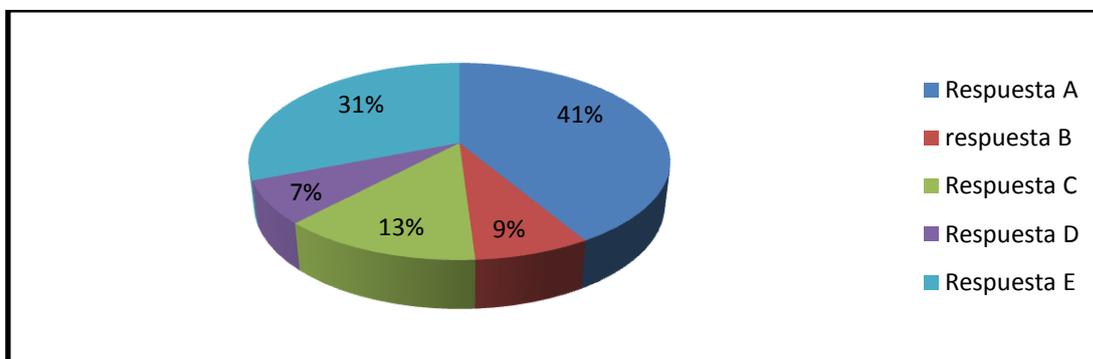
Que hacen las madres encuestadas en el Hospital Virgen de la Misericordia si les sale poco calostro

Respuestas correctas A y E

Si a Ud. le sale poco calostro debe	f.r	f.a
Crear una rutina de hidratación para Ud. y para el RN	41	41%
Pedir a un familiar o a neonatología que le traigan leche.	8	8%
Dejar dormir al bebe hasta que le salga más calostro.	13	13%
Tomar pastillas para aumentar la producción de calostro.	7	7%
Avisar a Neo para que le indiquen las posiciones de amamantamiento y para que evalúen si su producción de calostro es normal.	31	31%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°3



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 41% de las entrevistadas respondió correctamente la opción A, el 31% también respondió correctamente la opción E, mientras que el resto respondió con el 13%, 8%, 7% de manera incorrecta.

Tabla N°4

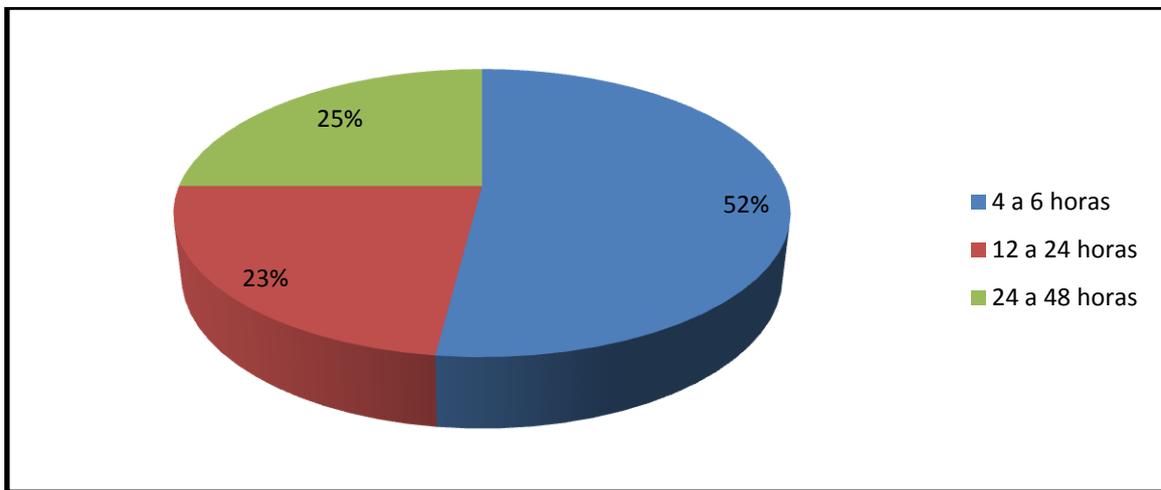
Cada cuanto consideran las madres encuestadas que deben orinar sus hijos.

Respuesta correcta A

Su hijo debe orinar cada cuantas horas	f.a.	f.r.
4 a 6 horas	52	52%
12 a 24 horas	23	23%
24 a 48 horas	25	25%
Total	100	100 %

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°4



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que las encuestadas respondieron de manera correcta con el 52% la opción A, que el 25% respondió la opción C y el 23% restante respondió la opción B.

Tabla N°5

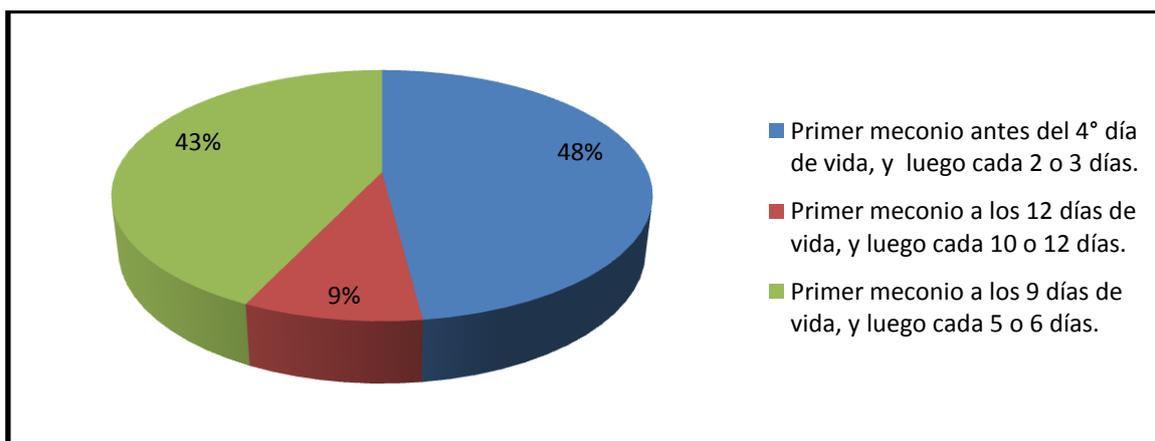
Cada cuanto consideran la madres en estudio que deben evacuar sus hijos.

Respuesta correcta A

Su hijo debe evacuar intestino cada:	f.a.	f.r.
Primer meconio antes del 4° día de vida, y luego cada 2 o 3 días.	48	48%
Primer meconio a los 12 días de vida, y luego cada 10 o 12 días.	9	9%
Primer meconio a los 9 días de vida, y luego cada 5 o 6 días.	43	43%
Total	100	100 %

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°5



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que el 48% de las encuestadas respondieron correctamente con el 48%, mientras que un 43% y un 9% optaron por respuestas incorrectas.

Tabla N°6

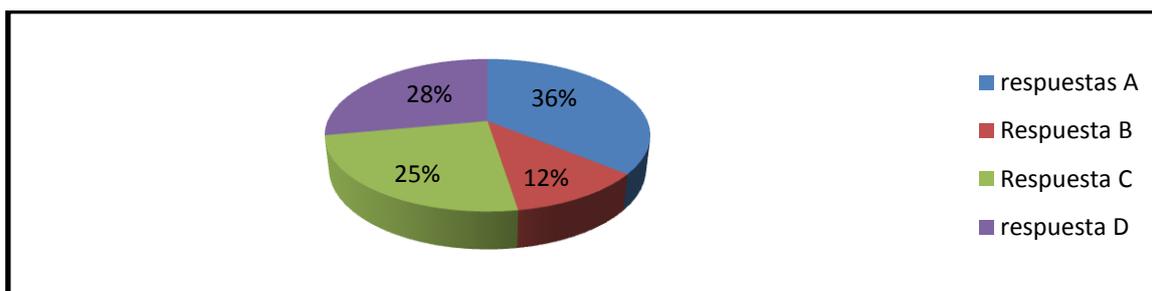
Como preparan los pechos para amamantar las madres encuestadas en el Hospital Virgen de la Misericordia.

Respuesta correcta A y D

Ud. debe	f.a.	f.r.
Formar sus pezones y areola para la correcta alimentación del RN.	36	36%
Todos los pechos maternos ya están adaptados para amamantar sin excepción.	11	11%
Debe colocarse crema si o si para formar sus mamas.	25	25%
Utilizando ALAS (aire, leche, agua y sol) sus pezones se formarán con masajes y podrá alimentar correctamente a su hijo.	28	28%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°6



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que las encuestadas respondieron correctamente con el 36% y 28%, mientras que el 25% y 11% restante lo hicieron incorrectamente.

Tabla N°7

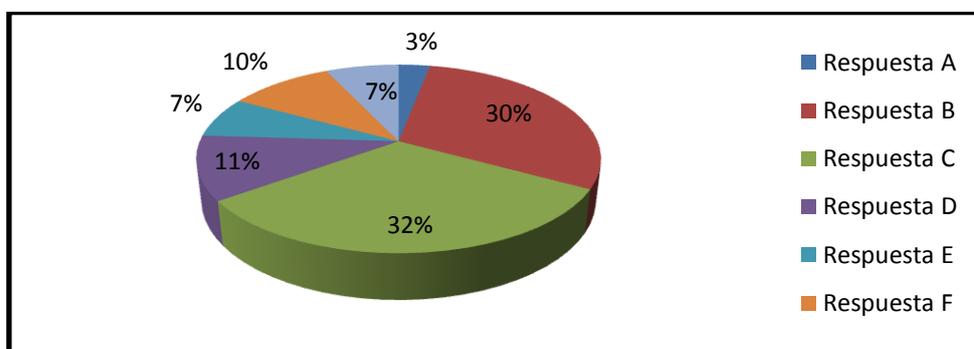
Que saben las madres en estudio en el Hospital Virgen de la Misericordia acerca de la bilirrubina.

Respuesta correctas: B, C, D, E, F y G.

La bilirrubina	f.a	f.r
Es algo que viene con la leche.	3	3%
Es un un producto de desecho de color amarillo oscuro que se encuentra en la bilis y que en niveles excesivos brindan un color amarillento en los ojos y la piel	30	30%
Hace que su hijo se ponga de color amarillo.	32	32%
Bajará a valores normales si Ud. brinda correctamente el pecho materno a su hijo.	11	11%
No aumenta cuando le da a su hijo leche maternizada.	7	7%
Se elimina por orina y materia fecal.	10	10%
Existen otras causas además de la incorrecta lactancia materna por las cuales puede aumentar	7	7%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°7



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que solo el 3% de las encuetadas respondió incorrectamente, el resto, con el 32%,30%,11%,10%,7% y 7% lo hizo correctamente.

Tabla N°8

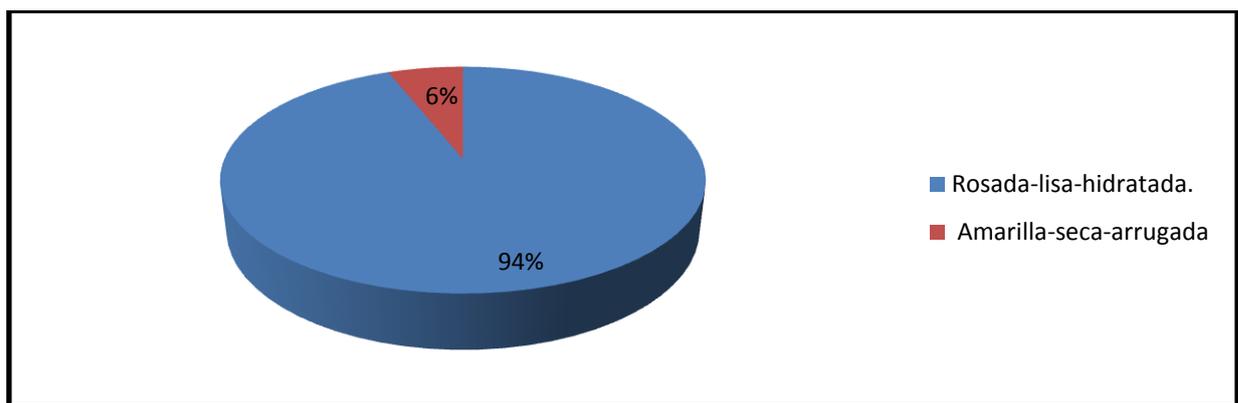
Como creen que debe estar la piel del bebé las madres encuestadas en el Hospital Virgen de la Misericordia

Respuesta correcta A

La piel de su bebe debe estar siempre	f.r	f.a
Rosada-lisa-hidratada.	94	94%
Amarilla-seca-arrugada	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°8



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 94% de las encuestadas, respondió correctamente, y el 6% lo hizo incorrectamente.

Tabla N°9

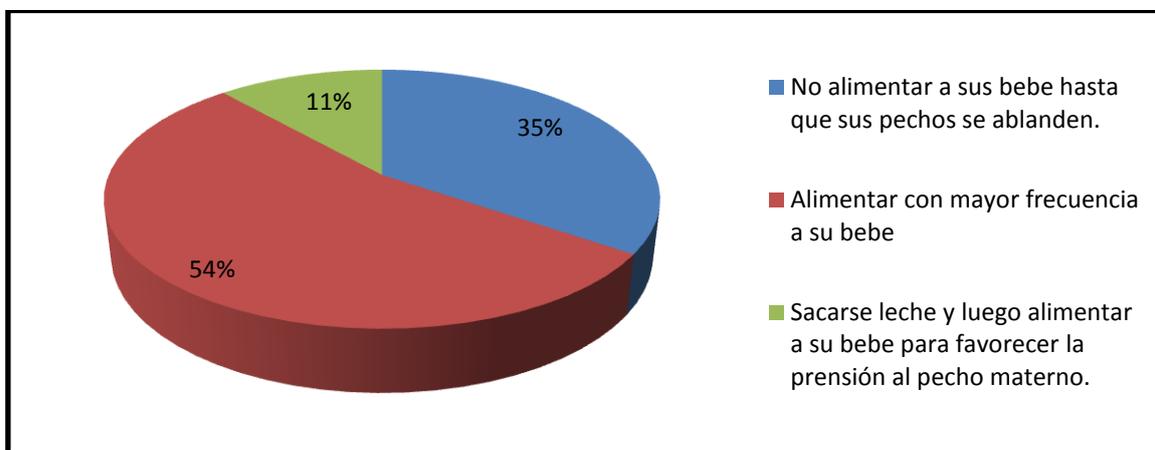
Que consideran que deben hacer en caso de tener las mamas congestionadas las madres en estudio del Hospital Virgen de la Misericordia.

Respuestas correctas B y C

Si sus mamas están congestionadas (endurecidas, calientes o cargadas de leche) Ud. Debe:	f.r	f.a
No alimentar a sus bebe hasta que sus pechos se ablanden.	36	36%
Alimentar con mayor frecuencia a su bebe.	56	56%
Sacarse leche y luego alimentar a su bebe para favorecer la prensión al pecho materno.	12	12%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°9



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que el 54% y el 11% de las encuestadas, respondió correctamente, mientras que el 35% restante lo hizo incorrectamente.

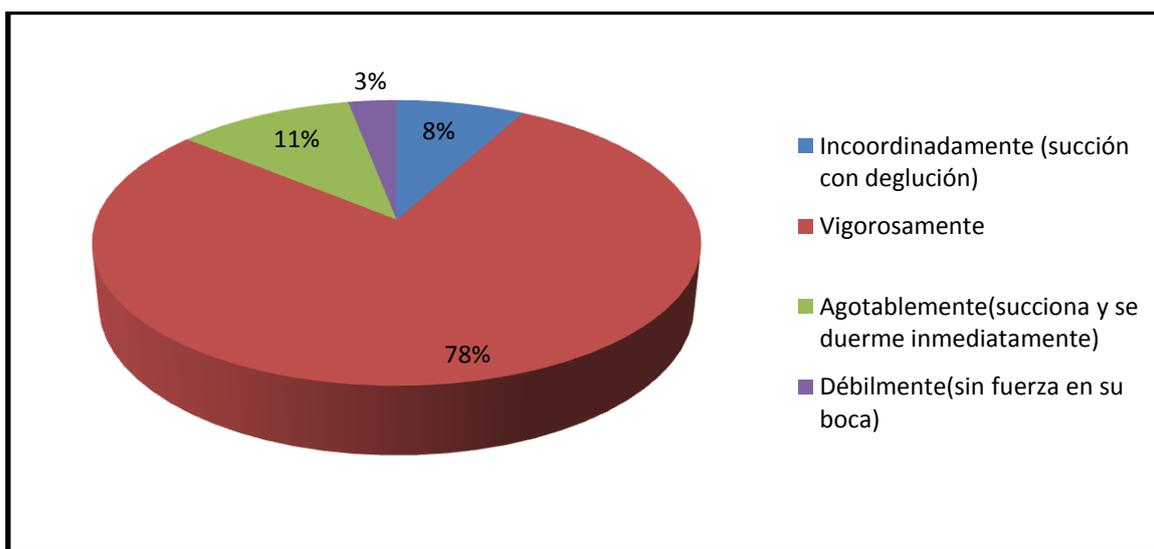
Tabla N°10

Conocimiento de las madres en estudio del Hospital Virgen de la Misericordia acerca de la succión de su bebe.

Su bebe succiona:	f.r	f.a
Incoordinadamente (succión con deglución)	8	8%
Vigorosamente.	78	78%
Agotablemente(succiona y se duerme inmediatamente)	11	11%
Débilmente(sin fuerza en su boca)	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Grafico N°10



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que según las encuestas, el 78% de los RN succiona vigorosamente, el 11% presenta una succión agotable, el 8% lo hace incoordinadamente y el 3% lo hace débilmente.

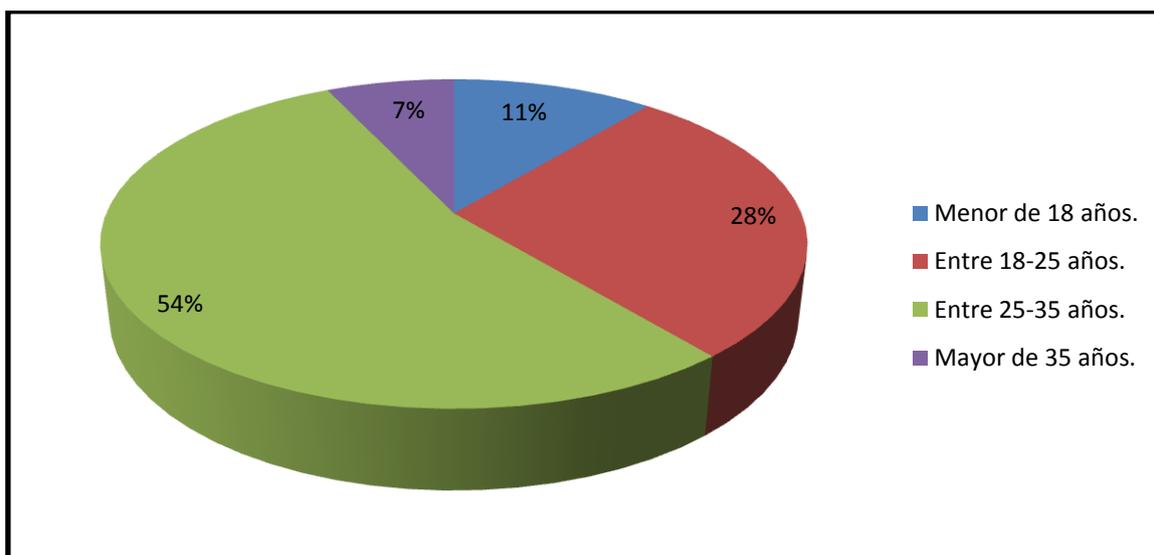
Tabla N°11

Edades de las madres en estudio del Hospital Virgen de la Misericordia.

Su edad promedio va entre:	f.r	f.a
Menor de 18 años.	11	11%
Entre 18-25 años.	28	28%
Entre 25-35 años.	54	54%
Mayor de 35 años.	7	7%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°11



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 54% de las encuestadas tiene entre 25-35 años, el 28% tiene entre 18-25, el 11% es menor de 18 y el 7% es mayor de 35.

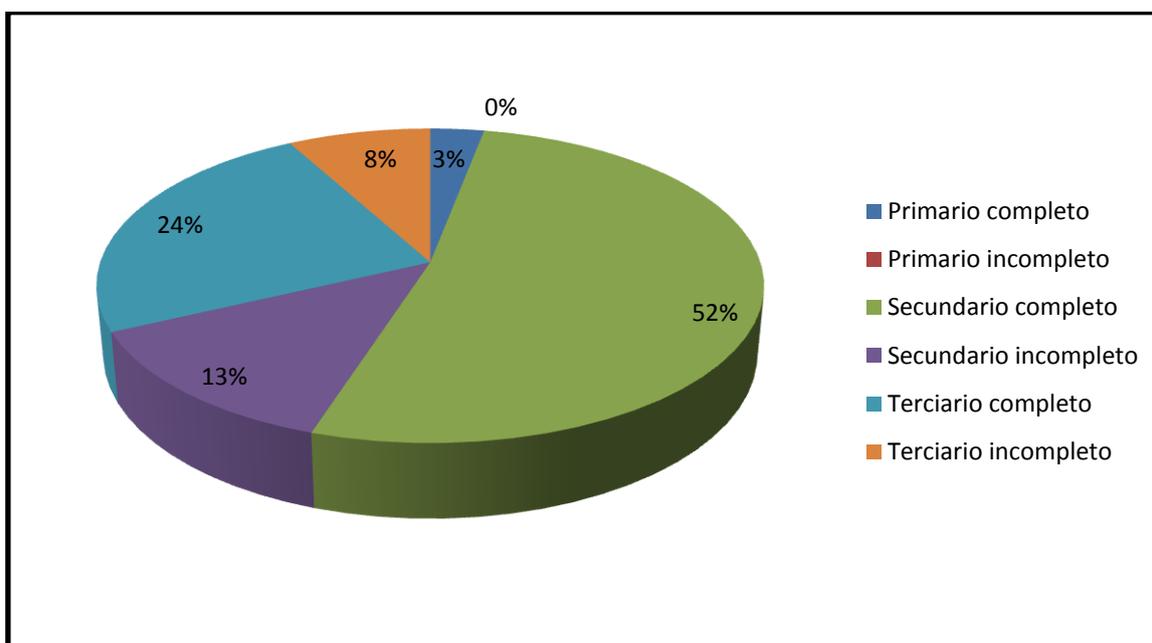
Tabla N°12

Estudios cursados por las madres encuestadas en el Hospital Virgen de la Misericordia.

Estudios cursados:	f.r	f.a
Primario completo.	3	3%
Primario incompleto.	0	0%
Secundario completo.	52	52%
Secundario incompleto.	13	13%
Terciario completo.	24	24%
Terciario incompleto.	8	8%
Total	100	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de encuestas realizadas por las autoras.

Gráfico N°12



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 52% de las encuestadas tiene el secundario completo, el 24% el terciario completo, el 13% el secundario incompleto, el 8% el terciario incompleto y el 3% tiene el primario completo.

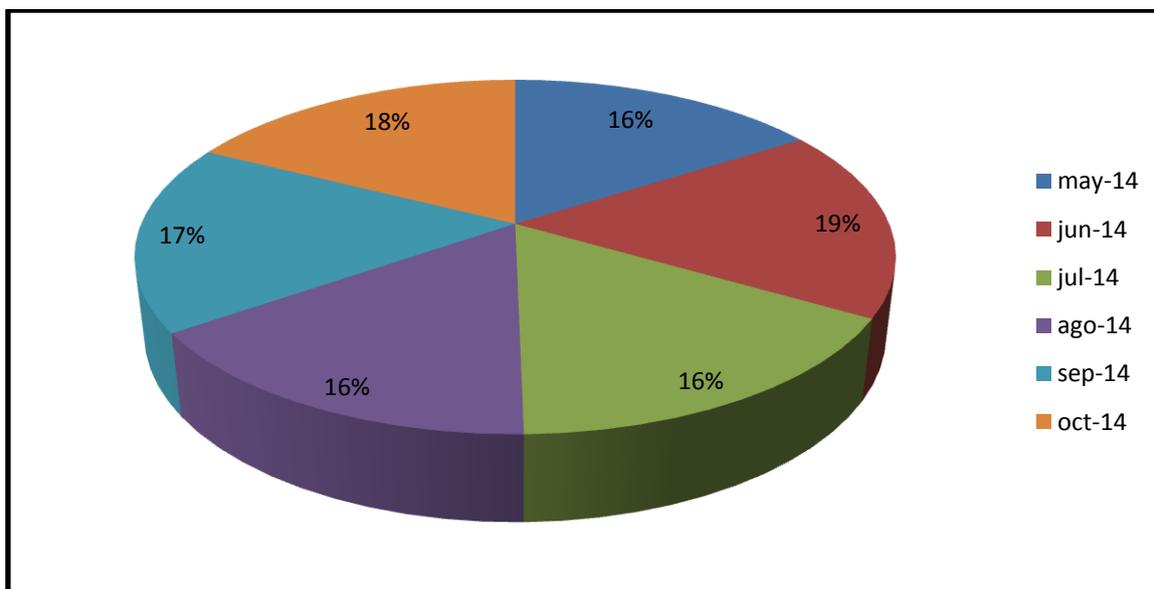
Tabla N°13

Cantidad de partos realizados en el hospital virgen de la misericordia, en el periodo que va desde el 01 de mayo de 2014 hasta el 31 de Octubre del mismo año.

Cantidad de partos realizados en el hospital virgen de la misericordia.	f.r	f.a
Mayo de 2014	140	15,9%
Junio de 2014	155	17,5%
Julio de 2014	144	16,3%
Agosto de 2014	138	15,6%
Setiembre/09 2014	152	17,2%
Octubre/10 2014	155	17,5%
Total	884	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia, por las autoras.

Grafico N°13



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que en octubre se dieron la mayor cantidad de partos con el 18%, continúan Septiembre y Junio con el 17% y siguen por último, Mayo, julio y Agosto con el 16% de nacimientos.

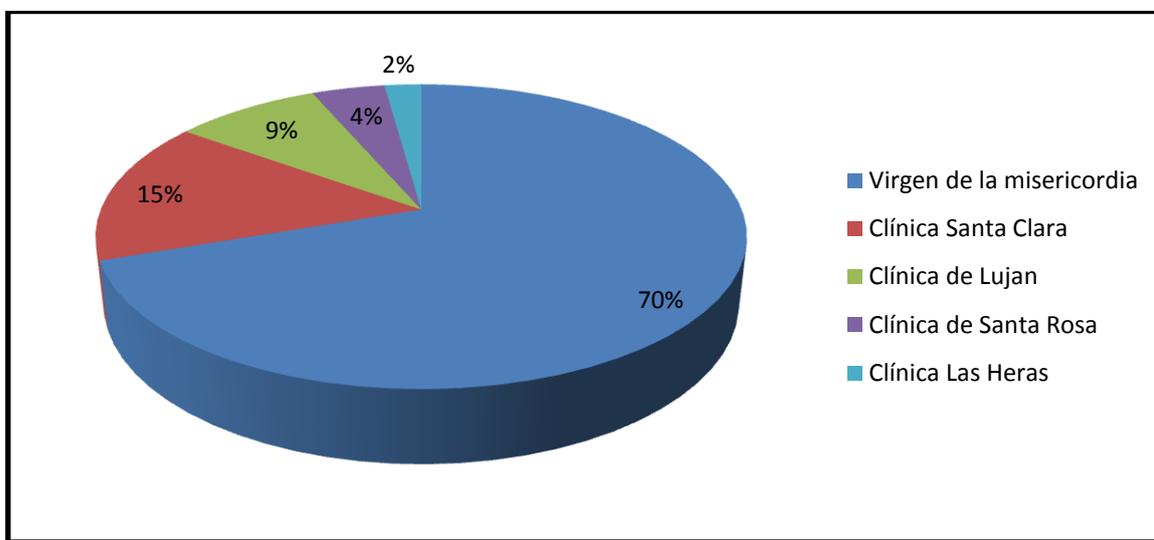
Tabla N°14

Numero de Ingresos de RN a neonatología por hiperbilirrubinemia, debido a la incorrecta lactancia materna.

Número de Ingresos de RN a neonatología.	Hiperbilirrubinemia por incorrecta lactancia materna.	Incompatibilidad ABO	f.r	f.a
Virgen de la misericordia	31	1	32	71,1%
Clínica Santa Clara	7	0	7	15,5%
Clínica de Lujan	3	1	4	8,8%
Clínica de Santa Rosa	1	0	1	4,4%
Clínica Las Heras	1	0	1	2,2%
Total	43	2	45	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N°14



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 70% de los ingresos a Neonatología por hiperbilirrubinemia, son de RN que nacen en el Hospital Virgen de la Misericordia, el 15% son derivaciones de la clínica Santa Clara, el 9% de la Clínica de Lujan, el 4% de la Clínica de Santa Rosa y el 2% proviene de la Clínica de Las Heras.

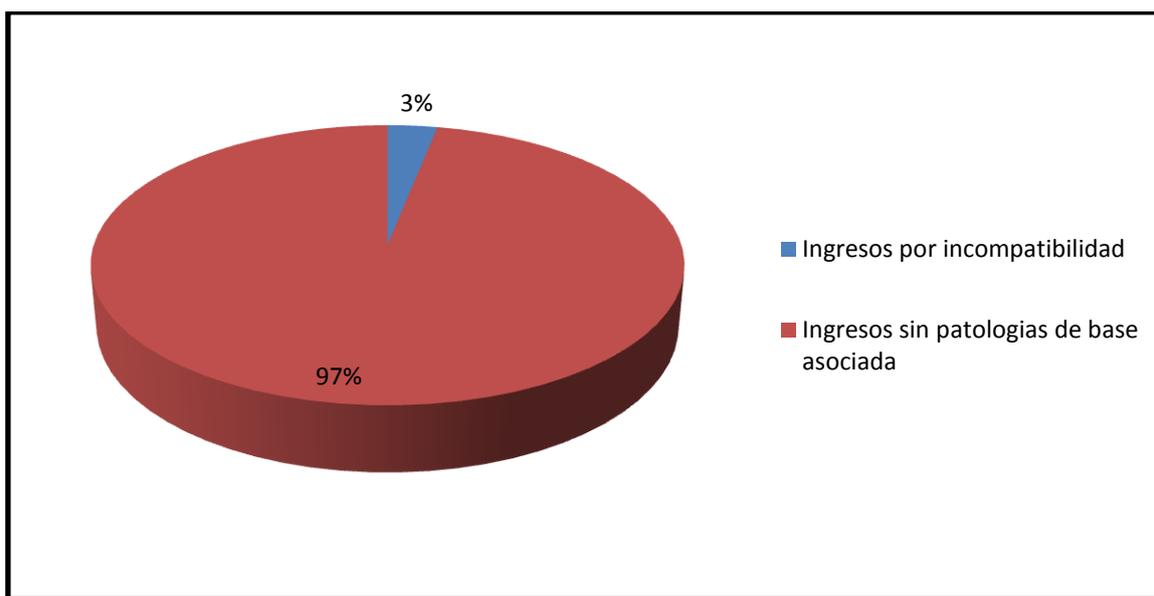
Tabla N°15

Número de ingresos de RN nacidos en el hospital Virgen de la Misericordia, según su patología.

Número de ingresos de RN nacidos en el hospital Virgen de la Misericordia, según su patología.	f.r	f.a
Ingresos por incompatibilidad ABO	1	3,12%
Ingresos sin patologías de base asociadas	31	96,9%
Total	32	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Gráfico N°15



Análisis e interpretación: El gráfico nos muestra que el 97% de los ingresos a neonatología de RN nacidos en el Hospital Virgen de la Misericordia, lo hacen sin patologías de base asociada, mientras que el 3% restante, lo hace por incompatibilidad de grupo.

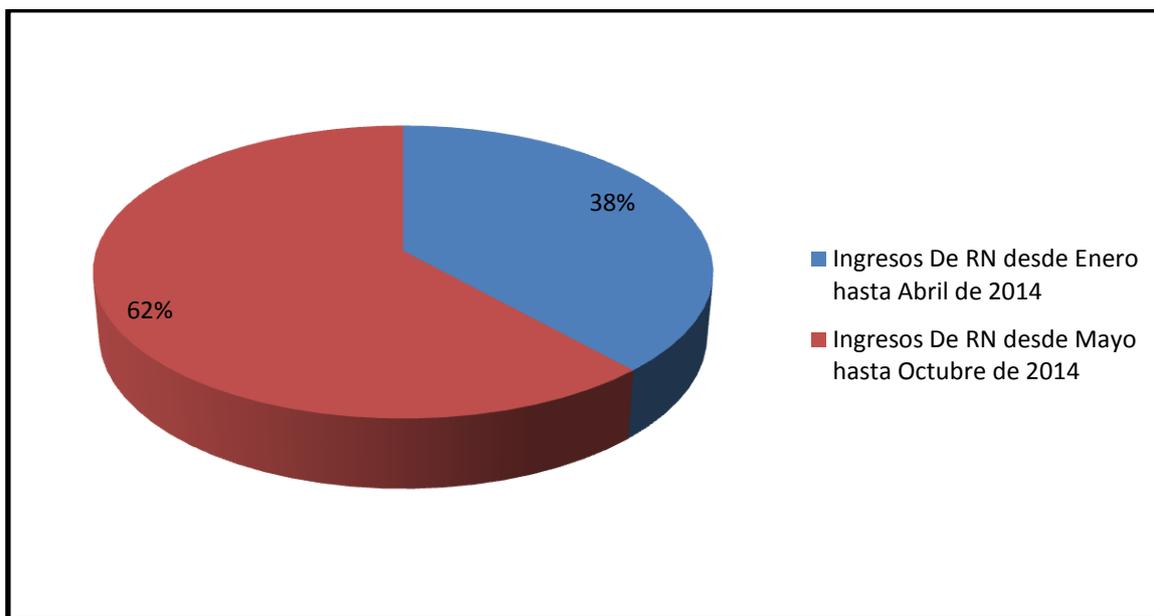
Tabla N°16

Numero parcial de ingresos de RN por Hiperbilirrubinemia al servicio de neonatología, en el periodo de Enero hasta Octubre de 2014.

Numero parcial de ingresos de RN por Hiperbilirrubinemia al servicio de neonatología, en el periodo de Enero hasta Octubre de 2014.	f.r	f.a
N° de ingresos De enero hasta Abril de 2014	28	38,35%
N° de ingresos de Mayo hasta octubre 2014	45	61,65%
Total	73	100%

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N°16



Análisis e interpretación: El grafico nos muestra que del total de ingresos, el 62% lo hizo en el periodo que va desde Mayo hasta Octubre, y el 38% restante lo hizo en el periodo que va de Enero hasta Abril del corriente año, (Nuestra unidad de análisis fue tomada en el periodo de Mayo-Octubre del 2014).

TABLAS BIVARIADAS

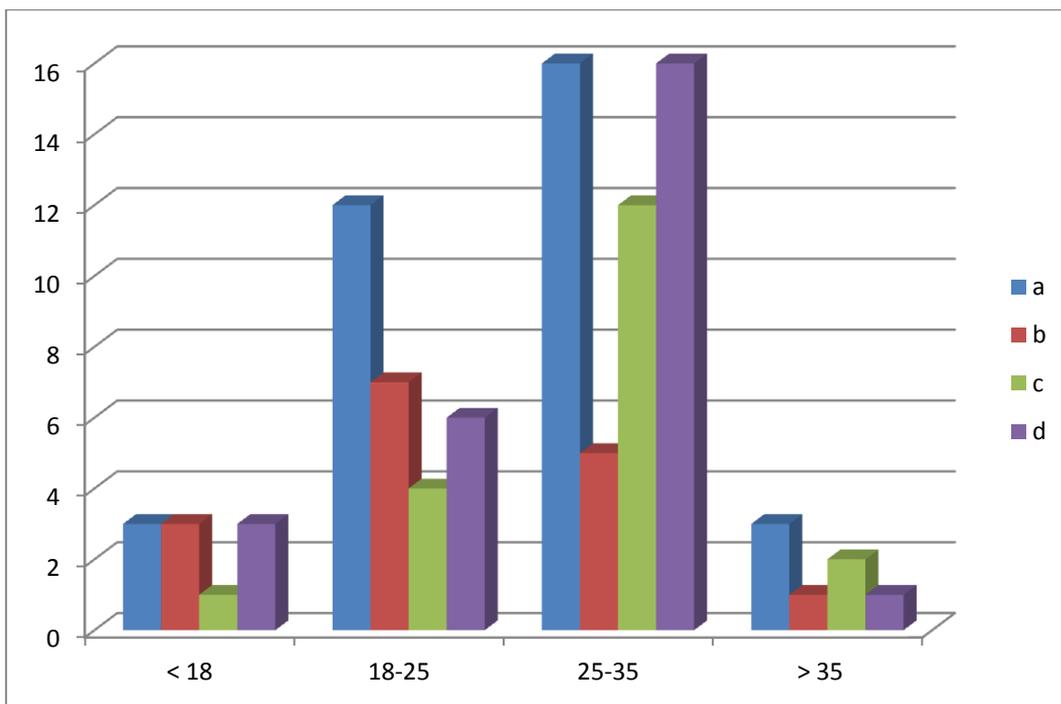
Tabla N°1

Relación entre la edad de la madre y su conocimiento sobre la preparación de las mamas para el amamantamiento

	a	b	c	d
< 18	3	3	1	3
18-25	12	7	4	6
25-35	16	5	12	16
> 35	3	1	2	1

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N° 1



Análisis e interpretación: el siguiente grafico nos muestra que las madres entre 25 y 35 años son las que más conocimiento tienen acerca de la preparación de las mamas para el amamantamiento, según datos extraídos en el Hospital Virgen de la Misericordia.

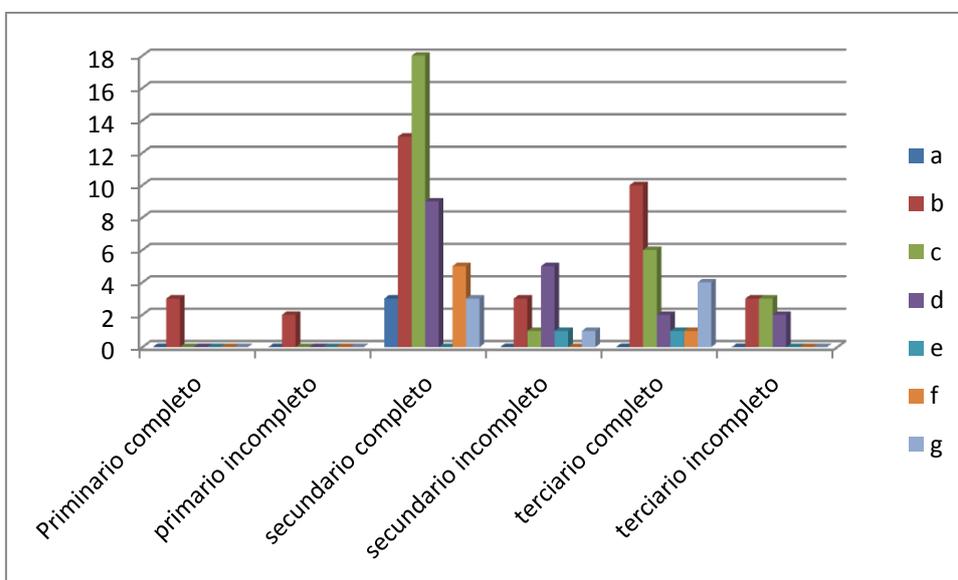
Tabla N°2

Relación entre la formación de la madre y el conocimiento que tienen acerca de la bilirrubina.

Columna1	a	b	c	d	e	f	g
Primario completo	0	3	0	0	0	0	0
Primario incompleto	0	2	0	0	0	0	0
Secundario completo	3	13	18	9	0	5	3
Secundario incompleto	0	3	1	5	1	0	1
Terciario completo	0	10	6	2	1	1	4
Terciario incompleto	0	3	3	2	0	0	0

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N°2



Análisis e interpretación: el grafico nos muestra que las madres con un nivel de formación mas alto (a partir de secundario completo) son las que mayor conocimiento tienen acerca de la bilirrubina.

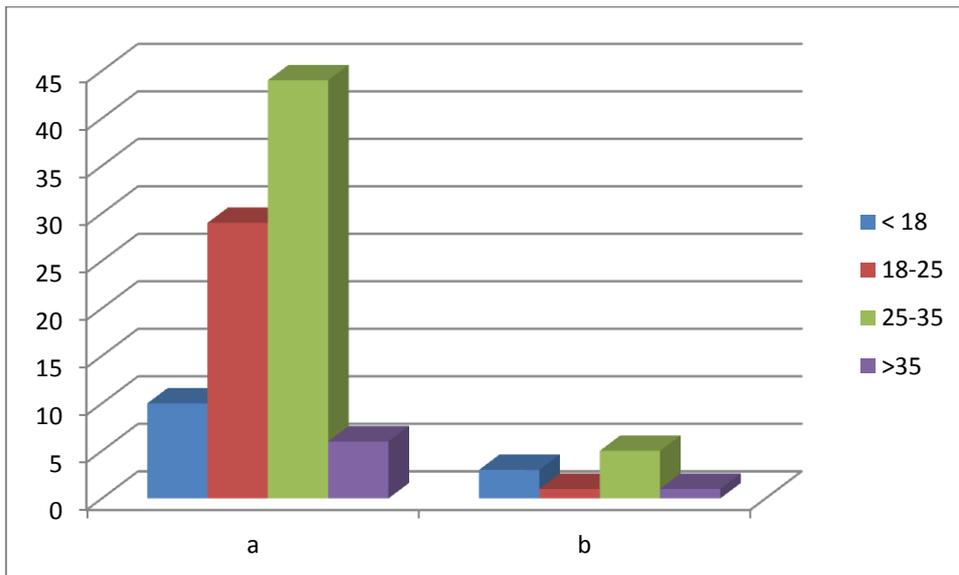
Tabla N°3

Relación entre la edad de la madre y su conocimiento acerca de la apariencia de la piel del bebé.

Columna1	< 18	18-25	25-35	>35
A	10	29	44	6
B	3	1	5	1

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N°3



Análisis e interpretación: el siguiente gráfico nos muestra que las madres entre 25-35 años son las que más conocimiento tienen acerca de la apariencia de la piel del bebé.

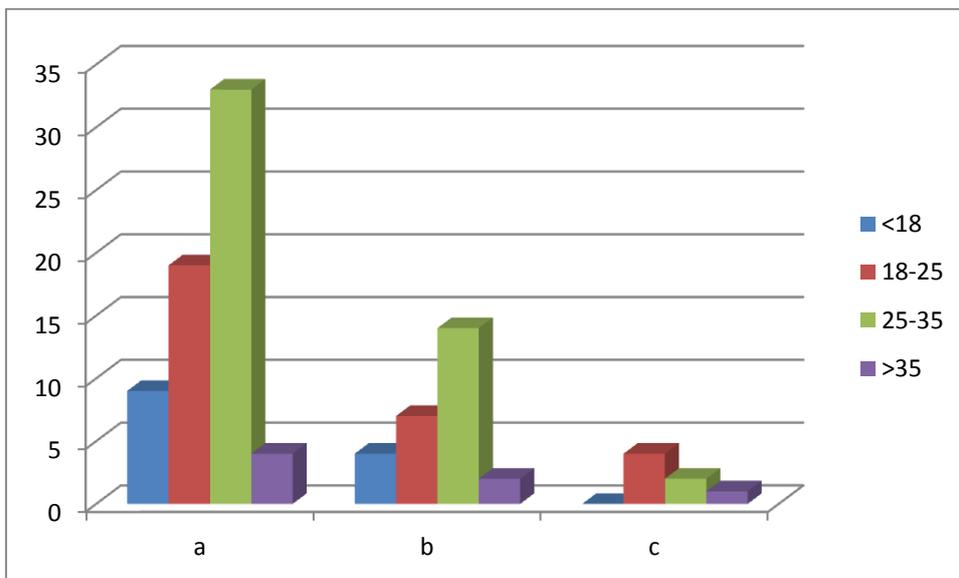
Tabla N°4

Relación entre la edad de la madre y su conocimiento sobre la alimentación de su bebé.

Columna1	<18	18-25	25-35	>35
a	9	19	33	4
b	4	7	14	2
c	0	4	2	1

Fuente: Datos extraídos estadísticamente de la base de datos del Hospital Virgen de la Misericordia por las autoras.

Grafico N°4



Análisis e interpretación: el gráfico nos muestra que entre el grupo de madres que contestó bien a la pregunta acerca de cada cuanto alimenta a su bebé, las que mayor conocimiento tienen son las que se encuentran en el rango de edad entre 25-35 años.

CONCLUSION

La relación entre la carencia de información del personal de enfermería con la falta de interés materno sobre la lactancia materna en el Hospital Virgen de la Misericordia en el año 2014, demuestra que se producen ingresos con diagnóstico de Hiperbilirrubinemia al Servicio de Neonatología por incorrecta técnica de amamantamiento, ya sea por déficit en rutina de alimentación o dificultad en la succión del recién nacido, mal posicionamiento materno y del lactante, negación materna a la lactancia o escasa instrucción por parte del personal profesional.

Los datos más evidentes están relacionados con el 97% de los ingresos a Neonatología por hiperbilirrubinemia, son de RN que nacen en el Hospital Virgen de la Misericordia, sin patologías e incompatibilidad asociadas.

La encuesta realizada a las madres revelaron datos que indican la confusión que se les produce a las mismas por la tardía educación, ya que las madres y los RN logran una lactancia materna eficaz una vez que se encuentran internados en el servicio de Neonatología ya con una patología declarada de hiperbilirrubinemia.

En la investigación encontramos que la mayoría de las madres del grupo de estudio oscilan entre una edad de 25 a 35 años lo que no concuerdan con la falta de conocimientos que se reflejan con respecto a la lactancia materna en madres de corta edad.

Para prevenir la ictericia es importante que la madre se asegure de amamantar al niño entre 8 a 12 veces al día, con una adecuada succión, que este despierto mientras come, que quede satisfecho después de hacerlo, que la madre sienta que produjo bastante leche, que él bebe orine de 4 a 6 veces al día, que el niño no pierda más del 7 % del peso del nacimiento en los primeros días y que la madre sienta que se vació luego de dar de mamar. La situación será progresiva si no se hace hincapié en la correcta y exhaustiva educación materna.

Sería de total importancia generar estrategias para promocionar la adecuada técnica de lactancia materna y el control del recién nacido sano, ya que pueden ser parte de la prevención de la ictericia neonatal.

RECOMENDACIÓN

A modo de recomendación, en cuanto a la problemática planteada en el Hospital Virgen de la Misericordia en el año 2014, se urge que la asignación de personal de enfermería al sector de Internación conjunta, sea con profesionales capacitados en lactancia materna y con predisposición a esa tarea, diagramados en todos los turnos.

Teniendo como misión:

- Verificar que el personal realice la correcta instrucción materna.
- Implementar normativas para una lactancia materna eficaz.
- Realizar folletería con información relevante, clara y precisa sobre la lactancia materna.
- Dictar cursos y actualizaciones de lactancia materna a todo el personal de enfermería.
- Identificar al personal que posee mayor predisposición hacia la tarea de puericultura.

El personal profesional deberá poseer la madurez y capacitación necesaria para realizar la correcta promoción de lactancia materna, y la avidez para identificar las madres que poseen negación a la misma, contando con la confianza, el apoyo y colaboración del equipo interdisciplinario para poder actuar en este tipo de casos.

BIBLIOGRAFIA

- 6-8: Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal, 3ª edición;
Tamez, Silva; Editorial Medica Panamericana; 2010
- 5-11-13-17: Neonatología practica, 4ª edición; Ceriani Cernadas; Editorial
Medica Panamericana; 2009
- 12: Nuevo manual de la enfermería; Océano Centrum; 2009
- 1-2-3-9-10: Lactancia materna en neonatos a término, 2ª edición; Distribuna;
- 7-14-15-16: www.upch.edu.pe/...atria/lactancia%20materna/Clase...
- 4: Escuela.med.puc.cl

Anexos

- Se pretende mediante esta herramienta valorar el grado de conocimiento que las madres poseen o adquieren a través del personal de enfermería de Neonatología, sobre la importancia de la lactancia materna para así, evitar el ingreso del RN por hiperbilirrubinemia a dicho servicio del Hospital Virgen de la Misericordia.

- El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información y datos fehacientes para complementar el desarrollo final del trabajo de Tesina de la Carrera de Posgrado de Licenciatura en Enfermería.

- La siguiente encuesta es de carácter anónimo, esperando su colaboración para la obtención de las respuestas.

Muchas gracias

- Según la información brindada por el Personal de Enfermería de el Servicio de Neonatología que atendió a usted y a su hijo/a durante su estadía en internación conjunta, le solicitamos que:

Lea el siguiente cuestionario y responda de acuerdo a lo que se le pida en la consigna con una **X**.

1	Ud. debe colocar a su hijo al pecho materno cada: Marque la opción correcta
---	--

	2 a 3 horas
	6 a 7 horas
	8 a 10 horas

2	Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada: Marque la opción correcta
---	--

	2 a 3 horas
	6 a 7 horas
	8 a 10 horas

3	Si a Ud. le sale poco calostro debe: Marque la opción correcta
---	---

	Crear una rutina de hidratación correcta para Ud. Y una rutina de alimentación adecuada para el RN.
	Pedir a un familiar o a neonatología que le traigan leche.
	Dejar dormir al bebe hasta que le salga más calostro.
	Tomar pastillas para aumentar la producción de calostro.
	Avisar a Neo para que le indiquen las posiciones de amamantamiento y para que evalúen si su producción de calostro es normal.

4 Su hijo debe orinar cada cuantas horas: **Marque la opción correcta**

	4 a 6 horas
	12 a 24 horas
	24 a 48 horas

5 Su hijo debe evacuar intestino cada: **Marque la opción correcta**

	Primer meconio antes del 4° día de vida, y luego cada 2 o 3 días.
	Primer meconio a los 12 días de vida, y luego cada 10 o 12 días.
	Primer meconio a los 9 días de vida, y luego cada 5 o 6 días.

6 Ud. debe: **Marque la opción correcta**

	Formar sus pezones y areola para la correcta alimentación del RN.
	Todos los pechos maternos ya están adaptados para amamantar sin excepción.
	Debe colocarse crema si o si para formar sus mamas.
	Utilizando ALAS (aire, leche, agua y sol) sus pezones se formarán con masajes y podrá alimentar correctamente a su hijo.

7 La bilirrubina: **Marque la opción correcta**

	Es algo que viene con la leche.
	Es un pigmento amarillento anaranjado de la bilis formado principalmente por la degradación de la hemoglobina de los hematíes tras la terminación de su periodo normal de vida que en niveles excesivos brindan esta coloración en los ojos y la piel.

	Hace que su hijo se ponga de color amarillo.
	Bajará a valores normales si Ud. brinda correctamente el pecho materno a su hijo.
	No aumenta cuando le da a su hijo leche maternizada.
	Se elimina por orina y materia fecal.
	Existen otras causas además de la incorrecta lactancia materna por las cuales puede aumentar.

8 La piel de su bebe debe estar siempre: **Marque la opción correcta**

	Rosada-lisa-hidratada.
	Amarilla-seca-arrugada.

9 Si sus mamas están congestionadas(endurecidas, calientes o cargadas de leche)Ud. debe: **Marque la opción correcta**

	No alimentar a sus bebe hasta que sus pechos se ablanden.
	Alimentar con mayor frecuencia a su bebe.
	Sacarse leche y luego alimentar a su bebe para favorecer la prensión al pecho materno.

10 Su bebe succiona: **Marque la opción correcta**

	Inordinadamente (succión con deglución)
	Vigorosamente.
	Agotablemente(succiona y se duerme inmediatamente)
	Débilmente(sin fuerza en su boca)

11 Su edad promedio va entre: **Marque la opción correcta**

	Menor de 18 años.
	Entre 18-25 años.
	Entre 25-35 años.

	Mayor de 35 años.
--	-------------------

12	Estudios cursados: Marque la opción correcta
----	---

	Primario completo.
	Primario incompleto.
	Secundario completo.
	Secundario incompleto.
	Terciario completo.
	Terciario incompleto.

El siguiente escrito brevemente evacua dudas que pudieron surgir al realizar el cuestionario y confirmara certezas reforzando sus conocimientos con fundamentación científica.

Muchas gracias por su colaboración.

1* Ud. debe colocar a su hijo al pecho materno cada 2 a 3 horas, la recomendación actual de la OMS y UNICEF es que los neonatos reciban exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida y continuar con la lactancia mixta hasta los 2 años.

2* Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada 2 a 3 horas

3* Si a Ud. le sale poco calostro debe:

Crear una rutina de hidratación de un mínimo de 3 litros de líquido al día para Ud. Y una rutina de alimentación adecuada para el RN.

Avisar a Neo para que le indiquen las posiciones de amamantamiento y para que evalúen si su producción de calostro es normal.

4* Su hijo debe orinar cada 4 a 6 horas, controle el pañal antes de cada alimentación, un constante patrón de eliminación corporal nos indica que el recién nacido se está alimentando correctamente.

5* Su hijo debe evacuar intestino: primer meconio antes del 4° día de vida, y luego cada 2 o 3 días.

6* Ud. Debe: Formar sus pezones y areola para la correcta alimentación del RN.

Utilizando ALAS (aire, leche, agua y sol) sus pezones se formarán con masajes y podrá alimentar correctamente a su hijo.

7* La bilirrubina:

Es un pigmento amarillento anaranjado de la bilis formado principalmente por la degradación de la hemoglobina de los hematíes tras la terminación de su periodo normal de vida, y que en niveles excesivos brindan un color amarillento en los ojos y la piel

Descenderá a valores normales si Ud. brinda correctamente el pecho materno a su hijo, siempre y cuando no exista una relación patológica que lo produzca.

Se elimina por orina y materia fecal.

Existen otras causas además de la incorrecta lactancia materna por las cuales puede aumentar.

8* La piel de su bebe debe estar siempre:

Rosada-lisa-hidratada.

9* Si sus mamas están congestionadas (endurecidas, calientes o cargadas de leche) Ud. debe:

Alimentar con mayor frecuencia a su bebe.

Sacarse leche y luego alimentar a su bebe para favorecer la prensión al pecho materno.

Signos de normalidad

Posición

Madre relajada y cómoda

Bebé muy junto y bien encarado

Cabeza y cuerpo del bebé alineados

El mentón toca el pecho

Bebé bien sujeto por detrás

Respuestas

Busca el pecho si tiene hambre

Movimientos de búsqueda

Explora el pecho con la lengua

Mama tranquilo y despierto

Se mantiene en el pecho

Signos de eyección de la leche

Vínculo afectivo

Abrazo seguro y confiado

La madre le mira a la cara

La madre le acaricia

Anatomía

Pechos blandos después de la toma

Pezones salientes, protráctiles

Piel de aspecto sano

Pecho redondeado durante la toma

Succión

Boca muy abierta

Labio inferior doblado hacia afuera

La lengua rodea al pecho

Mejillas redondeadas

Signos de alerta

Posición

Hombros tensos, inclinada sobre el bebé

Bebé separado de la madre

El bebé ha de torcer o doblar el cuello

El mentón no toca el pecho

Sólo sujeta el hombro o la cabeza

Respuestas

No responde al pecho

No hay reflejo de búsqueda

No muestra interés por el pecho

Bebé inquieto o lloroso

Se le escapa el pecho

No se observan signos de eyección

Vínculo afectivo

Abrazo nervioso o flojo

No hay contacto visual entre ambos

Apenas le toca, o le sacude y atosiga

Anatomía

Pechos ingurgitados

Pezones planos o invertidos

Piel irritada o agrietada

Pecho estirado

Succión

Boca poco abierta, "morrito"

Labio inferior doblado hacia adentro

No se ve la lengua

Mejillas tensas o hundidas

Más areola por encima de la boca
Succión lenta y profunda con pausas
Se ve u oye cómo traga

Duración

Suelta el pecho espontáneamente
Tiempo de succión

Más areola por debajo de la boca
Succiones rápidas
Se oyen chasquidos

Duración

La madre lo saca del pecho
Tiempo de succión

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

N°de encuesta	Pregunta	Respuesta correcta	Respuesta de la encuesta
1	Ud. debe colocar a su hijo al pecho materno cada	A	A-61 B-33 C-6
2	Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada	A	A-42 B-44 C-14
3	Si a Ud. le sale poco calostro debe	A E	A-83 B-25 C-36 D-28 E-62
4	Su hijo debe orinar cada cuantas horas	A	A-52 B-23 C-25
5	Su hijo debe evacuar intestino cada	A	A-48 B-9 C-43
6	Ud. Debe	A D	A-72 B-24 C-49 D-56
7	La bilirrubina	B C D E F G	A-6 B-84 C-86 D-43 E-35 F-49 G-32
8	La piel de su bebe debe estar siempre	A	A-94 B-6
9	Si sus mamas están congestionadas (endurecidas, calientes o cargadas de leche) Ud. Debe	B C	A-36 B-52 C-12
10	Su bebe succiona		A-8 B-78 C-11 D-3
11	Su edad promedio va entre		A-11 B-28 C-54 D-7
12	Estudios cursados		A-3 B-0 C-52 D-13 E-24 F-8

INGRESOS POR HIPERBILIRRUBINEMIA

N°	PESO	E.G.	CAUSA	INSTITUCION
1	3250	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
2	3800	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
3	3240	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
4	2250	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
5	2480	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
6	3100	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
7	2850	39		CLINIC A SANTA CLARA
8	3800	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
9	2900	38	INCOMPATIBILIDAD ABO	CLINICA DE LUJAN
10	3000	38		CLINICA DE LUJAN
11	2850	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
12	3500	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
13	2900	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
14	3850	38		CLINIC A SANTA CLARA
15	3700	38		CLINIC A SANTA CLARA
16	2900	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
17	4110	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
18	4270	39		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
19	2850	38		CLINIC A SANTA CLARA
20	3730	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
21	3480	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
22	3350	38	INCOMPATIBILIDAD ABO	HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
23	3680	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
24	3630	39		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
25	3570	39		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
26	3860	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
27	3750	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA

				MISERICORDIA
28	3350	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
29	3060	36		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
30	3530	38		CLINIC A SANTA CLARA
31	2900	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
32	4660	40		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
33	3220	39		CLINIC A SANTA CLARA
34	3640	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
35	3130	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
36	3530	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
37	3230	37		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
38	2650	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
39	2900	38		CLINICA SANTA ROSA
40	2890	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
41	3000	38		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
42	2550	40		CLINICA DE LUJAN
43	3210	38		CLINICA DE LUJAN
44	3370	38		CLINICA LAS HERAS
45	3950	39		HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA
MES	NUMERO DE MEDALLA		CANTIDAD DE PARTOS	TOTAL
MAYO/05	595- 735		140	140
JUNIO/06	736- 891		155	140/295
JULIO/07	892- 1036		144	295/439
AGOSTO/08	1037- 1175		138	439/577
SETIEMBRE/09	1176- 1328		152	577/729
OCTUBRE/10	1329- 1484		155	729/884

CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

- 1) Ud. debe colocar a su hijo al pecho materno cada:
 - A- 2 a 3 horas.
 - B- 6 a 7 horas.
 - C- 8 a 10 horas.

- 2) Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada:
 - A- 2 a 3 horas.
 - B- 6 a 7 horas.
 - C- 8 a 10 horas.

- 3) Si a Ud. le sale poco calostro debe:
 - A- Crear una rutina de hidratación para Ud. y para el RN.
 - B- Pedir a un familiar o a neonatología que le traigan leche.
 - C- Dejar dormir al bebe hasta que le salga más calostro.
 - D- Tomar pastillas para aumentar la producción de calostro.
 - E- Avisar a Neo para que le indiquen las posiciones de amamantamiento y para que evalúen si su producción de calostro es normal.

- 4) Su hijo debe orinar cada cuantas horas:
 - A- 4 a 6 horas.
 - B- 12 a 24 horas.
 - C- 24 a 48 horas.

- 5) Su hijo debe evacuar intestino cada:
 - A- Primer meconio antes del 4° día de vida, y luego cada 2 o 3 días.
 - B- Primer meconio a los 12 días de vida, y luego cada 10 o 12 días.
 - C- Primer meconio a los 9 días de vida, y luego cada 5 o 6 días.

6) Ud. debe:

- A- Formar sus pezones y areola para la correcta alimentación del RN.
- B- Todos los pechos maternos ya están adaptados para amamantar sin excepción.
- C- Debe colocarse crema si o si para formar sus mamas.
- D- Utilizando ALAS (aire, leche, agua y sol) sus pezones se formarán con masajes y podrá alimentar correctamente a su hijo.

7) La bilirrubina:

- A- Es algo que viene con la leche.
- B- Es un un producto de desecho de color amarillo oscuro que se encuentra en la bilis y que en niveles excesivos brindan un color amarillento en los ojos y la piel.
- C- Hace que su hijo se ponga de color amarillo.
- D- Bajar a valores normales si Ud. brinda correctamente el pecho materno a su hijo.
- E- No aumenta cuando le da a su hijo leche maternizada.
- F- Se elimina por orina y materia fecal.
- G- Existen otras causas además de la incorrecta lactancia materna por las cuales puede aumentar.

8) La piel de su bebe debe estar siempre:

- A- Rosada-lisa-hidratada.
- B- Amarilla-seca-arrugada.

9) Si sus mamas están congestionadas(endurecidas, calientes o cargadas de leche)Ud. debe:

- A- No alimentar a sus bebe hasta que sus pechos se ablanden.
- B- Alimentar con mayor frecuencia a su bebe.
- C- Sacarse leche y luego alimentar a su bebe para favorecer la presión al pecho materno.

10) Su bebe succiona:

- A- Incordinadamente (succión con deglución)
- B- Vigorosamente.
- C- Agotablemente(succiona y se duerme inmediatamente)
- D- Débilmente(sin fuerza en su boca)

11) Su edad promedio va entre:

- A- Menor de 18 años.
- B- Entre 18-25 años.
- C- Entre 25-35 años.
- D- Mayor de 35 años.

12) Estudios cursados:

- A- Primario completo.
- B- Primario incompleto.
- C- Secundario completo.
- D- Secundario incompleto.
- E- Terciario completo.
- F- Terciario incompleto.

TABLA MATRIZ
DATOS ESTADISTICOS

	UNIDAD DE ANALISIS														
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	F			
12	Estudios cursados:														
11	Su edad promedio va entre:														
10	Su bebe succiona:														
9	Si sus mamas están congestionadas (endurecidas, calientes o cargadas de leche) Ud. Debe:														
8	La piel de su bebe debe estar siempre:														
7	La bilirrubina:														
6	Ud. Debe:														
5	Su hijo debe evacuar intestino cada														
4	Su hijo debe orinar cada cuantas horas:														
3	Si a Ud. le sale poco calostro debe:														
2	Si su hijo está durmiendo tranquilo debe despertarlo, cambiarlo y alimentarlo cada:														
1	Ud. debe colocar a su hijo al pecho materno cada:														
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	F			
1	X			X			X			X			X		
2		X		X		X			X				X		X
3			X	X			X			X			X		X
4	X				X			X		X		X		X	
5		X		X		X			X				X		
6	X	X		X			X			X			X		

7	X		X	X				X	X		X		X	X		X		X		X		X		X	
8		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
9	X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X	
10	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
11	X		X	X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X
12	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
13		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
14	X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
15	X		X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
16		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
17	X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
18		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
19		X		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
20	X		X		X		X		X		X		X	X		X		X		X		X		X	
21	X		X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
22	X		X					X		X		X		X		X		X		X		X		X	
22	X		X			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

	8	9	0	1	0	0	AL
	X		X				61
							33
							6
							42
		X	X				44
							14
		X					41
							8
							13
							7
							31
		X	X				52
							23
							25
		X	X				48
							9
							43
							36
		X					11
							25
							28
							3
							30
		X					32
							11
							7
							10
							7
							94
		X					6
							36
		X	X				56
							6
		X					12
							8
							78
							11
		X	X				3
							11
							28
		X					54
							7
							3
							0
							52
							13
							24
		X	X				8